

CAPITULO 1

INSTITUT TECHNOLOGIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
CONSTANTINA (ARGELIA):

PREPARACION DE PERSONAL DE SALUD
PARA ARGELIA

por el

COMITÉ PÉDAGOGIQUE

*Institut technologique de la Santé publique
Constantina (Argelia)*

En colaboración con consultores y asesores
de la Organización Mundial de la Salud

NOTA PRELIMINAR

Para hacer frente a la aguda escasez de personal de salud, Argelia ha creado institutos de tecnología encargados de capacitar ese personal en sus diversas categorías, excepto médicos. La descripción siguiente es un ejemplo de programa de enseñanza planeado y ejecutado por uno de esos institutos en coordinación con planificadores sanitarios y ajustado a las necesidades locales.

En el programa de enseñanzas del Institut Technologique de la Santé Publique, de Constantina, destacan la formación de personal sanitario para trabajo de grupo y la colaboración para mejorar la comunicación y la cooperación entre los diversos organismos sociales, económicos, políticos, docentes y sanitarios que influyen en el desarrollo. Un obstáculo muy corriente que se opone a la preparación de grupos sanitarios es la existencia de estructuras administrativas distintas para los programas de formación de cada tipo de personal profesional de salud. En Constantina se tardó dos años en establecer la cooperación entre los programas de adiestramiento de ayudantes de medicina y los destinados a formar médicos.

Los temas de ciencias básicas se enseñan de manera más integrada para reducir la duplicación de actividades al presentar conceptos esenciales. En el programa de enseñanza se da especial importancia a los trabajos prácticos del alumno.

Rasgos esenciales de la estrategia docente han sido el diseño y la ejecución de centros sanitarios modelo donde el grupo de salud ha trabajado fijando las pautas que los graduados del Instituto deberían seguir. Se estableció un modelo de prestación de servicios sanitarios integrados en dichos centros; se definieron y agruparon 150 actividades con arreglo a siete categorías profesionales, y el resultado es una lista de las tareas principales que ha de ejecutar cada tipo de personal profesional, que además puede servir de modelo para el programa docente.

El Instituto tropezó con algunas dificultades. No fue fácil, por ejemplo, convencer al profesorado y a los médicos de que sus enseñanzas y su conducta fuesen congruentes con el modelo de funciones que desarrolla el centro de salud.

El Institut Technologique de la Santé Publique de Constantina es uno de los tres institutos que preparan personal sanitario; los otros dos están en Argel y Orán. Los tres forman parte del gran número de institutos tecnológicos (hoy día unos cuarenta) donde se capacitan los distintos tipos de personal necesario para el desarrollo del país. Esos centros están estrechamente vinculados a los planes nacionales de desarrollo y a la orientación política y económica de Argelia.

En los años siguientes a la independencia se vio claramente que los centros de formación e instrucción entonces existentes no podrían remediar la escasez de personal y que, además, el personal adiestrado en la práctica no podía atender las necesidades socioeconómicas del país.

EFECTIVOS DE PERSONAL DE SALUD

Desde 1962, año de la independencia, hasta el comienzo del Primer Plan Cuatrienal en 1970 empezaron a surgir cambios en la organización y el funcionamiento del personal profesional de salud en Argelia. En 1962, el vacío dejado por el éxodo en masa de médicos y otro personal sanitario europeo creó una situación de urgencia, que requirió la asistencia financiera de países amigos. En abril de 1963 no había más que 297 *techniciens sanitaires*, a razón de uno por 26 700 habitantes. Había, además, 193 médicos argelinos, lo que daba una proporción de uno por 44 000 habitantes.

Se organizaron grupos móviles de atención de la salud y saneamiento en los departamentos de sanidad de cada *Wilaya* (antes denominada «*préfecture de province*»), dirigidos por un médico o por un *technicien sanitaire*. Esos equipos móviles realizaban campañas de vacunación, combatían epidemias, proporcionaban educación sanitaria y prestaban primeros auxilios a los heridos en accidente por explosión de minas u otro material bélico abandonado. Desde 1963 se ha dedicado especial atención a la identificación de problemas y al establecimiento de prioridades. Se reestructuraron y reforzaron los centros de formación existentes y se organizaron otros nuevos. Como resultado de ello, en 1967 ascendía a 480 el número de *techniciens sanitaires* y otros tipos de personal de salud graduado en las veintiuna escuelas entonces abiertas en el país.

