

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 140

CONFERENCIA SOBRE FORMACION DE LOS MEDICOS GENERALES EN SALUD PUBLICA

Ginebra, 29 de octubre – 2 de noviembre de 1956

Informe

	Página
1. Alcance del problema	3
Introducción	3
Razones de la falta de interés del médico general por las actividades preventivas y de salud pública	8
2. Soluciones posibles	13
Medios de suscitar el interés del médico general por las actividades de salud pública	13
Cursos para médicos de sanidad a tiempo parcial	16
Otros sistemas de formación colectiva	21
Función del material didáctico en la formación sanitaria	23

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

1957

CONFERENCIA SOBRE FORMACION DE LOS MEDICOS GENERALES
EN SALUD PUBLICA

Ginebra, 29 de octubre - 2 de noviembre 1956

Participantes :

- Dr. Karl Evang, Director General de Servicios Sanitarios, Oslo, Noruega
Dr. John B. Grant, Profesor de Salud Pública y Asistencia Médica, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico
Dr. Hermann E. Hilleboe, Commissioner of Health, New York State Department of Health, Albany, N.Y., Estados Unidos de América (*Vicepresidente*)
Dr. A. Horwitz, Subdirector General, Servicio Nacional de Salud Pública, Santiago, Chile
Dr. M. Kacprzak, Rector de la Academia de Medicina, Profesor de Higiene, Varsovia, Polonia
Dr. Yoshio Kusama, Decano de la Escuela de Medicina y Profesor de Medicina Preventiva de la Universidad de Keio, Tokio, Japón
Dr. Henry Larsby, Borensberg, Suecia
Dr. C. Lazarte Echegaray, Director de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú
Dr. Jean Maystre, Secrétaire général de l'Association des Médecins du Canton de Genève, Ginebra, Suiza
Dr. John Pemberton, Department of Social and Industrial Medicine, University of Sheffield, Sheffield, Inglaterra
Dr. Abdo M. Sallam, Asesor Médico Principal, Consejo Permanente de los Servicios de Previsión Social, El Cairo, Egipto
General Médico L. Sanner, Directeur adjoint du Service de Santé, Ministère de la France d'Outre-Mer, París, Francia.
Dr. Andrija Štampar Profesor de Salud Pública y Medicina Social, Decano de la Escuela de Medicina, Zagreb, Yugoslavia (*Presidente*)
Dr. Alan C. Stevenson, Professor of Social and Preventive Medicine, Queen's University of Belfast, Belfast, Irlanda del Norte (*Relator*)

Secretaría :

- Dr. Edward Grzegorzewski, Director de la División de los Servicios de Enseñanza y Formación Profesional, OMS
Dr. Erwin Kohn, Jefe de la Sección de Intercambio de Informaciones Científicas, OMS

CONFERENCIA SOBRE FORMACION DE LOS MEDICOS GENERALES EN SALUD PUBLICA

Informe

1. ALCANCE DEL PROBLEMA

Introducción

Las deliberaciones de la Conferencia no tuvieron un alcance tan general como parece indicar la designación oficial de la reunión. Se especificaba en el mandato de ésta que « si bien los aspectos generales del problema se analizarán sin duda en el curso de las deliberaciones, es de esperar que se dedique particular atención a ese grupo de médicos generales que, además de sus actividades clínicas, dedican parte de su tiempo a trabajar como médicos de los servicios de sanidad, pese a su formación insuficiente e incluso nula en cuestiones de salud pública ».¹

La Conferencia interpretó y empleó el término de « médico general » en su acepción práctica, sin tener en cuenta la situación administrativa de esos facultativos en relación con los servicios de salud pública, ni sus fuentes de ingreso, circunstancias ambas que dependen de la organización de la asistencia médica (concretamente el tratamiento terapéutico individual) en cada país.

En consecuencia, se llegó a la conclusión de que el médico general es el licenciado en una Facultad de Medicina, por lo común, no especializado ni limitado en el ejercicio de su profesión a una sola disciplina (medicina clínica, análisis de laboratorio, salud pública, etc.), que asume la responsabilidad de atender a cualquier enfermo que solicite su consejo o su asistencia facultativa. Se consideró asimismo que el médico general debe poseer los conocimientos teóricos y prácticos indispensables para atender las necesidades normales de su colectividad en materia de asistencia médica, si bien el alcance de su actividad ha de estar forzosamente limitado

¹ La Conferencia tuvo en cuenta que algunos aspectos de la enseñanza de la medicina se habían tratado ya en el Primero y Segundo Informes del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (*Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn., 1952, 22; 1954, 69*), y que el Primer Informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria (*Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn., 1953, 55*) mencionaba también determinados problemas de formación profesional que se planteaban en la ejecución de programas generales de sanidad.

por el número de servicios que cabe razonablemente esperar de una sola persona, dada la gran extensión de la medicina general, así como por los medios de que esa persona puede disponer.

Algunos médicos generales desempeñan en las colectividades funciones de carácter sanitario cuyo alcance puede variar considerablemente de un caso a otro.

En los países donde los servicios sanitarios están organizados con arreglo a un sistema que cabría llamar « mixto », es decir, confiados en parte a la iniciativa privada y en parte a la administración pública, la asistencia médica no entra por lo común en la esfera de competencia de las autoridades sanitarias y cuando un médico general se ve llamado a trabajar como oficial de sanidad a tiempo parcial, simultanea esas funciones con el ejercicio privado de la profesión. En ese caso, la retribución que recibe de los servicios de sanidad puede no suponer más que una pequeña parte de sus ingresos, constituidos casi en su totalidad por los honorarios que perciba de la clientela particular.

En otros países, en cambio, la administración pública asume, por completo o casi por completo, la gestión de todos los servicios y de la asistencia médica a la población. En ese caso, el médico general empleado por los servicios sanitarios (que son, naturalmente, servicios públicos) se compromete a prestar asistencia médica en tanto que oficial de sanidad y en el ejercicio de las funciones que como tal, le incumben. Aun cuando esté autorizado, como a veces ocurre, para dedicar parte de su tiempo al ejercicio privado de la profesión, el sueldo que perciba de la administración sanitaria representará la parte principal de sus ingresos. Existen numerosas variantes y combinaciones de los dos sistemas citados.

Por importantes que sean en muchos aspectos, esas modalidades administrativas no suelen influir mucho en la naturaleza del trabajo que han de desempeñar los médicos generales que, en ambos casos, han de ocuparse de la asistencia médica y de las actividades sanitarias y se ven obligados a repartir su tiempo entre una y otras. Cabe, pues, decir que, en la práctica, todos ellos son « médicos de salud pública a tiempo parcial », expresión que la Conferencia utilizó en sus deliberaciones en la acepción indicada.

De cuanto queda dicho se desprende que las atribuciones sanitarias de los médicos generales pueden clasificarse en cuatro categorías:

1. Médicos generales que se dedican exclusivamente al ejercicio privado de la profesión (asistencia terapéutica) y que no tienen más obligaciones profesionales que las impuestas por la ley a todos los médicos.

