

EDUCACION MEDICA

Entre otras repercusiones del proceso de Reforma Universitaria sobre la enseñanza en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, destaca a partir de 1969 la inclusión en el programa de Internado de un período de práctica en el medio rural.

Así, resulta especialmente interesante el presente trabajo que relata una experiencia similar, pero iniciada ya en 1963, es decir, 6 años antes, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Este trabajo comenzado bajo la dirección del Profesor Hernán San Martín, ha continuado desarrollándose bajo la dirección del Profesor Rolando Merino, confirmando la orientación social, ya tradicional, en esa Facultad.

Internado rural en Concepción

Dr. ROLANDO MERINO S. *
Sra. WANDA PIZARRO V. **
Dr. RODRIGO ROJAS Mc. ***

En Chile, desde hace algunos años, estamos participando en un análisis crítico de la docencia, investigación y difusión cultural que se desarrolla en las Universidades, y que se traduce, en el aspecto docente, en una búsqueda permanente de nuevos planteamientos que posibiliten la formación de un profesional capacitado para desarrollar, en forma integral, las técnicas propias de su disciplina dentro del marco objetivo que impone la realidad nacional.

La tendencia actual de las Escuelas Médicas, es adecuar los programas de formación profesional a las necesidades asistenciales que surgen de las características socio-económicas de la población. En Concepción se ha orientado la enseñanza de la Medicina hacia la formación de un médico que reúna capacidades humanas, científicas y técnicas que le permitan solucionar eficientemente los problemas prevalentes de salud de la población, (como así mismo elevar el nivel de las comunidades urbanas y rurales, mediante la aplicación de técnicas de fomento y protección, al mismo tiempo que sea capaz de constituirse en un impulsor de cambio social que que conduzcan a la comunidad hacia mejores y más justas formas de existencia.

Este propósito general fue plenamente aceptado en el Seminario Interno de 1962 en Concepción, y desde esta fecha se han desarrollado sistemáticamente programas del Departamento de Medicina Preventiva y Social a lo largo de los siete años de estudios. Las materias de Medicina Preventiva y Social, incorporadas progresivamente al curriculum, comprende desde Ciencias de la Conducta hasta Medicina Comunitaria incluyendo Bioestadística, Demogra-

fía, Higiene Ambiental, Epidemiología, Medicina Familiar y Administración y Planificación en Salud. Además de estos programas docentes, de carácter especializado, se desarrollan actividades docentes coordinadas e integradas con los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Psiquiatría. Esta vertebração programática culmina con la práctica de Internado en Medicina Integral, que el estudiante desarrolla al término de sus estudios.

INTERNADO EN MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL:

En las Escuelas Médicas del país, es tradicional incluir en los programas de formación profesional y a nivel de pre-grado, un programa de generalmente un año de duración, que con la denominación de "internado", tiene como propósito básico adiestrar al estudiante en las modalidades del futuro ejercicio profesional.

A comienzos de 1959, se agregó por primera vez en el plan de estudio de la Escuela de Medicina, un período de práctica que se denominó "internado en medicina integral", programado y ejecutado por el Departamento de Medicina Preventiva y Social. Durante un mes los internos realizaban un programa de actividades pre-

* Profesor Titular y Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Escuela de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.

** Enfermera Universitaria. Profesora Auxiliar del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Escuela de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.

*** Instructor del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Escuela de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.

ferentemente centrado a nivel de la Dirección de la IX Zona de Salud. Aproximadamente durante una semana los alumnos rotaban por las diferentes secciones administrativas de la Dirección Zonal y el tiempo restante por los departamentos técnicos, con el objeto de conocer y comprender los programas de salud en ejecución. Los internos participando conjuntamente con el personal del Servicio Nacional de Salud, en el trabajo habitual de los departamentos en el desarrollo de los diversos programas de salud, tenían la oportunidad de realizar actividades de terreno en la ciudad o en los sectores rurales de la zona. Una mesa redonda al finalizar la práctica permitía a estudiantes, profesionales de la salud y docentes responsables del programa de internado, analizar el trabajo realizado y evaluar el cumplimiento de los objetivos y la utilidad de la experiencia.

