

Docencia en servicio y medicina comunitaria

Carmen Miluska Alegría-Bernal^{1*}

¹ *Centro de Salud Javier Llosa García-Arequipa-Peru.*

* miluale_70@live.com

DOI: 10.26871/killkanasocial.v5i1.1193

La docencia universitaria es una profesión muy compleja, porque tiene la función de formar a los nuevos recursos humanos de la sociedad, tratando de lograr cubrir la demanda de las profesiones de la sociedad y con una mirada hacia el horizonte de las nuevas ocupaciones que todavía no tienen demanda pero que se necesitarán a futuro.(Gorrochotegui, 2005)

En Latinoamérica se ha realizado un movimiento en la educación superior en 1918 en la ciudad de Córdoba-Argentina que ha tenido como principal misión la democratización de la educación superior, de ahí que en esta parte del continente hay una gran tradición de educación superior gratuita solventada por el estado. (Donoso, 2020)

Otros logros de la reforma de Córdoba son, la inviolabilidad de la autonomía universitaria, la participación del tercio de estudiantes en el co-gobierno de las instituciones superiores de estudios, la extensión universitaria conocida ahora como responsabilidad social universitaria o vinculación con la comunidad, la periodicidad de las cátedras (cátedra paralela) y los concursos por oposición y méritos. En Perú este movimiento social pedagógico, tuvo personajes ilustres como Jorge Basadre Grohman, Raúl Porra Barrenechea, Víctor Raúl Haya de la Torre y José Carlos Mariátegui. La juventud estaba en contra del modelo escolástico, hegemónico y pro imperialista que había heredado la universidad moderna de los claustros universitarios del siglo XVII. Esta reforma introduce la obligatoriedad de que la universidad responda a las necesidades de su zona de influencia, a su territorio; en ese sentido la docencia en medicina comenzó a incorporar de manera gradual la docencia en comunidad llamada Medicina Comunitaria. (Ruiz, 2011)

En el caso de la medicina, el modelo docente se basó siempre en la transmisión de conocimientos del maestro al discípulo en el ámbito hospitalario (docencia en servicio), donde el practicante de medicina tenía que aprender sobre las patologías más prevalentes de su región en base a la observación de los casos atendidos en el nosocomio y alguna que otra vez se aprendía sobre una enfermedad foránea dada la poca migración y movilidad de los pueblos en esos tiempos. Las competencias que se aprendían eran cómo evaluar, cómo clasificar, cómo decidir y cómo tratar la enfermedad. (Romero, 2014)

Luego de la reforma de Córdoba, las universidades se tiñen de compromiso social con la comunidad y aparece la medicina comunitaria en una parte del continente y la medicina social en otro. La primera con una visión epidemiológica del proceso salud enfermedad y apostando por la promoción de la salud en su componente educación para la salud y la segunda con una visión crítica y contra hegemónica, replanteadora de las estructuras de la sociedad, como un antecesor de las determinantes sociales de la salud, luego propuesta por Michael Marmot ante la OMS y que actualmente tiene la hegemonía y es la versión oficial de lo que los organismos multilaterales reconocen como las causas de las causas.(Ruiz, 2011)

Queda claro que luego la docencia en servicio se nutrió de una técnica que se llama la medicina basada en evidencia y que actualmente es el paradigma epistemológico de la práctica de la medicina y de la formación de recursos humanos en salud, que tiene como principal misión la optimización economicista de la administración de recursos en la producción y distribución de atenciones de salud, basando sus decisiones en la mejor evidencia científica disponible, llámese revisiones sistemáticas de literatura con metanálisis. (Carbone, 2019; Iriart, 2002; Junquera, 2022)

Mientras tanto, la medicina comunitaria ha pasado por 3 modelos epistemológicos, el primero enfocado en la triada epidemiológica y el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, luego en un segundo momento por la aplicación masiva de vacunas y antibióticos, imponiéndose coberturas poblacionales que nunca llegaban a cumplirse, dada la naturaleza creciente de la población y a partir de la declaración de Alma Ata y de las reformas planteadas por Marc Lalonde, se llegó a la conclusión que la prevención de las enfermedades con estilos de vida saludables era la clave del éxito para combatir las enfermedades y finalmente el último modelo epistemológico es el que presenta que hay determinantes sociales del proceso salud enfermedad, tales como el lugar de residencia, el tipo y lugar de trabajo, la recreación, la educación, el ingreso económico y el acceso a los servicios de salud.(Carbone, 2019)

Si bien la docencia en servicio ha encontrado su mejor forma de generar información, usar información y predecir los resultados clínicos en los pacientes, la medicina comunitaria todavía no tiene una herramienta con igual potencia, tal vez las nuevas generaciones de médicos deban ser formados en aspectos sociales, económicos y políticos para poder actuar de manera eficiente sobre las determinantes sociales de la enfermedad, de acuerdo con el modelo epistemológico vigente, por ahora la especialidad que cubre esa necesidad es la del médico salubrista.

Referencias Bibliográficas:

- Carbone, F. (2019). Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. *An. Fac. Med.*, 80(2), 222–228.
- Donoso, A. (2020). Movimientos estudiantiles en América Latina (1918-2011): aproximación historiográfica a sus rasgos compartido. *Revista Brasileira de Historia / Orgao Da Associacao Nacional Dos Professores Universitarios de Historia, ANPUH*, 40(83). <https://doi.org/10.1590/1806-93472020v40n83-11>
- Gorrochotegui, A. (2005). Compromisos de la docencia universitaria. *Educación Y Educadores*, 8, 105–121.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 12(2), 129.
- Junquera, L. M. (2022). Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Revista Española de Cirugía Oral Y Maxilofacial*, 25(5), 265–272.
- Romero, L. A. (2014). El Instituto de Investigaciones Médicas y Alfredo Lanari: Una tradición de investigación clínica médica (1957-1976). *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 14(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ISSN 1852 - 236X>
- Ruiz, L. M. (2011). La Reforma de Córdoba y el gobierno de las universidades públicas en América Latina. Análisis comparado de cinco universidades. *Dialnet*, 6(12), 6–40.