2. Médicos generales que, además de atender a su clientela particular, desempeñan alguna función específica y de alcance limitado por cuenta de los servicios oficiales de sanidad (por ejemplo, los que desempeñan

puestos en el servicio médico escolar o en dispensarios antituberculosos o antivenéreos).

3. Médicos generales que se ocupan principalmente en el ejercicio privado de la medicina clínica (asistencia terapéutica) pero dedican además parte de su tiempo a trabajar para algún servicio sanitario en puestos de mayor o menor responsabilidad.

4. Médicos generales cuya ocupación principal consiste en desempeñar las funciones de oficial de sanidad en una zona, y que tienen además a su cargo en parte, y a menudo totalmente, la asistencia terapéutica individual. Esa clase de « médicos completos » se da sobre todo en las zonas rurales, lo mismo en los países avanzados que en los insuficientemente desarrollados.¹ En algunos casos se les autoriza para ejercer particularmente la profesión y en otros no se les permite hacerlo en absoluto.

El mandato de la Conferencia, que no guarda relación ninguna con la categoría 1, se aplica hasta cierto punto a la 2, pero sobre todo a las categorías 3 y 4, que presentan entre sí ciertas afinidades.

La Conferencia examinó algunas de las circunstancias históricas — políticas, administrativas, sociales, económicas, etc. — que contribuyen a determinar la organización de los servicios sanitarios de cada país, y examinó detenidamente algunos casos concretos.

En la Gran Bretaña, por ejemplo, no quedan virtualmente médicos de sanidad a tiempo parcial. En el siglo XIX, a consecuencia de la elevada mortalidad por enfermedades endémicas y epidémicas, el mejoramiento de las condiciones del medio pasó a ser la principal actividad de los servicios de salud pública y, si en un principio lo que hoy llamamos saneamiento o higiene del medio se encomendó a funcionarios que prestaban servicio a tiempo completo, a fines de siglo se había visto que el saneamiento no bastaba para resolver el problema, sino que era también necesario que los servicios de salud pública facilitaran asistencia médica a los enfermos pobres y a ciertos grupos de personas con necesidades especiales, como los lactantes y la población escolar. A esas atenciones vino a sumarse más tarde la asistencia a las mujeres gestantes, a las parturientas y a los niños de pecho, para prevenir ciertas dolencias que, aunque inevitables, no desaparecían por completo con sólo mejorar las condiciones del medio. Se comprobó asimismo que para combatir con más eficacia las enfermedades de importancia social, como la tuberculosis y las infecciones venéreas, era necesario que la comunidad dispusiera de servicios médicos. Los médicos

¹ En el presente informe no se examina la situación de los médicos de sanidad a tiempo completo que se dedican exclusivamente a actividades de salud pública y que seguramente han cursado estudios superiores de la especialidad en centros oficiales.

de sanidad de la época patrocinaron esas nuevas actividades, y paulatinamente fueron creándose los correspondientes servicios, se perfeccionó su organización y se les dotó de personal médico contratado a tiempo completo. Ese personal, que había comenzado por no desempeñar más que funciones directivas y administrativas, acabó por ocupar la inmensa mayoría de los cargos facultativos en los servicios de salud pública.

Hay, sin embargo, muchos países donde, independientemente del grado de desarrollo alcanzado por los servicios sanitarios, los médicos de sanidad contratados a tiempo parcial desempeñan un papel importante en la protección de la salud pública. La Conferencia llegó a la conclusión de que el empleo de médicos generales como oficiales de sanidad a tiempo parcial no depende del nivel económico de un país. En el Estado de Nueva York, por ejemplo, los servicios de sanidad disponen de 500 médicos contratados en esas condiciones, que trabajan en numerosas zonas rurales, además de los 41 contratados a tiempo completo que tienen a su cargo la asistencia sanitaria en las zonas más populosas. En Noruega, la mayoría de los oficiales de sanidad del Servicio de Salud Pública trabajan también a tiempo parcial, y en muchos países menos desarrollados numerosos facultativos prestan servicio en las mismas condiciones.

La Conferencia tomó nota de la situación reinante a ese respecto en Dinamarca, que ilustra de manera elocuente esa interesante tendencia. Las funciones sanitarias de alcance limitado se encomiendan en ese país, en proporción cada vez mayor, a médicos generales (categoría 2; véase página 4) que ni siquiera son contratados por los servicios de salud pública en calidad de oficiales de sanidad a tiempo parcial, categoría de funcionarios que tiende, en consecuencia, a desaparecer.

Como resultado de sus deliberaciones, la Conferencia llegó a la conclusión de que, siempre que un país desee organizar sus servicios sanitarios tomando como modelo los de otro, debe proceder con extrema prudencia. Algunos de los países que se disponen a organizar sus servicios sanitarios están obligados a tener en cuenta tantas tradiciones e intereses creados como los países más desarrollados y pueden por ello adoptar las características ventajosas que encuentren en los servicios sanitarios establecidos desde muy antiguo en otros lugares, sin perjuicio de evitar sus defectos e inconvenientes. Cualquier servicio sanitario debe aspirar, sin embargo, a establecer la coordinación de todas las actividades de salud pública, a fomentar en todas sus fases la acción preventiva y a secundar todos los esfuerzos sociales, educativos y económicos de la colectividad. Conviene además prestar la atención debida a las tendencias que se manifiestan en la evolución de la situación sanitaria y a sus perspectivas de mejoramiento, ya que sin una organización flexible los servicios sanitarios no podrán atender las necesidades de la población, que cambian de un momento a otro.

Al tratar de los problemas de la enseñanza propiamente dicha, la Conferencia hubo de ocuparse también de los que plantea la nomenclatura, y llegó a la conclusión de que las diferencias existentes en esa materia no son exclusivamente de carácter teórico, sino que obedecen también a las diversas características que los servicios sanitarios presentan en distintos países.

En los países donde los servicios de sanidad son en parte públicos y en parte privados, las expresiones « sanitario » o « de salud pública » no se aplican, por regla general, más que a la acción organizada de la colectividad en materia de salud y de enfermedad y excluyen, o poco menos, los casos de asistencia terapéutica individual. En otros países, donde todos los servicios de sanidad tienen carácter público, la expresión abarca virtualmente todas las actividades médicas y sanitarias. Algo parecido ocurre con la expresión « medicina preventiva », que se usa a veces para designar la aplicación de los principios preventivos por el médico que atiende a sus enfermos y que en otros casos tiene una acepción tan general que comprende además todas las actividades sanitarias organizadas de una colectividad. La Conferencia se abstuvo, por eso, de definir términos que, como « salud pública », « medicina preventiva », « medicina pública » y « medicina social », tienen distinto significado en países diferentes, pero acordó que la expresión « salud pública y medicina preventiva » se emplearía en las deliberaciones y en el presente informe en una acepción más amplia que la que suele darse al término « salud pública », entendiéndolo por ella no sólo la acción organizada de una colectividad para impedir que se manifiesten y que se propaguen las enfermedades y los impedimentos tanto mentales como físicos, sino además la aplicación oportuna de todos los medios que permitan proteger la salud de los individuos y de las colectividades (medidas preventivas, educación sanitaria y demás actividades del mismo género, que un médico concienzudo emprende para velar por la salud de los individuos y de las familias).

