

MEDICINA PREVENTIVA INTEGRADA A LAS CLINICAS

Francisco Rojas Villegas

Cuad. Méd.-Soc., XXXII, 3, 1991/ 11-14

Nada más adecuado que discutir el tema de la integración de la enseñanza clínica con la de la Medicina Preventiva y Social en una reunión destinada a honrar la memoria de nuestro buen amigo Gustavo Molina Guzmán. El tuvo respecto a ella una especial predilección y destinó muchos años de su vida y de su labor docente en procurar hacerla realidad. Me cupo la suerte, mientras dirigía el Departamento de Medicina del Hospital San Borja, de participar directamente en este empeño de integración y de desarrollar, junto a Gustavo Molina, un programa que, luego de vencer un sinnúmero de tropiezos iniciales, entre los que podrían incluirse muchas incomprensiones, adquirió un firme desarrollo, y pudo haber cumplido seguramente con sus objetivos en forma completa, si no hubiesen surgido los acontecimientos que habrían de cambiar el rumbo de tantos proyectos, de tantas esperanzas y de tantas vidas, incluyendo la de nuestro recordado amigo.

Creo que vale la pena hacer un recuerdo previo de los fundamentos en que se basó la tesis de introducir elementos de Medicina Preventiva y Social en la enseñanza de la medicina clínica, no en forma aislada y abstracta sino paralela y, en lo posible, imbricada con la de la patología y la clínica.

En primer lugar, en los últimos decenios la Medicina experimentó un extraordinario progreso no sólo en su contenido científico sino que, al establecer con más precisión la etiología de muchos procesos patológicos y su relación con factores ambientales; amplió en forma creciente sus posibilidades preventivas.

En segundo lugar hay que mencionar la tenden-

cia prevalente en las sociedades progresistas de establecer el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales del individuo.

Esto trajo aparejada la necesidad de que las diversas acciones médicas, pese a su costo creciente, lleguen al mayor número posible de personas, lo que necesariamente cambia la modalidad misma del ejercicio de la medicina y por tanto, de muchos aspectos formativos del futuro médico.

La educación del estudiante realizada exclusivamente en la sala de hospital, en la que muchas veces el enfermo es identificado sólo por un número, y su importancia considerada únicamente en función de la rareza o la gravedad de su enfermedad, no constituía una buena escuela para esta medicina, ni siquiera incluso para el correcto ejercicio de la práctica privada.

Por otra parte los conceptos pedagógicos respecto a la mejor forma de entregar conocimiento al futuro médico, fueron sufriendo también con los años una progresiva transformación. La vieja actitud prevalente en los medios clínicos de considerar que la biología, la fisiología, la bioquímica y otras disciplinas básicas pertenecen a un mundo aparte y desvinculado de la medicina práctica, no prevalecen ya en ninguna Escuela de Medicina moderna donde se procura buscar una integración vertical en la entrega de conocimientos, buscando presentar ante el estudiante, al individuo y su enfermedad, no como un simple complejo sintomático, sino como un todo psíquico, anatómico, celular, fisiológico, bioquímico y social, que, en cada uno de estos aspectos, reacciona frente al agente agresor.

Si este enfoque es válido para los ramos científi-

cos, ¿cómo no habría de serlo para la Medicina Preventiva?

Relegada la enseñanza de este ramo a un curso previo a la iniciación de las clínicas, entregaba conceptos abstractos, teóricos, totalmente desligados del individuo enfermo y de su medio, antes de que el alumno tomara contacto con él y pudiera vincular estos conocimientos con la realidad. El resultado era que estos eran olvidados con la misma facilidad con que se adquirían y que el médico, producto de esa enseñanza, siguiera considerando en su práctica clínica al individuo enfermo como un ente semi-abstracto y desvinculado de toda circunstancia anterior o futura que pudiera relacionar con el origen de su enfermedad o que influyera en su curso ulterior.

Algo semejante ocurría con la enseñanza de la Psiquiatría, ubicada al término de la carrera, es decir *después* de que el estudiante había terminado su ciclo de aprendizaje de la patología y la clínica general. De esta manera durante el desarrollo de la enseñanza clínica se hacía abstracción completa de los elementos psicológicos y emocionales del paciente y por tanto de la posible participación de estos factores en la génesis o exacerbación de sus síntomas.

