

# El plan académico del servicio social en medicina.

VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR

Licenciatura de Medicina, UAM-X

## ■ Introducción

**E**l servicio social en la licenciatura de medicina de la UAM está integrado dentro de su plan de estudios y forma parte de su cuarta y última fase, en los tres trimestres académicos. Cada uno de ellos, en su diseño original, hace referencia a programas asistenciales de salud destinados a los grandes grupos programáticos de la población, en los cuales clásicamente se organiza la atención médica en el primer nivel. Se trata de la atención integral al adulto, la atención materno-infantil y la higiene escolar.

A lo largo de nuestra ya no tan joven historia se han enfrentado múltiples dificultades para poder llevar a la práctica este diseño. Dificultades que empiezan desde el momento en que se trata de una propuesta de la llamada integración docente-asistencial cuya operación debe realizarse, la mayoría de las ocasiones, en los espacios clínicos de primer nivel del sector, salud, específicamente en

unidades médicas localizadas en comunidades marginadas rurales o, en menor proporción, del medio urbano.

¿Cómo instrumentar, implementar, dar seguimiento, asesorar y evaluar un plan académico para una población estudiantil dispersa en varias entidades federativas y en múltiples localidades con más o menos problemas de accesibilidad? ¿Bajo qué modalidades debe darse el proceso docente y cómo asegurar y verificar la formación académica y profesional?

Una dificultad más surge de las características del servicio social dentro de las profesiones del área de la salud y, particularmente, de la medicina. Aunque formalmente el servicio social aparece en los planes de estudios, tradicionalmente las facultades y escuelas de medicina del país disminuyen significativamente su presencia en este periodo. En la mayoría de los casos éste se reduce a cumplir trámites de carácter administrativo para el ingreso y término.

Las instituciones asistenciales de salud son, entonces, las que determinan las actividades y condiciones que deben cubrir los médicos para cumplir

con su servicio social. De tal forma que la dificultad resulta precisamente de la ausencia protagónica de las universidades para establecer acuerdos y formas de coordinación y colaboración con las instituciones del sector salud para diseñar, operar, asesorar y evaluar el ejercicio del servicio social como una práctica, si bien ciertamente de carácter obligatorio, también académica; la cual por cierto, de manera privilegiada, ofrece las condiciones para materializar la integración de las funciones sustantivas de la universidad.

Otras dificultades corresponden más bien al ámbito interno de la universidad. Entre ellas puede encontrarse desde la voluntad política de las autoridades en turno para respaldar un determinado programa académico de servicio social, hasta la siempre raquítica, disponibilidad de recursos pasando por la coherencia académica y la viabilidad operativa de las modalidades instrumentadas en distintas épocas.

En este documento se exponen aquellos elementos que, a lo largo de las experiencias y resultados que la



licenciatura de medicina ha obtenido en la realización de su servicio social, aparecen siempre como los principios y las condiciones necesarias para que esta actividad efectivamente cumpla con su esencia académica, en tanto planteamiento universitario para dar respuesta a problemas y necesidades de la sociedad, para asegurar la formación de los futuros profesionales, así como para retroalimentar a la propia universidad.

En mi opinión, al menos para el caso de medicina, cualquier planteamiento académico, presente o futuro, en relación con el servicio social debía tener como soporte tales principios y condiciones.

## ■ Principios

### El principio de formación académico-profesional

La UAM-Xochimilco, desde sus orígenes, planteó un modelo educativo dentro del cual el servicio le es consustancial. El servicio no es, y no debería serlo, simplemente la puerta de salida de nuestro proceso educativo. El servicio es, al menos dentro de aquel modelo, la dimensión desde la que la universidad dialoga con la sociedad. Esto es, las funciones sustantivas de la universidad se integran y se vertebran en el espacio de la sociedad, a través del servicio.

La ley establece la obligatoriedad del cumplimiento del servicio social como requisito para la obtención de un título profesional y como una retribución que hace el prestador a los esfuerzos y recursos destinados por la nación en su preparación profesional.

Sin embargo, en la práctica se ha creado una imagen deformada de esta

obligatoriedad, homologándola con una especie de periodo de “penitencia-sacrificio”; en demérito de que, aún tratándose de una obligación, no por ello es ajena al proceso de formación profesional. Nuevamente, la ley reconoce claramente esta circunstancia al establecer que el cumplimiento del servicio social debe hacerse conforme a los planes de estudio correspondientes.

