

ENSEÑANZA MEDICO SOCIAL (*)

W. Melville Arnott,
B. Sc., M. D. Edin.,
F. R. C. P. E., M. R. C. P.
Professor of Medicine

Thomas McKeown,
M. D. Birm., D. Phil. Oxf.

F. A. R. Stammers,
C. B. E., B. Sc., Ch. M. Birm., F. R. C. S.
Professor of Surgery
From the University of Birmingham

Ph. D. McGill,
Professor of Social Medicine

El objetivo más ambicioso de la educación médica clínica es destacar, en el estudio de los casos individuales, las relaciones del medio social con el problema del caso. Este objetivo sólo podrá ser alcanzado si todos los departamentos clínicos aceptan el mismo criterio. Expone el método de integración, que ha comenzado a ensayar, que en esencia consiste en la investigación y discusión de los aspectos sociales del caso clínico, en el cual participan los médicos de sala, el profesor de la cátedra y el profesor de medicina social.

Tanto el Comité de Goodenough como el Consejo Médico General, han puesto énfasis en que el alcance y el método de la enseñanza de subgraduados en medicina social "son materias en las cuales hay mucho campo para la experimentación". Como adición a una más completa discusión de los servicios preventivos, ellos anticiparon que la instrucción debería ser extendida como para incluir el objetivo más ambicioso de influenciar la enseñanza clínica de manera tal, que debido énfasis, sea dado a la relación del medio social para los casos individuales. A nuestro parecer, este objetivo puede ser realizado solamente si se le acepta como la responsabilidad de todos los departamentos clínicos. Describimos aquí brevemente la experiencia del primer año de enseñanza conjunta médico social en los departamentos de medicina, medicina social y cirugía de la Universidad de Birmingham.

Afirmamos primero en qué bases valoramos esta enseñanza. Puesto que ha sido sustentado por consideraciones en las cuales el sentimiento ha sido a veces más conspicuo que el sentido común, muchos clínicos, sin duda, todavía sienten que ellos no han oído razones convincentes de por qué la atención del estudiante debe ser dirigida más allá del diagnóstico y del tratamiento hacia el medio social. Ninguno de los argumen-

tos para ésto es menos perentorio y merecen solamente la simple mención:

1.— La economía del esfuerzo médico requiere que nada debe ser tratado una vez si puede ser prevenido, y nada debería ser tratado dos veces si puede ser curado. El estudiante debería aprender que es tan inútil tratar la anemia secundaria por ignorancia de la dieta, sin educar al paciente, como tratar la anemia secundaria a enfermedades orgánicas sin atender a su causa.

2.— El examen de índices de morbilidad como los de que se dispone, demuestra que la salud ha mejorado grandemente en el pasado a causa de cambios en el medio social. Se puede predecir un progreso continuo desde este cuarto de siglo si la investigación médico social puede definir más exactamente la relación de factores del medio específicos (como diferentes del complejo de variables descrito vagamente por términos tales como "pobreza") a la salud y a la enfermedad. Los esfuerzos de los sociólogos estadísticos y otros no pueden llevar esta investigación al éxito sin la cooperación de trabajadores calificados en forma médica y cuyo entrenamiento los ha hecho sensibles al significado de las variables sociales.

3.— La legislación reciente provee vastos cambios en la organización de los servicios médicos

(*) The Lancet. II: 307-308. Ago. 30. 1947.

Traducción de J. Muñoz.

y sociales, y el éxito de tales planes depende tanto de los funcionarios médicos como de los legos. Por ejemplo, el Gobierno ha velado por el empleo de los trabajadores inválidos mediante la Ley de Personas Incapacitadas (1944). Es esencial para la vigencia de esta ley que el médico se dé cuenta que su responsabilidad incluye también el retorno al empleo como el tratamiento de la persona inválida.

4.— Inevitablemente el trabajo del médico impone otras exactas responsabilidades sociales. Con su conocimiento de la prognosis, él es a menudo la única persona que ve claramente en una época precoz las medidas que pueden ser tomadas para atenuar los efectos de la enfermedad en la vida de una familia. Su actitud para tales problemas está determinada en parte por su entrenamiento en el hospital de enseñanza, donde se requiere especial cuidado para asegurar que el mejoramiento de las técnicas de diagnóstico y de tratamiento no sean comprados al precio de un servicio impersonal.

METODO DE ENSEÑANZA

Si estas razones son aceptables, es necesario considerar cómo tal instrucción puede ser mejor incorporada a la enseñanza clínica. Las conferencias formales tienen un valor limitado, pues los estudiantes adquieren sus hábitos clínicos no por lecturas académicas, sino por la práctica de los clínicos por quienes son entrenados. En nuestra escuela hemos, por eso, procedido con la presunción de que la integración de la enseñanza social con la clínica es esencial. Fue iniciada en el curso de introducción a la clínica, del cual cinco mañanas fueron dedicadas a la medicina social. En cada mañana, los estudiantes asistieron

en grupos de doce, a demostraciones, una de las cuales, dada en conjunto por profesores de medicina, medicina social y cirugía, fue planeada como sigue:

Selección de casos.— Los casos para demostración fueron seleccionados en la sala común de medicina o de cirugía. La presentación y la discusión de un caso requiere apenas media a una hora, y fue conveniente elegir tres por cada mañana; por lo corriente, un caso quirúrgico y dos médicos. Fueron elegidos para ilustrar varios problemas médico sociales, teniendo cuidado de centralizar la atención en situaciones comunes más bien que en las no habituales.

