

FORMACION PROFESIONAL MEDICA

Los incesantes progresos de la Medicina obligan a adecuar la enseñanza de las Ciencias de la Salud a indiscutibles conexiones con las Ciencias Sociales.

El presente trabajo señala la evolución histórica de los programas de enseñanza extramural, en ramos clínicos y preclínicos que culminan con el programa de Internado Rural presentado por los autores. En él se exponen los propósitos, objetivos, organización y métodos docentes, etc.

La evaluación del programa, hecha por los estudiantes durante el último período de su realización, demuestra la aceptación que aquél encontró en ellos.

La necesidad del Internado Rural se presenta como una actividad interesante para conocer la realidad local y contribuir a la formación de un médico integral.

El Internado Rural como experiencia docente en la Facultad de Medicina Sede Santiago Norte

"... y hará en cuanto es posible, que se difunda a los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar y reparar la salud."

Andrés Bello, "El Araucano". 5 agosto 1842.

Dras. MARIA DE LA FUENTE H. *
CECILIA ALBALA B. **

INTRODUCCION

En la actualidad existe unánime reconocimiento, (5-7-8-9-13-23) que las Escuelas de enseñanza de las Ciencias de la Salud, se ven abocadas, día a día, a adecuarse al meteórico progreso científico y tecnológico de las ciencias médicas y a la creciente complejidad de los métodos de diagnóstico y tratamiento, a la incorporación de la demografía como inquietud constante y a la aplicación de las ciencias sociales para dar una medicina con conocimiento cabal de las comunidades beneficiarias.

Se ha llegado a afirmar que el proceso de enseñanza-aprendizaje debe tener como eje la salud de la comunidad, antes que la enferme-

dad del individuo y más aún, que éste debe organizarse en función del desarrollo de la comunidad en base a la práctica activa y real de su profesión (4-19).

Ya Andrés Bello lo dijo: "*pocas ciencias hay como la Medicina, que para enseñarse de un modo conveniente no necesiten adaptarse a nosotros, a nuestra naturaleza física, a nuestras circunstancias sociales*".

Es enteramente deseable, entonces, que el proceso enseñanza-aprendizaje se cumpla en base a la observación y participación dinámica del alumno en la evolución de la salud y la enfermedad en el medio social en que se desenvuelve (6-19).

Se destaca así la importancia de dar mayor énfasis a la Medicina preventiva y social en las Escuelas de Medicina (15), en que la enseñanza se imparta a lo largo de toda la carrera forman-

* Médico Licenciado en Salud Pública, Depto. de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina Santiago Norte, Univ. de Chile.
** Médico Licenciado en Salud Pública.

do una actitud positiva hacia la atención integral, que incorpora los conceptos preventivos y sociales en la formación clínica del alumno (22).

Hay una tendencia, cada vez mayor, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados, hacia la concepción integral de la medicina, con la salud como meta (14-15-21), en la cual el médico, como señala González Ginouvé: "Mire la salud de su comunidad como su responsabilidad y no como simple ciudadano".

La necesidad real de otorgar una medicina racional, a través de programas de salud, exige también la existencia de un equipo de salud multidisciplinario que permita solucionar eficientemente los problemas prevalentes de salud de la población (25-26).

El objetivo general formulado para la Carrera de Medicina es la formación de un médico general, no especializado, capaz de dar solución a los problemas de salud habituales en nuestro medio.

Dentro de la Carrera de Medicina, el Internado, es el período de ejercicio profesional supervisado, en que se entregan los conocimientos, destrezas, hábitos y actitudes adquiridas a lo largo de los estudios médicos. Es la etapa final del proceso de formación de un médico no especializado, que conozca y comprenda la realidad médico social en que se determinan y enfrentan los problemas de salud nacional.

