

EDUCACION MEDICA

Cuadernos Médico-Sociales en Septiembre de 1966 presentó "Lo Social y lo integral en la asistencia médica y en la enseñanza de la medicina" del Dr. Hernán San Martín y colaboradores, hoy los autores del presente trabajo presentan el programa docente de Medicina Integrada en la nueva Escuela de Medicina de Valparaíso. Se espera, a través de él, demostrar no sólo la necesidad de enseñar Medicina Preventiva y Social, sino también la de integrar la enseñanza médica total en base a las clínicas, a través del curriculum de la Escuela y a través de la práctica de terreno. Esperamos, como los autores, que la Escuela de Medicina de Valparaíso señale un camino a seguir para llevar a la realidad estas ideas.

La enseñanza médica integrada en la nueva Escuela de Medicina de Valparaíso, Chile

Dr. PEDRO URIBE CONCHA

Director de la Escuela de Medicina de Valparaíso, Universidad de Chile.

y

Prof. Dr. HERNAN SAN MARTIN F.

Director del Departamento de Medicina Social, de la Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Valparaíso.

El programa docente de la nueva Escuela de Medicina de la Universidad de Chile en Valparaíso presenta algunas innovaciones importantes en relación a los programas tradicionales de educación médica. Tal vez lo más característico de él sea su afán de coordinación, y de integración en lo posible, de la enseñanza médica; y luego la incorporación de las ciencias sociales en el curriculum de la Escuela y en cada una de las actividades prácticas de los estudiantes.

Nosotros vemos una clara interdependencia entre el advenimiento de las ciencias sociales a la medicina y el proceso de integración de los programas de salud y de los programas de educación médica.

Sostenemos esto porque hay hechos que caracterizan lo que entendemos por medicina integrada:

1. El predominio creciente de la ecología y de la epidemiología en la interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad.

2. El uso cada vez mayor de las ciencias y técnicas sociales en la investigación médica y en la enseñanza de la medicina.

3. La exigencia también creciente de la existencia de un equipo de salud multidisciplinario en el que ya no sólo se integran los médicos y profesiones de colaboración médica sino también los sociólogos, antropólogos, psicólogos, economistas, educadores y otros científicos sociales.

4. La necesidad real de dar unidad a la medicina para entregarla racionalmente, a través

de programas de salud científicamente planificados a una población en crecimiento rápido que la exige como un derecho adquirido e ineludible.

5. La conveniencia de considerar a la salud como un estado alcanzable por medios positivos, lo cual significa no centrar la lucha solamente contra la enfermedad. Esto obliga a la medicina a estudiar con amplitud no sólo los factores de la enfermedad sino también los que promuevan salud.

La idea de usar las ciencias sociales en medicina no es nueva, como tampoco lo es la idea de desintegración. Sin embargo su aplicación ha venido a concretarse como resultado de un impacto producido por las transformaciones de las condiciones sociales y los cambios consiguientes en los valores sociales sobre el ejercicio médico.

La integración de la medicina y de la educación médica aparece o reaparece en un momento cumbre de las posibilidades de la administración en salud que ya encontró su justa ubicación en el proceso de planificación social. Reaparece tal vez como una reacción exaltada ante la posibilidad de darle realmente salud a la población y ante las exigencias de ésta. Y ante la posibilidad de formar un médico adecuado a las nuevas condiciones sociales y de salud. Pasado ese momento de vehemencia para la técnica, ahora estamos sedimentando lo útil y aplicable de estas ideas frente a condiciones sociales muy desfavorables para la salud. La situación es más difícil en los países subde-

sarrollados donde los altos índices de mortalidad exigen a los Servicios de Salud invertir la mayor parte del tiempo y de los recursos en la lucha inmediata contra la enfermedad y sus consecuencias individuales.

Sin embargo, esta circunstancia no debe ser impedimento para que las Escuelas de Medicina asuman las nuevas responsabilidades derivadas de las necesidades médico-sociales de la población y de las exigencias del progreso social.