A pesar de esos progresos, subsistía una grave escasez de personal sanitario en Argelia. El país había demostrado que era capaz de responder a la crisis postbélica inmediata: se trataba ahora de hallar métodos de enseñanza que mejorasen la cantidad y calidad de los profesionales de la salud.

Consecuencias políticas

Los programas de formación de personal sanitario tenían que ser compatibles con la política de sanidad del país; es decir, en términos generales debían afrontar problemas del medio ambiente y difundir la educación sanitaria y las prácticas de higiene. Al mismo tiempo, era preciso revisar el sistema sanitario para que el personal adiestrado pudiese atender las necesidades y seguir la orientación política del país. En el informe general del Primer Plan Cuatrienal (1970-1973) se indica que «la actuación en materia de salud pública debe satisfacer tanto una necesidad social hondamente sentida como la necesidad

de conservar el potencial humano, cuyas aptitudes físicas condicionan el desarrollo económico», y que «únicamente los institutos tecnológicos son capaces de atender la demanda nacional de personal preparado».

La demanda de personal de salud de categorías intermedias y superiores era tan grande, y los procesos educativos tradicionales tan prolongados, que fue indispensable reorientar las actividades para alcanzar los objetivos del Plan en cuanto a desarrollo.

Los institutos de tecnología se crearon para preparar un número suficiente de personas capaces de atender inmediatamente las necesidades nacionales. Se habían de utilizar modernas técnicas docentes propias de programas de enseñanza de alta calidad. Debía darse preferencia a los ciclos de formación cortos e intensivos.

Los graduados de los institutos, a su vez, contribuirían a alcanzar los objetivos siguientes:

- a) proporcionar servicios preventivos de sanidad a la mayoría de la población;
- b) prestar asistencia sanitaria gratuita a todo el país, especialmente a las zonas rurales desatendidas;
- c) facilitar un desarrollo social armónico, mediante la prestación de servicios de sanidad eficaces y completos, y
- d) organizar un sistema de instrucción de profesionales de la salud que se adaptase y readaptase continuamente a la evolución de las circunstancias nacionales.

En resumen, la creación de los institutos tecnológicos ha sido un medio de adiestrar a la juventud argelina para atender las necesidades socioeconómicas del país.

Objetivos de los institutos

Los Instituts technologiques de la Santé publique son la base esencial del desarrollo sanitario de Argelia. Los tres centros existentes preparan personal de salud de todas las categorías, excepto médicos: ayudantes de medicina, parteras de salud pública, enfermeros, asistentes sociales, técnicos de saneamiento, técnicos de laboratorio, anestelistas auxiliares, farmacéuticos auxiliares y técnicos de radiología.

Aparte de la formación de personal sanitario en gran escala, los objetivos de los Instituts technologiques de la Santé publique son:

- a) adiestrar al personal, teniendo en cuenta las necesidades expresadas de los usuarios y de las autoridades sanitarias, con el fin de que aquél entre en funciones lo antes posible;

b) establecer un plan docente tomando como punto de partida la descripción de empleos para los que se preparará a los alumnos, aplicando técnicas didácticas modernas y eficaces, y

c) en general, proporcionar capacitación técnica a gran parte de la juventud, evitando el criterio selector restrictivo que supone un diploma de segunda enseñanza.

Mediante los Instituts technologiques de la Santé publique la sociedad puede asimilar mejor las funciones de gente joven que no puede asistir a las universidades, pero que posee la motivación suficiente para emprender una carrera sanitaria. Valiéndose de procedimientos pedagógicos modernos, basados en la participación activa del alumno, los Instituts technologiques de la Santé publique contribuyen a proporcionar a estos jóvenes la oportunidad de desarrollar sus aptitudes y servir al país.

ACTIVIDADES DEL INSTITUT TECHNOLOGIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE CONSTANTINA

Como el objetivo del Instituto de Constantina consistía en preparar personal profesional de distintas categorías para aplicar la política sanitaria del país, era importante sentar ciertos principios que sirvieran de base a la formación correspondiente. Había tres conceptos fundamentales: el equipo de atención de la salud, la enseñanza relacionada con el sistema de asistencia sanitaria y el sistema multidisciplinario.