Sin embargo, si analizamos el currículum de la Escuela de Medicina, encontramos que en su etapa de formación el alumno no tiene la oportunidad de conocer las características y problemas de salud del medio rural, salvo en el nivel de información, en circunstancias que la población rural constituye una proporción muy importante del total de la población chilena (14). Si no se conoce esa realidad, difícilmente puede adquirirse un compromiso efectivo, con la solución de los problemas que allí existen.

Esa ha sido la razón para incluir una experiencia en lo rural dentro del período de internado.

Creemos que en esta etapa adquiere mayor importancia la apreciación de las condiciones de vida de una comunidad rural, las características de la atención médica y los sistemas a través de los cuales se otorga en servicios especialmente dotados para ello. Es por eso que el programa de internado rural, que presentamos en este trabajo, destina una parte importante del tiempo a actividades de trabajo comunitario

y Salud Pública que el alumno no ha tenido oportunidad de adquirir en forma sistemática en los centros docentes del medio urbano donde ha transcurrido su vida estudiantil (21).

ANTECEDENTES:

Los primeros intentos de llevar la enseñanza de la Medicina a la comunidad misma, surgen como una necesidad de los ramos clínicos.

Ya en 1945, en el curso de Parasitología del 3.er Año de Medicina se efectuaban prácticas e investigaciones en el terreno (20).

En 1955 el Prof. Arturo Baeza Gofii (1), lleva la enseñanza de la pediatría a una población obrera del Gran Santiago, en la cual los alumnos estudian durante todo un año las características socio-económicas, ambientales, culturales, etc. y estudio de la familia desde el punto de vista médico, especialmente pediátrico.

A comienzos de 1959, se incluye, por primera vez en el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción un período de práctica durante el 7.º Año de Medicina denominado "Internado en Medicina Integral" se programa y ejecuta por el Departamento de Medicina Preventiva y Social (17). Durante un mes los internos realizan actividades centradas de preferencia a nivel de la dirección de la IX zona de salud con tiempo breve dedicado a actividades de terreno en el medio rural.

En 1962 y después de conocer las experiencias de los primeros médicos generales de zona se concluye que la Escuela no prepara al estudiante para ejercer en las condiciones establecidas por el Servicio Nacional de Salud y que si bien, la formación clínica es adecuada, existen defectos de formación en materias relacionadas con Salud Pública.

Con estos antecedentes, en 1963, se reemplaza la práctica que se realizaba a nivel de la Dirección Zonal, por una práctica de "Internado Rural", que, con régimen de residencia, ofrece al interno la ventaja de conocer las circunstancias reales del ejercicio profesional en las áreas rurales, a través del adiestramiento en los problemas prevalentes de patología, urgencias y en los aspectos más importantes en Salud Pública.

Posteriormente en 1965 surge, en las Areas Central y Sur (18-22), la idea de efectuar un Internado Rural en Medicina Interna con el fin de preparar un médico capaz de desempeñarse de inmediato como Médico General de Zona (10). En la Escuela de Medicina de Val-

paraíso, también se realiza la experiencia de una medicina integral con práctica en la comunidad, ya desde 1967.

Finalmente en 1969 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se incorpora en el programa de internado, un período de práctica en el medio rural (23-24). Los objetivos planteados en los primeros programas (11-12) son similares a los actuales y hacen énfasis sobre:

El conocimiento de la patología prevalente en el medio rural, sus posibilidades de atención integral en hospitales y postas con los recursos existentes, el trabajo en equipo, la organización administrativa de los recursos y la posibilidad de adquirir experiencia en el planeamiento y ejecución y evaluación de programas de salud rural. En esta primera experiencia participan las Escuelas de Enfermería, Obstetricia y Medicina con tiempos variables de 6-8 y 4 semanas respectivamente.

El programa se financia con aportes de la Fundación Kellog, durante un corto período y luego con fondos de la Facultad de Medicina y Servicio Nacional de Salud.

