

siguen este movimiento de desarrollo. En resumen, el movimiento de higiene dental que se desarrolló tímidamente entre 1911 y 1915 tanto en los Estados Unidos de América como en México, se implantó lentamente en los países situados entre el 110º y el 50º grado de longituditud Oeste y entre el Ecuador y el 30º grado de latitud Norte del Meridiano de Greenwich.

Conclusion.—La vía está ahora abierta y se puede esperar que habrá pronto en el Archipiélago de las Antillas estadísticas detalladas y completas; servicios de higiene dental escolar en número considerable, tanto para las poblaciones urbanas como para las poblaciones rurales; una comunidad de ideas para las organizaciones; una clasificación metódica de las enfermedades bucodentales especiales de estas regiones; intercambios frecuentes y regulares de comunicaciones. Las dificultades no habiendo detenido las primeras organizaciones, ellas no pueden detener los proyectos futuros.

Recomendaciones.—Se debería una intensa propaganda, repetir constantemente a las poblaciones la importancia considerable de la higiene dental escolar como medio preventivo contra un gran número de afecciones físicas, a fin de convencer de la necesidad de contribuir a la realización de la obra. En ciertas islas de las Antillas y zonas de América Central donde no existe todavía servicio de Higiene dental escolar, los dentistas deberían voluntariamente organizarse y, para los primeros años, ofrecer su concurso gratuito, a fin de determinar a los Gobiernos, las Municipalidades que se penetren de la importancia de esta obra de alta portée social. Particularmente donde se encuentra un Hospital o escuelas, es fácil establecer sobre un plan restringido un dispensario dental de urgencia. No se debe perder de vista que al atender al niño y al enfermo contra la enfermedad, se preparan hombres más fuertes, más sanos, y susceptibles de un mayor rendimiento.

EL HOSPITAL RURAL COMO CENTRO EDUCATIVO*

Por el Dr. LESTER J. EVANS

Médico Adjunto del "Commonwealth Fund", Nueva York

Deseo discutir la forma en que el hospital rural puede ser utilizado para la enseñanza de perfeccionamiento, y para continuar la educación del médico. He dicho *ex profeso* "puede," pues no creo que los hospitales rurales en general hayan desempeñado hasta ahora esa función. Como el papel educativo de los hospitales pequeños depende en gran parte de su organización, mucho de lo que diré reza con la administración; es más, resulta difícil separar las obras puramente educativas, de las administrativas. Estas dos fases de la organización hospitalaria se entrelazan, y cuanto se haga en pro de una administración buena, también viene a ser buena educación, y lo que se hace en pro de la educación, redundará en bien de la administración. En lo tocante a educación, es tan importante la competencia del administrador como el estudio de mejores métodos diagnósticos por el claustro médico.

Al referirme al hospital comunal, tengo en mente una institución que facilita en todo lo posible los varios servicios y medios, incluso la

* Tomado del *Journal of the American Medical Association*, mzo. 26, 1938, p. 945.

manera de utilizarlos, que contribuyen a prestar un servicio médico completo a la comunidad por entero, diferenciándose en esto del establecimiento privado, con sus obligaciones casi siempre limitadas, y del hospital público que no acaba de prestar dicho servicio completo.

El hospital rural variará de tamaño, dependiendo esto de muchos factores: densidad de la población; distancia de otros hospitales; concepto local de la cantidad y variedad de los servicios necesarios, y por fin, pero no menos importante, de la capacidad económica de la localidad para atender a sus propios servicios médicos. Ese hospital mantiene sus puertas abiertas a todos los médicos honorables, y ofrece sus servicios a toda la gente. Debidamente dirigido, no cubrirán sus gastos los meros ingresos procedentes de los enfermos, y la comunidad tendrá que compensar en alguna forma esa diferencia entre ingresos y egresos. La aceptación de esta obligación caracteriza como obra comunal al hospital y a los servicios que presta.

Lo adecuado de su administración y de sus servicios profesionales lo determinará en parte lo que la comunidad exija al mismo y a los médicos del claustro. A su vez, el hospital y claustro pueden enseñar a la comunidad la clase de servicio profesional que debe poseer, y exigir el apoyo necesario para desarrollarlo. La apreciación de esta obligación mutua (de la comunidad al hospital y del hospital a la comunidad) contribuye mucho a crear el hospital a que me refiero. Sin el generoso apoyo del público, el hospital no se convertirá en centro educativo.

