

La enseñanza en consultorio tiene un sentido diametralmente opuesto a la de la sala de hospital: en ésta la posición es "estudie este caso cuidadosamente, porque nunca más tendrá oportunidad de ver otro parecido". En la policlínica

el énfasis debe darse al problema corriente junto a entrenar en el arte de inspirar confianza a los pacientes por medio de un trato juicioso, humano e inteligente.

ENSEÑANZA EN EL HOGAR

Kinloch Nelson

Profesor de Medicina de la Escuela de Medicina de Virginia, EE. UU.

Proc. First W. Conf. Med. Ed. Pag. 423.

En los Estados Unidos de Norteamérica ha existido desde hace mucho tiempo una falta de correlación entre el entrenamiento en Escuelas de Medicina y Hospitales y los problemas que se encuentran en la práctica de la medicina general, campo al que ingresa la gran mayoría de los graduados. En mi propia experiencia, la naturaleza poco práctica de aquel entrenamiento basado en el estudio científico de una patología extraña, en la que cada enfermo se considera sólo un "caso" de una enfermedad rara, determina problemas de toda índole. Se olvidan de este modo la relación de la enfermedad con el problema total del paciente porque debido al "sistema de filtración", sólo los casos de compleja etiología llegan a la sala del Hospital clínico. En estas circunstancias, se acentúan en todo momento los aspectos diagnósticos y se da al tratamiento una importancia secundaria, en contraste con la práctica diaria de solucionar los problemas del paciente con debida consideración de sus deseos y peculiaridades individuales.

A lo largo de los años, se han ensayado diversos métodos por los cuales el estudiante puede ser colocado en contacto con la práctica real de la medicina. Algunas escuelas utilizan el sistema de preceptores, asignando al estudiante del último año a un médico general con experiencia, con quien vive y cuya práctica observa. Otros han desarrollado programas integrales con atención continua de un grupo de pacientes bajo la guía de varios departamentos: medicina, psiquiatría, pediatría y medicina preventiva; otros envían sus estudiantes a pequeños hospitales rurales. Todos intentan dar contacto al alumno con los problemas diarios, ilustrar acerca de los

factores ambientales y socio-económicos y acentuar el enfoque del paciente como parte de una casa, una familia y una comunidad.

En el programa llevado a cabo en Richmond se ha aprovechado la responsabilidad que tiene el Departamento de Salud de la ciudad en la atención de indigentes. El sistema, puesto en movimiento en 1949, cuenta con un médico director y dos ayudantes a tiempo parcial, que forman parte de la facultad en su departamento de medicina interna; dos internos que rotan en el servicio por períodos de 5 a 8 semanas, un administrador, 2 asistentes sociales, un estadístico y 3 secretarías.

Los alumnos del último año son asignados por períodos de tres semanas, en grupos de 8 a 10, con responsabilidades de 9 a 17 horas y turnos de sábados y festivos en los que atienden las llamadas al servicio. Las visitas domiciliarias las efectúan los estudiantes en parejas, cubriendo cada una un cuarto del aérea de la ciudad. Transitan en automóviles suministrados por el servicio, equipados con radio-telefonos para pedir consejo; llevan el instrumental y botiquín necesarios. De especial interés resultan las llamadas de enfermos nuevos, en los que el estudiante por primera vez es mirado y se conduce como un médico, con la responsabilidad inherente. En la ficha se recogen los datos clínicos, junto a datos sobre la estructura familiar, características de la vivienda, ingresos. Dichas fichas se discuten periódicamente en reuniones informales de preceptores, residentes, estudiantes y asistentes sociales. A muchos pacientes se les visita de nuevo el mismo día o el siguiente, por los monitores

o residentes. Los laboratorios del hospital están disponibles para el estudio de laboratorio y el tratamiento es gratuito. Si el paciente requiere internación, sus datos son traspasados a la ficha domiciliaria y el equipo visita semanalmente a los enfermos en la sala, para no perder la continuidad. En tres seminarios semanales se discuten los aspectos generales de los problemas individuales en base a la presentación de casos por los estudiantes, tanto en sus aspectos clínicos, como sanitarios, de enfermería y sociales. Se atiende diariamente un promedio de 25 llamadas que abarcan toda la gama de problemas clínicos y sociales.

Es evidente que el programa de estudios médicos está sobrecargado y algunos han deplorado los esfuerzos de introducción del estudiante a problemas ambientales y enfermedades comunes sobre la base que son prematuros y limitan el tiempo para estudios más fundamentales. A la inversa, muchos creen en la necesidad de estos métodos, como una evidente ventaja de contacto del estudiante con los problemas de pacientes, familiares y grupos. Nos parece que los programas de atención domiciliaria presentan ventajas concretas al poner en contacto al alumno con la práctica real de la medicina. La reacción de los egresados ha sido muy favorable y muchos —ya en práctica— nos escriben sobre el valor de la experiencia.

LAS CLASES MAGISTRALES Y LAS DISCUSIONES DE GRUPO

G. Patrick Meredith

Profesor de Psicología de la Universidad de Leeds

Proc. First W. Conf. Med. Ed. Pag. 493.

Es realmente un arte dar una conferencia y organizar discusiones. Pero decir que es un arte no significa que no pueda mejorarse; después de todo, tenemos escuelas para este propósito. Pero mientras hay escuelas para entrenar maestros de educación secundaria, se supone que la universitaria es tan fácil que no requiere entrenamiento. Creo que algún día se establecerán Institutos de Educación Médica en que los problemas de ésta se estudiarán e investigarán intensivamente, con publicación de informes y manuales y con entrenamiento sistemático de los candidatos a docentes.

A mí me parece que las clases y discusiones de grupo son elementos complementarios, teniendo cada cual una función que no puede ser llenada adecuadamente sin la otra. En homenaje a la precisión yo deseo restringir la palabra clase a la exposición oral en la que las ilustraciones visuales, demostraciones prácticas, discusión, etc., aunque no excluidas, están enteramente subordinadas a la exposición. La discusión, demostraciones e ilustraciones visuales implican técnicas separadas y creo que no deben combinarse indiscriminadamente si se pretende mantener la aten-

ción. Para examinar la técnica de la clase o conferencia deberíamos estudiar lo que puede hacerse con palabras; solo ocasionalmente el flujo debe romperse para pedir una modalidad de atención diferente.

Hay tres razones para explicar la poca efectividad de tantas clases. Una es su presentación defectuosa; la segunda es forzar las palabras a cumplir funciones para las cuales otros medios son más apropiados; la tercera es la dispersión del conferenciante en muchas técnicas. Los profesores no prestan bastante consideración a las funciones, poderes y limitaciones de las palabras. Hay formas de conocimiento que pueden ser presentadas por palabras, otras por cuadros, películas, modelos o demostraciones. Deberíamos investigar que medios son más apropiados para cada rama y tema del conocimiento médico.

El uso de las palabras presupone que el oyente posee el vocabulario pertinente y esto que parece obvio no lo es en aquellos países en que la terminología médica se construye de raíces griegas y latinas, que no son las bases del idioma nacional. El orador debe suponer que el auditorio conoce el vocabulario empleado en la clase y que