La Conferencia se hizo cargo de que, probablemente, sólo una pequeña parte de las recomendaciones que pudiera formular serían susceptibles de aplicación en una zona o país determinado y, en vez de entrar en cuestiones de detalle, como la elaboración de planes modelo para los cursos de formación profesional, trató de enunciar algunos principios de aplicación más o menos general, que pudieran servir de orientación para organizar la formación de los médicos generales en salud pública.

Al tratar de los aspectos generales del problema, se indicó la oportunidad de examinar las causas de la indiferencia que los médicos generales suelen manifestar por los problemas de salud pública y de estudiar la manera de remediarla. En sus deliberaciones sobre este asunto, la Conferencia hizo extensivo su estudio a todas las categorías de médicos generales, ya que prácticamente todos los médicos de sanidad que prestan servicio a tiempo parcial son médicos generales y todas las administraciones sanitarias tienen

el mayor interés en completar la eficacia de la labor que realizan esos funcionarios, obteniendo la colaboración de los médicos generales que no pertenecen a los servicios de salud pública.

Razones de la falta de interés del médico general por las actividades preventivas y de salud pública ¹

1. Insuficiencia de las enseñanzas

a) Enseñanza universitaria

Los jóvenes que empiezan la carrera de medicina se cuentan probablemente entre los más interesados en las cuestiones sociales; por eso es mayor la decepción que produce observar que, al terminar sus estudios, ese interés suele haber disminuido en vez de aumentar. El fenómeno se repite con tanta frecuencia, que quizá no falte razón a quienes lo atribuyen a algunas de las orientaciones que se siguen en la organización de los estudios de medicina. Acaso se explique esa pérdida de interés por la circunstancia de que en casi todas las Facultades de Medicina apenas figuran en el plan de estudios otras materias que la Patología clínica (técnica de diagnóstico) y la Terapéutica. Si la enseñanza de la medicina fuera « completa », es decir, si dedicara a la medicina preventiva la misma atención que a los problemas de diagnóstico y de terapéutica, acaso el interés de los estudiantes por los aspectos sociales de la medicina — y probablemente por las cuestiones sociales en general — se intensificaría en vez de decaer.

Pero, como ya se ha dicho, son raras las facultades de medicina donde se dedica atención suficiente — desde el punto de vista de los horarios y del contenido del plan de estudios — a inculcar a los alumnos la idea de que la medicina no consiste simplemente en diagnosticar o tratar una enfermedad o episodio patológico determinado en un enfermo, sino que exige además considerar a éste como persona, como miembro de una familia y a veces como miembro de una colectividad social. También en la enseñanza clínica de tipo clásico suele descuidarse el punto de vista preventivo, pues rara vez ofrece esa enseñanza a los estudiantes la oportunidad de tener al enfermo en observación continua durante el tiempo suficiente para que puedan hacerse cargo de la importancia social de la enfermedad y, en caso necesario, de la utilidad de la readaptación médica.

¹ En cierto modo, la Conferencia consideró también a los pediatras como médicos generales de los niños. Aun reconociendo que es probablemente en pediatría donde más avanzada está la integración de la medicina preventiva y de la medicina curativa, la Conferencia juzgó aplicables a los pediatras y a otros especialistas clínicos algunas de las consideraciones que se exponen.

Hay que señalar, sin embargo, que desde hace poco viene manifestándose en ciertas facultades de medicina una satisfactoria tendencia a deparar a los estudiantes ocasión de trabajar en centros de sanidad o como auxiliares de los médicos generales, y a participar en las actividades sanitarias organizadas por las colectividades; pero todavía son pocos los centros docentes que ofrecen esas oportunidades y, mientras no haya pasado algún tiempo, serán raros los estudiantes cuya formación en medicina preventiva y en salud pública pueda considerarse adecuada. En la práctica habitual, la mayoría de las actividades preventivas estarán, por tanto, a cargo de médicos cuya preparación a ese respecto será deficiente.

Conviene, a juicio de la Conferencia, que todas las facultades de medicina procuren inculcar a las futuras promociones de médicos los principios y conocimientos técnicos que les permitan completar la eficacia de su labor terapéutica aceptando de mejor grado las responsabilidades sanitarias, y que, bajo la supervisión de los servicios competentes, los capaciten mejor para el ejercicio de las funciones propias de los médicos de sanidad a tiempo parcial.

b) Ampliación de estudios

En muchos países, los alumnos de las escuelas de medicina que han terminado sus estudios han de pasar obligatoriamente un periodo de prácticas antes de obtener la licencia para ejercer la profesión por su cuenta, pero es raro que se les ofrezcan medios de adquirir experiencia fuera de los hospitales, y cuando se les ofrecen, los sistemas seguidos varían considerablemente. En Noruega, por ejemplo, los graduados deben trabajar durante seis meses como ayudantes de los médicos de sanidad a tiempo parcial, y en el Japón han de prestar servicio en un centro sanitario por espacio de dos semanas; pero en la mayoría de los países han de iniciar necesariamente su formación complementaria de graduados,¹ en los hospitales donde las enseñanzas siguen la misma orientación que en la Facultad. Son contados los casos en que se procura hacerles ver la diferencia que existe entre su trabajo del hospital y las condiciones en que habrán de ejercer la profesión cuando se establezcan como médicos generales, sobre todo si van a prestar servicio en una zona rural y si van a dedicar parte de su tiempo a desempeñar las funciones de médico de sanidad, en cuyo caso, ese método de formación resultará todavía más inadecuado.

Así y todo, son cada vez más numerosos los que reconocen las deficiencias del sistema. El Comité de Hospitales y Enseñanza de la Medicina de la American Medical Association señaló, por ejemplo, en 1955² que « el

¹ Sea como internos, residentes, ayudantes de clínica, agregados externos o cualesquiera otra designación que se les dé en el país de que se trate.

² *J. Amer. med. Ass.* 1955, **158**, 1373

programa de formación profesional de los médicos internos y residentes... debe encarecer la importancia de conocer y evaluar las condiciones familiares del enfermo, su situación económica y social y la posición que ocupa en la colectividad. Sólo haciéndose cargo de la importancia que tiene considerar la persona del enfermo como un todo indivisible, puede el médico llegar al pleno dominio de su profesión ».

