

CAPITULO 9

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL RAMATHIBODI,
BANGKOK, TAILANDIA:
LA ENSEÑANZA DE LA ASISTENCIA SANITARIA
A LA COMUNIDAD

por

R. BURI

*Vicedecano de la Facultad de Medicina,
Hospital Ramathibodi, Bangkok, Tailandia*

y

F. M. KATZ

*Jefe Especialista para la Evaluación de la Enseñanza,
División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud,
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza*

NOTA PRELIMINAR

La labor que viene realizando la Facultad de Medicina del Hospital Ramathibodi tiene por objeto responder a la necesidad, que de modo tan apremiante se hace sentir en Tailandia, de personal sanitario profesional que pueda actuar eficazmente en los centros de atención primaria de salud valiéndose de los recursos de que se dispone. El programa de asistencia sanitaria descrito en esta monografía muestra el empeño con que la Facultad se esfuerza por conseguir ese objetivo. El programa incluye cursos preclínicos y clínicos, la prestación de servicios de asistencia sanitaria en centros modelo, la realización de investigaciones operativas y la organización de seminarios de breve duración.

Conviene examinar algunas características de este programa en lo que se refiere a organización. En primer lugar, se trata de un programa interdepartamental, y no departamental. Los programas interdepartamentales ofrecen muchas ventajas y su aplicación puede ser útil en ciertos casos.

Otra característica, en su aspecto orgánico, es la de que la enseñanza del programa es multiprofesional y comprende cursos para médicos, enfermeras y otros miembros del equipo de personal sanitario. No obstante, aún no se ha logrado una coordinación completa entre los cursos destinados a la enseñanza de la medicina y los dedicados a la enfermería. Es un ejemplo más de las dificultades con que se tropieza cuando se trata de coordinar la formación de personal profesional de los servicios de salud que habrá de trabajar en equipo tras su graduación.

La evaluación del programa tiene un alcance limitado, pero, según se afirma, hay algunas indicaciones alentadoras. Por ejemplo, ha disminuido el número de graduados que se van al extranjero y hay un porcentaje mayor de graduados de Ramathibodi con experiencia en zonas rurales que optan por un puesto de médico interno en hospitales de provincia. Si una evaluación ulterior confirma estas primeras impresiones, habrá que atribuir cierto mérito al programa de asistencia sanitaria de la comunidad, por haber contribuido a tal resultado. De todos modos, es sumamente difícil influir en las características de los graduados, cuando el contacto con los estudiantes se reduce a una proporción pequeñísima de los que participan en el programa educativo total.

Tailandia es, por su extensión, el tercer país del Asia sudoriental, con una superficie de unos 518 000 kilómetros cuadrados. Situada en la península de Indochina, que separa el Océano Indico, en el Oeste, del Mar de la China, en el Este, su mitad septentrional está flanqueada por Birmania en el Oesnoroeste, la República Popular Laos y Kampuchea Democrática en el Nornordeste y el Este, respectivamente. Su vecino más meridional es Malasia. Su sistema de gobierno es, desde 1932, la monarquía democrática y constitucional. Tailandia cuenta con una larga tradición de independencia política.

El último censo, que se llevó a cabo en 1970, atribuye a Tailandia una población de 34,2 millones de habitantes. El país, que cuenta con 71 provincias, está dividido en las cuatro regiones siguientes:

a) La región septentrional, compuesta por 16 provincias, que representa el 33 % del territorio nacional. Su población es de aproxi-

madamente 9,5 millones. Se trata de una región montañosa con abundancia de bosques.

b) La región nordeste, que abarca 15 provincias y un tercio del territorio. Su población es de 14,5 millones. Se trata de la zona más pobre del país, en la que el agua es escasa y la tierra poco fértil.

c) La región central, que cuenta con 26 provincias. En ella se halla Bangkok, la capital. La superficie de esta región representa un 20 % del total y su población se cifra en 12,5 millones. Esta región es llana y su suelo es muy adecuado para la agricultura. Es el centro económico del país.

d) La región meridional, constituida por 14 provincias (que equivalen al 14 % de la superficie total), cuenta con 5,5 millones de habitantes. Es una región montañosa, con abundancia de bosques y de recursos minerales. De entre sus especies vegetales destaca como una de las más importantes el árbol del caucho.

Un 45 % aproximadamente de la población tiene menos de quince años y el 6 % más de sesenta. El país es predominantemente agrícola y la población reside en un 85 % en las zonas rurales y se dedica al cultivo u otras actividades agrícolas.

La economía de Tailandia está evolucionando gradualmente; de una economía agrícola se está transformando en una economía en la que se combinan la agricultura, el comercio y la industria ligera. La renta *per capita* en 1974, según datos del Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Social, fue de 5 712 bahts.¹ Para la mayoría de la población, es decir, los 27,7 millones de personas que se dedican a trabajos agrícolas, la renta *per capita* anual fue de 3 115 bahts. Para los trabajadores no agrícolas (unos 15 millones de personas) la renta *per capita* aquel mismo año fue de 6 314 bahts, es decir, el doble de la de los agricultores.