Nuestra filosofía básica en Valparaíso es, entonces, la de aceptar que la Escuela de Medicina debe enseñar protección, fomento y reparación de la salud en estrecha relación con los programas nacionales y locales de salud. En el caso chileno esto significa que las Escuelas Médicas trabajen coordinadamente, a través de convenios formales con el SNS.

Otro principio que orienta nuestros programas docentes, es el de aceptar que la realidad médico-social chilena, requiere con preferencia un profesional no especializado que sea capaz de ejercer una medicina integrada con sentido educativo y con actitud social, considerando al individuo como una entidad biológico-cultural.

En tercer lugar, aceptamos que el individuo forma parte de un grupo y de una comunidad, cuyas relaciones ecológicas con el ambiente de vida deben ser conocidas por el equipo de salud, para que el médico y los demás componentes del equipo puedan proyectar su acción, más allá del caso clínico, hacia los grupos y la comunidad.

En cuarto lugar, aceptamos que la medicina es indisoluble y que debe ser así enseñada y ejercida. Necesariamente la enseñanza médica debe, para estar a tono con este principio, ser integrada a lo largo de toda la carrera y proyectada al individuo, a su familia y al medio en que el hombre vive y trabaja.

Por último, aceptamos también el que la enseñanza médica debe realizarse preferentemente en base a actividades prácticas, de tal manera que los alumnos se acostumbren a observar y a enfrentarse con los problemas de salud tal como en la realidad se presentan. Este contacto del alumno con la población y su ambiente, debe ser temprano y realizado a través de un programa dinámico y flexible que permita la participación activa de los alumnos, de los docentes y de los diferentes componentes del equipo de salud local.

De acuerdo con estas ideas básicas se ha estructurado el programa docente de la Escuela de Medicina de Valparaíso. Esto ha significado cambios notables en la estructura tradicional de la Escuela de Medicina chilena y en la orientación y contenido del programa de enseñanza médica. Esta adecuación de las estructuras y de los programas no es asunto sencillo de efectuar, porque supone un proceso de inversión de valores y un cambio de mentalidad de los propios docentes y de los que lo van a

ser ya que el proceso envuelve a todos los componentes de la Facultad y de la Escuela y a los que en el futuro tomarán la responsabilidad de docentes a medida que el programa se desarrolle.

En relación a las estructuras administrativas de la Escuela, ellas tienen que estar en consonancia con la orientación docente y con el contenido de los programas. De aquí que en Valparaíso se haya aprobado una línea jerárquica administrativa en la que se incluye una Dirección asesorada por una Comisión de Docencia y una Asamblea de Docentes que, junto a otras comisiones de trabajo, formulan y supervisan los programas docentes que son ejecutados a través de tres Departamentos integrados: Departamento de Ciencias Médicas Básicas o Pre-Clinicas; Departamento de Medicina Integrada o Ciencias Clínicas, Departamento de Medicina Social. A este nivel departamental la integración de la enseñanza adquiere vida y se constituye también el equipo interdisciplinario docente y de investigación.

Es posible que en un futuro próximo se agregue un cuarto Departamento: el de Ciencias de la Conducta. Incluiría disciplinas tales como antropología, sociología, psicología, psicopatología, psiquiatría, higiene mental, que actualmente tienen otra ubicación.

En relación a los programas de enseñanza, el curriculum de la Escuela de Medicina de Valparaíso incluye cinco ciclos o etapas con un total de 8.000 horas docentes repartidas entre teóricas y prácticas, con gran predominio de éstas últimas. Los ciclos del programa son: Las Bases Científicas de la Medicina (Ciencias Fundamentales), El Hombre Normal (Ciencias Biológicas y Sociales básicas), Los Factores de Enfermedad (Ciencias básicas de la patología), El Hombre Enfermo (Ciencias clínicas), La Medicina en Sociedad (programas comunales, urbanos y rurales de salud). Este agrupamiento del programa ha significado introducir cambios importantes en la enseñanza tradicional de la medicina.