El doctor se desarrolla gracias a sus esfuerzos persistentes para hacer cué ^a puede en pro de sus enfermos y para comparar sus resultados con una pauta: pauta esta que debe formular por sí propio, guiándose por su propia experiencia y la ajena, la de sus colaboradores inmediatos, y la de los que ocupan puestos más elevados en la jerarquía de los conocimientos médicos. La entrada en escena del hospital ofrece mayor incentivo y oportunidad para dicho desarrollo, pues el médico puede así unirse a sus colegas en el estudio de problemas comunes, y de sus esfuerzos combinados surgirá gradualmente algo que puede reconocerse, si va a recibir nombre, como obra educativa.

Pero esto sólo sucederá si la comunidad facilita un hospital que permita este desenvolvimiento, y es este hospital el que deseo describir. Al hacerlo, me gustaría aprovechar la experiencia de los establecimientos creados durante los últimos 10 años con el plan de hospitales del Fondo Comunal. Sin duda la ayuda que el Fondo ha facilitado a estos nuevos hospitales ha permitido desarrollo más rápido en ciertos sentidos que el que hubiera tenido lugar de otro modo, pero lo obtenido en esa forma también lo pueden realizar muchas localidades, si tienen el deseo de hacerlo y formulan un plan bien definido. En todas partes encontraremos ejemplos semejantes, pero en las localidades pequeñas constituyen la excepción, más bien que la regla general.

Organización administrativa.—La buena organización hospitalaria se traduce: por un lado por una junta de síndicos activa y avisada, que represente bastante bien la localidad, facilite una instalación adecuada y personal administrativo, y amolde el programa a las necesidades de la comunidad; por otro lado, por un claustro que reconoce sus obligaciones de facilitar el mejor servicio profesional posible, que no permanece estacionado, sino que marcha constantemente hacia adelante a la par que los conocimientos y las técnicas médicas. Estos dos grupos, la junta de síndicos y el claustro, profanos y doctores, determinarán lo que va a ser la institución y cómo lo hará, en términos de medios y personal, y si se convertirá por la magnitud y calidad de sus servicios en centro educativo para los que en ella trabajan.

En los hospitales del grupo que he mencionado, los médicos elegidos por la junta para formar parte del claustro, son designados “adjuntos” o “visitadores,” según su propia preferencia y aptitud. Los visitadores asisten a los enfermos indigentes o autorizados que ingresan en sus servicios respectivos, los cuales en un hospitalillo pueden dividirse en medicina, obstetricia, y cirugía. Sólo se establecen servicios de especialidades cuando hay médicos idóneos para ello. Todos los miembros del claustro, adjuntos y visitadores por igual, atienden a sus enfermos particulares, salvo cuando se trata de cirugía mayor o de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico muy técnico—por ejemplo cistoscopia o neumotórax—que sólo realizan los miembros del claustro capacitados para ello. Esta limitación de privilegios no tan sólo resulta justa para todos los miembros del claustro y para los enfermos, sino que demuestra al público que el hospital exige calidad en sus servicios.

A fin de ayudar en la parte clínica, realizando las funciones que suelen corresponder a dicho cargo, cada hospital cuenta con un médico residente, uno que tenga uno, o preferentemente dos años de buen internado, y en la parte profesional suficientemente avezado para poder trabajar sin fiscalización asidua. Lo mismo que sucede en los hospitales grandes, es responsable ante la administración del hospital de todo lo relativo a sus gestiones extraclínicas, y ante los médicos de cabecera de todo lo relativo a la asistencia de los enfermos. Algunos quizás se pregunten si esta residencia constituye buena preparación para un médico joven, pero para el individuo apropiado, y en particular para el que espera dedicarse a práctica general en una población pequeña y que no desea especializarse, me parece que esta experiencia vale la pena, pues ve allí la obra médica corriente, y aprende a trabajar sin todos los medios especializadísimos con que quizás contara en su preparación anterior. A la vez que aprende, sirve, pues dado su reciente contacto con lo nuevo en medicina, aporta métodos de examen, sugerencias terapéuticas, y un conocimiento de técnicas valiosas, a aquéllos con quienes trabaja.

Los servicios técnicos que puede ofrecer el hospital pequeño comprenden fiscalización dietética, anestesia, una farmacia, un laboratorio clínico, un servicio de patología quirúrgica, y servicio roentgenológico. Cierto es que no cabe esperar todo eso en un establecimiento de pocas camas y he ahí una buena razón para desalentar la creación de instituciones muy pequeñas. Entre paréntesis, observemos aquí que muchas localidades y regiones rurales hubieran podido muy bien combinar los recursos, tanto económicos como profesionales, que han dedicado a hospitalillos mal montados, para sostener un establecimiento mayor y más completo que atendiera a una zona más amplia, y que pudiera por eso mismo facilitar todos dichos servicios. Donde resulta esto imposible, la comunidad remota y poco poblada quizás tenga que buscar afuera ayuda para sobrellevar el costo proporcionalmente mayor que entraña el mantenimiento de los esenciales mínimos del buen servicio hospitalario.