En Junio de 1970 mediante un "Convenio de colaboración Mutua para los Internos Rurales de las profesiones del Equipo de Salud" se ratifica este financiamiento por las Instituciones interesadas: Universidad de Chile y S.N.S. En él se establecen los deberes y derechos de cada una de ellas, no existiendo más limitaciones que la de los recursos de que disponen los sitios elegidos. El S.N.S. proporciona además del alojamiento, comida y medios de movilización locales, la supervisión directa de los internos por intermedio de los Jefes de Servicio, del Jefe de Area, o del profesional en quien se delegue esa función, y da las facilidades para desarrollar las labores asistenciales, de investigación y extensión. La Universidad se compromete a supervisar periódicamente el trabajo de los internos y a sufragar los gastos de traslado hacia y desde la capital de internos y docentes (23).

El período de Internado Rural se inicia el 15 de marzo de un año para terminar el 15 de marzo del año siguiente, de tal manera de asegurar una asistencia permanente de internos a los sitios elegidos con el fin de no introducir factores de distorsión en la atención médica local.

Se trata de establecer adecuada relación con las Escuelas de Enfermería y Obstetricia que por exigencias de los programas de estudio nunca son coincidentes en totalidad, ni abarcan

el mismo período en el año, quedando en ocasiones sólo el Interno de Medicina. Esta práctica no cuenta con "tiempo propio" asignado curricularmente de tal manera que debe hacerse tomando 4 de las 17 semanas del Internado de Medicina o de Cirugía, situación que no es bien aceptada por los respectivos departamentos.

ADMINISTRACION:

En 1970, la responsabilidad administrativa del programa se formaliza recayendo en el Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Unidad Area Norte, dándose mayor énfasis a los aspectos de salud pública, pero manteniendo la supervisión de los docentes clínicos de Medicina - Obstetricia - Cirugía y Pediatría y los propósitos y objetivos que cada uno de los ramos aporta en el programa.

En Agosto de 1971 este programa pasa a depender en lo docente y en lo administrativo del Departamento de Salud Pública y se denomina "Internado de Salud Pública"; es en esa fecha que nos hacemos cargo del programa.

Ya a fines del período 1971-1972 y en base al análisis de las evaluaciones hechas por los Internos, las opiniones de los supervisores, locales y universitarios se registran algunos problemas dependientes de:

- La distancia a los lugares de práctica: más o menos 500 km. lo que hace difícil la supervisión y/o comunicación con los internos, además de los problemas familiares que esta situación provoca a algunos internos con responsabilidad de jefes de hogar.
- Coordinación difícil con los internos de otras carreras por la diferente duración del Internado Rural en cada una, de tal manera que los "equipos multiprofesionales" organizados se ven sometidos a continuos cambios.
- Problemas con los Departamentos de Medicina y Cirugía por el hecho de tener que "ceder" a los internos, tiempo destinado a esos ramos.

En base a estos antecedentes, para el período 1972-1973 se hace un nuevo programa de Internado Rural que trata de subsanar estos inconvenientes.

Es así como se estructura un programa con tiempo propio para Internado Rural, aunque discontinuo, y no es posible asegurar el envío de internos todo el año, con lo que se obvian los problemas con los ramos clínicos, pero se pierde para los sitios locales la continuidad de la atención.

No se insiste en el envío de equipos multidisciplinarios porque no hay posibilidad de llegar a igualar los períodos de práctica y se piensa que es más importante integrar el equipo con el personal estable de los lugares, lo que constituye una situación más real y útil en la continuidad de los programas y en beneficio de la comunidad.

Se eligen nuevos lugares más cercanos a Santiago, a los cuales se exige algunos pre-requisitos basados en la experiencia anterior a saber:

Hospitales tipo C y D, preferentemente con postas rurales en funcionamiento.

Existencia de un equipo de salud mínimo, es decir, Médico General de Zona, Enfermera, Matrona y Asistente Social, interesados en el trabajo rural y en lo posible organizados para tal efecto.