En los años pre-clínicos el estudiante tiene todavía una visión muy estrecha de la función del médico relacionándola demasiado con hechos científicos precisos, mensurables y de resultados predecibles debido a la influencia de las ciencias exactas. Los problemas sociales impresionan menos porque a menudo son más elásticos que los anteriores. Sucede también que el enfrentamiento con los difíciles problemas económicos de los pacientes produce frustraciones en el alumno que encuentra que los problemas de la vida real son más difíciles que las experiencias de laboratorio. Por estas razones nosotros, usamos los años pre-clínicos para entregar a los jóvenes técnicas de trabajo y conceptos básicos que antes no figuraban en los programas tradicionales: ecología, epidemiología, sociología, antropología, psicología. No es-

peramos el contacto con el caso clínico en el hospital para enfrentarlos con la realidad del hombre social. Lo hacemos precozmente para ayudar a conformar la actitud mental que deseamos obtener.

El alumno de Medicina en Valparaíso ingresará al ciclo clínico con esta actitud y con una serie de técnicas que le permitirán observar el caso clínico con ojos nuevos. Los profesores de clínica han comprendido cabalmente este punto de vista y han comprendido también que la enseñanza limitada a las salas de hospital ha dejado de ser una preparación suficiente para el alumno. El hospital está relativamente aislado de la comunidad, de los modos de vida de la población; es excluyente de la morbilidad más común de la población, aquella morbilidad que no ingresa a los Servicios Médicos; por último es evidente que los servicios que de el hospital se puede exigir son más limitados que los que hoy necesitamos para ejercer esta medicina con las características antes anotadas.

Los esfuerzos que se han hecho por conectar el hospital con la comunidad, especialmente a través de los Consultorios Externos y luego colocando el hospital como sede del programa de salud comunal, no han dado los resultados que se esperaba. Es muy posible que esa intención no sea la más conveniente dada la función tan específica del hospital dentro de los programas de salud. Es más posible, como dice Brockinton en su informe sobre el SNS (1960), "esto en vuelve un peligro". La presión del hospital es enorme y si no existe alguien con una responsabilidad precisa y específica para el trabajo de Salud Pública independientemente del hospital, entonces la Salubridad en Chile marcha hacia atrás y no hacia adelante. El Director del hospital base no puede, a mi juicio, ser un real Jefe de Salud del Area Hospitalaria porque las responsabilidades del hospital hacen imposible para un director el ver más allá de las paredes de su establecimiento.

El estudiante de medicina ha observado la enfermedad hasta hoy día como un episodio de hospital, no como un problema familiar y comunal. En esta forma se acostumbró a considerar la asistencia médica, y particularmente la hospitalaria, como el aporte más importante a la solución del problema de la enfermedad. Lógicamente se le hace difícil aceptar que la contribución del hospital al fomento de la salud pública pueda ser realmente limitada, o por lo menos, mucho menor de la que él piensa o muy diferente. Encerrado en la sala de hospital o en el consultorio externo no vislumbra que la enfermedad, además de un problema clínico, es un problema epidemiológico y social.

Para suplir estas limitaciones no basta la enseñanza agregada en consultorios externos. Esta es muy útil porque muestra al alumno la morbilidad prevalente y común que no sube a la sala de hospital. Sin embargo, es difícil te-

ner tiempo para hacer una enseñanza aceptable en el consultorio externo. Este es un hecho real en estos países de alta morbilidad, pero tenemos que afrontarlo así y buscar los medios para utilizar el consultorio externo como experiencia docente.

Un paso más adelante es disponer de un programa de salud comunal para la enseñanza en el cual tengamos posibilidad de trabajo docente no sólo en la sala de hospital y en el consultorio externo sino también en la comunidad. La participación de los profesores de la Escuela, la de los demás docentes y de los estudiantes de Clínicas en programas de salud local es el paso más concreto y formidable para integrar y dar mayor amplitud y realismo a la enseñanza clínica. Esto no significa cambiar la docencia clínica en las salas por otro tipo absolutamente distinto; se trata sólo de complementarla con aspectos que ella no puede proporcionar. Un subproducto es que el profesor de Clínica definitivamente comprende y asimila los aspectos epidemiológicos, preventivos y sociales de la medicina transformándose con seguridad en su más adecuado propulsor. Por su parte el estudiante se familiariza con los programas de salud y con los aspectos administrativos que ellos envuelven.

