

FORMACION DE PERSONAL DE SALUD:

Ejemplos de nuevos programas docentes

Volumen 2

Edición preparada por

F. M. KATZ y T. FÜLÖP
Jefe Técnico, *Director*
Evaluación de la Educación

*División de Formación del Personal de Salud,
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1980

ISBN 92 4 330071 7

© Organización Mundial de la Salud, 1980

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

PRINTED IN SPAIN

80/4709 - Benzal - 2500

INDICE

	<i>Página</i>
Introducción	7
1. La Universidad de Newcastle, Nueva Gales del Sur, Australia: Establecimiento de una nueva Escuela de Medicina, <i>por</i> D. Maddison	19
2. Universidad del Valle, Cali, Colombia: Formación de personal de dentistería, <i>por</i> R. Guerrero y C. Tasama . .	43
3. Universidad de Kuopio, Finlandia: La reforma del sistema de atención de salud en Finlandia — Un verdadero reto para una nueva universidad, <i>por</i> T. Vanha-Perttula . .	57
4. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México: Una innovación interdisciplinaria de la enseñanza de la medicina, <i>por</i> R. Villarreal	87
5. Instituto de Medicina de la Universidad Tribhuvan, Nepal, <i>por</i> M. Shah	101
6. Colegio de Ciencias Afines de la Salud, Madang, Papua Nueva Guinea: Agentes de extensión sanitaria, personal de atención primaria de salud en Papua Nueva Guinea, <i>por</i> J. Banam	123
7. Colegio de Medicina de la Universidad de Filipinas: El Instituto de Ciencias de la Salud, Tacloban — La búsqueda de un modelo, <i>por</i> A. F. Bonifacio	145
8. Facultad de Medicina de la Universidad de Edimburgo, Escocia; Implantación de un nuevo plan de estudios en una escuela de medicina ya existente, <i>por</i> H. Walton .	167
9. Universidad Mahidol, Bangkok, Tailandia: Formación de personal de enfermería de salud pública en Tailandia, <i>por</i> P. Limprasutr	183

10. La Escuela Nacional de Partería, Lomé, Togo, *por* E. Vovor 205
11. Primero y Segundo Institutos de Medicina de Moscú, URSS: Reforma del plan de estudios de medicina, *por* Ju. Isakov 221
12. Universidad de Aden, Yemen Democrático: La enseñanza de la medicina en la República Democrática Popular del Yemen, *por* A. S. Bahattab 235
13. La Facultad de Medicina de Novi Sad, Yugoslavia: Nuevas tendencias en la promoción de un sistema de enseñanza de la medicina, *por* D. Jakovljević 243

INTRODUCCION

La publicación de este segundo volumen¹ de ejemplos de nuevos programas docentes forma parte de los esfuerzos que despliega la OMS, de manera permanente, para fomentar en todo el mundo la formación de recursos de personal de salud eficaz. Difundiendo, en particular, información sobre programas docentes más o menos renovadores, es decir, en los que se han aplicado nuevos criterios a la formación de diversos tipos de personal de salud, se espera fomentar el examen crítico de las prácticas, los programas y los procedimientos actualmente en uso.

Los estudios incluidos ofrecen al lector ejemplos de programas de enseñanza que han sido elaborados en respuesta a una necesidad fundamental y universalmente sentida, a saber, la de formar personal de salud que pueda y quiera prestar una atención de salud completa, la clase de atención que se resume en la principal meta social de los gobiernos, las organizaciones internacionales y toda la comunidad mundial para los próximos decenios, es decir, alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, o sea, en resumen, «la salud para todos en el año 2000».

Cada estudio es un ejemplo de un esfuerzo resuelto, encaminado a orientar un programa de formación hacia las necesidades de salud de la comunidad a la que deberá atender el personal así formado. Todos los programas tienen carácter experimental en cuanto que se apartan de las prácticas actuales o tradicionales, bien sea porque en ellos se da prioridad a la orientación hacia la comunidad, bien porque en los mismos se aplican procedimientos ideados para que los alumnos se ejerciten en la solución de problemas como preparación para un aprendizaje y un ejercicio eficaces a lo largo de toda su vida.

¹ El primer volumen llevaba el título de *Formación de Personal de Salud: Ejemplos de nuevos programas docentes*, Ginebra, 1978 (OMS, Cuadernos de Salud Pública, N° 70).