Algunos hospitales tipo B (con postas rurales) que ofrezcan especiales condiciones para los interesados en alguna de las 4 especialidades básicas, además del trabajo rural.

Directores y/o Generales de Zona interesados en su propio trabajo y en la docencia que representen para el interno una buena imagen del Generalato de Zona y del trabajo en Provincia.

Accesibilidad adecuada del sitio geográfico del hospital y sus postas.

Condiciones aceptables de alojamiento, comida y movilización.

Con estos pre-requisitos nos damos a la tarea de buscar sitios y visitarlos. Del total de sitios encontrados elegimos los que aparecen en el cuadro adjunto.

T A B L A N° 1
LUGARES ELEGIDOS PARA INTERNADO RURAL
1972 - 1974

Zona de Salud	Area de Salud	Lugar	Tipo de hospital	N° de postas
III	Los Andes	Los Andes	B	9
III	Los Andes	Llay-Llay	C	4
III	San Felipe	San Felipe	B	5
IV	Quillota	Calera	C	8
V	Poniente	Talagante	C	6
V	Poniente	Curacavi	D	20
V	Poniente	Peñaflor	D	3
V	Central	Maipú	Cons. Ext.	3
V	Norte	Til-Til	D	6
V	Puente Alto	San J. de Maipo	C	3
V	Buín	Buín	C	2
V	Buín	San Bernardo	Serv. Deleg.	1
VII	Cauquenes	Cauquenes	B	3
VII	Cauquenes	Chanco	D	3

Premeditadamente y no obstante significarnos un mayor esfuerzo de coordinación se elijen más sitios de los estrictamente necesarios para el cumplimiento del programa, e incluso se permite en ocasiones que los internos elijan otros no contemplados allí, pero que cumplan con los pre-requisitos establecidos.

Una condición deseable en este tipo de programas es organizar la práctica en forma diversificada (2), presentando al interno una gama

de posibilidades frente a las cuales pueda "probarse a sí mismo" de acuerdo a sus individuales inclinaciones, respetando sí, la condición de ruralidad como básica.

El internado rural no se puede homologar a un "curso" clásico en que se entregan contenidos y se obtienen ciertos resultados en forma más o menos homogénea, ni a otro tipo de trabajos prácticos en que se desea obtener destrezas específicas.

Cien internos no son un curso para los efectos de Internado Rural, son cien individuos a los que es necesario adaptar el programa si se quieren obtener buenos resultados.

PROGRAMA:

Conocidos ya los antecedentes históricos que llevaron a la realización del Internado Rural y señaladas someramente las actividades realizadas en este sentido, en las diferentes Facultades de Medicina y áreas de Santiago, se expone a continuación el programa realizado al 7.º año de Medicina en el Area Santiago Norte de la Universidad de Chile entre 1970 y 1973.

I. PROPOSITO

Contribuir a la formación de un médico general no especializado capaz de comprometerse con la solución de los problemas de salud habituales en una comunidad rural y de utilizar racionalmente los recursos de salud a su alcance.

II. OBJETIVOS GENERALES

Contribuir al cumplimiento de los objetivos específicos formulados para la carrera de Medicina en los siguientes aspectos:

1. *El médico comprometido con la sociedad.*

Desarrollar una actitud de responsabilidad ante la comunidad de los recursos a él entregados.
Adquirir habilidad para establecer relaciones positivas con el medio social en que le corresponde actuar.

2. *Formación científica y técnica.*

Area Cognoscitiva.

- Conocer y manejar la doctrina y política de salud chilenas.
- Conocer y aplicar al campo de la salud los procesos de planificación y administración.

Area Valorativa.

- Desarrollar una actitud de responsabilidad total para afrontar el trabajo médico individual y en equipo.

- Considerar al hombre como un ser dentro de su ambiente, donde las acciones médicas tiendan a promover la salud o prevenir la enfermedad antes que curarla.

Area Activa.