Si bien el tiempo dedicado a actividades de terreno en el medio rural fue breve, los internos señalaron en los años sucesivos, un alto interés en la programación y ejecución de las acciones de salud desarrolladas en áreas rurales.

Las actividades preparatorias, durante el año 1962, del Primer Seminario Interno de Educación Médica, permitieron a través de encuestas, seminarios y grupos de discusión, conocer las experiencias de los primeros médicos generales de zona egresados de esta Escuela. Las opiniones fueron coincidentes al señalar que la Escuela no preparaba al estudiante para ejercer en las condiciones establecidas por el Servicio Nacional de Salud, y que si bien la formación clínica era adecuada, existían defectos de formación en materias relacionadas con Salud Pública.

Con estos dos antecedentes, más las experiencias del personal del Departamento, en el año 1963, se reemplazó la práctica que se realizaba a nivel de la Dirección Zonal, por una práctica de Internado Rural que, con régimen de residencia, ofrecía 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 de la Salud Pública. En esa oportunidad se utilizaron como centros de práctica los Hospitales de Yumbel, Laja, Coelemu, Santa Juana, Arauco, Florida, Los Angeles y Nacimiento. Personal docente del Departamento supervisaba periódicamente las actividades de los internos, dependiendo éstos, sin embargo, directamente del Director del Hospital correspondiente. El sistema se mantuvo por un periodo de 3 años, y a pesar de su rendimiento satisfactorio, surgieron algunos problemas que lo alejaron paulatinamente de los objetivos originales. Particularmente llamó la atención, tanto al Depar-

tamento como a los propios internos, la tendencia del personal médico de los establecimientos a utilizar al alumno como un recurso más en la atención de la morbilidad originada por la demanda espontánea y agravada por los escasos recursos en estas áreas. Los intentos para que los médicos de estas áreas comprendieran el programa y las intenciones del Departamento no siempre fueron exitosas.

Estas circunstancias obligaron al Departamento a seleccionar, a partir de 1966, cuidadosamente las áreas susceptibles de ser utilizadas en estas experiencias y los resultados mejoraron en la medida en que los directores de hospitales se comprometieron del programa y la supervisión del Departamento se hizo más frecuente. La experiencia rural alcanzó pleno éxito cuando egresados de esta propia Escuela, y con práctica de internado rural, ejercieron las direcciones hospitalarias rurales.

Otro factor importante en el mayor rendimiento del programa fue la actitud cada vez más receptiva de los propios alumnos como consecuencia de los programas que el Departamento de Medicina Preventiva y Social venía desarrollando a lo largo de todos los años de estudios médicos. Al iniciar la práctica rural, sólo se dictaba un curso de Higiene y Salud Pública en el 2º semestre del 6º año, que además de ser una miscelánea mal hilvanada de la Salud Pública, llegaba tardíamente al estudiante. En este sentido, la experiencia señala una correlación directa entre el desarrollo de programas docentes básicos, pre y profesionales de Salud Pública y el grado de éxito del internado rural.

En el año 1966, el internado de Medicina Preventiva y Social se prolongó a 2 meses, con el objeto de desarrollar además, práctica urbana con sede en el Consultorio Externo de Tucapel* en Concepción. Sin embargo, esta experiencia fue limitada y en gran parte se transformó en una prolongación de las clínicas de pediatría y obstetricia.

ANTECEDENTES Y ACTUAL PROGRAMA DE INTERNADO RURAL EN CONCEPCION:

Los antecedentes considerados actualmente por la Escuela de Medicina en la formulación del programa de internado rural han sido por un lado, la situación de la población rural chilena y la política del Servicio Nacional de Salud, tendiente a mejorar y cubrir los sistemas asistenciales de esa población, y por otra parte

* El Consultorio de Tucapel se encuentra en el Sector Norte de la ciudad de Concepción y atiende una población de 35.000 habitantes. Funciona a través de un Convenio entre la I. Municipalidad de Concepción, Servicio Nacional de Salud y Escuela de Medicina.

la experiencia docente en Concepción en programas similares y anteriores.

De la población total de Chile estimada en poco más de 9 millones de habitantes, aproximadamente un 32% corresponde a la población rural distribuida preferentemente en las zonas central y sur de Chile.