El médico joven que, al terminar sus prácticas en el hospital se establece para ejercer su profesión, se deja guiar, como es lógico, por las ideas que sobre el alcance de la medicina ha adquirido en sus estudios; se esfuerza, en consecuencia, por aplicar las depuradas técnicas de diagnóstico y tratamiento que se le han enseñado, y procura estar al corriente de los últimos adelantos. Ahora bien, mientras los médicos generales sigan creyendo que sus funciones consisten exclusivamente en diagnosticar y tratar enfermedades, su influencia sobre el nivel general de salud de la colectividad en que ejerza será relativamente pequeña. A medida que la sociedad progresa, la contribución de la medicina a ese avance va juzgándose tanto por la medida en que mejora el estado de salud de las poblaciones, consideradas en su conjunto, como por la eficacia con que permite tratar las enfermedades declaradas. Al cabo de unos años de práctica, el médico general que, aleccionado por la dura escuela de la experiencia, se da cuenta de la limitación de sus antiguas convicciones acerca del alcance que tiene el ejercicio de la profesión estará en condiciones de recibir una formación más completa en materia de salud pública y de medicina preventiva, si se le dan las facilidades debidas para adquirirla y si se dispone de medios de enseñanza adecuados.

Algunas administraciones sanitarias han tratado de atender esa necesidad de dar una formación complementaria a los médicos generales que durante más o menos años han ejercido su profesión, en algunos casos, desempeñando al propio tiempo funciones específicamente sanitarias. Por grande que sea, en general, la necesidad de esa formación, resulta difícil, y a veces imposible, atenderla debidamente, por los numerosos obstáculos de orden práctico que hay que allanar. Los recursos materiales y las disponibilidades de personal del país revisten a ese respecto gran importancia. Si en un distrito dado no hay, por ejemplo, más que un médico de sanidad, es necesario que alguien ocupe su puesto cuando se ausente. Si, por otra parte, el médico de sanidad a tiempo parcial tiene por principal fuente de ingresos los honorarios que percibe de su clientela particular, es muy posible que desista de asistir a un curso para evitar un perjuicio económico por el que en muchos casos la falta de recursos de los servicios sanitarios impedirá ofrecerle una compensación equivalente. El resultado es que muchos médicos de sanidad a tiempo parcial han tenido que trabajar durante largos años sin haber recibido una formación académica que les facilitara el desem-

peño de las importantes funciones sanitarias que a veces constituyen la parte principal de sus actividades.

2. *Problemas relacionados con la situación profesional*

La Conferencia reconoció que, además de la formación insuficiente, hay otros elementos que por comodidad suelen englobarse en la expresión genérica de «situación profesional», y que explican también el interés de los médicos generales — o, lo que es más frecuente, su falta de interés — por las actividades de salud pública. En la acepción que se le dió en la Conferencia, ese término, aplicado a los médicos generales y más particularmente a los médicos de sanidad a tiempo parcial, designa un conjunto de factores de índole diversa pero relacionados mutuamente, como son la reputación profesional del facultativo, su retribución y su seguridad económica, el alcance de su autoridad administrativa, el carácter de sus relaciones profesionales, su posición social en la colectividad, etc. El médico joven sopesa detenidamente todos esos factores cuando decide dedicarse al ejercicio de la medicina general y — si tiene opción en la materia — cuando acepta o rechaza un puesto de médico de sanidad a tiempo parcial. La Conferencia no examinó todas esas circunstancias sino que limitó su examen a aquellos aspectos que, a su juicio, guardaban relación con su mandato, y llegó a la conclusión de que las condiciones diferían tanto de un país a otro, e incluso dentro de un mismo país, que en la mayoría de los casos resultaba imposible generalizar.

La rápida evolución de las ciencias médicas ha introducido importantes cambios en la práctica de la medicina. Consecuencia de la complejidad cada vez mayor de los métodos de diagnóstico y de tratamiento y el aumento incesante del caudal de conocimientos científicos es el alto grado de especialización que caracteriza en nuestros días el ejercicio de la medicina. Entre los médicos jóvenes está muy extendido el afán de especializarse, afán que no obedece en todos los casos al deseo de dominar un sector determinado en vez de tropezar con las limitaciones que, por su enorme extensión, impone la medicina general, sino que se explica sobre todo por el mayor prestigio y las mayores ventajas e ingresos que reporta la especialización.

Así y todo, la predicción que algunos hacen de que el médico general acabará por desaparecer no parece llamada a cumplirse en mucho tiempo, por más que las funciones y la situación de esos facultativos estén sometidas a un continuo proceso de readaptación, para seguir la rápida evolución de las condiciones de vida. El problema actual no estriba en el bajísimo porcentaje de médicos jóvenes que abrazan el ejercicio de la medicina general, sino en su escasa o nula disposición a trabajar en zonas rurales alejadas y relativamente aisladas. El resultado es que en las grandes ciu-

dades y en sus inmediaciones hay, además de la natural concentración de especialistas, una plétora de médicos generales. Ahora bien, mientras que en las ciudades suele haber médicos de sanidad a tiempo completo o, en su defecto, médicos generales en número suficiente para escoger entre ellos oficiales de sanidad a tiempo parcial, el médico general que se establece en una zona rural — y que es muchas veces el único en la comarca — ha de asumir funciones sanitarias. Si se considera el problema desde el punto de vista de la enseñanza, cabe suponer que, si una instrucción más adecuada consiguiera aumentar el atractivo de las actividades sanitarias, para los médicos jóvenes, éstos se prestarían de mejor grado a abrazar el ejercicio de la profesión en zonas rurales como médicos de sanidad a tiempo parcial. En cambio, si se examina la cuestión desde el punto de vista de la situación profesional, también cabe afirmar que los médicos demostrarían probablemente mayor interés por las actividades de salud pública si se mejoraran las condiciones de trabajo y de vida de los médicos de sanidad a tiempo parcial que prestan servicios en las zonas rurales.

Ya se han explicado las razones que movieron a la Conferencia a extender sus deliberaciones a las relaciones que mantienen las administraciones sanitarias con los médicos generales de todas clases (véase página 5). Como es natural, esas relaciones difieren según se trate de un médico general que se dedica exclusivamente a atender a su clientela particular, o de un médico de sanidad a tiempo parcial, que, como tal, depende de los servicios de salud pública. Cuando el médico de sanidad a tiempo parcial es el único facultativo que ejerce en una zona, su competencia y sus funciones están claramente delimitadas. Tampoco suele haber conflictos de atribuciones ni causas de fricción entre los médicos de una comarca cuando todos ellos dependen de la administración sanitaria, pero es posible, en cambio, que surjan ciertas dificultades si en una misma zona hay médicos dedicados exclusivamente al ejercicio privado de la profesión y médicos de los servicios de sanidad, que, a veces, pueden verse obligados a asistir a los mismos enfermos que aquéllos.