Durante los cinco primeros años de su existencia, el Instituto ha procurado establecer métodos apropiados y técnicas que fomenten esos tres principios. No se hallaron soluciones fáciles.

El equipo de atención de la salud

Los programas de enseñanza tenían que dirigirse de manera que favoreciesen la aptitud de los graduados para ejercer eficazmente sus funciones como miembros del equipo sanitario. Ello significaba ayudar a los alumnos a respetar a los demás miembros del grupo, pero sin perder confianza alguna en su propia capacidad profesional.

No se advirtió inmediatamente la importancia de entablar un diálogo entre los profesores de las distintas categorías profesionales; por ejemplo, pasaron dos años antes de que el Instituto encargado de adiestrar a los ayudantes de medicina se percatase de la importancia de

correlacionar sus actividades con las de la Escuela de Medicina de Constantina (Institut des Sciences médicales), centro encargado de formar médicos. Los contactos han sido difíciles porque el Instituto y la Escuela de Medicina dependían de dos administraciones separadas. En vista de ello, y para promover un verdadero espíritu de equipo entre el personal titular y el auxiliar con el fin de afianzar el valor de la función de cada miembro, se adoptaron las medidas siguientes:

- a) mejorar la planificación del programa de enseñanza, teniendo en cuenta la futura responsabilidad de cada miembro del equipo en la resolución de problemas de salud;
- b) sustituir el insatisfactorio vocablo «auxiliar» por el más aceptable de *technicien de santé*, y
- c) reducir las diferencias de sueldo entre las diversas categorías de personal de salud, incrementando para ello los salarios más bajos.

En resumen, era indispensable, desde el punto de vista psicológico, dar una nueva «imagen» a cada miembro del grupo sanitario; desde el punto de vista operativo había que hallar medios de aprovechar todas sus facultades; y desde el punto de vista educativo se requería reforzar la coordinación entre los distintos programas, con el fin de preparar al alumnado para una eficaz labor conjunta.

Vinculación de la enseñanza con el sistema de asistencia sanitaria

El primitivo plan del Ministerio de Salud Pública consistía en adiestrar únicamente a dos categorías profesionales: los ayudantes de medicina y las parteras de salud pública. Sin embargo, el gran alcance del plan sanitario (actividades preventivas, curativas, docentes, de fomento y de rehabilitación) requería también la preparación de otras categorías de personal.

La orientación del Instituto estaba clara: responder a las necesidades del país mediante la aplicación de su política sanitaria. Había que estructurar el proceso de formación con arreglo a las verdaderas condiciones patológicas y al malestar de la población que hubiese advertido el personal de los servicios de salud, y era esencial establecer una activa colaboración con la administración sanitaria (sobre todo con las autoridades sanitarias de distrito) para que los recursos humanos y de otra índole contribuyesen a mejorar la salud del pueblo. Era indispensable crear cuanto antes un vínculo orgánico entre el profesorado y los administradores sanitarios.

Sistema multidisciplinario

El personal que iba a estudiar debía participar ampliamente en el proceso socioeconómico del país; por ello, el Instituto tendría que forjar lazos entre los distintos sectores dedicados al desarrollo social y sanitario de la población.

Hay una colaboración fructífera con los grupos universitarios (la Escuela de Medicina y el Instituto de Ciencias Sociales y Económicas), para lo cual se intercambian profesores y se comparten las mismas instalaciones destinadas a enseñanzas prácticas. La cooperación con los servicios sociales, los grupos políticos y los municipios permite al Instituto, por conducto de su administración, su profesorado y sus alumnos, contribuir a alcanzar metas nacionales como la reforma agraria y la campaña contra el analfabetismo.

El Instituto se vio obligado a romper el aislamiento del sector sanitario, a combinarlo con otros sectores que se ocupan del desarrollo socioeconómico nacional y a difundir entre la población rural y urbana ciertas medidas de acción sanitaria que hasta ahora practicaba únicamente una clase privilegiada.

