

a esa meta no debemos hacer un retoque simple como se ha venido haciendo siempre en los cambios de planes de estudio, debemos implicarnos de lleno para que los alumnos de la FCS se acerquen más a la realidad. Y para ello, la figura del estudiante de ciencias de la salud debe estar reconocida dentro del marco del hospital y la red de servicios como un componente más del equipo de salud, y no un "estorbo" como sucede en la actualidad en muchos hospitales y centros de primer nivel de atención.

Vamos a la nueva obra, a construir 50 años más de profesionalismo y humanismo, hacia la formación de profesionales de salud que tengan como estandarte el fin social, por esa razón la formación debe ser "tutelada" por todos los agentes sociales implicados. Ahora, la formación de Grado es la vía natural de entrada a la formación especializada, de modo que sus contenidos y metodologías deben facilitar al máximo el aprendizaje de Postgrado, optimizando recursos y tiempo. Para la sintonización entre el Grado y el Postgrado es necesaria una estructura estable de conducción (debemos construirla), con capacidad ejecutiva, en la que converjan tanto los responsables de las administraciones educativa y de salud, como los responsables de la formación en los Departamentos de Medicina y Estomatología y otras Unidades Docentes y en la que, además, deben participar el resto de los actores implicados.

Entonces, estamos a la mitad de camino del primer siglo de la PUCMM, las experiencias nos indican que el tiempo transcurrido fue una escuela de aprendizaje y de generación de profesionales excelentes. Y para avanzar, renovarse y mantener el liderazgo en lo que sabemos hacer, debemos apropiarnos junto a la experiencia de la frase de San Agustín (siglo V) que nos dice: "Cuanto hagas, hazlo bien y estás alabando a Dios" (Martín, 1964, p. 37).

Referencias bibliográficas

Martín, B. (1964). *Obras de San Agustín en edición bilingüe. Enarraciones sobre los salmos XIX, Tomo 1*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos. Extraído el 1 de marzo de 2012 de <http://es.scribd.com/doc/45888134/San-Agustin-19-Enarraciones-Sobre-Los-Salmos-01>

Locher, U. (2004). Community Pressure Produces Basic Health: Modelo Juan XXIII in the Dominican Republic. *LABOUR, Capital and Society* 37 pp. 162-185. Extraído el 1 de marzo de 2012, de http://www.lcs-tcs.com/PDFs/37_12/10-Locher.pdf



Concepciones y vivencias de Salud Comunitaria

Concepts and Experiences in Community Health

Rafael Cantisano*

Resumen: Este texto es un relato autobiográfico enfocado en las ideas y las vivencias del autor dentro del ámbito de la salud comunitaria. El autor lleva la secuencia desde su tiempo de estudiante y su tiempo de profesor en la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM) hasta sus exhortaciones de defensa al estudio y ejercicio de la Medicina como un servicio de atención al ciudadano, más allá de la curación al enfermo.

Abstract: This text is an autobiographical account that focuses on the ideas and experiences of the author in the area of community health. These are presented in a chronological sequence, from the time the author was a student, continues with his work as a professor at Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), up until his defense of the study and practice of Medicine as a service to the citizens; that is, the author believes that it is a service that reaches far beyond the healing of the patient.

Palabras clave

salud comunitaria, atención primaria de salud, educación médica

Key Words

community health, primary health care, medical education

Recibido el 29-Feb-12

Aprobado el 23-Feb-12

Tiempo de estudiante

Cuando era estudiante de Medicina en Santo Domingo, en el año 1945, el currículo estaba dividido en materias básicas y materias clínicas. Las primeras consistían en Anatomía, Histología, Parasitología y Biología. Los profesores de esas materias

nunca me enseñaban la relación que había entre ellas y los problemas de los enfermos. Ya desde ese tiempo debería haber comenzado la identificación del estudiante de Medicina con el oficio en que es-

* Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Santo Domingo en los años cincuenta. Primer Director de la carrera de Medicina en la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra y profesor en esta Institución durante cuatro décadas. Durante la Revolución de Abril de 1965, como Presidente de la Cruz Roja, dejó instalados los comités en todo el territorio nacional. Propulsor de la creación de las sedes regionales de la Asociación Médica Dominicana y autor de dos libros, publicados en 1962 y en 2007. En la actualidad, en proceso de escribir una tercera obra. Para contactar al autor: rjcantisano@gmail.com

taba embarcándose. Sin embargo, hasta el cuarto año los estudiantes no asistían a los hospitales en calidad de practicantes. Esos practicantes carecían de la sensibilidad humana que sus estudios debieron haberles forjado desde el comienzo.

En la actualidad, esa situación se ha agravado, pues un afán de los médicos recién graduados es ir a trabajar a una clínica de prestigio donde, probablemente, habrá márgenes de ganancia mayores. En esas clínicas suelen estar disponibles los recursos para hacer diagnósticos con cierto nivel de complejidad. Lamentablemente, en esos ambientes suele perderse la parte del contacto y la observación del enfermo en su entorno, tan vívida en las experiencias que recuerdo de mi pasantía.

Comencé a hacer mi pasantía en un área rural en el año 1952. Agradezco mucho lo vivido en ese tiempo porque ahí me inicié con atenciones médicas en sitios de bajo nivel socio-económico. Poco a poco fui aprendiendo con la práctica; por ejemplo, si no contaba con los recursos más sencillos para saber si un paciente tenía o no fiebre tifoidea. Tenía que “romperme la cabeza”; observaba de dónde tomaban el agua, si era de un pozo, qué tiempo hacía que no llovía, con qué instrumentos contaban: tinajas, filtros o tanques, con cuántas tareas de siembra de café subsistían. Ahí desarrollé paciencia, pues ¿Cómo podía yo diagnosticar y actuar cuando oía a un niño con una tos muy ronca? Me decía a mí mismo: probablemente aquí hay una difteria.