Al difundir esa información sobre lo que se está haciendo y lo que es posible hacer, se aspira a atender los deseos de los que están interesados en conocer nuevos criterios en la materia, y también a estimular y provocar a quienes con demasiada frecuencia se contentan con seguir aplicando las prácticas más comúnmente en uso.

Con esos estudios no se pretende evaluar la eficacia, la eficiencia o los resultados de los programas descritos, sino, simplemente, dar noticia de la acción emprendida por personas, grupos o autoridades gubernamentales interesados en esos problemas. En ellos se describen la situación anterior y la actual, los planes y su ejecución, y las dificultades que han surgido.

Importa subrayar que los programas aquí descritos no han sido seleccionados como modelos de lo que debería hacerse, ni debe tenerse por tales. En realidad, cada uno de ellos está basado en la premisa de que un programa de enseñanza debe elaborarse específicamente en función de las necesidades sanitarias —con frecuencia únicas— de una comunidad, y ha de reflejar las realidades, los límites y los condicionamientos de las circunstancias políticas y socioeconómicas que predominan. En este aspecto, la aplicación del principio de la pertinencia es quizá lo que más distingue a esos programas de muchos otros. Con demasiada frecuencia, los programas de formación son meras copias de modelos que corresponden a otras situaciones y que resultan, por ende, inapropiados y faltos de pertinencia. Esta observación no debe interpretarse, sin embargo, como un argumento contra la necesidad de aprender de la experiencia ajena.

En relación con esto, la OMS ha patrocinado recientemente el establecimiento de una «red de instituciones de enseñanza de las ciencias de la salud orientadas a la comunidad».² Los veinte participantes, procedentes de instituciones de enseñanza³ de otros tantos países, se han comprometido con entusiasmo a colaborar en la búsqueda de soluciones para el gran número de problemas que se plantean en la planificación y la ejecución de programas orientados a la comunidad y en la aplicación de un procedimiento de enseñanza basado en la solución de problemas. Cada uno de los programas es único, al menos en alguno de sus aspectos, pero todos deben hallar soluciones para los problemas que se plantean comúnmente a todos o a la mayoría de los participantes de la red.

En el curso de la reunión se puso claramente de manifiesto que, al tratar de aplicar innovaciones, todas las instituciones tropiezan

² La reunión inaugural de la red tuvo lugar en Kingston, Jamaica, del 4 al 8 de junio de 1979.

³ Muchas de esas instituciones se describen en los dos volúmenes de ejemplos de programas.

con una serie de problemas comunes. Entre los problemas mencionados en el informe de la reunión ⁴ figuran los siguientes:

Miembros de la Facultad:

- toda innovación se considera como una amenaza;
- la participación en la tarea de renovación requiere dedicación y limita gravemente el tiempo de que dispone el miembro de la facultad para su propio perfeccionamiento profesional, para la investigación, etc.; además, los miembros más jóvenes del claustro temen las consecuencias de una entrega más o menos total a la enseñanza cuando aspiran a un ascenso o un nombramiento que normalmente se consiguen mediante la publicación de trabajos científicos en otros sectores.

Estudiantes:

- algunos estudiantes miran con recelo los criterios renovadores, que entran en conflicto con su propia experiencia de lo que es la enseñanza de la medicina y pueden poner en tela de juicio su aprendizaje anterior;
- algunos estudiantes están resueltamente orientados desde el comienzo hacia algún tipo de especialización médica;
- la enseñanza preuniversitaria, en la que muchas veces se hace hincapié en el aprendizaje rutinario, puede constituir una preparación poco adecuada para los estudios basados en la solución de problemas y orientados a la comunidad.

Salud y enfermedad:

- nuestra concepción de la «salud» está mucho menos elaborada que nuestra concepción de la «enfermedad» y, por consiguiente, resulta más fácil y más cómodo moverse dentro del marco de esta última.
- como resultado de ello, en los programas de enseñanza se hace difícil conseguir que se insista en medida bastante en la salud y en el fomento de la salud.

Organización, estructura y financiación de la facultad:

- cuando la organización y, por ende, el programa de la escuela están dominados por unos departamentos fuertes, es casi imposible renovar la enseñanza;
- en muchos países, la financiación estatal en el sector de la salud dedica una proporción desmesuradamente pequeña del presupuesto a las actividades docentes, y se concentra excesivamente en la financiación de la medicina curativa y de las investigaciones.