- Adquirir habilidad para efectuar el diagnóstico y tratamiento de la patología habitual de una comunidad.
- Adquirir habilidad para aplicar técnicas que coadyuvan al trabajo médico integral: planificación en salud; administración; trabajo en equipo y otras.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. *De información:*

- Conocer el ambiente físico y socio-cultural de una comunidad rural.
- Conocer los problemas de salud de una comunidad rural y los factores que los condicionan, a través de la recolección y análisis de la información disponible.
- Conocer la organización médica del Area.

2. *De habilidades y destrezas:*

- Clínicas: adquirir y desarrollar habilidades para:
 - El desempeño profesional integral en provincia y a nivel de una comunidad rural.
 - Diagnosticar y tratar la patología colectiva más frecuente.
- De Salud Pública: adquirir y desarrollar habilidades para:
 - Diagnosticar el nivel de salud local y los factores que lo condicionan.
 - Describir y analizar la organización y el manejo administrativo de los recursos de salud existentes.
 - Planificar y programar acciones de salud a través de la elaboración o análisis y evaluación de programas locales de salud.
 - Realizar acciones de fomento y protección.

3. *De actitudes:*

- Desarrollar una actitud crítica ante la situación de salud y los sistemas de atención médica en el medio rural.

- Desarrollar una actitud favorable hacia el ejercicio profesional en provincias.
- Desarrollar una actitud favorable hacia el trabajo en equipo.

MÉTODOS Y ACTIVIDADES

Para cumplir los objetivos enunciados, se realizan las siguientes actividades:

1. Atención médica, tanto dentro del hospital como fuera de él. Esta actividad se programa en reunión conjunta de los internos con el Director Local, y se destina el 50% del tiempo.
2. Actividades de Salud Pública, que ocupan igualmente el 50% del tiempo y se destinan a conocer el ambiente socio-cultural de la comunidad, obtener información acerca de su nivel de salud, y sobre la distribución, manejo, uso de los recursos humanos y materiales con el fin de obtener un diagnóstico de salud local.

Terminada la práctica los internos deben presentar al coordinador del programa un trabajo de Salud Pública sobre algún tema factible de realizar en el tiempo programado y en lo posible basado en experiencias vividas.

Temas:

- Diagnóstico de salud local y factores condicionantes.
- Administración de servicios.
- Atención médica.
- Salud escolar.
- Problemas de nutrición por déficit y por exceso.
- Enfermedades infecciosas.
- Grandes problemas: alcoholismo, accidentes, cáncer, enfermedades cardiovasculares.
- Medicina del trabajo.
- Saneamiento ambiental.
- Organización comunitaria.
- Educación en servicio.
- Educación para la salud.
- Análisis de programas.

La elección del tema se hará en el terreno en la primera semana y de acuerdo con los docentes locales. Será supervisado por el docente de Salud Pública en su visita. Es deseable que haya cierta continuidad en los trabajos para beneficio local y de los mismos internos.

Organización de actividades:

Los internos disponen para su práctica de hospitales tipo B, C y D en las provincias de: Aconcagua, Valparaíso, Santiago y Maule. Se dividen parejas distribuidas en los sitios correspondientes y permanecen en ellos durante 4 semanas con 43 horas semanales. La distribución horaria se hace considerando la realidad local y de mutuo acuerdo entre los internos y el docente local.

Supervisión:

- Local: supervisión permanente del docente local a cargo del interno.
- Central: un docente del Departamento de Salud Pública hace una visita de supervisión en la segunda o tercera semana del Internado Rural, según pauta.

Evaluación del programa:

Se hace por medio de una encuesta de opinión sobre la utilidad y calidad de la experiencia.

Calificación:

De los docentes locales de acuerdo a pautas generales de la Escuela de Medicina (60% de la nota).

De los docentes de Salud Pública en base a la visita de supervisión y al Informe Final en el que se considerará: Presentación y Contenido General y de Salud Pública (40% de la nota).