Hay casos que no se me olvidan. Recuerdo a un paciente que venía desde la frontera, le faltaba un brazo y tenía una tuberculosis pulmonar. Con ayuda de la comunidad se le hizo un ranchito en el borde de la carretera, se le mandaba comida y se le conseguían las medicinas, lo cual era difícil en el año 1952. Eso era parte de mi trabajo, era mi vida; me complace tanto ese período del pasado que ahora lo sueño con frecuencia.

Creación de la Facultad de Medicina de la PUCMM

Le correspondió a la PUCMM fundar la segunda escuela de Medicina del país: en 1966 la carrera de Enfermería y en el 1974 la de Medicina. Para diseñar el currículo, la Universidad se valió de asesores extranjeros: Rodrigo Gutiérrez, de Costa Rica y María Isabel Rodríguez, de El Salvador, como representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También estuvimos visitando hospitales en varios países de Centroamérica buscando, con entusiasmo, generar una formación enfocada en la prevención y la salud integral. Alabo los pasos dados en ese tiempo para la implementación de una visión innovadora. Recuerdo que los miembros de la Junta Directiva de la Universidad en ese momento decían: “sin Medicina, esto no es universidad”, lo cual acrecentó el interés institucional, pues la solicitud llegaba también de la sociedad, no solo de los profesionales de la salud.

Hago énfasis en el valor de esta iniciativa de la PUCMM porque ya en el 1916, durante la invasión americana, no se contempló la importancia de la formación en Medicina en la región Norte. Se alegaba la escasa preparación de los profesores, por lo que la alternativa de formación continuó estando en Santo Domingo durante varias décadas más.

Tiempo de profesor

La forma en que se concibió y se implementó la formación en salud desde la PUCMM tuvo su efecto. Reconozco que surgió ahí una identificación estrecha entre los estudiantes con su oficio. Los primeros estudiantes eran enfermeras; de hecho, constituyó un gran esfuerzo la creación de la carrera de Enfermería y la misma tuvo excelentes frutos. Fue lamentable que en el transcurso del tiempo la carrera perdiera fuerza, por debilidades del contexto social.



Me quedé como profesor durante 43 años y lo que puedo decir en la actualidad es acerca de la preocupación por la cantidad de estudiantes inscribiéndose en Medicina y la incertidumbre que ellos sienten frente a su futuro profesional. Considero que hay que trabajar con ellos para insistir en la belleza que implica el servicio y cómo a partir del servicio se generará el éxito en su trabajo. Sin embargo, subsiste la creencia en que el éxito está en el especialista, ellos dicen: “yo quiero ser oftalmólogo porque a esos médicos sí les va bien”. Por tanto, el problema real no radica en la cantidad de estudiantes, sino en la visión de la Medicina, pues existen secciones de la población donde la necesidad de especialidades disminuye, y se requieren médicos generales. Así, a los estudiantes hay que exhortarles a que no tengan miedo al futuro pero sí que se ocupen seriamente de su preparación y de la perspectiva con la que conciben su vocación.

La atención primaria en salud

Siempre me ha mortificado la discusión sobre la atención primaria en Medicina. No entiendo por qué se dice que esta va a debilitar la atención clínica. Es el tipo de servicio del que se va a vivir toda la vida, pues los profesionales de la salud no solo sanamos, nuestro oficio consiste en preservar la salud del ciudadano. Comprendo que existen intereses económicos en la discusión, pero es triste. Todos los médicos deben ofrecer atención primaria en cualquier situación, es decir, darle al paciente el tiempo que necesite, aunque acuda a la consulta de una especialidad. En la formación en salud de un país como Suecia, por ejemplo, se contempla la continuidad de la atención: 500 estudiantes dan seguimiento a 1000 familias. Es la óptica de unir lo biológico con lo social.

Es un placer para mí seguir recordando casos. Cuando tuve la primera emergencia obstétrica, me fueron a buscar en un mulo, recorriendo 5 kilómetros. Era una señora que retenía la placenta, estaba a punto de dar a luz por octava vez. Cuando llego a la casa, el piso era de tierra, las paredes de yagua y el techo de cana. Rogándole a Dios mientras pensaba, utilicé una latita de éter y una mascarilla para anestésicarla y logré sacarle la placenta. Hace seis meses la volví a ver, era una viejita ya y le pregunté por su esposo Jin: “Ya Jin murió”. ¿Cómo se le puede a uno olvidar este tipo de trabajo?

El médico general y familiar tiene más facilidades de identificarse con la familia. Tenemos un gran déficit de asistencia médica, agravado por el uso de la tecnología diagnóstica, que conlleva un alto grado de sofisticación. Por un lado, los diagnósticos especializados se dirigen solo a una parte de la población enferma, no a toda; y por otro lado, la tecnología es muy cara. Y, lo que es peor, su uso puede debilitar la capacidad del médico de razonar por sí mismo. Por eso me sorprende tanto la oposición de algunos sectores a la atención primaria y entiendo que, para lidiar con el problema, la visión de la formación en salud dentro de la universidad y la manera en que se conciben las prácticas hospitalarias juega un rol muy importante.

Siempre digo que mientras más días pasan a mí me gusta más la Medicina. En estos días oí a alguien decir que si volviera a nacer haría de nuevo lo que hizo. Yo también digo lo mismo: si me tocara, estudiaría Medicina otra vez.