Es indudable que entre las administraciones sanitarias y los médicos generales reinaba antaño una gran incompreensión y que, incluso ahora, cualquiera que sea el tipo de organización adoptado por los servicios de sanidad, pueden producirse fácilmente roces que contribuyen a disminuir el interés del médico general por las actividades de salud pública. Mientras las autoridades sanitarias se dedicaban exclusivamente a la prestación de servicios impersonales, existía un vacío entre ellas y el médico general, interesado sobre todo en atender personalmente a sus enfermos. Pero las autoridades sanitarias han ido extendiendo en mayor o menor medida sus actividades a la prestación de servicios personales, dando lugar a una duplicidad de atribuciones que es a la vez motivo de fricciones y de cola-

boración entre el médico general y los servicios de salud pública. Para que el resultado de esa situación sea satisfactorio para las dos partes interesadas, es indispensable estimular la cooperación amistosa entre ambas. Los servicios sanitarios son los que están en mejores condiciones para tomar la iniciativa pero, al hacerlo, deben tener presente que es muy fácil herir la susceptibilidad de los médicos generales, que, por lo común, se ven agobiados por un trabajo excesivo e irregular y son personas de espíritu independiente, poco aficionadas a los trámites administrativos. Por su parte, el médico general debe hacerse cargo de la utilidad de las funciones administrativas y de la organización en las actividades sanitarias de carácter público, y ha de aprender también a aprovechar todas las ventajas que le ofrece un servicio moderno de sanidad para resolver muchos de los problemas que suele encontrar en el ejercicio de la profesión.

El funcionario médico o paramédico del servicio de sanidad, que visite a un enfermo sin que lo sepa su médico de cabecera o sin comunicar a éste el resultado de su visita, suscitará probablemente la hostilidad del médico general hacia la administración sanitaria. Los informes de los hospitales y de las clínicas y laboratorios deben enviarse sin falta y con prontitud al médico general. Si con motivo de una campaña, por ejemplo, se envían a una zona grupos de especialistas que se ocupan de prevenir determinadas enfermedades, como el pian o el paludismo, o de examinar o tratar grupos especiales de población (población escolar o madres gestantes, por ejemplo), habrá que tener al médico que ejerce en la localidad al corriente de esas actividades, encomendándole, si es posible, parte de las mismas. Conviene advertir, sin embargo, que por más esfuerzos que desplieguen, los servicios sanitarios no podrán contentar nunca a todos los médicos generales. En cualquier grupo de personas hay siempre algunas cuyo feroz individualismo raya en lo antisocial.

2. SOLUCIONES POSIBLES

Medios de suscitar el interés del médico general por las actividades de salud pública

El éxito de los esfuerzos encaminados a suscitar el interés del médico general por las actividades de salud pública dependerá en parte de la formación que éste haya recibido. Si sus conocimientos se limitan a las técnicas de diagnóstico y de tratamiento, será probablemente menos sensible a esos esfuerzos que si su formación le permite apreciar los aspectos preventivos y sociales de la medicina. En el curso de sus deliberaciones la Conferencia insistió repetidas veces sobre la importancia que tiene a este respecto la enseñanza universitaria.

Otro factor que influye en la actitud del médico general es la actuación de los servicios sanitarios con los que su trabajo le obliga a entrar en contacto. Las actividades de esos servicios deben estar colocadas bajo la dirección de un grupo abnegado de médicos de sanidad a tiempo completo y sujetas a normas que merezcan el máximo respeto. Algunos de los proyectos del departamento de sanidad serán de interés para el médico general y no podrán escapar a su atención puesto que influirán necesariamente en su trabajo.

Los médicos generales trabajan muchas veces aislados e importa por ello informarlos de los objetivos generales y particulares de los servicios sanitarios y de la marcha de sus actividades. Además de las comunicaciones escritas e impresas, conviene tener presentes las posibilidades que ofrece el uso de la radio. Un procedimiento que ha resultado útil en muchos países es la distribución periódica de boletines sanitarios, que en algunos casos no sólo se envían a los médicos de sanidad a tiempo parcial sino a todos los médicos generales, y cuyo contenido varía según las necesidades locales, pero puede comprender, como de hecho ocurre en algunos casos, artículos educativos o informativos sobre los problemas sanitarios de la región y de otras zonas del país, estudios comparativos y explicativos de las diferencias existentes entre ellas e informaciones sanitarias de otros países.

Esas publicaciones, que son sin duda indispensables, sirven para complementar los contactos personales, pero no excusan de guardarlos. La organización que se haya dado a los servicios sanitarios en general y a la asistencia médica en particular determinará en gran medida el método más apropiado para establecer esos contactos y las cuestiones que en ellos hayan de tratarse.

En los países donde los servicios sanitarios están organizados con arreglo al sistema que se ha calificado de « mixto » (categoría 1, página 4), el médico general que ejerce particularmente la profesión no depende, en la práctica, de la administración de sanidad y salvo en el cumplimiento de las obligaciones que la ley impone a todos los médicos, su colaboración con los servicios de salud pública sólo puede solicitarse a título de favor. Las actividades y los intereses de la administración sanitaria y de los médicos generales tienen, sin embargo, un punto de convergencia: la protección de la salud de las familias. Si una y otros reconocen que en la acción sanitaria la unidad fundamental es la familia, su colaboración activa resultará más fácil. Un buen método para establecer los primeros contactos con el médico será, por consiguiente, concertar con él una entrevista para tratar de cuestiones relacionadas con determinados enfermos o familias. En esas entrevistas, el funcionario de sanidad debe empezar por informar al médico general de la ayuda que los servicios sanitarios pueden prestarle en el ejercicio privado de su profesión. Seguidamente, tratará de interesarle en

otras actividades de salud pública que, a la vez que le permitan recoger provechosas enseñanzas, estimulen su afición por nuevos aspectos de la acción sanitaria.

Siempre que se organicen enseñanzas de perfeccionamiento o de salud pública, debe invitarse a los médicos generales a que asistan a los seminarios y a otras reuniones análogas, en las que su experiencia puede ser en extremo útil para orientar acertadamente las discusiones sobre medicina preventiva. Cabe asimismo rogar a los médicos establecidos en las proximidades de las escuelas de medicina que colaboren en la formación de los alumnos, sea tomándoles como auxiliares, sea asistiendo a sus discusiones sobre los problemas medicosociales que se plantean en las familias de sus enfermos. Por lo general, los médicos saben más de lo que creen acerca de ciertos problemas sanitarios y suelen tener de las personas y las condiciones de la localidad en que ejercen un conocimiento que no tienen las autoridades sanitarias. Es muy probable, pues, que, si se les demuestra el aprecio que merecen su experiencia y su colaboración, se sientan estimulados y complacidos.

Gran parte de lo dicho puede aplicarse también a los médicos de sanidad a tiempo parcial, cuyas funciones sanitarias son a veces muy limitadas, pero que están respecto de la administración sanitaria en una relación formal de dependencia — la relación que existe entre toda administración y sus empleados — de manera que su colaboración no tiene ya un carácter puramente voluntario. Una manera de estimular a los médicos de sanidad a tiempo parcial a que reflexionen sistemáticamente sobre los problemas sanitarios es completar de acuerdo con ellos un plan de trabajo preparado de antemano, haciéndoles diversas preguntas sobre las características sociales y los problemas y servicios sanitarios de su zona. El mismo sistema puede servir de primer paso para el adiestramiento de esos funcionarios en el servicio.