De tal manera que, efectivamente, el servicio social debe corresponder al cumplimiento de una obligación en beneficio de la nación y del Estado, beneficio que no se agota en la prestación inmediata del servicio sino que se extiende más allá, toda vez que cumpla además objetivos de formación académica, en términos de constituirse en instancia de integración de la docencia y la investigación, así como de sensibilizar y fortalecer la conciencia crítica del futuro profesional ante los problemas

sociales más apremiantes de su campo profesional.

### El principio de revaloración del servicio social

El servicio social en medicina, y en general, en las más tradicionalmente consideradas profesiones del área de la salud, como enfermería y estomatología, atraviesa desde hace tiempo por una situación de creciente deterioro caracterizada por:

- Desinterés y aun rechazo de los estudiantes y egresados para cumplir con el servicio social, particularmente manifiesto cuando se trata de atender grupos de población marginados y rurales.

- Deficiente capacidad de estos estudiantes y egresados para desarrollar acciones de salud pública y/o medicina comunitaria durante su periodo de servicio social.

- Escasa presencia de las instituciones de educación superior en la asesoría y seguimiento de sus estudiantes y egresados durante el servicio social.

- Pobre participación e involucramiento de estas instituciones en la definición, operación y evaluación de los programas de servicio social establecidos por las instituciones de salud.

- Cargas de trabajo excesivas a los estudiantes y egresados en servicio social.

- Remuneración deficiente y mínimas prestaciones otorgadas a los estudiantes y egresados en servicio social.

- Trato discriminatorio y poco profesional por parte de autoridades inmediatas y demás personal de salud hacia los prestadores de servicio social.

- Escasez cotidiana de equipo, medicamentos y materiales básicos

*La  
UAM-Xochimilco,  
desde sus  
orígenes, planteó  
un modelo  
educativo dentro  
del cual el servicio  
le es consustancial*



de atención médica; además de condiciones precarias de estancia en la unidad médica. Por supuesto, no se hace alusión aquí a que deban darse condiciones de dispendio, ni de estancia con todas las "comodidades del lujo urbano" para el médico en servicio social. Hablamos de carencias crónicas de los recursos y condiciones mínimas para el cumplimiento del trabajo de cualquier ser humano.

Se trata, como puede verse, de una situación complicada en la medida que están implicadas todas las partes, con responsabilidades a distintos niveles y con repercusiones también diversas, que van desde la frustración del prestador de servicio social hasta la poca trascendencia de las acciones de servicio, pasando por una organización del trabajo rígida y vertical, es decir, muy poco operativa, y la desarticulación y falta de continuidad en las acciones.

Entonces, la revaloración del servicio social implica que la universidad asuma una presencia activa y propositiva en el servicio social, pero también implica mejorar sustancialmente el trato dado a los prestadores de servicio social.

En este sentido, es urgente mejorar sustancialmente el monto de las becas otorgadas por la Federación. No puede exigirse compromiso a un prestador de servicio social, de tiempo completo, al que no se le otorga una beca que, en términos de la ley, satisfaga decorosamente sus necesidades.

Para este propósito debe llamarse la atención respecto a que la ley sólo reconoce prestadores de servicio social sujetos al cumplimiento de la obligación pero también sujetos del derecho a recibir esa remuneración. La ley no hace, en este sentido, distinción entre prestadores de

servicio social nacionales o extranjeros. En consecuencia, a nuestro juicio, los estudiantes o egresados extranjeros también deberían recibir beca de la Federación por el cumplimiento de su servicio social, y no deben ser excluidos de ese derecho —por raquítico que sea— como sucede en la actualidad.

La revaloración del servicio social debe conjugarse además con otras acciones importantes, como el mejorar la remuneración —y las prestaciones— otorgada a los médicos en servicio social. Estas acciones deben comprender, al menos, dos aspectos trascendentales en términos de su formación y también de la calidad y eficacia del servicio.

Por un lado, la supervisión debe fortalecerse como una estrategia de apoyo y asesoría al trabajo de los médicos en servicio, en lugar de ser una práctica coercitiva e incluso, desafortunadamente, en ocasiones de amedrentamiento.