Cumplidos los requisitos el interno recibirá un Certificado con la nota promedio obtenida.

Docentes participantes:

- Locales: El director local como responsable y un equipo asesor multiprofesional.
- De Salud Pública: Equipo docente de Salud Pública. Unidad Área Norte Universidad de Chile.

EVALUACION:

Como está expresado en el programa, cada alumno, al terminar su práctica debe responder a una encuesta final de evaluación, en forma anónima indicando el lugar donde realizó el Internado Rural (16). Dicho cuestionario abar-

ca los aspectos de información, habilidades y destrezas, actividades, orientación en el trabajo, relaciones humanas, comentarios y sugerencias. Esta encuesta se comienza a aplicar, de manera experimental, en el período 71-72, obteniéndose un bajo número de respuestas (35%) motivo por el cual no es válido su análisis. En el período 73-74 se establece la obligatoriedad de entregar la encuesta para la obtención del Certificado de Internado Rural lográndose así una cifra cercana al 100% de respuestas.

A continuación se entregan los resultados ob-

tenidos en el período 73-74, expresados en notas de 1 a 7.

Los resultados se han separado de acuerdo al lugar donde se realizó el Internado Rural, en tres fracciones:

- Zona Sur: Cauquenes, Chanco, Santa Cruz, Teno, Quirihue, Coinco.
- Zona Norte: Los Andes, Llay-Llay, San Felipe, Calera, Coquimbo.
- V Zona: Talagante, Curacaví, Peñaflo, San José de Maipo, Buin, San Bernardo.

T A B L A N° 2

EVALUACION REALIZADA POR LOS ALUMNOS RESPECTO A OBJETIVOS DE INFORMACION. (ESCALA DE 1 A 7)

	Z. Sur	Z. Norte	Stgo.	Notas Promedio
Conocimiento ambiente físico donde trabajó	7	5.5	5.3	5.8
Conocimiento ambiente socio-cultural	5.7	5.5	5.3	5.5
Conocimiento problemas de Salud Pública del área	5.4	5.4	5.3	5.4
Notas Promedio	6.0	5.4	5.3	5.6

T A B L A N° 3

EVALUACION REALIZADA POR LOS ALUMNOS RESPECTO A HABILIDADES Y DESTREZAS. (ESCALA DE 1 A 7)

	Z. Sur	Z. Norte	Stgo.	Notas Promedio
Capacidad de analizar la información básica y elaborar un diagnóstico de salud.	5.4	5.3	5.3	5.3
Capacidad de atender problemas médicos de una comunidad rural.	5.6	5.8	5.9	5.8
Capacidad de efectuar un diagnóstico administrativo.	5.0	5.2	5.0	5.0
Capacidad de analizar los programas de salud locales.	4.9	5.3	5.2	5.2
Notas Promedio	5.2	5.4	5.3	5.3

T A B L A N° 4

EVALUACION REALIZADA POR LOS ALUMNOS RESPECTO A SUPERVISION Y ORIENTACION EN EL TRABAJO. (ESCALA DE 1 A 7)

	Z. Sur	Z. Norte	Stgo.	Notas Promedio
Calidad y utilidad de la orientación y supervisión de los docentes de Santiago.	6.3	6.3	5.8	6.1
Grado de interés de los docentes locales en orientar y supervisar sus actividades.	5.9	5.3	5.7	5.6
Calidad y utilidad de la orientación y supervisión de los docentes locales.	6.0	5.3	5.8	5.7
Notas Promedio	6.0	5.6	5.8	5.8

T A B L A N° 5

EVALUACION REALIZADA POR LOS ALUMNOS RESPECTO A RELACIONES HUMANAS. (ESCALA DE 1 A 7)

	Z. Sur	Z. Norte	Stgo.	Notas Promedio
Con el grupo profesional del Area	6.5	6.1	6.0	6.2
Con los docentes de Santiago	6.8	6.6	6.4	6.6
Notas Promedio	6.6	6.3	6.2	6.4

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Si analizamos el programa de Internado Rural, su evaluación, nuestra experiencia y las vivencias de los alumnos, se puede decir que, tanto los propósitos como los objetivos específicos se cumplen plenamente.