En los colegios de médicos, en las academias o sociedades de médicos generales y en las asociaciones de médicos de sanidad a tiempo parcial que existen en algunos países, hay seguramente muchas personas llenas de buenos deseos y de voluntad de colaborar, a las que cabría pedir ayuda. Los médicos de los servicios sanitarios pueden asimismo influir muchas veces en la elección de los temas que se discuten en las asociaciones médicas y hacer que figuren entre ellos los que presentan interés para la salud pública. Otro recurso podría ser la creación, en esas sociedades, de secciones de medicina preventiva y de salud pública que contasen para sus actividades con una participación importante de los servicios sanitarios.

Siempre que se celebren reuniones de asociaciones sanitarias o se organicen conferencias nacionales o locales de personal sanitario, convendrá invitar a los médicos generales a que asistan a los debates y estimularles

para que presenten trabajos o para que participen en las deliberaciones, sufragando, cuando sea posible y sobre todo si se trata de médicos de sanidad a tiempo parcial, la totalidad de los gastos que les ocasione la asistencia a las reuniones o parte de ellos. Por último, cuando se organicen cursos de repaso o de perfeccionamiento de materias clínicas para médicos generales, se procurará incluir entre los temas de discusión los aspectos preventivos y sanitarios de la especialidad de que se trate.

En los países donde la asistencia médica ha pasado a ser en gran parte o en su totalidad una función pública (es decir, donde su prestación corre a cargo del gobierno) y en los que el médico general es, primordialmente, un médico del servicio de sanidad (categoría 4, véase página 5), son indispensables los contactos personales entre todos los facultativos que prestan servicio en la administración sanitaria. Aunque esos contactos estarán necesariamente influenciados por la circunstancia de pertenecer todos los interesados a un grupo estrechamente unido por la comunidad de trabajo y por el espíritu de cuerpo, no por ello será menos necesario fomentar el establecimiento de buenas relaciones personales.

Los cursos de medicina preventiva y de salud pública, que sirven para completar la formación de los médicos (véase la sección siguiente), pueden emplearse también para despertar en ellos el interés por esas materias. El contenido de los cursos deberá fundarse, siempre que sea posible, en el parecer de los médicos generales, a los que se consultará a título individual o por conducto de sus respectivos colegios o asociaciones profesionales. Las materias se escogerán cuidadosamente de manera que guarden relación con problemas habituales y fácilmente identificables y, de ser posible, deberán presentar interés desde el punto de vista de la terapéutica, de la prevención y de la epidemiología.

En determinadas circunstancias, quizá conviniera procurar que los médicos internos dediquen parte de su labor a actividades de salud pública. Esta medida sería de gran utilidad en los países donde es difícil dar a los estudiantes de medicina una formación suficiente en la materia y donde los médicos recién graduados van a ser los únicos facultativos que ejerzan en los distritos rurales, asistidos, a lo sumo, por ayudantes no médicos.

Cursos para médicos de sanidad a tiempo parcial

La organización de cursos de enseñanza para los médicos de sanidad a tiempo parcial plantea numerosas dificultades y las disposiciones que resulten más eficaces en un caso dado no lo serán probablemente en ningún otro. A veces hay que encontrar suplentes para los médicos que asisten a un curso, con objeto de que sus funciones normales no queden desatendidas en su ausencia. Importa asimismo evitar que la asistencia a los cursos les

acarree un perjuicio económico indebido, ya que el buen éxito de cualquier curso exige de parte de los alumnos un verdadero deseo de aprender. Los cursos cuya utilidad haya quedado establecida sin lugar a dudas se recomendarán probablemente por sí solos, pero al principio conviene dirigirse personalmente a los médicos generales para suscitar su interés. Los cursos tendrían más aliciente si la asistencia a ellos se tomara en cuenta para los ascensos o diera derecho a un aumento de sueldo.

1. *Finalidad de los cursos*

Los objetivos de los cursos deberían ser los siguientes:

- a) influir en la opinión de los médicos acerca de la importancia y el objeto de la acción sanitaria;
- b) dar a los médicos los conocimientos teóricos y prácticos indispensables para el desempeño de las funciones sanitarias;
- c) hacer comprender a los médicos de sanidad a tiempo parcial que las actividades preventivas y de salud pública son parte integrante de su trabajo;
- d) dar a conocer mejor las normas de acción de los servicios sanitarios y los métodos que los médicos de sanidad han de seguir para darles cumplimiento, y
- e) hacer comprender mejor el alcance y las limitaciones de las actividades confiadas al personal no facultativo de esos servicios.

2. *Duración de los cursos*

La duración de los cursos dependerá, por lo general, del tiempo que los médicos generales puedan sustraer a sus actividades habituales, de los conocimientos que necesiten adquirir, de las disponibilidades de fondos y de personal docente, y de la naturaleza de los problemas sanitarios de la región de que se trate. Conviene tener presente que, cuando los alumnos han llegado a cierta edad, se pierde algún tiempo al principio hasta que vuelven a adquirir otra vez el hábito del estudio o se acostumbran a los nuevos métodos de enseñanza, sobre todo cuando éstos exigen su participación activa.

Los cursos que persiguen los objetivos mencionados no deben durar, en general, menos de dos semanas ni más de tres meses. En casos excepcionales, podrán ocupar a lo sumo la mitad de un año académico.

3. *Contenido de los cursos*

En todos los programas de formación profesional los problemas de medicina preventiva y de salud pública deberán estudiarse en lo funda-

mental, con arreglo al mismo criterio, pero la extensión con que se traten las materias será distinta, según que los alumnos del curso sean estudiantes de medicina o médicos que aspiren a ingresar en los servicios de sanidad, ya a tiempo parcial, ya a tiempo completo. Aunque la atención dedicada a las diversas materias del programa variará también de un país a otro, los cursos deberán versar, casi sin excepción, sobre las siguientes cuestiones:

- a) función del médico en la sociedad;
- b) problemas sociales y económicos relacionados con la salud y con la enfermedad, y medidas de protección que deben tomar las colectividades para resolverlos;
- c) funciones de la administración sanitaria y distintas maneras en que los médicos generales pueden colaborar con ella;
- d) modo de emplear las estadísticas sanitarias en la administración de los servicios y forma en que los médicos de sanidad deben evaluar las estadísticas demográficas;
- e) utilidad de los métodos epidemiológicos para el médico de sanidad, en la evaluación de los problemas planteados por las distintas enfermedades;
- f) funciones del personal paramédico de los grupos sanitarios;
- g) funciones del médico de sanidad como jefe del grupo sanitario;
- h) importancia del saneamiento del medio para la salud pública;
- i) factores distintos de los servicios sanitarios que influyen en el mejoramiento del nivel de salud (servicios sociales y docentes y medidas encaminadas a mejorar la situación económica de la comunidad);
- j) estrecha relación entre la terapéutica y la medicina preventiva (tratamiento precoz), y
- k) nuevos problemas planteados por la evolución de las necesidades sanitarias.