En los hospitales a que me refiero, una dietetista adiestrada de a tiempo completo atiende a todos los regímenes generales y especiales. Los anestésicos son administrados por una enfermera anestesidora de a tiempo completo, que en algunos casos también es la supervisora de la sala de operaciones. La farmacia está provista de un número de medicamentos y productos biológicos más o menos uniformados que ha pedido el claustro médico. En los departamentos de rayos X y laboratorio clínico, tenemos un técnico de a tiempo completo, y de preferencia graduado en una universidad. La supervisión profesional del departamento de rayos X queda a cargo de un roentgenólogo preparado de tiempo parcial, y la del laboratorio clínico de algún otro miembro del claustro, si existe uno idóneo para ello. La instalación de esos departamentos los capacita para realizar todos los exámenes corrientes. No se trata de ofrecer medios para aplicar la roentgenoterapia de alto voltaje, porque hasta que haya roentgenólogos preparados en las localidades pequeñas, ésa es una de las cosas que no debe intentar el hospital pequeño. De cuando en cuando se emplean consultores para que ayuden en el trabajo de los departamentos de rayos X y de laboratorio clínico, y todos estos hospitales emplean, a un salario anual, consultores que verifican los exámenes patológicos.

Valor del sistema.—Baste con esto en lo tocante a administración. Para el mantenimiento de pautas, así como para mayor conveniencia, el médico participa con el resto del claustro en la formulación de pautas mínimas de diagnóstico y clínica, creando así una maquinaria que asegura al enfermo los servicios óptimos de todos los departamentos. A fin de alentar todavía más el pleno empleo de todos los servicios, algunos hospitales, con completa satisfacción de la administración, los doctores y los enfermos, han implantado un arancel fijo, en vez del

sistema habitual de precios variables, y esos precios fijos dan derecho al enfermo al servicio de la sala de operaciones, de anestesia, laboratorio, drogas o rayos X, en cuanto lo juzgue necesario el médico. La eliminación de las dificultades previamente ocasionadas por el cobro de un precio distinto por cada examen, ha hecho mucho en lo tocante a facilitar al médico su tarea de estudiar debidamente al enfermo.

Además del interrogatorio y examen físico de rigor, que quedan a cargo del médico de cabecera y del médico residente bajo la dirección de aquél, el sistema establecido exige los siguientes exámenes iniciales al ingreso: uranálisis, fórmula leucocitaria, determinación de la hemoglobina, y una de las precipitino-reacciones para sífilis (que se comprueba automáticamente, de ser positiva). Partiendo de este estudio inicial, el doctor puede ordenar cuanto otro examen desee, y recetar la terapéutica apropiada. Si lo cree necesario, puede llamar en consulta a cualquiera de sus colegas. En realidad, por virtud de ciertos métodos adoptados por el claustro, tanto él como sus colegas han convenido en solicitar consulta siempre que corre peligro la vida del enfermo, o es posible que se susciten controversias en cuanto a terapéutica. Además del examen inicial, en algunos casos se han establecido métodos para el estudio de ciertos estados patológicos, tales como cardionefríticos, pulmonares o genitourinarios, o probables anomalías del embarazo, a fin de facilitar un estudio más completo y uniforme. Los métodos destinados a obtener la rápida asistencia de los casos de urgencia, cuando no se halla a mano el médico de cabecera, han resultado utilísimos, comprendiendo estados tales como hemorragia, choque, coma, y sospechas de fractura del cráneo.

Algunos incidentes observados en estos hospitales patentizan lo bien que funciona un plan que comprende el empleo generoso de métodos sistemáticos. A una mujer con historia de hemorragia vaginal, la llevó al hospital el médico de familia. Una consulta con el cirujano indicó que convenía un raspado diagnóstico, que se realizó el día después del ingreso, pero sólo después de un detenido estudio del resultado de los exámenes de clínica y de laboratorio. Los raspados uterinos fueron inmediatamente enviados por el hospital al patólogo consultor, quien dos días después telefonó el diagnóstico de adenocarcinoma. La enferma reingresó para operación al sexto día del examen primitivo, observándose entonces una pequeña incipiente lesión carcinomatosa. En otro caso, un médico llevó a una niña al hospital, de una aldea a unos 18 km de distancia. Todos los síntomas indicaban un estado agudo del abdomen, y se inscribió a la pequeña para operación inmediata, pero sólo después de realizar el examen roentgenológico del tórax a fin de excluir neumonía, que es obligatorio para todos los niños, de haber analizado una muestra urinaria obtenida con catéter para excluir pielitis, y de haber consultado a otro médico debido a ciertos vagos signos meníngeos. El resultado de esto fué que se descubrió una neumonía incipiente, y se abandonaron los planes para la operación. El último caso reviste mayor interés, porque dos de los doctores en la consulta habían tenido algunos choques, para no decir más, antes de inaugurar el hospital. Al preguntarle a uno por qué ayudaba al otro, replicó con entusiasmo: "Pues, hombre, desde que trabajamos juntos en el hos-