Estrategias de la enseñanza:

- las técnicas de evaluación (medición del rendimiento de los alumnos) son todavía muy imperfectas en lo que atañe a evaluar cuáles de las adquisiciones de los estudiantes son de particular importancia en los programas innovadores;
- en general, faltan materiales didácticos adecuados para la aplicación de los nuevos criterios.

Sistemas de atención de salud:

- el predominio de los hospitales como centros para la enseñanza de la medicina, la preocupación por la atención en tres escalones, la concentración en una tecnología médica avanzada y la excesiva especialización fueron consi-

⁴ Informe de la reunión inaugural (OMS, documento HMD/79.4).

deradas como otros tantos factores contrarios al establecimiento de programas orientados a la comunidad;

- en un plano más general, muchas de las actuales modalidades de prestación de servicios de salud fueron consideradas inapropiadas para una enseñanza innovadora, en particular la separación artificial entre servicios preventivos y curativos, los sistemas de honorarios por servicios prestados, la falta de autonomía regional suficiente como resultado de una centralización excesiva y la inexistencia de puestos de trabajo adecuados para los graduados que han seguido programas innovadores, muchos de los cuales se ven obligados a aceptar —cuando no los solicitan ellos mismos— puestos de trabajo en los hospitales, que gozan de más prestigio y disponen de mejor equipo y de mayor abundancia de fondos.

Profesionales de la salud:

- los intereses creados de algunos profesionales se sienten con frecuencia amenazados por los programas innovadores, y muchas veces las asociaciones profesionales tienden a prestar apoyo a sus miembros en contra del nuevo sistema de enseñanza.

Sin embargo, no faltan por otra parte factores y condiciones —algunos de ellos identificados en la reunión— que favorecen la aplicación de innovaciones y en particular el establecimiento de programas orientados a la comunidad para el personal de salud. Entre esos factores figuran la presión cada vez mayor en favor de que se justifique la vasta proporción —en aumento constante— del dinero del contribuyente que se dedica a la enseñanza y a los servicios de salud. También es evidente que muchos de los responsables de la planificación y la enseñanza del personal de salud están comprometidos actualmente a «producir» agentes de salud capacitados para responder a las necesidades de la atención de salud para todos.⁵

Es esta preocupación la que se pone también de manifiesto en los estudios presentados aquí, a saber: la preocupación por la salud de la comunidad y por la atención primaria de salud. El deseo de amoldar la formación a esa meta parece ser la más poderosa de las fuerzas que impulsan las innovaciones, ya sea dentro de las instituciones existentes, ya mediante la creación de otras nuevas, y tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Puesto que ésa es también la meta primordial de la OMS, que expresa la determinación de sus Estados Miembros, parece oportuno examinar de qué manera los programas descritos en esos estudios reflejan los principios de la atención primaria de salud, tal como fueron identificados en la Declaración de Alma-Ata.⁶ En esta Declaración, que constituye quizá el hito

⁵ Como parte de su programa de formación del personal de salud, la OMS ha fomentado un programa mundial de formación de personal docente que ha influido en decenas de millares de profesores de todo el mundo, obligándoles por lo menos a reexaminar con espíritu crítico las prácticas actuales y a buscar otras posibles soluciones.

⁶ *Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.

más importante en la historia reciente de los esfuerzos del hombre en pro de la salud para la población del mundo, se define la atención primaria de salud como «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación».

Las características de la atención primaria de salud elaboradas en la Declaración constituyen un valioso conjunto de criterios aplicables en el examen de los servicios de salud. Lógicamente, puesto que el personal de salud es un elemento indispensable para el funcionamiento eficaz de esos servicios, también los programas de formación pueden someterse a atento examen mediante la aplicación de esos criterios, con el fin de averiguar en qué medida preparan a sus estudiantes para las funciones que han de desempeñar en la atención primaria de salud.

Así pues, ¿hasta qué punto los programas descritos en el presente volumen satisfacen esos criterios? La primera característica de la atención primaria de salud es que

*«es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública».*⁷

Como ya se ha señalado, todos los programas descritos en esta publicación comparten el hecho de centrarse específica y explícitamente en las necesidades de los servicios de salud de sus respectivos países. Claro ejemplo de ello son los estudios de los programas del Yemen Democrático y de Nepal. Ambos países se habían visto obligados a depender de médicos formados en el extranjero, y ambos establecieron sus propias escuelas con el principal objetivo o la intención expresa de dar a sus médicos una formación específicamente apropiada para las condiciones sociales y políticas que imperan en sus respectivos territorios.