En general, la población rural vive en condiciones altamente deficientes, marginada de las ventajas y beneficios que otorga el bienestar de nuestros tiempos. Por otra parte, en el orden social y económico la población rural no contribuye en la medida necesaria al proceso general de desarrollo ya que se mantiene dentro de una economía de subsistencia.

La baja producción agrícola, agudizada por las deficientes estructuras de la propiedad, mal uso de los suelos y el rápido crecimiento vegetativo de la población, constituyen serios obstáculos para el desarrollo. Esta situación se manifiesta en la población rural en bajos niveles económicos, sociales y culturales caracterizados por reducidos índices de productividad, deficientes condiciones sanitarias, analfabetismo y otros exponentes propios del sub-desarrollo.

Las áreas rurales disponen de escasos recursos para la atención médica. La situación de franco abandono obliga a sus pobladores y familiares a recorrer con frecuencia grandes distancias para ser atendidos en algún centro médico. La situación es ms grave aún si se considera que como consecuencia del bajo standard socio-económico de estas comunidades, la morbilidad y la mortalidad son elevadas. Las vías de comunicación deficientes contribuyen a agravar el problema. Por otra parte la falta de recursos materiales, de locales apropiados, etc., aumenta el desinterés de los médicos para atender estas zonas. Un índice de la situación consiste en el hecho que sobre el 50% de los partos de la población rural se hace sin asistencia profesional alguna y que sobre el 40% de las defunciones son sin certificado médico. Las cifras de mortalidad y morbilidad, como así mismo otros indicadores de salud, muestran una marcada diferencia si se comparan en las áreas urbanas y rurales. El contraste de ambas situaciones de salud es francamente deficiente para el área rural de nuestra población.

Por otro lado el Servicio Nacional de Salud ha desarrollado numerosos programas tendientes a distribuir en mejor forma los nuevos recursos de salud que el país produce con clara intención de cubrir sistemáticamente la población rural.

El tercer antecedente importante consistió en la revisión de la experiencia de años anteriores de los programas de internado rural. Los docentes de la Escuela, y en particular del Departamento de Medicina Preventiva y Social reconocieron el rendimiento obtenido por los estudiantes en su práctica rural y en 1967 se ensayó con algunos internos una permanencia de 2 meses en el área rural. En 1968 se reprogrameó el plan de internado para la Escuela de

Medicina y se estableció definitivamente y con carácter obligatorio para los internos 2 meses de actividades de internado en el medio rural, con un horario de trabajo de 8 horas diarias y régimen de residencia.

OBJETIVOS GENERALES, ACTIVIDADES Y EXPERIENCIAS DEL INTERNADO RURAL:

Los objetivos generales del programa son los siguientes:

1. Adiestramiento en el ejercicio de los programas de fomento protección y recuperación de la salud, tanto a nivel del individuo como de la familia y comunidad.
2. Adiestramiento en la técnica del trabajo en equipo con funcionarios de salud de diferentes disciplinas.
3. Desarrollo de habilidad para reconocer los problemas de salud, planificar, organizar, dirigir, ejecutar y evaluar los programas de salud.
4. Adiestramiento en el manejo de los beneficios biológicos y económicos de la seguridad social chilena.
5. Conocimiento y comprensión de la administración de personal y desarrollo de habilidad para la solución de problemas administrativos de la práctica diaria.

El internado en Medicina Preventiva y Social se desarrolla en el último año de la carrera médica. Comprende 2 meses de actividades, con 8 horas de trabajo diario y régimen de residencia. El tiempo se distribuye aproximadamente en 30% de experiencias en administración en salud, 30% de actividades en terreno, 30% de trabajo asistencial en hospital y consulta ambulatoria y 10% en investigación.

Los internos permanecen en grupos de a 2 en las áreas rurales bajo la responsabilidad directa del Director del Hospital base correspondiente y bajo la supervisión del personal docente del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

El desarrollo de la práctica de internado rural se relaciona estrechamente con los objetivos e incluye:

1. Atención médica integral.
2. Actividades de administración en salud.
3. Desarrollo de pequeñas iniciativas e investigaciones.
4. Seminarios y mesas redondas de discusión.