Modelo funcional de un centro de salud integrado

Aunque en principio el Instituto tenía que preparar personal para desarrollar amplias actividades preventivas, curativas y de salud pública, no se había previsto nada concreto sobre enseñanza. Se convino en realizar esa labor esencialmente en estructuras periféricas —centros de salud y dispensarios— y en impartir enseñanzas sobre la serie completa y tradicional de servicios sanitarios: consultorios, salud de la madre y el niño, prevención de enfermedades (infecciosas o no), vacunaciones, pruebas de laboratorio, educación sanitaria, encuestas epidemiológicas, saneamiento, campañas en gran escala, higiene escolar, higiene del trabajo, etc.

¿Cómo habrían de regularse esas actividades? ¿Cómo habría de dividirse el trabajo entre los miembros de un centro de salud integrado? ¿Cómo se programarían esas actividades? A medida que los alumnos se acercaban al último curso de sus estudios, el Instituto afrontaba la necesidad de dar a la enseñanza un carácter «residencial» (período durante el cual los alumnos residen varios meses en un distrito sanitario). Se vio entonces claramente que la administración sanitaria de distrito era incapaz de ofrecer la gama de actividades que se enseñaban en el Instituto y que, aparte de ciertas campañas en gran escala

y de unas cuantas normas generales para la lucha contra la tuberculosis, el paludismo, el tracoma y las enfermedades notificables, rara vez se tenían en cuenta las actividades comunitarias.

De conformidad con las normas del Ministerio de Salud Pública y, por consiguiente, con el asentimiento y la cooperación de los administradores sanitarios, se crearon centros de enseñanza sanitaria capaces de abordar todas las actividades de salud pública. Para que esos centros funcionasen debidamente era preciso crear y ensayar un modelo funcional de centro de salud integrado.

Este modelo postuló un sistema de prestación de asistencia sanitaria completa a cargo de un equipo en cada centro de salud, con un «servicio integrado» a base de actividades armónicas para alcanzar más fácilmente los objetivos de salud. En el modelo, el equipo o grupo se dividía en dos subgrupos: el «interior», en el centro de salud, y el «exterior», de tipo móvil, en el territorio atendido por el centro. Las tareas se repartieron de un modo más funcional que el de la división entre asistencia preventiva y curativa, que, aparte de ser artificial, podía haber perjudicado al espíritu de integración.

En todos los distritos sanitarios adonde fueron enviados los alumnos para su práctica residencial, los administradores aceptaron al principio que el alumnado organizase su labor con arreglo al modelo propuesto por el Instituto. Ulteriormente, los administradores efectuaron un ensayo-piloto del modelo de grupo integrado en ciertos centros de salud y asignaron recursos (material, equipo, transporte y personal) a esos centros. Por último, se adoptó el modelo en todos los centros de salud de sus distritos.

Al cabo de tres años, unos diez distritos sanitarios alojaban alumnos. Cada distrito sanitario atiende las necesidades de 75 000 a 100 000 habitantes y comprende un hospital de 40 a 100 camas y cinco o seis centros de salud.

Los estudiantes de medicina que se unieron a los alumnos del Instituto para prepararse en salud pública adoptaron también ese modelo, que llegó a convertirse en común denominador de todas las categorías profesionales durante las enseñanzas prácticas. Se programaron reuniones periódicas de evaluación —a las que asistieron profesores, personal y administradores— para afirmar la comprensión y aplicación correctas del modelo en los distritos. Además, un grupo supervisor procedente del Instituto inspeccionaba semanalmente el funcionamiento del sistema de prestación de servicios, así como las actividades de los alumnos. En la sede de cada distrito sanitario celebraban conferencias semanales los alumnos, el personal local y un representante del Instituto, con el fin de evaluar la labor de la semana y enumerar

las actividades para la siguiente. Al mismo tiempo, se analizaba hasta qué punto las actividades coincidían con las especificaciones del plan.