***La revaloración  
del servicio social  
implica que la  
universidad  
asuma una  
presencia activa y  
propositiva en el  
servicio social***

Indudablemente esto será posible en la medida en que las instituciones de educación superior aumenten su presencia en el servicio social. Para ello se deben desarrollar formas y procedimientos de educación y capacitación que respondan a las condiciones de dispersión de sus estudiantes y egresados. Se trata de promover estrategias de asesoría y capacitación en servicio, de educación continua y de educación a distancia.

Por otro lado, la Secretaría de Salud y/o las instituciones aplicativas correspondientes deben asegurar la disponibilidad suficiente y oportuna de los equipos, materiales y medicamentos básicos para el funcionamiento de las unidades médicas, así como su mantenimiento y acondicionamiento para la estancia del personal de salud.

#### **El principio de bilateralidad**

Uno de los componentes de la Atención Primaria de la Salud (APS) es precisamente la coordinación interinstitucional e intersectorial. Componente que, como todos sabemos, deriva del reconocimiento de que la salud es un problema social con determinaciones y repercusiones diversas, entrecruzadas en un entramado de relaciones complejas y de distinto orden, de tal manera que su atención trasciende la acción unívoca y aislada de una sola institución y/o de un sector profesional.

En este sentido debe entenderse que un programa o proyecto de servicio social supone, por principio, un compromiso de bilateralidad. Es decir, las definiciones, prioridades, planeación, estrategias, operación, seguimiento y evaluación del servicio social de medicina deben estable-



cerse de común acuerdo y con pleno respeto, entre la universidad y las instituciones aplicativas.

## ■ Condiciones básicas

### Establecer estrategias y mecanismos para la continuidad del servicio social

Es decir, que éste no se convierta en un eterno y repetitivo ciclo anual sujeto al ingreso-egreso de médicos en servicio social. El sentido de esta condición apunta hacia la instrumentación, a corto y mediano plazos, de proyectos o programas regionales que respondan a las condiciones y características específicas de las regiones de servicio (que en su dimensión más pequeña podrían corresponder a una jurisdicción sanitaria o a un Sistema Local de Salud [SILOS], si fuera pertinente).

Estos proyectos o programas tendrían que estructurarse a partir de la identificación de problemas regionales de salud. De tal suerte que en una región determinada se estén desarrollando regularmente los programas asistenciales de salud pero bajo una priorización que responda a aquella identificación, con la idea de que las acciones de salud que surjan de cada unidad médica cobren sentido hacia la atención de la demanda inmediata, pero también de ir resolviendo los problemas regionales relevantes.

### Regionalización del servicio social

Así, en términos administrativos y bajo el principio de bilateralidad, debe fortalecerse el establecimiento de convenios específicos con los niveles na-

cional y estatal de la Secretaría de Salud (SSA) y/o demás instituciones asistenciales, a través de los cuales se delimiten las áreas regionalizadas donde se concentren las plazas de servicio asignadas a la universidad.

Conviene insistir en que esta regionalización debe responder a criterios de accesibilidad y ubicación geográfica, pero sobre todo a criterios de delimitación sanitaria, demográfica y socio-cultural.

### Coordinación interinstitucional en el servicio social

Esta coordinación hace referencia a la corresponsabilidad de la universidad con las instituciones asistenciales en relación con el carácter académico-formativo del servicio social. Supone el compromiso mutuo para dar continuidad y fijar claramente las condiciones mínimas e indispensables, en la planeación, operación y

evaluación de los programas o proyectos de servicio social; cuyos resultados impacten tanto en el proceso de formación de los futuros profesionales, en la estructura y calidad de los servicios de salud, como, finalmente, en las condiciones de salud de los sectores sociales más desprotegidos del país.

Nuevamente, los convenios específicos deben hacer explícita la conveniencia de abordar, conjuntamente y en el nivel de competencia que a cada institución corresponda, aquellas tareas y asuntos relacionados con el diseño, operación y evaluación de los programas y proyectos regionales de servicio social. Esta coordinación comprende desde la comunicación e intercambio continuos hasta la toma de decisiones conjuntas.