De manera análoga, en Papua Nueva Guinea el programa de formación para agentes de extensión sanitaria constituyó una respuesta directa a las condiciones imperantes y un reconocimiento del hecho

⁷ Esta cita y las demás que figuran en esta introducción se han tomado de la Declaración de Alma-Ata (véase la nota precedente).

de que cabía esperar beneficios óptimos de los servicios prestados por personal no médico que operara en el plano del poblado y del centro de salud.

El programa de Tacloban, de Filipinas, muestra claramente la planificación de la formación de diversos tipos de agentes de salud destinados a prestar servicio en las comunidades rurales.

Que los factores socioculturales y económicos pesaron mucho en la formulación del plan de enseñanza se declara específicamente en los estudios que describen los programas de Australia y Togo. En este último caso se hace mención específica de la necesidad de comprender la cultura y las prácticas sanitarias tradicionales para conseguir la confianza de la población al tratar de fomentar las buenas prácticas de higiene y de modificar las nocivas.

En cada uno de esos estudios, pero sobre todo en el del nuevo programa establecido en Newcastle (Australia), se hace referencia a la importante influencia de las condiciones económicas, sociales y políticas en los esfuerzos desplegados para implantar un programa de formación médica más orientado a la comunidad y a la salud en contraste con los que se orientan a la enfermedad. Por desgracia, con demasiada frecuencia el fomento de la salud —como algo distinto de la lucha contra la enfermedad— choca con las creencias, los valores y las prácticas profesionales en vigor, y puede entrar en conflicto con algunos de los actuales intereses políticos, sociales o económicos.

La segunda característica de la atención primaria de salud que se describe en la Declaración de Alma-Ata es que

«La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas».

La mayoría de los programas de formación para personal de salud se basan casi enteramente en el hospital universitario como centro de toda la enseñanza. Inevitablemente, la orientación de la formación que de ello resulta es curativa y especializada, y está basada en una tecnología perfeccionada y elitista.

En la mayoría de los programas descritos aquí se ha tratado, no sin coraje, de corregir esa situación, utilizando como centros para la enseñanza práctica los consultorios de médicos generalistas, los pequeños hospitales de pueblo y los centros de salud. Son ejemplo de lo que decimos los casos de Edimburgo y Kuopio, y el mismo criterio se ha aplicado extensamente en el programa tailandés de formación

práctica para personal de enfermería de salud pública. Este último subraya además la importancia de hacer que el personal de los servicios de salud más pequeños participe en la fase de planificación del programa de enseñanza. Guarda relación con ese principio el resultado de la encuesta de Novi Sad entre sus graduados que trabajan en la práctica general, como medio para identificar las principales deficiencias del programa de formación.

Quizá el medio más eficaz para conseguir que la formación impartida sea apropiada a los problemas de salud de la comunidad y esté orientada a la salud sea la estrecha coordinación —y aun la integración— de los servicios de salud con la formación. Una manera de conseguir esa integración es la que se expone en los tres estudios en los que la responsabilidad de la atención de salud de una comunidad específica se confía al programa de formación. La escuela de Xochimilco tiene a su cargo la atención de salud de una parte de la ciudad de México, con una población de dos millones de habitantes. El Instituto de Tacloban (Filipinas) suministra el personal de salud necesario para toda una región, y la mayoría de sus profesores asumen responsabilidades en los servicios de salud. De hecho, el director del programa es al mismo tiempo el Director Regional de Salud. En Papua Nueva Guinea, el Colegio de Ciencias Afines de la Salud tiene a su cargo la atención sanitaria de 110 000 habitantes de dos subprovincias, lo que permite a su vez a los alumnos participar en actividades clínicas, administrativas y de salud pública.

«La atención primaria de salud comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.»

Estos requisitos o actividades que han de desarrollar los agentes de atención primaria de salud ponen de relieve las responsabilidades mencionadas en la sección anterior en materia de atención de salud distinta de la curativa que se presta al individuo enfermo. El tipo específico de acción o de tarea variará forzosamente en función de las necesidades de la comunidad.

Los objetivos de varios de los programas se refieren a las competencias o responsabilidades que se espera que asuma el personal adiestrado. Figura entre ellas, por ejemplo en el caso de Nepal, la responsabilidad del mejoramiento de los sistemas de saneamiento y de abastecimiento de agua y la de otras medidas de carácter preventivo.