Es así como, a juicio de los alumnos, las actividades realizadas, las habilidades, destrezas y actitudes obtenidas, son el componente imprescindible para la formación de un médico integral.

Sin embargo, el programa de Internado Rural, no debe realizarse sin una orientación previa, ni en lugares elegidos al azar. Es importante dar a conocer a los alumnos, algunas de las características del lugar elegido y premunirlo de pautas escritas, que le faciliten las labores de salud pública a realizar posteriormente como: diagnóstico de situación de salud local, diagnóstico administrativo, análisis de programas, etc.

Respecto a los lugares de elección, la experiencia ha demostrado que los sitios ideales son aquellos que cuentan con hospitales tipo C o D, a una distancia no más de 400 km de Santiago, con accesibilidad adecuada y con una infraestructura administrativa y planta física aptas para recibir, alojar y alimentar alumnos.

Desde el punto de vista de los profesionales locales, prácticamente todos ellos, especialmente los que pertenecen a este tipo de hospitales, presentan gran interés en recibir nuestros alumnos, ya que ello les permite desarrollar sus aptitudes docentes y vincularse a la Universidad.

No obstante, la excelente acogida local, es necesario tener un conocimiento cabal de las condiciones de la atención médica en los sitios elegidos, para no distorsionarla con el aporte asistencial que representan los internos; por eso, es recomendable mantener un débito constante, que permita, en lo asistencial, el cumplimiento de los programas locales, sin crear falsas expectativas.

Esto sólo es posible, contando con tiempo propio para realizar el programa, el cual debe ubicarse en el último año de la carrera, con un calendario concordante con el resto de las especialidades de que consta ese año de estudios, cuidando de no interrumpirlas, ni parcelar o discontinuar la práctica rural.

Se ha discutido la conveniencia de promover internados conjuntos de dos o más carreras de la salud con el fin de crear una actitud positiva hacia el trabajo en equipo.

En nuestra experiencia ello no es indispensable, e incluso obtenemos mejores resultados, cuando la práctica se realiza sólo con internos

de Medicina, en cuyo caso la integración con el equipo local es fundamental para realizar su trabajo.

La satisfactoriedad lograda en los aspectos docentes y asistenciales, tanto en alumnos como en equipos locales nos induce a pensar que el Internado Rural es una etapa fundamental en la creación de una actitud positiva hacia el generalato de zona, por demás recomendada por las más altas autoridades de la salud.

En suma, creemos que la experiencia del Internado Rural es muy positiva en la formación del estudiante de Medicina.