En 1976, un 4 % del presupuesto total del Estado se destinó al Ministerio de Salud y un 7 % al Ministerio de Educación.

La sociedad tailandesa se caracteriza por la importancia que en ella tienen los vínculos familiares. La unidad básica de la sociedad es la familia, y no es raro que bajo un mismo techo vivan abuelos, sobrinos, etc. Por término medio, una familia se compone de seis personas.

Existen muchos hábitos de la población que son característicos de la cultura tai. Los jóvenes están subordinados a sus mayores, las mujeres a los hombres, y los seglares a los monjes o a los jefes de aldea. Con la mejora en las carreteras y otros medios de comunicación, la

¹ 20,15 bahts equivalen a 1 \$ US (1977).

influencia cultural de las grandes ciudades está empezando a extenderse a las zonas rurales.

LA ENSEÑANZA

El proceso educativo en Tailandia reviste tres modalidades diferentes:

a) La educación no institucional; es decir, el proceso que tiene lugar a lo largo de toda la vida de un individuo, en virtud del cual éste adquiere conocimientos, aprende artes u oficios y se forma modos de comportamiento gracias a su experiencia cotidiana y a la instrucción que asimila por sus propios recursos y por la influencia del medio que le rodea.

b) La educación oficial, proporcionada por un sistema educativo estructurado y gradual.

c) La educación no oficial; es decir, toda actividad educativa organizada que se da al margen del sistema de enseñanza oficial y que está destinada a un auditorio determinado y orientada a unos objetivos docentes perfectamente delimitados. Este tipo de educación no es nuevo en Tailandia; tuvo su origen en los templos budistas hace ya muchas décadas y es característico del sistema de enseñanza autóctono. Se está procurando reforzar este sistema, que existe en las zonas más periféricas. Otro tipo de educación no formal es la que se proporciona en los clubs culturales y de juventud y en los centros de formación del medio rural. Este último sistema no es de origen autóctono.

LA SALUD

El Ministerio de Salud Pública dio en 1972 las siguientes tasas ajustadas de natalidad y mortalidad por cada 1 000 habitantes:

Tasa de natalidad efectiva (nacidos vivos)	40,1
Tasa de mortalidad	10,3
Tasa de mortalidad infantil	55,0-58,9
Tasa de mortalidad perinatal	10,9-11,6

Son comunes en Tailandia las enfermedades debidas a las infecciones producidas por microorganismos, las debidas a los parásitos y las ocasionadas por la malnutrición general. En 1972, las principales causas de defunción de personas de todas las edades, y su incidencia por cada 100 000 habitantes, fueron las siguientes:

Accidentes, envenenamiento y violencia	48,5
Enfermedades del corazón	37,0
Pneumonía y enfermedades pulmonares	36,7
Enfermedades diarreicas	35,8
Tuberculosis del aparato respiratorio	31,8
Tumores malignos, en todas sus variedades	21,9
Paludismo	18,1
Malnutrición y avitaminosis	15,8
Enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio	11,6
Enfermedades gastroduodenales	10,6
Otras	818,2

Del total de defunciones, el 16 % se produjeron en hospitales, en donde la identificación de la causa del fallecimiento ofrece un alto grado de fiabilidad. El 84 % restante no tuvieron lugar en los hospitales y ocurrieron sobre todo fuera de la provincia de Bangkok. Según las estadísticas, el 85 % de los partos tuvieron lugar en los propios hogares, con escasa o ninguna atención médica moderna y aceptable.

El personal sanitario con profesión oficialmente reconocida incluye médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeras diplomadas o prácticas, parteras, auxiliares de dentistas, ingenieros sanitarios y técnicos de laboratorio. En 1972, el número de profesionales de algunas de las categorías de personal sanitario era el siguiente:

	Médicos	Odontólogos	Farmacéuticos	Enfermeras diplomadas
Total en el país	5 501	719	2 129	16 222
Al servicio del Gobierno	3 436	425	584	7 954
En empresas estatales	138	20	71	370
En instituciones municipales	341	52	35	685
En establecimientos privados	339	28	907	749
En consulta privada o retirados ...	1 247	194	532	4 864

Los servicios de atención médica dispensados con personal sanitario cualificado pueden agruparse en cuatro categorías: los que dependen del Ministerio de Salud Pública, los que dependen de los municipios (sujetos a la autoridad del Ministerio del Interior por conducto de los gobiernos locales), los relativos a la Dirección de universidades estatales (todas las universidades y hospitales clínicos adscritos a ellas) y las organizaciones privadas o semiprivadas.

Los principales servicios que están al alcance de la mayoría de la población a un costo relativamente módico son los proporcionados por

el Ministerio de Salud Pública a través de las siguientes instituciones: los hospitales de Bangkok, los hospitales regionales, los hospitales provinciales o de distrito, los centros de salud primarios y secundarios y los puestos de asistencia a partos.