La atención médica integral comprende actividades de medicina interna, cirugía, obstetricia, pediatría y urgencias médico quirúrgicas y residencia. Control de niños sanos y de la embarazada. Exámenes de laboratorio y rayos X. Educación Sanitaria individual y de grupo. Actividades de higiene ambiental y control de alimentos. Salud escolar. Inmunizaciones. Extensión de subsidios curativos, preventivos y maternos. Certificación médica de las defunciones. Informes de pensión de invalidez. Reuniones del equipo de salud. Programas de desarrollo comunal y utilización de los recursos comunales en acciones de salud.

El adiestramiento en administración en salud comprende el manejo administrativo del establecimiento hospitalario y sus dependencias, mediante la aplicación del conocimiento y técnica de planificación, organización, coordinación, dirección y control de la ejecución del programa. Interesa preferentemente el adiestramiento en administración de personal, elaboración de presupuestos por programas, sistemas de adquisiciones y pedidos, técnicas de información, registros y archivos de estadística, funcionamiento de los servicios generales y estudio y solución de problemas técnicos y administrativos de la práctica diaria.

El desarrollo de iniciativas de investigación están destinadas a mejorar el rendimiento cuantitativo y cualitativo de los recursos y comprende: montaje de técnicas sencillas de laboratorio, creación de unidades de recuperación, organización de grupos de la comunidad, elaboración de programas de salud escolar, evaluación de la asistencia médica (auditoría), conocimiento de la situación socio-económica del área de práctica, etc.

Los seminarios se desarrollan al iniciar y finalizar la práctica y participan los internos, personal médico del establecimiento y docentes del Departamento. Se analizan las modalidades de trabajo y la utilización de los recursos en las áreas de práctica, las relaciones de las condiciones de vida y los problemas de salud, etc.

Las visitas de supervisión permiten intercambiar experiencias, controlar el cumplimiento de los objetivos del programa y corregir las deficiencias observadas en el desarrollo de la práctica.

Para el desarrollo de una práctica que permita al estudiante cumplir con los objetivos y a los docentes realizar visitas de supervisión y asesoría con regularidad, el Departamento de Medicina Preventiva y Social circunscribió la experiencia a las áreas rurales de Santa Juana, Arauco y Cañete.

Las características generales de estas áreas son las siguientes:

a) SANTA JUANA: Comuna situada a 49 kilómetros de Concepción, con una población

de 17.000 habitantes, de los cuales 14.000 se agrupan en múltiples poblados campesinos como Tanahullín, Colico, Patagual, Papal, etc. Las precarias condiciones de higiene ambiental se caracterizan por la ausencia de alcantarillado y de agua potable. El 90% de la población posee pozos negros; el agua de bebida se extrae del río Bío-Bío y se somete sólo a un proceso de cloración que beneficia a un total de 3.000 personas. La mayoría de las viviendas se encuentran en mal estado, son de construcción ligera predominando el adobe.

El 60% de la población atendida por el hospital es indigente, con un nivel de cultura muy bajo, existiendo un índice elevado de analfabetismo.

El Hospital fue construido en 1966, tiene una capacidad de 60 camas y cuenta con los servicios de Medicina, Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Tisiología; dispone de consultorios externos, Asistencia Pública, servicio dental y de los servicios generales y administrativos correspondientes.

b) ARAUCO: Comuna situada a 70 kilómetros de Concepción con una población de 17.000 habitantes, 5.000 viven en la ciudad y el resto en el campo. Se divide en los distritos de Arauco, Carampangue, Ramadilla, Buenos Aires, Curaguilla, Meligrupo, Auquilla, Locoche, Caripilum, Tubul y Llico. Las condiciones de vida son similares a las descritas en el área de Santa Juana.

El Hospital de Arauco fue construido durante el gobierno del Presidente Balmaceda en 1890; tiene un total de 38 camas distribuidas en los servicios de Pediatría, Obstetricia, Medicina y Cirugía; cuenta además con un servicio dental, de urgencia, consultorios externos y los servicios generales y de administración.

c) CAÑETE: Situado a 110 kilómetros de Concepción, con una población de 22.000 habitantes; 50% de los cuales residen en la ciudad y el resto en pequeñas comunidades campesinas y en 54 reducciones indígenas que agrupan a 8.000 personas.