Preparación del Informe Social (Case histories (1)).— El informe social fué preparado por el médico o el cirujano residente ayudado por el "limosnero"(2). Consistió en una completa historia clínica, y una historia social especificada bajo el encabezamiento de los antecedentes personales, trabajo, familia, hogar, alimento, presupuesto, sumario y comentarios.

Presentación y Discusión.— Los casos fueron presentados por un miembro del equipo clínico, habitualmente el profesor de medicina o el profesor de cirugía. Los caracteres físicos fueron revisados en presencia del paciente; los caracteres sociales, después que él había sido retirado. Aunque interrumpido por el retiro del paciente en cuya presencia se evitó la discusión de circunstancias sociales, la historia completa médico social fue realizada por una persona. El caso fue discutido entonces por el profesor de medicina social, quien llamó la atención hacia los problemas médico sociales que el caso ilustraba. El distribuidor de limosnas (lit.: "almoner") colaboró en la discusión que siguió.

(1) Hemos traducido "Case-history" por "Informe social" por las siguientes razones:

- a) La expresión "informe" es más circunstancial que "relato" o "historia".
- b) La palabra "informe" tiene más **comprensión** y menos **extensión** que "historia" o sea, se adapta más al sentido social del método de enseñanza.
- c) El "informe social" puede englobar así a la "historia clínica" que nos es familiar; a otros antecedentes civiles, domésticos, económicos o gremiales que puedan ser significativos.
- d) La expresión "informe médico-social" sería en el fondo una redundancia pues la tendencia del pensamiento es englobar la medicina dentro de lo social. Con igual fundamento habría que decir "Informe médico-económico-gremial-familiar, etc."
- e) La expresión "Historia del caso" que sería la traducción literal, la hemos desechado por acercar la terminología académica al periodismo corriente.

(2) No hemos encontrado otra acepción de la palabra "almoner": limosnero o el que distribuye limosna, aunque podría corresponder a algún cargo docente u hospitalario en Inglaterra.

La estrecha integración entre los factores clínicos y sociales se ilustra en el caso siguiente:

Una mujer de 33 años, fue admitida en el hospital, quejándose de debilidad y disnea. Se le encontró un recuento globular de 3.970.000 por mm. cúbico y una Hb. de 6.4g% centímetros cúbicos. Un tratamiento convencional con hierro y una dieta abundante la restablecieron, pero una investigación de las circunstancias que la llevaron a la enfermedad revelaron estos hechos:

1.— Además de cuidar a su marido y a dos niños de 7 y 3 años, estaba empleada en una fábrica empaquetando cigarrillos 30 horas a la semana. Esto la suministraba semanalmente un salario de £ 2, de las cuales una era gastada en el cuidado del menor de los niños durante su ausencia en el trabajo.

2.— Las relaciones en el hogar no eran armoniosas, en parte porque su marido había regresado después de varios años de servicio y la fatiga y el malestar de la enferma habían originado mal carácter y roces. Ella salió a trabajar contra la voluntad de su marido, aparentemente por la sociabilidad de la fábrica.

3.— Tenía una concepción muy inexacta del valor de los alimentos, y su administración de un presupuesto inadecuado fué pobre. Ella misma había estado ingiriendo apenas 1.200 calorías por día, con insuficiente hierro y vitamina C.

El tratamiento posterior consistió en instrucción dietética y consejo y explicación al paciente y a su marido unido con una recomendación para terminar el trabajo en la fábrica.

Un visitador de salubridad fué comisionado para prestar asistencia.

El éxito de estas demostraciones nos estimularon para hacerlas un carácter permanente de la enseñanza clínica, y ellas se dan ahora una vez por semana a los estudiantes adscritos a las unidades médicas y quirúrgicas. Para las dos primeras semanas de práctica del estudiante, los casos son preparados y demostrados como el descrito más arriba. En las semanas posteriores, los estudiantes preparan y presentan sus propios casos.

Los aspectos sociales tanto como los clínicos de los informes sociales son preparados por el equipo médico o por los estudiantes, y el caso completo es presentado por una persona. Los problemas sociales o clínicos pueden ser excesivamente conspicuos pero no son separados y deben ser tratados juntos.

Solamente aquellos factores que revelan tener una repercusión directa en un caso son incluidos en el informe social. Los fastidiosos relatos de dificultades personales se evitan, y la atención se centraliza estrictamente sobre materias derivadas de los puntos 1 - 3 enumerados arriba.

Ya que las demostraciones tienen un valor limitado a menos que se apoyen en la enseñanza de la sala y en la práctica, se les pide a los estudiantes que consideren las circunstancias sociales en todos los casos donde ellas prevalecen. La práctica de restringir tal encuesta a unos pocos casos seleccionados preparados con gran detalle, presenta el tema como una especialidad que merece solamente una consideración ocasional.

Puesto que pensamos que es importante que los exámenes reflejen esta enseñanza, el formulario final de medicina este año, en Birmingham incluyó una pregunta sobre la relación del medio social con la enfermedad.

...“El primer paso será confiar la enseñanza de las ciencias médicas básicas a un personal activamente interesado en la enseñanza de la medicina. El segundo paso requerirá una reforma en el curriculum... Que las ciencias preclínicas ofrezcan algo de su tiempo duramente ganado a la clínica en el primer y segundo año... Que la clínica ceda algún tiempo en los últimos años a las facultades de ciencias básicas... Que la inclinación del promedio de los estudiantes a relacionarse con pacientes en sus primeros años y a comprender la naturaleza subyacente del proceso mórbido en los últimos años sea así satisfecha”. Dr. De Witt Stetten, jun., en una alocución a la Academia de Medicina de Nueva York.