Los hospitales regionales y de distrito y los hospitales de Bangkok ofrecen un tipo de asistencia médico-sanitaria muy similar. Se trata en general de la acción curativa individual (dirigida en general a tratar el órgano o parte del organismo afectados o el trastorno morboso). Las diferencias consisten en el grado de especialización, lo que a su vez es función de la disponibilidad de médicos y de especialistas. La disponibilidad y la especialización varían en razón inversa de la distancia del establecimiento con respecto a las grandes ciudades, especialmente Bangkok.

Normalmente, cada centro sanitario de primera categoría, junto con sus centros secundarios y puestos de asistencia a partos, tiene a su cargo, en los aspectos de prevención, curación y promoción, la atención sanitaria de unas 50 000 personas. El Ministerio de Salud Pública define, señalando unos objetivos precisos, el cometido y las funciones del personal afecto al complejo sanitario. Se aspira a proveer los siguientes servicios (no mencionados por orden de prioridad): atención médica (a pacientes ambulatorios, pacientes hospitalizados y pacientes que les envíen los centros secundarios para que reciban tratamiento especializado); salud de la madre y el niño, y planificación de la familia; lucha contra las enfermedades transmisibles; higiene del medio; sanidad escolar; servicios de laboratorio; estadísticas y archivos médicos, y venta de medicamentos por establecimientos del Estado.

Habida cuenta de la importancia numérica de la población y del personal sanitario de que se dispone, no cabe esperar que tales servicios ofrezcan una cobertura adecuada. ¿Qué hacen, pues, los tailandeses cuando enferman? El resultado de numerosas encuestas llevadas a cabo a este respecto puede resumirse, en número redondos, de la siguiente manera:

- 51 % se aplican su propio tratamiento y compran por su cuenta los medicamentos
- 22 % acuden a clínicas privadas
- 11 % acuden a hospitales
- 8 % recurren a los curanderos tradicionales
- 4 % acuden a centros de salud de primera clase
- 3 % no reciben tratamiento de ninguna clase
- 1 % van a clínicas urbanas

La actividad curativa es quizá la actividad principal del sistema médico tai. La persona que proporciona servicios médicos recibe el nombre de *moh* (médico), sea cual fuere el título o formación que posea. En el mundo occidental la prestación de servicios médicos gira en torno del médico profesional. En cambio, en los países en desarrollo, especialmente en Tailandia, los múltiples tipos de servicios curativos propios de los distintos medios socioculturales dan lugar a un sistema médico bastante heterogéneo.

La medicina tradicional, tal como aquí se entiende para los efectos de este trabajo, responde a la tradición tai, que es autóctona, marcadamente pragmática y aceptada como tal. Este tipo de medicina constituye todavía, y por derecho propio, un importante servicio complementario. El pueblo aplica el apelativo de *moh* o médico al curandero tradicional; y con esta designación denota a la persona que indica y aplica o administra un medicamento a un paciente. Dentro de esta definición tan amplia pueden entrar por lo menos cuarenta tipos de *moh*: el vendedor de remedios, el que aplica los métodos a la antigua, el charlatán, el ensalmador, el dentista, el enfermero, el farmacéutico, el medicante, el gran médico, el médico del agua milagrosa, etc.

La forma tradicional de adquirir el arte u oficio de los *mohs* es el aprendizaje. Los *mohs* no se dedican exclusivamente a la profesión médica; además, algunos de ellos no perciben remuneración por sus servicios. Quizá el único *moh* que se dedica exclusivamente a su arte sea el vendedor de medicinas.

Por lo que queda dicho, es evidente que el personal sanitario calificado, cualquiera que sea su categoría, es numéricamente insuficiente, y que el personal de que se dispone, y especialmente en las zonas rurales, está mal distribuido. Por ejemplo, de los 500 distritos de que consta el país, 258 cuentan con centro sanitario primario; pero hay tan sólo 198 médicos y 545 enfermeras para prestar asistencia médica. Hay una disparidad en cuanto a servicios de salud entre la ciudad y el poblado y entre éste y la zona rural, y para suplir la carencia es forzoso acudir a los boticarios y curanderos tradicionales.

Se han hecho y se siguen haciendo ensayos para adiestrar a estos *mohs* e incorporarlos al equipo de personal sanitario. En muchos casos los *mohs* pueden entenderse mejor con la población local que el personal profesional calificado.

El Ministerio de Salud Pública y la Universidad de Mahidol se ocupan actualmente de un programa conjunto orientado a adiestrar a las parteras tradicionales, a los sacerdotes y a algunos aldeanos que cuenten con el beneplácito de los demás habitantes de la aldea para que puedan administrar atención primaria de salud elemental, utilizan-

do los medicamentos permitidos por las autoridades, aplicar medidas de medicina preventiva y transmitir información a los centros sanitarios.