Dependen del hospital los distritos de Callucupil, Paicaví, Huentelolén, Panguico, Lanahue, Peleco, Pronotro y Huilquehue.

El hospital cuenta con un moderno edificio con capacidad de 85 camas distribuidas en los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia; tiene consultorios externos, asistencia pública, servicio dental y las correspondientes secciones administrativas y generales.

Los tres establecimientos mantienen **postas** médico-rurales, algunas de ellas situadas a grandes distancias de los centros asistenciales.

SUPERVISION:

El interno trabaja directamente supervisado por el médico Director del establecimiento co-

respondiente, quien le proporciona la asesoría técnica que el trabajo diario requiere. La supervisión y asesoría docente se realiza a través de los seminarios y visitas. La responsabilidad de evaluar el trabajo del interno corresponde conjuntamente al Director del Hospital y al personal docente del departamento de Medicina Preventiva y Social, quienes al final del período emiten un informe con las observaciones y la calificación que ha merecido la práctica del estudiante.

OPINIONES DE LOS INTERNOS EN RELACION AL PROGRAMA:

Las observaciones y evaluaciones realizadas hasta el momento, han permitido apreciar los beneficios que este período del internado les reporta a los alumnos, no tan sólo en el perfeccionamiento de sus conocimientos técnicos, sino también permitiéndoles incorporar en su personalidad nuevos elementos de gran valor humano y social que habrán de servirles en el ejercicio de la profesión.

Nos ha parecido de interés extractar algunas de las impresiones de los internos sobre su práctica en Medicina Integral, las que a continuación se transcriben:

"Estimamos de gran utilidad este tipo de internado, por cuanto es realmente positivo, ya que nos permite conocer la auténtica realidad de la Medicina Rural. Nos hemos compenetrado del funcionamiento de un hospital en su diferentes aspectos, formándonos una idea más o menos clara del trabajo administrativo, como también de los problemas que deirvan de la relación médico paciente y personal hospitalario y de la diferencia que existe entre vivir en un hospital en forma permanente formando cuerpo del mismo y la permanencia temporal y apresurada que habíamos vivido en el hospital donde habitualmente realizamos la práctica".

R. V. y L. E. 1967.

"Esta experiencia en la práctica rural me permitió comprender el rol del médico general de zona, donde el médico se debe batir frente a los diferentes problemas con los escasos medios de que dispone, estos son los sentidos, las manos, el criterio y uno que otro examen para realizar un diagnóstico acertado".

H. E. V. 1968

"Considero que la práctica realizada a nivel del hospital rural es importantísima y más bien una necesidad para todo futuro médico, en especial para el que piensa ser general de zona, porque el interno a través del trabajo diario lleva la responsabilidad de un verdadero médico lo que nunca se nos había otorgado a través de toda la carrera. Esto que parece tan sencillo es lo que nos da una personalidad especial frente al paciente y frente a nosotros mismos. Otro aspecto importante y que muchas veces menospreciamos es el respeto y valorización del personal de colaboración médica, sin el cual nuestra labor es prácticamente nula, pues la resultante de la labor

"de cada uno de los integrantes de esta gran familia que labora en los diferentes aspectos de los programas de salud redundan en beneficio del paciente. Por último pude darme cuenta que si bien son importantes los recursos materiales para la realización de los programas, es más importante la capacidad humana para hacer un mejor uso de los recursos de que se dispone".

G. D. C. 1968.

"Creo que lo más importante de este período de internado es la gran experiencia que significa vivir adelantado la vida del médico general de zona y tratar de vencer las dificultades que a diario se presentan, ya en el orden técnico, ya en el orden administrativo, ya en el orden de las relaciones humanas".

R. V. L. 1968.

"De todos los cursos que han dependido del Departamento de Medicina Preventiva y Social, es este el más importante, útil y provechoso. Cierto es que algunos estaban destinados a prepararnos para realizar la práctica de internado, pero ninguno como éste ha dado la oportunidad de vivir plenamente la realidad que nos aguarda en el futuro profesional".