### Asesoría, supervisión y evaluación continuas

Se trata de ofrecer el soporte y los recursos necesarios para que el médico en servicio social pueda recuperar, sistematizar y analizar su experiencia, con el fin de que esté en condiciones de evaluar y retroalimentar su propio quehacer médico, vale decir su propia práctica profesional, inserto en una estructura institucional de atención médica.

De manera práctica, la asesoría y la supervisión se constituyen en un apoyo para facilitar su incorporación a un programa o proyecto regional, así como para identificar los programas asistenciales, analizarlos en su coherencia interna, reconocer sus limitaciones y sus alcances, dirigir intencionalmente su actividades en función del análisis anterior, establecer formas de seguimiento del desarrollo y resultados de los programas para, finalmente, evaluar y proponer

*Promover  
estrategias de  
asesoría y  
capacitación en  
servicio, de  
educación  
continua y de  
educación a  
distancia*



***Debe generar proyectos y programas de investigación tendientes a ofrecer respuestas a los problemas de salud***

alternativas para su adecuación y lograr óptimos resultados.

La evaluación, por su parte, debe referirse al servicio social en su conjunto, incluidos la universidad y los médicos en servicio social, pero también debe incluir a la institución asistencial implicada. Simplemente, es incongruente pretender evaluar a un médico en servicio social sin considerar las condiciones, el apoyo, respaldo y recursos que la institución asistencial debió proporcionarle.

De igual manera, la viabilidad de un programa o proyecto regional de servicio social cruza obligadamente por el tipo y calidad de la participación que asuman tanto la universidad como la institución asistencial.

Bajo esta modalidad es necesario empezar por definir metodologías que permitan evaluar el impacto del servicio social en, al menos, los siguientes niveles:

i) El servicio como proceso de formación profesional.

ii) La organización de los servicios de salud.

iii) Las condiciones de salud de las poblaciones atendidas.

***Apoyo a proyectos alternativos de salud y a la investigación***

La universidad debe ser una institución capaz de generar y/o fortalecer otras opciones de comprensión y abordaje de los principales problemas derivados de las condiciones de vida y de salud de la población. Asimismo, debe propiciar y ofrecer estas opciones como oportunidades para incorporar a sus estudiantes. De igual manera, debe generar proyectos y programas de investigación tendientes a ofrecer respuestas a los problemas de salud (y de la atención de la misma) predominantes en la sociedad, proyectos que se refieran principalmente a problemas identificados a través del servicio social, aunque no necesariamente sea ésta una condición excluyente. Pero en cualquier caso se trata además de promover la incorporación temprana de los médicos a procesos de formación de investigadores, y de enfrentar una doble prioridad nacional: atender los problemas relevantes de salud del país y fortalecer la incorporación temprana a la formación de los científicos que también requiere.

■ ***Algunos elementos del plan académico del servicio social***

De acuerdo con el planteamiento de nuestro modelo pedagógico, según el cual la organización y abordaje del conocimiento se da a través de problemas relevantes de la sociedad, el objeto de transformación dentro del

proceso formativo del servicio social es precisamente la práctica médica, que se puede abordar a través de dos ejes:

- Salud-enfermedad (perfiles patológicos).

- Práctica médica y saber médico (programas de salud en el primer nivel de atención).

Dicho abordaje tiene como punto de partida la identificación, tanto de las características estructurales como de las condiciones prácticas bajo las cuales se define y desarrolla en el servicio dicha práctica.

En relación con las características estructurales nos referimos a:

i) Los perfiles patológicos predominantes en los grupos sociales atendidos, la organización institucional, las estrategias, la complejidad tecnológica y las acciones que definen el tipo de práctica profesional predominante en el servicio social que aquí denominaremos "tradicional" (un médico en servicio social cumpliendo actividades asistenciales, ubicado en una unidad médica, generalmente de primer nivel).

ii) Igualmente considero el tipo de relaciones, por lo general asimétricas, que establecen las y los médicos en servicio social con su entorno institucional y comunitario; esto es, a los procesos culturales e ideológicos

***Definir metodologías que permitan evaluar el impacto del servicio social***



***La responsabilidad de la universidad y de quienes la habitamos reside justamente en el compromiso con la sociedad***

implicados en el aprendizaje-puesta en práctica-actualización-reproducción de aquella práctica médica.