LA FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL RAMATHIBODI

La Facultad de Medicina establecida en el Hospital Ramathibodi es una de las trece facultades, todas ellas relacionadas con las ciencias de la salud, que forman parte de la Universidad de Mahidol. La Universidad de Mahidol recibió en un principio la denominación de Universidad de las Ciencias Médicas; su nueva designación fue establecida por un Real Decreto de marzo de 1969. La historia de esta Universidad se remonta a la fundación del hospital Siriraj (ahora conocido con la designación de Facultad de Medicina y Hospital Siriraj) en 1889, que más tarde se unió a la Universidad Chulalongkorn (fundada en 1910) y en 1943 quedó incorporado a la Universidad de las Ciencias Médicas, como Facultad de Medicina y Hospital Siriraj. En 1923, la Fundación Rockefeller inició su cooperación con la Universidad y en 1925 se concedían los títulos de doctores en medicina a los dieciocho graduados de la primera promoción.

La ayuda financiera de la Fundación Rockefeller terminó en 1976. Se ha llegado a un acuerdo con la dirección de la Universidad para destinar los ingresos del Hospital Ramathibodi a sufragar los gastos del programa y su mantenimiento. Este apoyo financiero se cifra en unos 13 750 dólares al año.

La Facultad de Medicina establecida en el Hospital Ramathibodi fue fundada dentro del marco del segundo plan quinquenal de desarrollo económico y social de la nación de 1967-1971 para responder a las necesidades que tenía el país de aumentar el número de médicos y de otras categorías de personal de salud. La fundación oficial de la Facultad tuvo lugar el 1 de julio de 1967, fecha en que Su Majestad el Rey Bhumibol la designó con el nombre de Ramathibodi. La construcción de los edificios, incluido el complejo hospitalario, se inició en el mismo año, y el hospital quedó dispuesto para la admisión de pacientes el 3 de mayo de 1969, fecha en que Su Majestad el Rey procedió a su inauguración. El coste de la construcción del edificio, del hospital y de la residencia de enfermeras fue de aproximadamente 3,7 millones de dólares.

El Hospital Ramathibodi cuenta con 600 camas y está bien dotado de equipo médico moderno para servicios de laboratorio tales como hematología clínica, química de la sangre (autoanálisis múltiple), banco de sangre, microbiología, inmunología, química histológica y cito-

logía, así como microscopio electrónico. El departamento de radiología se encarga de los servicios de diagnosis y terapéutica y de la medicina nuclear. Se dispone de una unidad de informática dotada de los elementos necesarios para tratar tanto la información del hospital como los datos relacionados con los trabajos de investigación. Entre los servicios auxiliares se encuentran los de fisioterapia, terapia dental y foniatría.

La Facultad de Medicina y el Hospital Ramathibodi tienen tres funciones fundamentales: formación, servicio médico e investigación. La función formativa consiste en programas de enseñanza para la formación de médicos, enfermeras y otras categorías sanitarias, tanto para estudiantes como para graduados, así como la provisión de un sistema de educación continua para personal de salud.

Al formular sus objetivos como institución, la Facultad está obligada, como es natural, a seguir la política nacional en materia de formación de personal sanitario. En lo que se refiere a los médicos, la política nacional es formarles de tal manera que puedan desempeñar su labor de un modo eficiente en centros de atención primaria de salud, utilizando los recursos disponibles. Aunque esta indicación es un tanto vaga, la orientación es clara. Ese es el mínimo grado de competencia admisible, puesto que todos los graduados de Tailandia han de trabajar durante tres años al servicio del Estado. La mitad aproximadamente de ellos desempeñan sus funciones en zonas remotas, con frecuencia en centros de salud periféricos o primarios, en calidad de jefes de grupo. En vista de esta necesidad, la Facultad, tras un detenido estudio, se ha fijado los objetivos siguientes:

Al completar el periodo de prácticas clínicas, el estudiante deberá:

a) Ser capaz de recoger y analizar los datos relativos a las afecciones de los pacientes por métodos tales como análisis de su historia clínica, examen físico de los pacientes y uso de los servicios de laboratorio pertinentes;

b) Poder diagnosticar enfermedades (especialmente las que son más frecuentes en Tailandia) y atender a enfermos en caso de gran urgencia;

c) Saber utilizar el equipo o instrumental médicos de que se dispone habitualmente para la atención y el tratamiento de los enfermos;

d) Estar en condiciones de impartir la educación sanitaria y enseñar las medidas preventivas y promocionales de tipo sanitario tanto al enfermo como a su familia y a la comunidad. Deberá asimismo saber establecer los sistemas adecuados de planificación familiar;

e) Tener un buen conocimiento de la medicina básica y de las ciencias de la salud, la legislación nacional en materia de la salud pú-

blica, la medicina forense, las relaciones humanas, los principios religiosos y las materias socioeconómicas;

f) Estar dispuesto a mejorar su calidad profesional por medio de una autoformación continua;

g) Cuidar del bienestar de la comunidad, no sólo como médico, sino como ciudadano consciente, y

h) Tener un comportamiento ético, poseer un gran sentido de los valores morales y observar una buena conducta profesional.