Se infiere de lo dicho que, cualesquiera que sean las circunstancias políticas, sociales, financieras, educativas y sanitarias que concurren en su organización, el contenido de todos los cursos de formación profesional médica en materia de salud pública debe reunir cuatro condiciones fundamentales:

- 1) En algunos aspectos de la enseñanza, el interés converge en el médico mismo. El programa de formación tenderá a hacerle comprender que, junto a su misión de curar a los enfermos, tiene una función mucho más importante que desempeñar en la colectividad en que ejerce su profesión. Para conseguirlo, será necesario casi siempre inculcarle un concepto de la medicina, distinto del que ha adquirido en la facultad. Esta

parte del programa sirve para actuar sobre lo que podría llamarse mentalidad profesional del médico.

2) En otros aspectos de la enseñanza, el interés debe centrarse en la colectividad donde el médico ejerce su profesión. Si bien las enseñanzas de medicina que se dan en todas las facultades son más o menos las mismas, en el ejercicio de la profesión se encuentran considerables diferencias entre las diversas clases de colectividades existentes en distintas partes del mundo. El objeto de la formación en este caso debe ser facilitar al médico la aplicación o la adaptación de sus conocimientos y sus aptitudes generales a las necesidades particulares de su colectividad.

3) Hay otros aspectos de la formación que están relacionados con la preparación y los conocimientos técnicos del médico y con el mejoramiento de su competencia profesional.

4) Conviene asimismo poner de manifiesto los recursos de que, aparte sus aptitudes personales y profesionales, dispone el médico para cumplir su misión, en la acepción más general de este término. Hay que hacer comprender a los médicos que no se les deja solos en el cumplimiento de esa misión, enseñándoles a apreciar en todo su valor la colaboración que puede prestarles el personal paramédico y auxiliar que trabaja a sus órdenes y la ayuda que pueden encontrar en los organismos gubernamentales o municipales y en las asociaciones cívicas o benéficas de la población.

4. Personal docente y lugar apropiado para celebrar los cursos

Para la elección de los instructores y del lugar en que hayan de celebrarse los cursos, se tendrán en cuenta las circunstancias locales. Conviene, en principio, recabar el patrocinio de un centro de enseñanza, de un departamento de sanidad y de los órganos representativos de la profesión médica. Las localidades en que exista un centro apropiado de enseñanza universitaria o una escuela de salud pública son probablemente las más indicadas para la celebración de cursos, pues en ellas se dispone, por lo general, de los medios de enseñanza necesarios. En otro caso, los cursos pueden celebrarse en los locales de un servicio de sanidad. Conviene que la instrucción de los médicos rurales de sanidad se dé, en la medida de lo posible, en un centro rural de adiestramiento provisto de alojamientos y de instalaciones adecuadas para celebrar seminarios. En cualquier caso, los encargados de organizar el curso deberán consultar a los servicios locales de sanidad, a las universidades, a las asociaciones médicas y a las demás instituciones competentes acerca de las disposiciones que deban tomarse, del plan de estudios y de la elección de instructores.

Conviene que estos últimos tengan experiencia práctica de las materias que hayan de explicar; entre ellos deberá haber médicos de sanidad en

activo, familiarizados con las condiciones de trabajo de los médicos de sanidad a tiempo parcial. Al escogerlos se tendrá en cuenta, además de su competencia profesional, su aptitud para la enseñanza.

La dirección del curso deberá encomendarse a una sola persona, que determinará el orden de prioridad de las enseñanzas y cuidará de que los instructores no se extiendan en detalles excesivos al explicar sus respectivas materias. Siempre que ello no estorbe la observancia de las anteriores indicaciones, conviene confiar una parte importante de las enseñanzas a un número de instructores relativamente reducido, para evitar duplicaciones y ejecutar el programa en toda su integridad.

5. *Método*

Los métodos de instrucción adecuados para los estudiantes de medicina no lo son muchas veces para la formación de los médicos, que, por lo general, poseen ya una experiencia dilatada. Las enseñanzas teóricas se reducirán al mínimo e incluso se procurará quitarles todo viso de formalismo, permitiendo que los alumnos interrumpen en cualquier momento las conferencias para hacer preguntas. Los métodos de elección son el de discusiones en grupo y el de seminarios, a los que en ocasiones convendrá invitar a enfermeras de salud pública, veterinarios, ingenieros sanitarios, administradores, maestros de escuela, asistentes sociales, etc. Se pedirá asimismo a los médicos generales que presenten trabajos sobre distintos temas, dándoles tiempo suficiente para prepararlos, que den su parecer sobre las cuestiones en estudio y que expongan sus experiencias. Como el trabajo de los médicos de sanidad a tiempo parcial les obliga a estar casi continuamente en contacto con la población, el método de las conferencias sobre casos determinados resulta también muy eficaz desde el punto de vista de la formación, puesto que permite analizar conjuntamente los factores sociales, clínicos y del medio relacionados con el estado de un enfermo o de una familia, e inferir de ellos la manera de evitar la aparición y la propagación de las enfermedades. A veces sirve también para dar a conocer la clase de asistencia que en un caso determinado pueden prestar las organizaciones sanitarias y benéficas.

Pueden ser asimismo de gran utilidad las visitas a centros sanitarios debidamente organizadas y seguidas de discusiones, y la participación de los alumnos en estudios sociales de alcance limitado o en encuestas epidemiológicas. En realidad, cualquier trabajo práctico — precedido o seguido de un estudio de la importancia del caso particular de que se trate — es un método de enseñanza eficaz. Se aprende más y se recuerda durante más tiempo lo aprendido, si se siguen esas técnicas que si la enseñanza es de carácter teórico.

Los medios modernos de educación audiovisual pueden completar la eficacia de las enseñanzas y sustituir las visitas a instalaciones sanitarias cuyos detalles técnicos no necesitan conocer a fondo los médicos de sanidad a tiempo parcial.

6. *Programas de ampliación de estudios*

Para que esas enseñanzas rindan todo el fruto que de ellas cabe esperar, es necesario evitar que, una vez terminado el curso, los alumnos sigan trabajando en el mismo estado de aislamiento que antes. Conviene, pues, que sus instructores sigan en contacto con ellos, por correspondencia, principalmente, para cambiar impresiones sobre el desarrollo del curso y sobre sus resultados, para guiarlos en la aplicación de las enseñanzas recibidas y para discutir de la experiencia adquirida al aplicarlas. De esa manera puede estimularse a los médicos a asistir a las reuniones y cursos que se organicen ulteriormente.

Los médicos que regresen a sus puestos después de haber seguido un curso dedicarán probablemente mayor atención a las publicaciones sanitarias que se les envíen y que, si se escogen adecuadamente, pueden servir para continuar su instrucción.

Conviene asimismo pedirles su parecer sobre la necesidad de organizar nuevos cursos de repaso y sobre las materias que en ellos deben tratarse. En realidad, esos métodos de continuación de las actividades docentes deben tomarse en consideración siempre que se organice un curso.