B. C. M. 1968.

"Estoy muy satisfecho de lo que la práctica me ha aportado, aparte de conocer la labor de un médico general de zona, enseña como enfrentar a un personal nuevo, como comportarse por primera vez se enfrenta a situaciones sin tener el especialista al lado y uno se ve obligado a aplicar su criterio. Terminó la práctica sintiéndome más seguro de mis precarios conocimientos, y sabiendo que podré defenderme cuando llegue el momento de actuar como profesional. Creo que es esta la experiencia más valiosa".

H. M. 1968.

"Después de una permanencia de dos meses como internos residentes en un hospital rural, podemos decir que esta experiencia ha sido de sumo provecho para nosotros, de indiscutible valor y la consideramos esencial en nuestra formación médica. Por primera vez en estos 7 años de formación tuvimos ocasión de ver de cerca y enfrentar los diversos problemas de un médico general de zona. Se trabajó en todos los aspectos de medicina integral, con lo cual pensamos se cumplieron los objetivos señalados por el programa".

S. T. 1968.

"El enfrentarse con la realidad del trabajo médico es una experiencia interesante y muy provechosa, que nos permite poner en práctica los conocimientos y técnicas adquiridas durante los 6 años de estudio, casi sin limitaciones adecuándose a las limitaciones de tiempo y material de que disponen en general los hospitales de nuestro país.

"Es además muy valiosa la experiencia que se obtiene respecto del trato y manejo del personal de colaboración médica, que no es posible obtener en el hospital en que se nos imparte la docencia".

"Creo, pues, que la práctica del Internado de Medicina Integral, ha sido de verdadero provecho para

"quienes están destinados a trabajar en áreas rurales, especialmente porque además de realizar una práctica de Medicina en conjunto, sin las limitaciones de la especialidad a que estamos obligados, nos permite ejercitarnos en la prestación de servicios previsionales, que por diversas razones no están a nuestro alcance en los años de estudio".

C. T. M. 1969.

CONCLUSIONES:

El presente informe es un balance general de una experiencia realizada en los últimos 8 años en la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción.

La experiencia acumulada permite señalar que las características adecuadas que debe reunir el internado rural son difíciles de encontrar, particularmente cuando se carece de antecedentes suficientes no es tarea fácil estructurar un programa que considere en forma perfecta los contenidos, actividades y métodos de trabajo más apropiados para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

1. Existen suficientes antecedentes derivados de la realidad asistencial que justifican la práctica rural, previa al egreso del estudiante.

2. La experiencia es altamente positiva durante el desarrollo mismo del programa, como también a través de las opiniones de nuestros egresados que se encuentran ejerciendo profesionalmente en el Servicio Nacional de Salud.

3. El éxito de la experiencia depende principalmente de los siguientes factores:

a) Actitud del interno como consecuencia del desarrollo de programas de Medicina Preventiva y Social a lo largo del curriculum médico;

b) Selección adecuada de las áreas de prácticas rurales; y

c) Condición de la supervisión que la Escuela de Medicina realiza a través del Departamento de Medicina Preventiva y Social o otro Departamento.

4. El período de práctica rural permite al interno enfrentar en su totalidad los problemas prevalentes de salud de una pequeña población rural; problemas que van desde las urgencias médico-quirúrgicas y de Salud Pública a aspectos de la administración de recursos humanos, materiales, financieros de que dispone el sistema asistencial. Además permite desarrollar experiencias de organización y desarrollo de la comunidad.

5. El grado de responsabilidad del interno se aproxima más exactamente a las condiciones del ejercicio profesional futuro, al mismo tiempo lo sitúa en el marco real de nuestro sistema asistencial.

RESUMEN:

Se revisa la experiencia de la Escuela de Medicina de Concepción en el desarrollo de programas de adiestramiento en medio rural y a nivel del último año de estudios. Se señalan las distintas etapas que en el transcurso de los años ha experimentado el programa rural.

Se analizan los resultados de las diferentes modalidades que ha adoptado la experiencia y los factores que han determinado su modificación.

Se detalla la actual situación del internado de Medicina Rural, sus objetivos, experiencias docentes, y evaluación. Se agregan comentarios de los propios internos en los dos últimos años.

Finalmente se apuntan conclusiones de orden general.