Los objetivos del quinto curso consisten en preparar al estudiante para:

a) Explicar los principios de la radiología aplicada al diagnóstico y a la terapéutica, incluyendo los riesgos de las radiaciones y su prevención;

b) Describir los mecanismos, patogenia y sintomatología de varias enfermedades, y reconocer, tratar y prevenir las anomalías que se presenten en los siguientes sistemas: neurológico, psiquiátrico, cardiovascular, renal, pulmonar, hematopoyético, linfático, gastrointestinal, endocrino y metabólico, óseo, cutáneo, ocular, otorrinolaríngeo y reproductor;

c) Adoptar un criterio integrado frente a los problemas de medicina y cirugía;

d) Observar un comportamiento idóneo durante el período de prácticas clínicas, tanto con pacientes hospitalizados como ambulatorios, en lo relativo a la utilización de su historia clínica, su examen directo, la relación de sus afecciones, el plan de tratamiento, la anotación de su evolución clínica y las instrucciones dadas al propio enfermo, así como en la formulación sistemática de las observaciones, y

e) Dar pruebas de una buena actitud profesional.

Estos objetivos fueron formulados conjuntamente por miembros del personal docente de la Facultad y miembros del comité del plan de estudios, que representaban a varios departamentos. Al determinar tales objetivos se tuvieron en cuenta: la planificación nacional para el desarrollo económico y social; las opiniones de los médicos que ejercían en hospitales, especialmente a nivel de distrito, así como sus experiencias profesionales, y la opinión de los pacientes, los profesores y los estudiantes que han seguido un período de prácticas en centros sanitarios.

Desde su fundación, la Facultad se ha interesado por la selección de los estudiantes de medicina. La selección se lleva a cabo por personal docente de la Facultad de Ciencias y de la Facultad de Medicina, establecidas en el Hospital de Siriraj. Uno de los criterios selecti-

vos utilizados se basa en las calificaciones del último curso de la enseñanza secundaria. Aunque no se atribuye importancia decisiva a la selección de los estudiantes más brillantes, los candidatos proceden normalmente del 10 % de graduados con mejores calificaciones de todos los institutos de segunda enseñanza del país. Otros criterios consisten en pruebas de madurez y de idoneidad y entrevistas orientadas a determinar la aptitud de los candidatos para tratar con los demás, razonar y expresarse, así como a comprobar su modo de reaccionar en situaciones de tensión. De todos modos, ninguna de estas pruebas ha dado resultados satisfactorios como indicaciones para hacer el pronóstico. Recientemente se han reservado plazas especiales para estudiantes bien dotados que habían cursado estudios secundarios en zonas rurales (24 estudiantes, o sea, el 10 % de los estudiantes de medicina admitidos en la Universidad de Mahidol). Normalmente estos estudiantes tienen muy pocas posibilidades de éxito cuando deben competir con otros procedentes de institutos de Bangkok. Hasta ahora, la Facultad está satisfecha con su actuación durante el primer curso. Se espera que este programa continúe durante diez años con medidas ulteriores. La meta que se persigue es seleccionar a aquellos que, tras su graduación, están dispuestos a volver a sus aldeas y ponerse al servicio de sus coterráneos; es decir, que acepten volver a las zonas rurales. Los candidatos que no pueden pagar los derechos de matrícula reciben becas de estudios, con fondos provistos por la Universidad y aportaciones de organizaciones privadas. En este sistema, proceden a la selección inicial personalidades locales (maestros, jefes de distrito, personal sanitario local e incluso la población de la aldea).

EL PROGRAMA DE ASISTENCIA SANITARIA A LA COMUNIDAD

Para responder a las especiales necesidades sanitarias de Tailandia, la Facultad de Medicina y el Hospital Ramathibodi han establecido un programa de atención de la salud de la comunidad, al que atribuyen una gran importancia. El programa de Ramathibodi de asistencia sanitaria a la comunidad ha sido concebido partiendo del supuesto de que uno o dos médicos quedarán encargados del complejo sanitario y de sus centros dependientes, en un distrito con una extensión de 500 a 600 kilómetros cuadrados y una población de 50 000 habitantes. La atención que se prestará a la salud de la población será amplia e integral y comprenderá los servicios de curación, prevención y promoción. Un grupo de agentes sanitarios, dirigido por un médico, se encargará de proporcionar cuidados médicos sencillos utilizando los medios

limitados que ponga a su disposición el Gobierno, así como los recursos de que se disponga en la localidad.