Estos cambios facilitan la integración de la docencia y vitalizan la enseñanza de la Clínica tradicional. El resultado es que el alumno entiende ahora la responsabilidad clínica total que asume el médico frente al caso clínico como frente al grupo familiar.

Estas ideas se materializan en el programa de Valparaíso, a través de la organización y funcionamiento de dos sectores de trabajo, uno urbano y otro rural, en los que participarán los alumnos de clínica y los internos además de alumnos de otras escuelas profesionales afines (enfermería, dental, servicio social).

El funcionamiento de estos sectores de trabajo deberá hacerse en base a convenios formales suscritos con el SNS y probablemente con las Municipalidades respectivas. Lo importante es que la Escuela de Medicina disponga de estos sectores bien organizados para ofrecer práctica a sus alumnos. El programa de salud de estos sectores incluirá las actividades que son inherentes al SNS (saneamiento, epidemiología, control de enfermedades transmisibles, control materno-infantil, atención médica, educación para la salud, administración), más algunas otras incorporadas con fines docentes o solicitadas por la comunidad (por ejemplo: planificación familiar, control de TBC, salud escolar, control de manipuladores de alimentos, etc.).

El programa de salud de estos sectores deberá formar parte de un plan más amplio de organización y desarrollo de la comunidad, plan que debe incluir muchas otras actividades además de las de salud. Este plan comunal debe

ser manejado por un comité formado por representantes de las diversas escuelas que participen en ella.

Es necesario insistir en que estos programas en terreno tienen una doble intención asistencial y docente. Este es un hecho indisoluble e integrado en tal forma que los alumnos no vean demostraciones al margen de la realidad sino programas de salud reales en ejecución. A través de ésta se produce la experiencia docente. Los alumnos de 4º, 5º y 6º Año, participarán activamente en el programa local a través de los cursos clínicos y del curso de Medicina Familiar y Comunitaria en el que la familia es el primer eslabón de la cadena paciente-equipo de salud-comunidad. A través de la ficha familiar que el alumno maneja emerge un cierto esquema de acción por medio del cual los estudiantes entran en relación directa con el grupo familiar asumiendo ciertas responsabilidades precisas asesorados de cerca por los docentes de la Escuela o de las Escuelas participantes.

Este tipo de experiencia docente difiere mucho de la del hospital no sólo en el tipo de problemas médicos, sino también en los objetivos que se propone: enfoque integral de los problemas de salud, enfrentar al alumno con la realidad social del grupo, enseñar al estudiante a tomar decisiones en consideración a diferentes puntos de vistas técnicos.

Un programa de esta naturaleza no pertenece a ninguna Cátedra en particular. Es un programa de la Escuela en el que deben participar todos los Departamentos y todas las Cátedras. El Departamento de Medicina Social actúa en esta integración, como asesor permanente en la planificación y administración de los programas de salud y en la ejecución de los aspectos no clínicos de las actividades.

Otro cambio importante que introduce el programa de Valparaíso se refiere a la enseñanza de los elementos básicos de la planificación de los programas de salud y de su administración, incluyendo la administración hospitalaria. Estos asuntos son de interés porque la administración en salud está presente en todas y en cada una de las actividades del médico, en tal forma que ningún médico se libra de ejercer alguna función administrativa que siempre requiere conocimientos particulares. Los sectores de trabajo constituirán el laboratorio del curso de administración de salud que se realiza en 6º año, al final de la carrera, cuando el alumno tiene ya todos los elementos de juicio para organizar los recursos y dirigir.

En relación a la enseñanza clínica, las innovaciones más importantes serán: esfuerzo permanente de integración de la experiencia docente total a través de las clínicas básicas (medicina, cirugía, obstetricia, pediatría, siquiatria); integración que debe alcanzar dos objetivos fundamentales:

1º) Estructurar el conjunto Hospital-Escuela de Medicina, lo que permitirá el mejor aprovechamiento del personal y de los equipos.