El tipo de enseñanza antes descrito se registra en un corto número de centros de salud, porque solamente unos cuantos distritos locales han aceptado el modelo integrado. Sería importante determinar si el personal adiestrado en esos centros puede actuar eficazmente en centros de salud que no formen parte de este sistema de enseñanza. A juzgar por la experiencia hasta ahora adquirida, parece que el sistema integrado cubre las necesidades de los servicios periféricos. Es de esperar que cuando por fin se adopte una estrategia nacional, ésta se base en el modelo ideado por el Instituto; los graduados estarían entonces bien preparados para trabajar en los servicios. Pero de momento los graduados del Instituto tienen que actuar como precursores y fomentar lo mejor posible la organización de los distritos sanitarios conforme al criterio de grupo integrado en los servicios de salud que se les ha inculcado. Esos alumnos están preparados, psicológica y técnicamente, para asumir esas responsabilidades. El Instituto establece contacto con ellos periódicamente y, cuando se presenta la oportunidad, organiza reuniones de grupo para recordarles su misión. Aunque el centro de salud integrado es la estructura ideal para que el equipo sanitario preste servicios sanitarios completos a la población, se estudian también el trabajo en hospitales y el trabajo en centros vinculados a problemas comunitarios, pues es preciso que los graduados del Instituto sepan afrontar situaciones muy diversas.

Módulo de funciones del equipo sanitario

Las medidas inherentes a la creación del modelo integrado para prestar asistencia comunitaria de salud obligaron a determinar las necesidades públicas, a definir los medios de atenderlas y a identificar las responsabilidades del equipo sanitario en su conjunto, así como los deberes de cada uno de sus miembros.

Se preparó una lista de 150 actividades, en la que se señalaban las funciones de un centro de salud integrado. Esas 150 actividades se agruparon en siete categorías profesionales, correspondientes a los miembros del equipo sanitario. Las siete categorías profesionales del Instituto eran: médico, ayudante de medicina, partera de salud pública, enfermera, asistente social y técnicos de saneamiento y de laboratorio. Por cada tarea correspondiente a un miembro determinado del equipo se especificaba el nivel exacto de competencia. Se definieron cinco niveles de tareas: concepción, planificación, programación, ejecución y evaluación.

Como punto de partida, se consultaron las solicitudes de ayuda de las Naciones Unidas para el Gobierno argelino, a fin de enterarse de las características de empleo establecidas para ayudantes de medicina y parteras de salud pública. Esas descripciones de empleo sirvieron como sucedáneos provisionales de las descripciones más completas deducidas del módulo, ya que la tarea más urgente era iniciar el programa de enseñanza. Todo esto obligó a aplazar un poco la composición del grupo integrado.

El módulo se estableció tres años después de iniciarse el programa docente y empezó a funcionar dos años más tarde. Ese lapso de dos años entre la terminación del módulo y su puesta en práctica fue el período necesario para convencer al profesorado de la utilidad de dicho módulo y para ultimar los detalles de éste. La utilidad del módulo se averiguó por dos procesos: el consenso de grupo y el consenso de equipo. Para obtener el consenso de grupo examinaron el módulo siete comisiones profesionales, una por cada una de las profesiones que figuraban en el equipo, con objeto de fijar el nivel de responsabilidad de sus respectivas profesiones en función de las 150 actividades. Después se procedió al consenso de equipo, pidiendo a los representantes de las siete comisiones que revisasen la labor de sus comisiones respectivas desde el punto de vista del funcionamiento del equipo. De este modo se incorporaron en el plan definitivo las perspectivas profesionales individuales y también las perspectivas del equipo.

El plan resultante sirvió de base para planificar la formación del personal de salud, ya que correspondía a la organización de servicios deseada por administradores y usuarios, teniendo en cuenta la participación de un equipo en la consecución de objetivos comunes. Además, el plan representaba las opiniones del personal docente de salud.

Se había pensado en un principio que cada uno de los siete equipos revisores profesionales se compusiese de profesores y de médicos en ejercicio, pero esto no fue posible. El módulo debe considerarse dinámico, fundado en la experiencia, y susceptible de rectificaciones y mejoras. En lo futuro, cabría añadir otras categorías profesionales al equipo sanitario, produciendo así una redistribución de responsabilidades. El ejercicio completo de construcción del modelo unió a los educadores y alentó reformas en la enseñanza.

Planificación de la enseñanza

Visto desde una perspectiva planificadora de la educación, el módulo proporciona siete descripciones de empleo, una por cada miembro del equipo, e indica cómo se interrelacionan los empleos. Los

objetivos de la enseñanza pueden deducirse de esas descripciones de empleo más que de la perspectiva intuitiva de cada instructor.