Se atribuirán además al programa de asistencia sanitaria a la comunidad las tres funciones siguientes:

a) Formación y adiestramiento de estudiantes de medicina, internos, enfermeras y otras categorías de personal de salud;

b) Servicios de asistencia sanitaria; además de los servicios prescritos habitualmente por el Ministerio de Salud Pública, el programa aspira a crear un nuevo modelo de servicios de asistencia sanitaria que abarquen a toda la población de las zonas rurales;

c) Investigación operativa. Esta investigación se llevará a efecto a diferentes niveles de la organización de atención de la salud con objeto de mejorar las relaciones y el entendimiento entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina establecida en el Hospital Ramathibodi y ofrecer más programas periféricos destinados a la población de zonas remotas.

La organización del programa no ha sido objeto de modificaciones desde que se estableció en 1968. Sigue siendo una empresa mixta del Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina establecida en el Hospital Ramathibodi, de la que constituye un programa interdepartamental. No se ha establecido un departamento de medicina social y preventiva.

Educación y adiestramiento del personal de salud

Reciben las enseñanzas del programa de asistencia sanitaria a la comunidad los estudiantes de medicina, los médicos internos, los residentes y los agentes sanitarios locales. Para los estudiantes de medicina hay cuatro cursos sucesivos, que comienzan el primer año de estudios preclínicos (año III) y se extienden a lo largo de los años IV (segundo año preclínico), V y VI. Estos cursos son:

a) Encuestas sobre salud y demografía;

b) Análisis de los problemas de salud de la comunidad;

c) Preparación de los programas de asistencia sanitaria a la comunidad, y

d) Participación en programas de asistencia sanitaria a la comunidad que están en ejecución.

El programa de Ramathibodi de asistencia sanitaria a la comunidad está orientado hacia problemas de la salud y, por consiguiente, ciertas materias básicas de las ciencias de la salud pública, tales como la bioestadística, la epidemiología, la economía sanitaria y las ciencias

del comportamiento no son objeto de otros cursos separados. Durante la instrucción se presentan oportunidades y plantean problemas que deparan amplias posibilidades de enriquecer con la experiencia los conocimientos sobre esas materias.

El desarrollo de los tres primeros cursos —encuestas sobre salud y demografía, análisis de los problemas de salud de la comunidad y planificación de la asistencia sanitaria en la comunidad— está orientado a proporcionar al estudiante conocimientos sobre la comunidad y nociones de epidemiología y estadística que le permitan analizar los problemas de la comunidad, proponer soluciones y trabajar en la planificación sanitaria. El cuarto curso proporciona a todos los médicos internos una experiencia directa en lo referente a evaluación del sistema de prestación de atención a la salud, tanto a escala nacional como a escala provincial y de distrito. Un objetivo importante de los cuatro cursos es crear en los alumnos una actitud positiva hacia las necesidades sanitarias de la comunidad.

Existe otro ciclo de cuatro cursos, destinado a estudiantes de enfermería, en los que se les instruye sobre los problemas de sanidad urbana y rural.

Aún no se ha logrado una completa coordinación entre los programas de medicina y los de enfermería, a pesar de la buena voluntad desplegada por ambas partes. El problema es más logístico que conceptual.

Los médicos internos deben seguir un cursillo obligatorio de un mes, que versa sobre problemas de tipo sanitario y problemas de organización y dirección a nivel ministerial, provincial, de distrito y de aldea. Este cursillo está destinado a la evaluación del sistema de atención sanitaria del país.

Los médicos residentes, en su último año (último del período de tres años de residencia que exige el programa de formación), deben permanecer de uno a tres meses en hospitales provinciales del medio rural, con objeto de ponerse al corriente de las condiciones locales, tanto sanitarias como de otro tipo. Cuatro departamentos clínicos —cirugía, medicina general, pediatría y obstetricia y ginecología— envían a sus médicos residentes a tales hospitales para ese período de prácticas.

Recientemente se implantó un cursillo de repaso sobre servicios de salud de la comunidad, destinado a auxiliares sanitarios, parteras auxiliares y otro personal sanitario auxiliar. El curso fue organizado por el personal del programa de Ramathibodi de asistencia sanitaria a la comunidad, en colaboración con los funcionarios de sanidad provinciales y los del distrito de Bang Pa-In. Está previsto que en lo sucesi-

vo cada año se organizará un cursillo similar de tres a cuatro semanas de duración.

Se han diseñado diagramas para el diagnóstico de enfermedades comunes que están destinados a la formación de personal auxiliar. El Ministerio de Salud Pública ha autorizado el uso de esos diagramas, que son distribuidos en gran número por todo el país. Esos diagramas permiten enseñar a sanitarios, auxiliares, enfermeras y parteras de los centros de salud secundarios (centros de distrito) a prestar cuidados médicos sencillos a los habitantes de las aldeas de las zonas que son de su competencia.