REFERENCIAS

1. BAEZA GONÍ, A. "Enseñanza de la Pediatría en Terreno". C.M.S. Volumen III, N° 1, 1962.
2. BAQUERO A., JAIME, FERRER F., HERACLIO. "La educación médica en el área rural. Una experiencia en Colombia". Educación Médica y Salud. Vol. 9, N° 1, 1975. OPS/OMS.
3. BEHM, H., LEGARRETA, D. Y TAUCHER, E. "Enseñanza de estadística". Ed. Médica y Salud. Vol. 1, N° 2, 1967.
4. CANESE, A. "La enseñanza de la microbiología mediante encuestas rurales". Ed. Médica y Salud. Vol. 1, N° 2, 1967.
5. DARRICARRERE, R. "Reforma universitaria y Educación Médica". C.M.S. Vol. IX, N° 3, 1968.
6. DE LA FUENTE, M., KAEMPFER, A.M. Y ROMERO, M.I. "El Consultorio Distrital como área de enseñanza de pediatría clínica y social". Rev. Ch. de Pediatría. Año XLII, N° 4, Abril 1971.
7. DIAZ, S., MONTOYA, C., MOLINA G. Y BELMAR, R. "Aporte de las ciencias sociales a la formación médica en el nivel pre-graduado". Vol. VII, N° 4, 1966.
8. GARCIA, JUAN CESAR. "Características generales de la Educación Médica en la América Latina", OPS. A. Educación Médica, N° 7, 1970.
9. HORWITZ, A. "Reformas en la enseñanza de Salud Pública". Ed. Médica y Salud. Vol. 4, N° 1 y 2, 1970.
10. IRRIBARRA, N. y equipo. "Panguipulli, Tres años de labor en Salud". C.M.S. Vol. XV, N° 4, 1974.
11. "INFORME DEL PRIMER PROGRAMA DE INTERNADO RURAL desarrollado en el Area Hospitalaria de Coicoin por los Internos de Medicina del Area Oriente de Santiago en el año 1969". Material mimeografiado.
12. JADRESIC, A. "Reforma Universitaria, problemas de salud y atención médica en Chile". C.M.S. Vol. IX, N° 3, 1968.
13. KAEMPFER, A.M. Y VENTURINI, G. "Educación Médica, Síntesis bibliográfica II Sem. de Formación profesional. Marzo 1969". Material mimeografiado.
14. MARGOZZINI, JUAN. "Bases para la política de enseñanza en pre-grado del Departamento de Salud Pública y Medicina Social, 1970". Material mimeografiado.
15. MEDINA, E., KAEMPFER, A.M., LEMESCH, C., DE LA FUENTE, M., MOLINA, R. Y SOTO, R. Enseñanza de Salud Pública en la Escuela de Medicina. Experiencia en el Area Hospitalaria Norte. Rev. Med. Chile, 99: 522, 1971.
16. MEDINA, E., KAEMPFER, A.M., DE LA FUENTE, M., ROMERO, M.I., LOPEZ, J. Y ORELLANA, M. Evaluación de la enseñanza de Medicina Preventiva y Social por los estudiantes. Rev. Med. Chile, 104: 566, 1976.
17. MERINO, R., PIZARRO, W. Y ROJAS R. "Internado Rural en Concepción". C.M.S. Vol. XI, N° 1, 1970.
18. MORA, FERNANDO. "Informe del Internado Rural, Area Sur", 1970. Material mimeografiado.
19. MUÑOZ, E. (Bs. Aires, Argentina). "Modelos utilizados en la enseñanza de la medicina Preventiva y Social". Ed. Médica y Salud. Vol. 7, N° 2, 1973.
20. PASMNIK, S. Y SOTOMAYOR, R. "Función docente del Consultorio externo. Parasitología U. de Chile (desde 1947)". Ed. Médica y Salud. Vol. 2, N° 1, 1968.
21. QUIROGA, J., PALMA, C. Y VENTURINI, G. "Formación del Médico en Chile". II Seminario de Formación Profesional Médica. C.M.S. Vol. X, N° 2, 1969.
22. RUIZ, H., ROMAN, O., ARROYO, P. Y HERMOSILLA, M. "Experiencia de un programa de Internado en Medicina Interna". Rev. Médica de Chile. Vol. 94, 1966.
23. SOTO, RENE. "Informe sobre Internado Rural". 1969-70. Material mimeografiado.
24. SOTO, RENE. "Proyecto de Internado Rural". Material mimeografiado.
25. VILLARREAL, R. "Revisión de los programas de enseñanza en Esc. de Medicina y afines". Ed. Médica y Salud. Vol. 6, N° 2, 1972.
26. YAUKAHUE, A. Y VILLARREAL, R. "Documento de trabajo presentado a la reunión del grupo asesor de OPS sobre Enseñanza de la Pediatría, celebrada en Washington D.C. del 6 al 8 de julio de 1966". Ed. Médica y Salud. Vol. 1, N° 2, 1967.