La Universidad de Newcastle, Australia, ha formulado explícitamente unos objetivos de aprendizaje que exigen de los estudiantes que, al terminar sus estudios, estén capacitados para prestar atención de salud a las poblaciones, y no sólo a las personas individuales, y para emprender acciones preventivas y de promoción además de desempeñar las tradicionales funciones curativas en favor de los enfermos.

«La atención primaria de salud entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos al desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.»

En ninguno de los estudios aquí reproducidos se hace referencia a una labor intersectorial o de colaboración con otras actividades sociales o económicas. Pero esta colaboración está implícita en algunos de los objetivos de aprendizaje que se fijan a los estudiantes y en algunas de las experiencias que se les facilitan.

La posibilidad, por lo menos, de esa clase de colaboración se hace evidente, en particular, en Xochimilco, donde los estudiantes que se preparan para muy diversas ocupaciones siguen en común un primer año de estudios (ciencias sociales, agricultura, arquitectura y dibujo, y comunicación) y donde la Universidad, es decir, todas las facultades, participan en el desarrollo de una zona de la ciudad de México que les ha sido asignada y asumen la responsabilidad de ese desarrollo.

«La atención primaria de salud exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.»

Esta característica suprema de la atención primaria de salud es quizá también la más difícil de plasmar en acción, puesto que depende de las estructuras políticas y sociales existentes. Cabe encontrar ejemplos de cierto control a cargo de la comunidad en la escuela de medicina de Novi Sad (Yugoslavia), y en los centros de salud de la comunidad de Finlandia, donde se da formación a los estudiantes de medicina de Kuopio; en ambos casos la enseñanza lleva aparejada una relación administrativa con los órganos de la comunidad.

Puede verse otro ejemplo de control por parte de la comunidad en el programa de Tacloban (Filipinas), donde se considera que el «cliente» del programa de formación es más bien la comunidad que el estudiante que sigue los cursos de agente de salud. La decisión de dar a los agentes de salud la formación correspondiente al nivel inmediatamente superior de conocimientos depende más de las necesidades de la comunidad que de los deseos y aptitudes del mismo agente de salud.

Aunque se observan éstos y otros indicios de cierta preocupación por interesar a la comunidad, entablar un diálogo con ella y aumentar su participación, nada importante se ha hecho todavía por incrementar la influencia de la comunidad en el proceso de formación y en la fijación de sus objetivos, lo que quizá no sea sorprendente, puesto que la idea de hacer participar a personas no profesionales en la planificación y la ejecución de un programa de enseñanza tiene casi visos de «herejía».

«La atención primaria de salud debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.»

Aun dejando de lado los problemas sociales, financieros y logísticos que se plantean en todo el mundo cuando se trata de organizar sistemas eficaces y auxiliares de envío de casos, la tarea de los profesores de medicina no es nada fácil. Muchos de los ejemplos de nuevos programas que se presentan aquí hacen particular hincapié en la formación de agentes de atención primaria de salud; los Institutos de Medicina de Moscú constituyen un ejemplo de la necesidad de dar formación a cuadros de especialistas en el momento oportuno para crear un sistema adecuado de envío de casos.

La mayoría de las escuelas de medicina saben que sus graduados seguirán una gran diversidad de carreras dentro de la atención primaria de salud y de las diversas especialidades. Definir los niveles de

competencia de esas diferentes clases de médicos, como se hace en Newcastle (Australia), ayuda a definir el sistema de envío y a racionalizarlo al mismo tiempo, y es útil para poder fijar objetivos realistas y apropiados para el plan básico de estudios de medicina. Este proceso, por supuesto, debe aplicarse de manera coordinada a todos los agentes sanitarios que operan en un sistema de salud.

Los estudiantes que se preparan en Papua Nueva Guinea para ejercer las funciones de agentes de extensión sanitaria aprenden a distinguir cuándo y de qué manera deben enviar a otras instancias a los enfermos que lo necesitan, gracias al procedimiento de admitir a los pacientes, a su ingreso, en la sala del hospital de distrito donde cursan sus estudios, sala que hace las veces de «centro de salud»; sólo se envía a otras salas a los enfermos que necesitan la atención de un médico.

«La atención primaria de salud se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.»