Este programa ha sido ampliado, con objeto de que los centros de salud secundarios intervengan en los tratamientos sencillos, en el caso de las enfermedades más corrientes, utilizando esos diagramas. El centro sanitario lleva un expediente para cada uno de los hogares de las aldeas comprendidas en su zona respectiva. Varios centros secundarios han establecido un sistema de comunicación con las aldeas con objeto de poder dispensar una mayor atención médica a los habitantes de las que están situadas en lugares remotos. Las operaciones de cirugía sencillas, tales como apendectomía, reducción de hernias, laparotomía exploratoria, vasectomía y ligaduras de vasos sanguíneos, se realizan frecuentemente en los centros primarios. Actualmente, cada distrito está a cargo de dos médicos, lo que permite una mejor coordinación y organización de sus servicios de salud. Ha comenzado a llevarse a la práctica la nueva organización del Ministerio de Salud Pública —integración de los servicios curativos y preventivos, descentralización de poderes y funciones—, que se extiende desde la provincia hasta el distrito.

Seminarios sobre salud de la comunidad

Se ha establecido un comité de la Universidad de Mahidol para la coordinación de los programas de salud de la comunidad. Ese comité ha organizado en los dos últimos años dos seminarios sobre la salud de la comunidad. El personal de la Facultad de Medicina establecido en el Hospital Ramathibodi, afecto al programa, que forma parte del comité, participó en las actividades de esos seminarios.

En los seminarios participaron profesores de las seis escuelas de medicina que hay en el país y altos funcionarios de los Ministerios de Salud Pública, Educación e Interior, así como de la Junta Nacional de Desarrollo Económico. También participaron sacerdotes budistas, miembros de servicios locales de salud y dos consultores de la OMS. Los seminarios han contribuido a una mejor comprensión entre el per-

sonal docente de las escuelas de medicina y los funcionarios de los ministerios representados.

El segundo seminario nacional centró sus trabajos en torno del cuarto plan nacional de salud (1976-1981), especialmente la preparación de un plan de estudios de la Facultad de Medicina, para estudiantes de medicina y enfermería, en consonancia con las previsiones del cuarto plan del Ministerio de Salud Pública.

Las recomendaciones emanadas de este seminario fueron las siguientes:

a) Los objetivos del plan de estudios de la Facultad deberían basarse principalmente en las funciones que el Ministerio de Salud Pública haya señalado para los graduados en medicina y enfermería;

b) El actual plan de estudios de la Facultad debería ser objeto de las reformas necesarias para responder a la recomendación anterior;

c) El programa de medicina comunitaria debería escalonarse a lo largo de todos los años académicos y deberían participar en él todos los departamentos clínicos;

d) Los profesores de la Facultad deberían ser destinados durante un cierto período de tiempo a las zonas rurales para que puedan familiarizarse con los problemas de salud en el medio rural y con las condiciones de vida locales. Eso les permitiría regresar a la Facultad con nuevas ideas e iniciativas innovadoras aplicables a las enseñanzas prácticas destinadas a los estudiantes, y

e) Debería constituirse un comité permanente de alto nivel, con la participación del Ministerio de Salud Pública y de las facultades de medicina. La atención a la salud de la comunidad dependía en el pasado, casi por completo, de un comité *ad hoc*, con lo que la buena marcha de los programas de atención sanitaria de la comunidad dependía más de las relaciones personales que de principios sólidos convenidos por el Ministerio y las facultades.

Investigación operativa

Están en curso de ejecución los siguientes programas de investigación operativa, pero todavía no han sido objeto de una evaluación:

a) El programa (ya mencionado) de transmisión de informaciones en el plano local por medio de colaboradores voluntarios;

b) La utilización de diagramas;

c) El uso de tarjetas perforadas de clasificación manual, a efectos de archivo y estadística, y

d) La constitución del comité de salud a nivel de distrito, con

miras a subsanar los viejos defectos de orden organizativo y administrativo que aquejan la organización de la asistencia sanitaria a dicho nivel.

Participación de la comunidad

El aumento en el número de pacientes es muy considerable y empieza a ser un problema. Además, muchos de ellos proceden de las provincias cercanas.

Uno de los locales fue donado al programa de la salud por la colectividad; el superior de la comunidad de monjes budistas de uno de los templos de Bang Pa-In organizó una colecta, con la que se obtuvieron 300 000 bahts para su construcción.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Los costos del programa no son excesivos; en realidad, son muy inferiores a los de algunas unidades de un solo departamento clínico.

Cada curso de formación destinado a estudiantes de medicina se evalúa desde el punto de vista del rendimiento individual y de grupo en función de los objetivos en materia de comportamiento establecidos al iniciarse el período de instrucción.