El plan de estudios, en su forma actual, exige tres años para casi todas las categorías profesionales y combina la teoría con la práctica. El plan de estudios para el tercer año se deriva de la descripción del empleo; el del segundo año se deriva del correspondiente al tercer año, y el de primer año se deriva, análogamente, del que corresponde al segundo año. Este criterio en la planificación de los planes de estudio ha producido un programa docente con un nivel mínimo de ciencias fundamentales, fusión de enseñanzas hasta ahora aisladas, participación inmediata y continua del alumnado en los trabajos prácticos y creación de módulos docentes multiprofesionales.

Al principio, las ciencias fundamentales se incluyeron en el programa sin justificación estricta, con arreglo a su contribución al mejor adiestramiento del personal para atender las necesidades de la población. Después se suprimieron algunos temas, como la enzimología y la virología; otros, en cambio, como la fisiopatología y la histopatología se redujeron en su alcance. Estos cambios en la cantidad de instrucción sobre ciertos temas de ciencias básicas eran objeto de gran controversia; y, sin embargo, había que elegir. Por ejemplo, es discutible que el conocimiento de la estructura ultramicroscópica del virus sarampionoso sirva al ayudante de medicina para disminuir la mortalidad infantil por sarampión. En un ciclo educativo tan corto como el proporcionado por el Instituto, era forzoso elegir juiciosamente la materia de estudio. Al mismo tiempo se insistió en otras asignaturas fundamentales, como la sociología, la demografía, la psicología y la antropología, por su utilidad para los graduados. En efecto, esas nuevas materias aportan conceptos y orientación de índole comunitaria a los futuros graduados, de conformidad con las instrucciones del Plan dirigidas a los institutos de tecnología.

Enseñanza integrada

En el plan de estudios se evitaron las redundancias integrando las enseñanzas en las distintas materias, reduciendo así el número de horas de docencia. Esa integración contribuye además a presentar al alumno situaciones que guardan mayor semejanza con los polifacéticos aspectos de la realidad.

Participación inmediata y continua del alumno en los trabajos prácticos

Transcurrido el primer mes en el Instituto, los alumnos inician un ciclo de estudios prácticos que les ilustran sobre las ciencias sociales y les inicia en los cursos de salud pública. A esas actividades siguen debates e informes, gracias a los cuales el alumno se percata de las realidades nacionales y puede enjuiciar mejor la idoneidad de su formación para responder a lo que de él se espera. Durante los años segundo y tercero se somete al alumno progresivamente a estudios prácticos más complejos en los que acepta mayores responsabilidades en un centro de salud integrado, hasta que, al graduarse, es capaz de desempeñar la función prevista.

Creación de módulos multiprofesionales

El plan de estudios se organiza funcionalmente, más que por asignaturas tradicionales, lo cual produce una mejor combinación de teoría y práctica. Ejemplos de temas funcionales son la administración sanitaria y la patología integrada. Cada materia de estudio se aplica a muchas categorías profesionales, y se destaca la organización del equipo sanitario.

Dentro de cada sector del programa docente se alentó a los instructores a definir objetivos, elegir métodos didácticos basados en aquéllos y efectuar evaluaciones objetivas. Rara vez se han desarrollado esas tres actividades en un sector determinado; los profesores tienden a concentrarse en una u otra de dichas actividades, pero no en las tres. Además, la tecnología didáctica se utiliza esporádicamente y se tiende a elegirla por la comodidad que ofrezca.

En cuanto a la evaluación, algunos profesores recurren a pruebas de selección múltiple para evaluar el rendimiento del alumno, pero es raro que ese tipo de pruebas mida los adelantos del alumno hacia las metas de la enseñanza. La evaluación, en conjunto, sigue realizándose sin norma fija.

Es de esperar que con el tiempo y con un esfuerzo de constante mejoramiento se apliquen más extensamente los principios de la planificación educativa.