Importa evaluar los resultados de la instrucción por un procedimiento, de eficacia debidamente comprobada. La mayoría de los cuestionarios que se emplean con esos fines son de escasa utilidad y no hay que considerarlos como el único método aplicable. Es preferible, y desde luego más eficaz, recurrir a las entrevistas personales preparadas con la colaboración de expertos en ciencias sociales, versados en la aplicación de esos procedimientos.

Otros sistemas de formación colectiva

Las actividades docentes de corta duración, cursillos de fin de semana, reuniones y seminarios de uno o dos días deben formar parte de todos los programas de enseñanza y aun cuando no permiten prescindir de los cursos más largos mencionados en el capítulo anterior, complementan, en cambio, su eficacia, sirven a veces para instruir a los médicos generales y a los de sanidad sobre algún asunto que requiera su atención inmediata (por ejemplo, para enseñarles los principios y la técnica de un nuevo método de inmunización) y pueden ser un expediente útil también para suscitar el interés de los médicos de sanidad a tiempo parcial por determinadas

cuestiones y para darles alguna formación, en espera de que puedan tomarse disposiciones más adecuadas. Es posible que en algunas regiones la repetición de cursillos de esta índole sea la única solución viable del problema. En los países donde la mayoría de los médicos generales hayan adquirido al estudiar su carrera una formación sólida, una serie de cursillos de uno o dos días de duración podría bastar para atender las necesidades más urgentes. Por último, ese procedimiento puede resultar útil cuando coinciden ocasionalmente en una zona varios especialistas de renombre en una materia determinada.

Al organizar los cursillos se cuidará particularmente de aprovechar al máximo el escaso tiempo disponible, que, en parte, habrá de dedicarse a trámites administrativos y a esperar que los alumnos hayan ultimado sus preparativos. Hay que resistir la tentación de acumular un número excesivo de lecciones en un solo día y de citar demasiados datos en las clases teóricas. La mitad del tiempo, cuando menos, se dedicará a discusiones y a seminarios.

Se darán todas las facilidades financieras y de otra clase que sean necesarias para que los médicos de sanidad a tiempo parcial puedan asistir a las reuniones organizadas por los servicios sanitarios y por las asociaciones de salud pública.

En algunos países el empleo de grupos de personal docente o de misiones de enseñanza, formadas por instructores del país o con ayuda de otros países, ha resultado ser un método muy satisfactorio para interesar a los médicos generales en las cuestiones sanitarias y para mejorar la calidad de la asistencia médica. Esos grupos suelen visitar los hospitales, efectuar demostraciones, pronunciar conferencias y dirigir debates sobre diversos asuntos de interés para los especialistas locales y para los médicos generales. Hasta la fecha se ha dedicado particular atención a las materias clínicas, pero también se ha utilizado ese método para exponer las relaciones que existen entre los problemas clínicos y los de salud pública encareciendo la importancia de los aspectos preventivos. Hay numerosas razones para suponer que las misiones docentes internacionales y los grupos de expertos en ciencias médicas de la OMS han realizado una útil labor en muchos países. Aunque sus funciones son mucho más amplias, la frecuencia con que esos grupos han visitado las zonas donde trabajan los médicos ha contribuido en gran medida al éxito de sus actividades.

Cabe señalar, por último, que en algunos casos el entusiasmo desplegado por los colegios de médicos, los servicios de sanidad y las universidades ha dado lugar a tal plétora de reuniones, conferencias y cursos, que el interés de los médicos generales por esas actividades ha decaído mucho. Este peligro podrá evitarse si se limita el número de reuniones y se mejora su

calidad, recabando para ello la colaboración de todos los centros competentes y de todos los médicos generales interesados.

Función del material didáctico en la formación sanitaria

Es excepcional que los médicos que han de repartir su actividad entre los servicios sanitarios y la clientela particular dispongan de tiempo para entregarse a la lectura de los arduos textos de medicina preventiva y salud pública. Más indicados parecen los manuales de referencia que suelen existir en los servicios de sanidad, guías de los servicios de salud pública, de asistencia social y de beneficencia existentes en la región, manuales de las obligaciones legales del médico general y del oficial de sanidad o guías fáciles de consultar sobre la lucha contra las enfermedades transmisibles y sobre los métodos de inmunización. Un buen ejemplo de ese tipo de publicaciones es la titulada «Control of Communicable Diseases in Man», editado por la American Public Health Association. En general, los médicos aprecian y consultan continuamente esos manuales de gran utilidad práctica.

Los boletines y noticiarios periódicos son también muy útiles como queda dicho en un capítulo anterior.

El material impreso, que puede ahorrar mucho tiempo en los cursos de formación, completando las enseñanzas orales, tiene asimismo considerable utilidad en los contactos ulteriores con los alumnos que han seguido los cursos. Como los médicos generales reciben gran cantidad de impresos (libros, publicaciones periódicas, folletos y circulares), conviene que los que se envíen sean de buena calidad, concisos, claros, de formato uniforme y cuidadosamente estudiado que permita archivarlos con facilidad y, a ser posible, provistos de las indicaciones necesarias para su clasificación por materias. Se procurará que ese material contenga datos difíciles de encontrar en otras publicaciones.

Las revistas médicas de gran difusión deben utilizarse para insertar anuncios, artículos de interés y colaboraciones científicas preparadas por el personal de los servicios sanitarios. De cuando en cuando, podrá gestionarse la publicación de suplementos especiales sobre cuestiones de medicina preventiva y de salud pública. Acaso sea posible conseguir que esas publicaciones, así como la prensa diaria, concedan gratuitamente espacio para publicar artículos y comunicados sobre asuntos de salud pública, si sus informaciones tienen interés y se presentan de manera atractiva. En casos especiales pueden organizarse cursos por correspondencia.

Las exposiciones, la proyección de películas sobre cuestiones sanitarias de actualidad o de diapositivas con letreros explicativos pueden ser muy útiles para los grupos de médicos generales que trabajan en hospitales o asisten a reuniones médicas. Las transmisiones en circuito cerrado de

programas de radio y televisión se han empleado también para entrar en contacto con un auditorio disperso; esas transmisiones pueden organizarse de manera que los oyentes puedan formular preguntas y discutir los temas expuestos.

Aunque el mandato de la Conferencia limitaba las deliberaciones al problema de la formación de los médicos de sanidad a tiempo parcial, los participantes quisieron, antes de dar por terminados sus trabajos, encarecer la importancia de la formación profesional de los médicos generales que no desempeñan oficialmente funciones sanitarias. A esos facultativos, buena parte de los cuales están llamados a trabajar en calidad de médicos de sanidad a tiempo parcial, se les ofrecen muchas posibilidades de realizar una labor sanitaria de positiva utilidad. Pueden emplearse para su adiestramiento casi todos los métodos que no les exijan ausentarse durante mucho tiempo de sus puestos y conviene no desaprovechar ninguna oportunidad de persuadirles para que participen en los oportunos programas. La manera más eficaz de conseguirlo parece ser el contacto con ellos, bien personalmente, bien por conducto de las asociaciones profesionales, en las que predominan los médicos generales.