pital, he descubierto que ese individuo no es tan bruto como yo creía." Estos casos representan buena medicina y buena educación, y fueron atendidos en un hospital rural con el sistema y eficacia que según se ha hecho creer a algunos son propiedad exclusiva de los grandes establecimientos muy desarrollados.

El valor educativo de un sistema se difunde en muchas direcciones. Comienza con la comisión del claustro, que debe estudiar el valor relativo de todos los exámenes que pueden realizarse. Es una lástima que el claustro suela aceptar sin mayor discusión las sugerencias de la comisión, y uno de los efectos más aparentes, aunque no expresado abiertamente, es la idea que se han formado algunos de que les están dictando cómo deben ejercer su profesión, actitud esta, sin embargo, que desaparece en gran parte a medida que van comprendiendo las manifiestas ventajas del sistema. Aparte de servir de comprobación para el técnico descuidado y aventurado, con el consiguiente beneficio para el enfermo, también abre nuevos, y a veces inesperados, horizontes para exploración por el doctor que no satisfecho con adivinar, desea saber.

Todo lo que el médico ha hecho en pro del enfermo, los resultados de exámenes y tratamientos, la opinión de los consultores, y la proporción de éxitos o fracasos se combinan en un protocolo completo, el cual se archiva con su índice por diagnóstico, para consulta en el futuro, y quizás para presentación a una reunión del claustro, si el médico ha encontrado en el estudio del enfermo dado una lección que pueda ser útil a otros. Esto es, claro está, lo que debe suceder en todo hospital, de modo que ¿para qué llamar la atención aquí sobre ello? Pues meramente, porque no lo hacen en muchos hospitales pequeños, como pueden comprobar cuantos han estudiado protocolos que no contienen más que el nombre del enfermo, de cuando en cuando la dirección, y una gráfica muy bonita y bien trazada, y han tratado de desenredar los antecedentes, diagnóstico y tratamiento, por las alzas y bajas de la temperatura y el pulso. Agreguemos que lo dicho con respecto a protocolos de los hospitales pequeños en general, también reza con otras muchas cosas aquí mencionadas.

Reuniones del claustro.—La reunión del claustro ofrece la ocasión para evaluar en grupo los adelantos profesionales del establecimiento, y para tomar las medidas necesarias a fin de ofrecer un servicio todavía mejor. Allí es que cada miembro lleva su caso para crítica por sus compañeros, y puede participar en la discusión de los casos y problemas presentados por otros. El informe corriente de la administración del hospital es considerado en relación a la ejecución profesional. Allí también llevan sus informes periódicamente las comisiones de biblioteca, protocolos y exámenes corrientes. En sus salas de reunión, guardan los claustros buenas bibliotecas prácticas teniéndolas así disponibles para consulta inmediata cuando surgen problemas enredados.

m /
e /
Esas reuniones ofrecen una buena representación en miniatura del servicio educativo que facilita el hospital. Allí se ve lo que cada miembro tiene que ofrecer, y lo que cada uno aprende; y elocuentes resultan hasta las frecuentes ausencias de algún compañero que tiene que atender un parto inevitable, el que por razones misteriosas siempre tiene lugar en la misma noche de la reunión del claustro, y no en el hospital, sino en el campo. Todo caso presentado tiene su historia: aquél en que el médico de cabecera firmó sin fijarse el protocolo e interrogatorio obtenidos en el examen físico realizado por el residente; aquél en que surtió efecto el suero antineumocócico administrado tras la clasificación sistemática; y por fin, aquél en que el médico, olvidando todas las contraindicaciones, operó por apendicitis aguda, dándose después con el informe negativo del patólogo. Buen estudiante, a la vez que buen maestro, fué aquél miembro del claustro que no quedó satisfecho sino después que realizó una autopsia, a fin de poder presentar un informe completo de un caso enredado en la próxima reunión del claustro. Lo que el patólogo puede decir en sus informes escritos y discusiones personales en las reuniones del claustro, redundan en provecho de la educación, gracias al esfuerzo persistente para eliminar la laguna que separa a los diagnósticos clínicos de los patológicos.