La medida en que los programas de formación puedan fomentar una cooperación fructífera entre los diferentes tipos de agentes de salud dependerá en gran parte de la estructura de la sociedad y de las profesiones de salud, y también de la personalidad de los alumnos. En varios de los ejemplos que aquí se estudian se plantea el problema de la selección de los estudiantes. Pero el único ejemplo en el que la selección de los alumnos se ha relacionado específicamente con la creación de equipos destinados a atender las necesidades de la comunidad es el de Tacloban, en Filipinas. El sistema de ascenso a través de las diferentes categorías de agentes de salud permite además que los miembros más capacitados del equipo conozcan por experiencia propia los problemas y las necesidades de apoyo de los otros miembros, dotados de menos conocimientos.

De manera análoga, aunque quizá menos estricta, los alumnos de algunas otras instituciones descritas deben pasar también por la experiencia de desempeñar sucesivamente las funciones de diversas categorías de agentes de salud durante los periodos de prácticas de su formación, antes de ascender a los niveles superiores.

En Cali (Colombia), además de la formación que se da a las diferentes clases y categorías de personal de dentistería, se emprenden investigaciones sobre la estructura óptima del equipo de salud, con miras a atender las necesidades de la comunidad.

Manifiestamente, la orientación de muchos —si no de todos— de los programas de enseñanza descritos en el presente volumen refleja la voluntad de preparar un personal de salud capacitado para trabajar en la atención primaria de salud.

No es menos evidente que el logro de tan nobles objetivos ha de tropezar con innúmeras dificultades. Exigirá una abnegación de pionero y la fuerza necesaria para resistir las presiones que se ejercen siempre para mantener el *statu quo*. Requerirá por parte de todos los interesados una búsqueda activa de soluciones y de procedimientos eficaces y viables para dar formación al personal de salud y para conseguir después que esa formación se utilice para prestar una atención de salud óptima.

Esos pioneros son dignos de felicitación, y es de esperar que su ejemplo estimule y refuerce la voluntad de otros.

* *
*

Al centrar nuestra atención en la pertinencia de esas instituciones de enseñanza respecto de la prestación de atención primaria de salud, no queremos pasar por alto el gran número de problemas educativos que se plantean en los ejemplos propuestos. Se aconseja encarecidamente al lector que vea en la introducción del primer volumen de esos ejemplos de nuevos programas varias observaciones de índole más general, que son igualmente aplicables a los estudios del presente volumen.⁸

Quizá sea oportuno, sin embargo, reproducir aquí la serie de preguntas formuladas en aquella introducción para que puedan ser utilizadas como marco de referencia para el estudio del conjunto de ejemplos que aquí se presentan.

1. ¿Cómo se puede coordinar eficazmente un programa docente con los servicios de salud para que desempeñe la función que le corresponde en el mejoramiento del estado de salud de la comunidad a que pertenece?

⁸ KATZ, F. M. Y FÜLÖP, T., ed. *Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes*. Ginebra, 1978 (OMS, Cuadernos de Salud Pública, N° 70), págs. 10 a 17.

2. ¿Cómo puede un programa docente ofrecer la seguridad de que está orientado hacia las necesidades de la población o de que es adecuado para satisfacerlas?
 3. ¿Cómo se puede precisar lo que un programa docente debe contener, o sea, lo que se espera que aprenda el estudiante?
 4. ¿Cómo se puede lograr una eficacia óptima en el proceso docente por el que se ayuda al estudiante a adquirir la capacidad necesaria, con inclusión de la adopción de actitudes y del sentido de valores a que se ha de aspirar?
 5. ¿Cómo se puede evaluar la actuación del alumno y la del profesor, así como el rendimiento del programa en su conjunto, a fin de mejorar los resultados?
 6. ¿Cómo deben seleccionarse los estudiantes para lograr el máximo aprovechamiento de las oportunidades que se les deparan y para llegar a la utilidad óptima de los graduados en la prestación de asistencia sanitaria?
 7. ¿Qué tipo de organización es el más adecuado para el logro de los objetivos institucionales cuando éstos se basan en la idoneidad de las materias estudiadas, en una labor docente orientada a la solución de los problemas y en los principios de la integración? Además, ¿qué tipo de organización es el que más se presta a que los miembros de la institución participen en la adopción de decisiones y, en consecuencia, se sientan alentados a aumentar sus esfuerzos? Finalmente, ¿qué tipo de organización puede producir un ambiente más favorable para el estudio?
-

Nota

Los compiladores del presente volumen agradecen la valiosa asistencia que les ha prestado en su labor el Dr. Iain Aitken.