DESARROLLO DEL INSTITUTO

Se aplicó el método PERT (técnica de revisión y de evaluación de programas) para determinar la evolución del Instituto. Una vez fijado

un objetivo final que debe alcanzarse a plazo fijo (exactamente al terminar los cinco años de ayuda de la OMS), y partiendo de ese objetivo general, se procedió a señalar una serie de 44 objetivos espaciados en el tiempo y vinculados entre sí por una red de actividades. Esas 44 actividades abarcaban todos los puntos importantes para el desarrollo del Instituto: actualización de características de empleo para un equipo sanitario conforme a las necesidades del país; vinculación entre profesores y población tratada por el personal de salud; planificación de enseñanzas teórico-prácticas; elaboración de técnicas didácticas; publicación de documentos básicos; formación de personal docente; creación de un departamento audiovisual; celebración de reuniones y seminarios, y establecimiento de contactos más estrechos entre el Instituto y la escuela de medicina, etc.

Todo el personal participó en esta actividad programada. Algunos de los miembros subrayaron incluso, en su plan anual de actividades, la correlación existente entre su actividad individual y las que se prescriben en el plan PERT.

Cada tres meses se procedió a examinar, en sesiones de evaluación, la marcha del Instituto para cerciorarse de que se habían alcanzado los objetivos en el plazo previsto. Se efectuaron reajustes por cada retraso o fracaso en la consecución de un objetivo.

La aplicación del sistema PERT ayudó a utilizar debidamente los recursos humanos, técnicos y materiales, y a señalar las deficiencias. Entre estas últimas figuraba la lentitud en la preparación de personal nacional destinado a la administración y la enseñanza de los alumnos. Para remediar esa demora, que frena el desarrollo del Instituto, se ha elaborado un curso sobre educación permanente, abierto no sólo al personal docente del Instituto, sino también a cualquier miembro del claustro universitario o de la administración sanitaria. Dicho curso adopta la forma de una conferencia-debate semanal sobre los temas fundamentales de la organización de la salud pública y la psicología de la educación.

Durante el año y al terminar éste se celebra una sesión general de evaluación de las enseñanzas de tipo «residencial» en materia de salud pública y del personal de prácticas, todo ello con el fin de mejorar la preparación del alumno y la consecución de los objetivos. El análisis que la administración sanitaria haga del rendimiento de los alumnos bajo el sistema residencial influye en el programa del Instituto.

La experiencia de tres años con el programa de estudios prácticos de seis meses, en unos diez distritos sanitarios, demuestra que el alumnado del Instituto es capaz de cooperar activamente en la ejecución de la política sanitaria sobre el terreno. Los directores de centros de

salud, que se reúnen en el Instituto para conferencias y seminarios, convienen en que los equipos de asistencia sanitaria del Instituto han conseguido resultados positivos al abordar problemas comunitarios, mediante la aplicación de métodos y técnicas de salud pública previamente probados. Queda por evaluar el rendimiento de los graduados en el sector de la salud.

En conjunto, y por las razones antes mencionadas, los graduados del Instituto no hallan inmediatamente condiciones de trabajo parecidas a las que tenían durante su formación, ya que algunos de sus superiores (directores de sector sanitario o de hospital) siguen aplicando criterios tradicionales.

Las respuestas a un cuestionario dirigido a parteras graduadas de salud pública procedentes del Instituto reveló que, un año después de abandonar ese centro, el 90 % de ellas no efectuaban las tareas para las que se habían adiestrado y que deseaban realizar. En su mayoría, ese personal era asignado exclusivamente a la sala de maternidad, aunque las tareas propias de la sala de partos y la protección de la familia hubieran sido mucho más ajustadas a su competencia y, evidentemente, a las necesidades de la población. Son muchos los graduados que escriben al Instituto durante el año siguiente a su graduación pidiendo apoyo para adaptarse a sus nuevas funciones.

El Instituto organiza seminarios y reuniones donde los administradores sanitarios, los graduados del Instituto y sus antiguos colegas debaten los problemas más frecuentes. Uno de esos seminarios trató del lugar que el equipo de atención de la salud ocupa en el sector sanitario, y reunió a 200 personas, entre ellas conocidos representantes de salud pública, durante tres días de conferencias, debates y reuniones de trabajo. Al seminario asistió el ministro de Sanidad, quien recalcó la importancia de vincular la enseñanza a las necesidades sanitarias del país. Gracias a esta reunión y a otras análogas, se observó que la orientación de los estudios en el Instituto estaba a la altura de la política sanitaria de Argelia.