En cuanto a condiciones prácticas, me refiero a los recursos y apoyos que reciben los médicos en servicio social para el desempeño de sus actividades, desde la ubicación del prestador de servicio (dentro de la estructura de atención, administrativa, territorial, cultural, etcétera.) hasta la infraestructura institucional disponible para el cumplimiento de sus tareas y de su estancia, pasando por la capacitación y asesoría que reciben (o dejan de recibir).

En términos prácticos, ambos ejes resultan de la inserción del estudiante en una población determinada donde realiza un conjunto de actividades de atención médica encaminadas a resolver sus problemas de salud-enfermedad.

Para la comprensión y análisis de esta compleja red de interacciones, los médicos en servicio social requieren, además del propio desarrollo de su capacidad analítica, conocer y aplicar una serie de contenidos que tienen que ver con la dimensión social de la salud-enfermedad y sus determinantes, así como del saber y la práctica médicas.

Pero también supone la aplicación de otros conocimientos teóri-

cos, tanto los que se refieren a las llamadas ciencias básicas como a las clínicas, y la puesta en práctica de las habilidades y destrezas necesarias para el estudiante que se encuentra desarrollando su práctica en una unidad médica, aplicando programas de salud.

En otro orden, se trata igualmente de la acción del perfil profesional, entendido en el más amplio sentido del término, es decir, un proceso de socialización a través del cual se han ido conformando esquemas de percepción, de actitudes, de interacción y de acción dentro de un campo profesional, cultural y socialmente conformado.

Se trata entonces de que el estudiante, a partir de su quehacer cotidiano, recupere y sistematice la información que a través de su propia práctica está generando, y realice, finalmente, un análisis que le permita integrar una visión social de su práctica profesional, del perfil de salud-enfermedad de la colectividad, de la organización y estructura institucionales de atención médica en las cuales se inserta, y de la trascendencia de sus acciones.

Este proceso se desarrolla progresivamente a lo largo del año de servicio social y se va concretando sucesivamente en tres momentos distintos, que corresponden al inicio y fin de un trimestre académico. A estos momentos corresponde la elaboración –por parte del médico en servicio– de tres documentos que secuencialmente corresponden a:

i) Diagnóstico de salud de la comunidad. Es el primer documento que el médico en servicio debe elaborar a su llegada a la unidad médica de adscripción. Dentro del reglamento de servicio social se señala como una de sus obligaciones la realización del “Estudio de comunidad”. Tradicio-

nalmente, el médico en servicio elabora este documento hasta que ha concluido su periodo de servicio y se ve en la necesidad de entregarlo para poder “liberarse”.

La importancia de que este documento se realice al principio representa no sólo el que “conozca su comunidad”, sino que lo haga de manera intencionada y sistemática, indagando acerca de las condiciones de vida y de trabajo que determinan los perfiles patológicos de los grupos sociales con los cuales entra en relación, y que al hacerlo de esta manera perfile los recursos humanos y terapéuticos y las estrategias de cuidado y (auto)atención a la salud de la propia población, así como la pertinencia y las condiciones en las cuales debe desarrollar su práctica médica inserta en una institución del sector salud.

***Atender los problemas relevantes de salud del país y fortalecer la incorporación temprana a la formación de los científicos***



ii) Seguimiento y evaluación de programas de salud. Este se entrega en dos momentos distintos: el primero corresponde al primer semestre de servicio y el segundo a los últimos seis meses.

Con el seguimiento se intenta que el médico en servicio realice un ejercicio de sistematización y análisis del desarrollo y resultados de los programas asistenciales de salud en el primer nivel de atención. Para ello se parte de la información que él o ella misma generan y reportan rutinariamente a la institución para la cual prestan su servicio.

Esta información constituye uno de los referentes, además del diagnóstico de salud comunitario previamente elaborado, que el médico en servicio debe construir para poder "evaluar" el desarrollo y resultados de los programas que se le han encomendado. Por supuesto, el otro referente está constituido por la descripción y análisis de la coherencia interna de los programas de salud.

