

tes y, si es posible, estudiará las condiciones de trabajo de los miembros de las familias. Estudiará con especial énfasis las creencias y costumbres de la gente y cómo ellas afectan la alimentación, su higiene y su actitud hacia la enfermedad.

Así, al llegar al período clínico, el alumno conocerá los detalles biológicos y sociales de una familia y podrá empezar a analizarlos desde el

punto de vista de sus enfermedades. Durante su práctica en el servicio de familias el estudiante participará en la aplicación de medidas destinadas a modificar hábitos de las familias que sirve el centro. Este es un aspecto de mucha importancia en las comunidades rurales, en que el médico general tiene un rol muy destacado que jugar en la medicina preventiva y en el control ambiental.

DEMOGRAFIA Y ESTADISTICAS VITALES

Axel Strom

Profesor de Medicina Social de la Universidad de Oslo

Proc. First W. Conf. Med. Ed. Pag. 646.

La medicina social se preocupa de los problemas que crea la integración de individuos en grupos organizados. La medicina social implica el estudio del estado de salud y la prevalencia de enfermedad en una comunidad y en los diferentes grupos económicos y sociales que la integran. En el concepto de medicina social debe ocupar un lugar importante la demografía, que describe la población y los grupos cuyos problemas de salud interesan y las estadísticas vitales que dan información sobre los cambios en esas poblaciones y grupos.

La demografía y las estadísticas vitales están más o menos alejadas del área de interés del médico. Sin embargo, deberían enseñarse porque son esenciales para señalar a los alumnos los problemas de la salud y enfermedad como fenómeno colectivo y cómo ellas son influenciadas por factores económicos o sociales u otras causas indirectas, que a veces son más importantes para el paciente que las más directas. Además de esto, la demografía y estadísticas vitales pueden dar al futuro médico una comprensión y conocimiento profundo del medio en que va a actuar, lo que le da autoridad para opinar sobre la mejor forma de organizar servicios médicos públicos.

Los temas que se enseñan más corrientemente son:

1.—Fuentes de recolección de datos numéricos: censos, registros de nacimiento y muerte; compa-

ñías de seguros, hospitales. Método de encuesta de morbilidad;

2.—Población y tendencias de la población. Composición por sexo y edad. Ocupación;

3.—Estructura social. Estratificación social. Migración, urbanización, industrialización. La familia como unidad social. Tasas de nupcialidad, fertilidad, natalidad;

4.—Criterios de análisis de la salud de una población;

5.—Mortalidad y morbilidad en diferentes grupos. Mortalidad infantil. Tendencia de las tasas de morbilidad, mortalidad y expectativa de vida;

6.—Crecimiento y desarrollo del niño y del joven. Frecuencia de defectos físicos y mentales en la población;

7.—El estado de salud en los diferentes grupos económicos y sociales y discusión de cómo la morbilidad son influenciadas por factores como situación económica, nutrición, etc., y

8.—Métodos estadísticos de análisis de datos numéricos.

Es fácil comprender que la mayor parte de estos temas no atraen espontáneamente la atención ni el interés de los estudiantes, por lo que su enseñanza debe tratar de hacerse atrayente por todos los medios posibles. Uno de ellos es el de enseñar demografía en conexión con otros te-

mas. Por ejemplo, el cambio de composición por edad de una población puede usarse como introducción a los problemas geriátricos; la tasa de natalidad al de los abortos; las tasas de ceguera para problemas de rehabilitación etc.

¿Qué métodos deben emplearse? En mi opinión los mejores son los seminarios y coloquios.

Para los seminarios se le entrega al iniciarse el curso a cada alumno una serie de ejercicios que contienen todo el material numérico, tablas, gráficos y preguntas, algunas específicas y otras de carácter general para iniciar la discusión. Se avisa a los alumnos con anticipación el tema

correspondiente y se elige un director de debate; el grupo funciona dirigido por un ayudante que ayuda a mantener enfocada la discusión, y que puede hacer un resumen al fin de la reunión.

Los ejercicios de laboratorio también pueden utilizar, por ejemplo, certificados de nacimiento o defunción, formularios de denuncia de enfermedades infecciosas; a veces es útil combinarlos con seminarios.

Las clases magistrales deben ocupar un lugar muy modesto en este tipo de enseñanza, dadas las dificultades de atraer el interés de los alumnos.

EL HOGAR EN LA EDUCACION MEDICA

James M. Faulkner

Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston

Proc. First W. Conf. Med. Ed. Pag. 679.

Se acepta en general que lo que mejor se aprende es lo que se hace. En la enseñanza clínica, la participación de los estudiantes en la atención de enfermos es un elemento esencial. Pero en general, dicha atención se hace en hospital o en consultorio, en los que el paciente está aislado de su ambiente natural, donde hay muchos factores en juego que pueden influir sobre la enfermedad. Con el fin de hacer que el estudiante considere los factores socio-económicos en la atención de enfermos, se ha organizado un programa de atención domiciliaria en la Universidad de Boston, dependiente de la cátedra de Medicina Preventiva, en el cual la enseñanza se relaciona principalmente con problemas que se encuentran en la práctica diaria, con lo que se integra la medicina preventiva a la clínica.

El servicio domiciliario funciona en el policlínico de un hospital y provee servicio para los indigentes de un área circunscrita, de alrededor de 50.000 habitantes. Se asigna a alumnos del último año durante 1 mes a este servicio, a tiempo total. Además, cada alumno del penúltimo año recibe un paciente inscrito en el Servicio, que debe seguir por un año.

Los pacientes que necesitan atención llaman al hospital y el llamado es atendido por una enfermera, que en casos de emergencia pasa el pedido inmediatamente a un médico. Los otros llamados se distribuyen entre los alumnos, que pueden pedir su hospitalización o interconsulta con un médico del servicio domiciliario, con quien discute de todas maneras todas sus visitas a diario. La segunda visita la hacen acompañados de un médico.

Se realizan así 15.000 visitas anuales a cerca de 5.000 pacientes; 80% se tratan a domicilio, 7% se hospitalizan y 8% se refieren a policlínicos para estudio posterior. Los niños forman un 70% de los pacientes y la primera causa de consulta son las enfermedades respiratorias agudas. Los estudiantes deben practicar sus propios frotis nasofaríngeos y cooperar al trabajo del bacteriólogo en los cultivos de las muestras.

Aunque el grueso del trabajo son enfermedades agudas menores, se encuentran bastantes del tipo crónico, como cardiovasculares, cáncer, hemiplegias, etc., que permiten a los estudiantes aprender a manejar dichos cuadros en el hogar.

Nuestra impresión es que uno de los valores más positivos del programa es el entrenamiento