Todas estas consideraciones clamaban en forma creciente por un cambio en los programas de enseñanza básica y de actitud para aplicarlos. Paulatinamente estos conceptos fueron ganando terreno y, en un primer paso para facilitar la integración, la Facultad de Medicina creó un número adicional de Cátedras de Medicina Preventiva con el objeto de posibilitar un mayor contacto con los grupos hospitalarios docentes que existían en esa época.

En un segundo paso, los grupos de enseñanza clínica fueron adquiriendo conciencia de que ésta, realizada exclusivamente en la sala de hospital, era incompleta y entregaba al estudiante una visión de la medicina y de la patología totalmente restringida y despegada de la realidad que enfrentarían más tarde, durante su ejercicio profesional. Paulatinamente, y en grado diverso entre los diferentes grupos hospitalarios de enseñanza, se fue extendiendo la práctica de los alumnos en el consultorio externo, al mismo tiempo que se iba entregando a los grupos clínicos mayor responsabilidad en la dirección y funcionamiento de dichos consultorios en cada área.

Posteriormente, siguiendo un proceso que no es del caso analizar aquí en sus detalles pero que se vio grandemente facilitado por las nuevas orientaciones adoptadas por la directiva de la Facultad de Medicina a partir de 1967, en las diversas áreas de enseñanza se fueron esbozando programas que, en grado mayor o menor, buscaban una mejor integra-

ción entre la enseñanza de la clínica y de la Medicina Preventiva, uno de los cuales se estableció en el área Central, denominada en ese tiempo San Borja-Arriarán, programa cuyo mayor mérito corresponde a la acción de Gustavo Molina para lo cual formó un cuerpo de ayudantes de carácter multidisciplinario, entre los que se contaban, no sólo salubristas sino médicos generales, psiquiatras, psicólogos y sociólogos.

Analizaré a continuación algunos aspectos de este programa en que me cupo contacto y participación directas.

Cumpliendo, en primer lugar, con la necesidad de relación geográfica entre la enseñanza clínica y la de Medicina Preventiva, el Dr. Molina y su equipo obtuvieron facilidades para instalarse en el propio local del Hospital San Borja, para facilitar aún más la integración. El grupo de Molina incorporó, a tiempo parcial, a docentes que el resto del tiempo impartían enseñanza en el Departamento de Medicina. De esta manera, docentes clínicos y de otras disciplinas pudieron intercambiar permanentemente conocimientos y experiencias.

Otro de los aspectos interesantes del programa integrado fue la incorporación a la ficha clínica en uso en la sala, de una encuesta, denominada Ficha Epidemiológico Social, en la que el estudiante, además de los datos correspondientes a la anamnesis clásica, debía consignar un cierto número de informaciones adicionales sobre las condiciones económicas, ambientales o sociales del paciente y los posibles datos de orden epidemiológico que pudieran relacionarse con la patología que presentaba. De este modo se procuraba proporcionar al estudiante, al interno y aun al médico tratante, una visión más integral del fenómeno enfermedad y, sobre todo, habituarlo a una actitud más amplia y comprensiva en la consideración del paciente. Esta modificación de la ficha clínica incluía además, en el espacio destinado a los diagnósticos del egreso, indicaciones de tipo educativo respecto a la naturaleza de la enfermedad que lo había aquejado y cuidados necesarios como consecuencia de ella, hechos que por lo general eran descuidados en la ficha convencional. La nueva ficha incluía también algunas pesquisas de tipo psicológico referentes a consignar la reacción del paciente y su medio, frente a la enfermedad.

Esta ficha, que en el curso del tiempo debió sufrir numerosas modificaciones indicadas por la experiencia, estuvo en uso durante varios años y, al término del primer período de dos años de permanencia de los alumnos en el servicio clínico, se efectuó de ella una evaluación en base a encuestas anónimas que demostraron algunos hechos interesantes.

En primer lugar, pudo verse que la gran mayoría de los estudiantes la consideraba útil, especialmente en lo que se refiere a establecer una mejor relación entre médico y paciente y un más amplio conocimiento sobre algunas particularidades de este último y su medio ambiente que facilitaban, tanto la acción terapéutica, como la labor educativa respecto a su enfermedad y las indicaciones de tratamiento posterior al alta.

En segundo lugar, al encuestar a los médicos de sala sobre este mismo punto, nos llevamos la sorpresa de que, dos años después de entrada en vigencia la nueva ficha, su uso era apoyada por los médicos en mayor proporción y quizás con mayor vehemencia que la de los propios estudiantes.