La evaluación a largo plazo de los graduados en medicina y enfermería desde el punto de vista de su actuación y su actitud con respecto a los servicios de salud en el medio rural es el elemento decisivo del problema de la asistencia sanitaria a la comunidad. Este tipo de evaluación todavía no se ha realizado, puesto que todos los médicos, tras su graduación, han de prestar un servicio nacional obligatorio durante un período de tres años, durante el cual pueden ser destinados a un puesto oficial en cualquier punto del reino, a nivel de distrito o de provincia. Hay varias plazas en los hospitales clínicos, pero el número de aspirantes a ellas es normalmente mayor que el de puestos vacantes. Una tercera parte aproximadamente de los graduados trata de encontrar empleo en la zona de Bangkok; los demás prestan servicio oficial en zonas rurales hasta completar el período de servicio obligatorio. He aquí unas cifras sobre la actuación de los graduados:

De una promoción de 65 graduados en 1971:

- 37 se hallan en el extranjero,
- 13 están en Bangkok,
- 13 están en zonas rurales,
- 2 se ignora dónde se encuentran.

De una promoción de 57 graduados en 1972:

- 31 están en el extranjero,
- 18 están en Bangkok,
- 10 están en zonas rurales.

De una promoción de 63 graduados en 1973:

- 11 están en el extranjero,
- 27 están en Bangkok,
- 14 están en zonas rurales,
- 11 se ignora dónde se encuentran, pero no están en el extranjero.

Todos estos graduados habían terminado su servicio obligatorio y podían haber ido al extranjero para ampliar estudios si tal hubiera sido su deseo.

De la promoción de 62 graduados de 1974, sólo 4 están estudiando en el extranjero, 29 ocupan diversos puestos en Bangkok, 24 trabajan en zonas rurales y 5 se dedican probablemente al ejercicio de la profesión en consultorios de grupo, pero se ignora su paradero.

Es difícil sacar una conclusión de estas cifras, pero se tiene la impresión de que los graduados que han trabajado en zonas rurales, ya sea voluntariamente o bien en cumplimiento de un servicio obligatorio, y que no han pedido su traslado a otros destinos, probablemente tomarán empleos permanentes en las zonas en donde actualmente prestan sus servicios. Muchos de los graduados están en esta situación.

La proporción de graduados de Ramathibodi que trabajan como médicos internos en hospitales provinciales es considerablemente mayor que la de los graduados de otras escuelas de medicina. No obstante, no se pretende que ese resultado sea una prueba evidente del éxito del programa.

OBSERVACIONES

En las páginas precedentes se han descrito los problemas de salud de Tailandia, junto con sus sistemas de prestación de asistencia sanitaria y de formación de personal sanitario. El objetivo de la Facultad de Medicina establecida en el Hospital Ramathibodi es crear un modelo que contribuya a resolver los problemas de las zonas remotas. Los obstáculos con que se tropieza en lo que se refiere a personal, fondos y material son muchos. Con el método descrito se aspira a formar un nuevo tipo de médicos, aptos para ejercer la profesión en

zonas rurales y, en muchos casos, sin ayuda de otros médicos. Más que en los conocimientos efectivos, que para muchos significa información, se insiste sobre todo en la metodología, de tal modo que los graduados, tratando ellos mismos su información, procedan a la identificación de cada caso. A los estudiantes no se les enseñan «materias», sino, más bien, de qué tratan esas «materias». El contenido de la enseñanza se determina en función de lo que la población necesita y de la misión que los médicos deben desempeñar. En la educación del estudiante entran las actitudes, el sentido de los valores y de la responsabilidad y la capacidad para comunicarse con los demás. Los estudiantes se integran en el equipo sanitario desde un principio, al participar en la resolución de problemas desde su identificación hasta su resolución final.

La impresión que se saca de la correspondencia, así como de las discusiones e intercambio de opiniones con graduados, estudiantes y directores de varios hospitales, en las reuniones periódicas organizadas por la Facultad, es que los graduados están bien dispuestos para desempeñar la misión que se les asigna, puesto que ya pasaron por una experiencia similar en sus días de estudiantes.

La utilidad de las prácticas efectuadas en un medio rural auténtico y de que los alumnos y el personal docente pasen al menos seis semanas trabajando en condiciones reales ha sido reconocida por otras escuelas de medicina de Tailandia, que ahora envían a alumnos y profesores a las zonas rurales por períodos de tres a seis semanas.

La solución de los problemas de salud, cualesquiera que sean, tiene que encontrarla la población interesada. Es poco probable que las fórmulas importadas den buenos resultados, puesto que hay muchos factores —socioeconómicos, culturales, de tradición religiosa, etc.— que son peculiares de cada país y que tienen una gran importancia a la hora de planificar los programas de salud. Para que la fórmula que se adopte, sea cual fuere, tenga probabilidades de éxito, es menester que empiece a aplicarse partiendo de las zonas rurales o periféricas. Tiene que haber una acción mancomunada en la que participen tanto la población local como el Ministerio de Salud Pública. La Universidad debería participar, pero no hasta el punto de que el programa pueda adquirir un carácter demasiado académico. Por otra parte, si la Universidad queda al margen, los estudiantes no llegarán a entender ni a apreciar la importancia de los problemas y las dificultades que han de vencer las personas encargadas de dispensar los servicios de salud.