Es en este punto en donde el médico en servicio social dispone de los elementos y la información más evidente para lograr el análisis de su propia práctica y de su saber médico, como una resultante de la estructura y organización institucional de la atención a la salud, y para determinar la

pertinencia y resultados de dicha práctica, a la luz de los propios logros de cada programa, así como lo obtenido en el diagnóstico de salud.

iii) Perfil de morbilidad. El seguimiento de los programas de salud se complementa con el análisis de la morbilidad que el médico en servicio también va registrando y notificando regularmente a las autoridades de salud correspondientes.

El análisis se hace también por semestres a la manera que tradicionalmente se organiza y presenta la información respectiva, es decir, morbilidad por principales padecimientos transmisibles y no transmisibles, de acuerdo con causas específicas y por grupos de edad, etcétera. Lo más significativo radica, quizá, además de los perfiles mismos obtenidos, en la construcción de canales endémicos siempre que es posible y pertinente, y/o, al menos, de las tendencias que permitan al médico en servicio observar y analizar el comportamiento en el tiempo de estas patologías y su impacto diferencial en el caso de la morbilidad por grupos de edad y causa específica. Este análisis se profundiza a partir de articular las consideraciones hechas tanto en el diagnóstico de salud como en el seguimiento de programas.

La entrega de estos documentos representa el producto que materializa la capacidad del estudiante en servicio para recuperar, sistematizar y analizar los dos ejes de una realidad socio-sanitaria arriba señalados.

Cada uno de estos documentos representa el medio de intercambio, discusión y análisis entre el médico en servicio y el docente asesor del servicio social. Es decir, es una herramienta básica en una asesoría que, obligadamente, se requiere tan personalizada como sea posible.

***La redefinición del servicio social cruza, necesariamente, por la posición que la universidad asuma ante su compromiso***

Una vez concluido el servicio social el egresado retoma los tres documentos que elaboró y, si fue necesario, corrigió para integrarlos en un solo documento, el cual nuevamente es revisado y discutido con el asesor de servicio social antes de su entrega final, y con el que obtiene de la universidad su constancia del servicio social.

■ **Conclusión provisoria**

En los tiempos actuales, de modernización educativa, evaluación de la educación superior, excelencia académica, privatización de la patria toda, desde su subsuelo hasta sus fuentes de creación y recreación del pensamiento y de las ideas, no puede perderse de vista que una universidad, más allá de la modernidad en turno, es precisamente el espacio que la sociedad se da a sí misma para la producción, reproducción y difusión del conocimiento. La responsabilidad de la universidad y de quienes la habitamos reside justamente en el compromiso con la sociedad.

El servicio social es, de manera privilegiada, una de las expresiones más tangibles de ese compromiso universitario. Se puede discutir su vigencia o caducidad. En el tono de la mo-

***El servicio social es, de manera privilegiada, una de las expresiones más tangibles de ese compromiso universitario***



dernidad se puede conceptualizarlo como un rezago premoderno, algo así como el "problema de las rentas congeladas". Se puede emitir un decreto que derogue su existencia: eso es modernizar; sin embargo, eso no resuelve el problema de la carencia de vivienda digna de millones de mexicanos. Se puede también derogar la vigencia del servicio social; sin embargo, eso no resuelve los problemas de salud de millones de mexicanos, que con altas cuotas siguen aportando casos a esa fracción premodernizante de los perfiles patológicos característi-

cos de nuestra "transición epidemiológica". Tampoco se resuelve el problema de la formación integral de los profesionales que respondan a los requerimientos de una sociedad sometida a una transformación vertiginosa, en la cual corre el riesgo de ahondar desigualdades y profundizar carencias y rezagos de aquellos amplios grupos sociales, siempre relegados de los beneficios de los proyectos modernizadores en turno.

La redefinición del servicio social cruza, necesariamente, por la posición que la universidad asuma

ante su compromiso. Compromiso que, estrictamente, es el que nos motiva a compartir nuestras preocupaciones y nuestras propuestas en relación con el servicio social, pero, sobre todo, en relación con la formación de los profesionales de la salud, capaces no sólo de insertarse en los espacios que el mercado les ofrece, sino de hacerlo a través de una práctica médica que lo trascienda en función de aquellas respuestas esenciales que nuestra sociedad, hoy por hoy, sigue requiriendo. ▲