Nadie sostendría que las obras del claustro alcanzan siempre nivel alto, pues los miembros al final de cuentas son seres humanos y doctores. Puede que se atrase una u otra fase del plan educativo: biblioteca, protocolos, o servicios de consulta, y hay bastantes diferencias entre un hospital y otro, probablemente porque en ciertas situaciones no cristaliza la opinión o comprensión colectiva. Lo interesante es que en general el médico deriva un verdadero impulso educativo y satisfacción, de su conexión con la clase de hospital aquí descrita, por ofrecerle la oportunidad de aprender por su propia experiencia.

Más experiencia.—En el proceso educativo llega un momento en que se alcanzan los límites del adelanto posible, a menos que se lance nuevo trigo al molino. Para esto, los trabajos regulares del claustro, basados en la experiencia local, se complementan muy efectivamente con sesiones especiales en que participan oradores de afuera, que exponen un tema de interés inmediato. Estas discusiones van más al grano cuando se ilustran con casos locales, y este método ofrece al extraño ocasión de ayudar directamente al médico a interpretar los procesos patológicos debatidos. En una forma muy semejante, los planes del claustro han sido secundados por el empleo del hospital como centro de ampliación de estudios, sin que quepa duda de que este método posee mayor significado cuando se interpreta en términos de experiencia local. Muy a menudo el conferencista puede asesorar al claustro y a la administración del hospital en la solución de alguna situación perturbadora. El servicio de obstetricia de un hospital se benefició mucho cuando un instructor dió una serie de 10 clínicas y charlas, utilizando el hospital como sitio de reunión.

Algunos médicos saldrán de uno de esos hospitales para dirigirse a una facultad de medicina en busca de estudios formales que satisfagan todavía más su creciente deseo de obtener más información que los ayude a aprovechar el material con que trabajan. El mismo doctor se da cuenta de que se espera más de él cuando cuenta con un buen hospital. Confróntanlo allí una variedad de problemas que no veía cuando tan atareado estaba recorriendo territorio, que apenas tenía tiempo para exámenes apresurados, y alguno que otro uranálisis realizado en el baño del consultorio. Los sacrificios que entraña el alejamiento del ejercicio profesional por algún tiempo, no le parecen tan grandes cuando tiene ocasión de aplicar, a su regreso, lo adquirido durante su período de estudios. A los que han sentido más agudamente esa necesidad, se les han ofrecido bolsas para que puedan verificar estudios más largos de los que hubieran emprendido de otro modo.

El médico que va a un centro médico para estudios; los consultores hospitalarios que quizás vengan del mismo centro; los oradores en las reuniones del centro; el médico residente; y los instructores que dictan cursos de ampliación; todo esto crea un nexo informal entre el hospitalillo alejado y el gran centro de educación, relación esta que manifiestamente posee mutuas ventajas. El hospital pequeño encuentra así acceso más o menos constante al centro, al cual debe dirigirse en busca de ayuda. El centro, a su vez, encuentra un campo fértil en el hospital pequeño y la comunidad donde acrecienta su influjo en pro de una educación y servicio médico mejor, pues por fortuna, van mostrando un interés mayor en los problemas médicos y hospitalarios de la localidad pequeña no tan sólo el establecimiento de enseñanza mismo, sino muchos organismos nacionales, y las asociaciones nacionales de medicina, hospitales y cirugía, van haciendo mucho a fin de perfeccionar los métodos de administración del hospital pequeño.

Conclusiones.—Al comenzar mi trabajo declaré que deseaba definir el aporte que el hospital rural puede llevar a la enseñanza médica de perfeccionamiento. He descrito ese hospital como aquél del cual el público espera buen trabajo; aquél en que la junta de síndicos y el público interesado reconocen su obligación de ofrecer medios adecuados para la asistencia de los enfermos; aquél en que el doctor debe mostrar sus calificaciones antes de recibir el privilegio de trabajar allí; aquél en que el claustro traza planes de procedimiento para el completo estudio y tratamiento de todos los enfermos; aquél en que los médicos, como individuos y como colectividad, analizan críticamente sus observaciones, y que obtiene continua ayuda y consejo de centros médicos y educativos del exterior. Ese hospital lleva su aporte a la enseñanza meramente por ser el hospital que es. En él el médico encuentra oportunidad para desarrollo profesional, pues aprende por lo que hace, y sabiendo lo que hacen otros. Su valor educativo es el que le da el doctor.