2º) Difundir el conocimiento de los programas entre los docentes de los diversos ciclos.

Lo primero conduce a desarrollar la enseñanza y la investigación en el campo clínico y en el experimental; los mismos docentes, los mismos materiales al servicio de la formación de alumnos, al servicio de los enfermos y de la investigación.

Lo segundo facilita el conocimiento que los docentes deben tener de toda la programación. Ello hace posible una más efectiva integración horizontal en el mismo ciclo, evitando repetir materias, con concepto y a veces hasta con nomenclaturas diferentes.

Por otra parte, facilita la integración vertical, que hace que los docentes de ramos básicos médicos y los de las ciencias de la Patología, trabajen en este gran laboratorio que es el campo clínico.

Estas ideas están perfectamente establecidas en los organigramas que muestran la organización administrativa y docente de la Escuela de Medicina de Valparaíso. La línea jerárquica es de tal naturaleza que permite la integración de los equipos docentes y de investigación a través de los tres Departamentos básicos ya mencionados. Esto significa también que el sistema de Cátedras aisladas no existen en Valparaíso, habiéndose cambiado por equipos docentes reunidos en Departamentos multidisciplinarios.

Al mismo tiempo, el funcionamiento de las diversas comisiones de trabajo, a nivel de cada año escolar y a nivel de Departamentos, permite la revisión permanente de los programas docentes y de los métodos de enseñanza con el objeto de coordinar e integrar los primeros y de perfeccionar los segundos. En estas comisiones participan todos los docentes y este es el sistema que posibilita mejor la coordinación material de programas y la integración mental de la orientación que estamos dando a la enseñanza en Valparaíso.

Dos ejemplos pueden ilustrar lo que estamos diciendo: El Comité de Profesores de Tercer Año ha completado ya la coordinación de todos los programas docentes correspondientes al tercer año de medicina en tal forma que ya estamos en condiciones de formular un programa único para el tercer año; el curso de Semiología, que se realiza en tercer año de medicina, está funcionando con un programa único, teórico y práctico, en cuya formulación y ejecución han participado y están participando los docentes de medicina, cirugía, especialidades médicas, medicina preventiva y social, psicología, educación sanitaria, sociología, antropología.

Otro asunto importante del cual estamos ya preocupados, a través de la Comisión de Coor-

dinación de Programas Docentes y de Evaluación, es la formulación de métodos adecuados para la calificación de los alumnos y para la evaluación del rendimiento de los cursos y de los métodos docentes.

Otro hecho importante de la planificación en Valparaíso, es la prolongación de las actividades de los docentes, más allá del Hospital, hacia el consultorio periférico y hacia el ambiente donde la gente vive (hogar, sitio de trabajo, escuela, comunidad). Agreguemos la incorporación, junto al médico, del equipo multidisciplinario de salud en la atención integral del paciente y de su grupo familiar, las consideraciones permanentes de los aspectos epidemiológicos, psicológicos, sociales y educativos en todas las etapas del método clínico (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, educación).

Finalmente deseamos modificar en cierta manera el internado tradicional que se efectúa

en el 7º año de la carrera. La idea es realizar una práctica real en medicina integrada incorporando al interno al equipo de salud local en tal forma que asuma responsabilidades múltiples y simultáneas en vez de las parcelares que actualmente tiene. Este tipo de experiencia impone la necesidad de establecer convenios entre la Escuela de Medicina y el Servicio Nacional de Salud, para usar los programas de Salud de la IV Zona de Salud con fines de entrenamiento de internos.

En resumen, esperamos que el funcionamiento de la Escuela de Medicina de Valparaíso demuestre no sólo la necesidad de enseñar medicina preventiva y social, sino también la de integrar la enseñanza médica total, en base a las Clínicas, a través del curriculum de la Escuela y a través de la práctica de terreno. Esperamos también que la Escuela de Medicina de Valparaíso señale un camino a seguir para llevar a la realidad estas ideas.