Por último, se practicó una encuesta sobre el contenido de la nueva ficha en un grupo de cerca de 70 enfermos y pudo comprobarse que la mayoría de los pacientes opinó que este interrogatorio exhaustivo sobre materias aparentemente desvinculadas de su enfermedad, era útil en cuanto a concederle al enfermo más importancia como persona y facilitar su relación con el médico.

En síntesis, la experiencia de disponer de una ficha clínica más completa, elaborada por un equipo multidisciplinario, pareció constituir un positivo progreso formativo no sólo para los estudiantes sino que para los médicos ya formados, en el principal sentido de darle un carácter más humano y completo a su relación con el paciente. No tengo información de si esta ficha o una semejante ha sido adoptada en carácter definitivo en los servicios del Hospital San Boja, hoy Paula Jaraquemada o en otros, o si esta experiencia tan provechosa ha quedado discontinuada en la actualidad.

Otro aspecto importante del programa que nos ocupa, se refiere a la enseñanza de los alumnos en consultorio externo. Esta actividad iniciada por algunos grupos clínicos varios años antes, fue indudablemente perfeccionada y mejor orientada por el programa integrado, bajo la dirección del grupo multidisciplinario de Medicina Preventiva. Durante ella, los estudiantes, además de adquirir experiencia en este importante aspecto de la acción médica, desarrollaban investigaciones respecto a diferentes temas como por ejemplo el tipo de mortalidad predominante, la efectividad y continuidad de los tratamientos, establecida por programas de seguimiento, los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, las condiciones socio-económicas de la comunidad atendida, etc. Estas actividades permitieron sin duda alguna conformar en la mente de los estudiantes una actitud y una comprensión de las reales características del medio en que más tarde

les correspondería actuar, que jamás habrían obtenido por medio de la enseñanza tradicional. Creo que la participación de los estudiantes en el trabajo de consultorio externo, complementada por la influencia del grupo de Medicina Preventiva, representa uno de los logros más interesantes del trabajo integrado entre los equipos clínicos y preventivos. Ignoro, en que medida y en que forma la enseñanza clínica en consultorio externo continúa actualmente incorporada a la rutina de los programas de enseñanza médica.

Por último, pero no por ser menos importante, quiero referirme a otro aspecto de la actividad educativa desarrollada como fruto del programa integrado, que es el programa de Internado Rural.

De acuerdo a éste y en forma sucesiva, equipos de 2 a 4 internos de Medicina acompañados por un docente mixto (Clínica y Med. Preventiva) concurren por períodos de 20 a 30 días a hacerse cargo de la totalidad del trabajo en algunas postas rurales en diversas regiones del país. En colaboración con el personal de planta de la posta y del Hospital Base más cercano, estos equipos obtuvieron además la mayoría de las veces, una amplia cooperación de otros organismos regionales como la Municipalidad y el equipo docente de las escuelas cercanas. Además de la labor asistencial, realizaron investigaciones respecto a condiciones habitacionales, estado nutricional de la población infantil, patología predominante en la zona, etc. Estas no sólo contribuyeron a la labor formativa sino que, además ayudaron a proporcionar información a las autoridades del SNS respecto a deficiencias de personal y equipamiento de las respectivas postas y a la orientación de la atención médica de la zona, que fueron de indudable beneficio para el trabajo futuro de estos centros de atención.

Creo que la experiencia del internado rural para cuyo financiamiento obtuvo el Dr. Molina incluso ayuda de instituciones extranjeras, representa también uno de los más interesantes productos de este programa y aunque no tengo al respecto una información exacta, me parece que en la actualidad ha sido discontinuado.

No quiero extenderme sobre otros aspectos beneficiosos del programa integrado para no alargar más esta exposición. Creo sinceramente que representó uno de los esfuerzos más estimables para complementar la formación clínica del estudiante de medicina con un sentido más amplio y más acorde con la realidad ambiental y las verdaderas condiciones en que la mayoría de ellos debería desarrollar su ejercicio profesional.

Vuelvo a manifestar que en la programación de

esta integración en el área en que nos correspondió actuar y en el impulso para que lograra realizarse, le cupo a Gustavo Molina un papel preponderante cuya mención, aparte de un sin número de sus otros merecimientos, bastaría para que su memoria fuera recordada con respeto y admiración por todos los

que se preocupan del perfeccionamiento de los programas de enseñanza médica. Si programas de esta índole no son desarrollados en la actualidad es necesario tenerlos presentes en la enseñanza universitaria.

Muchas gracias