

MEDICO SIGNIFICA MAESTRO*†

NOTAS SOBRE ADIESTRAMIENTO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS EN EDUCACIÓN SANITARIA

DR. JOHN BURTON

Director Médico, Consejo Central de Educación Sanitaria, Londres

Muchos países se vienen preguntando si la educación que reciben los médicos y las enfermeras es adecuada para la labor que actualmente han de desempeñar. Esta preocupación se debe en gran parte a la importancia, cada vez mayor, que se da a los factores afectivos y sociales en la etiología, prevención y tratamiento de las enfermedades, y al concepto positivo del fomento de la salud. En todos los países existe la inquietante sospecha de que, en estos factores sociales y afectivos, el papel, favorable o desfavorable, que desempeñan los conocimientos y actitudes del paciente frente a los problemas de la salud, puede ser por lo menos tan importante como las intervenciones de los trabajadores de salud pública. Esto resulta inquietante porque los servicios de salud pública, bien sean curativos o preventivos, están orientados en la mayoría de los países a ofrecer asistencia a las personas en situación de dependencia, antes que a buscar la cooperación de personas que puedan contribuir a la adquisición de los conocimientos necesarios para tener una independencia de criterio que le permita tomar de la manera más eficaz sus propias decisiones en lo que atañe a su salud. Queramos o no, en la inmensa mayoría de los casos quien primero hace el diagnóstico es el propio paciente o sus familiares y amigos. El paciente y las personas que le rodean, son quienes deciden si hay que consultar al médico o al curandero y, tam-

bién, si la consulta debe hacerse en seguida o más adelante. Igualmente, son el paciente, sus familiares y amigos quienes deciden si el tratamiento o las medidas preventivas se corresponden con las demás aspiraciones y obligaciones del paciente.

La opinión médica que se refleja en los Comités de Expertos de la OMS y en las revistas profesionales parece apoyar ahora la tesis general de que los médicos y las enfermeras deben ocuparse de la educación sanitaria y de que, efectivamente, hay un lugar que corresponde al educador sanitario especializado. Sin embargo, a juzgar por lo que se hace en la actualidad, la opinión médica de Europa no concede todavía a la educación sanitaria la importancia suficiente para considerar justificado un adiestramiento especial.

¿En qué se funda, pues, la recomendación de que los médicos y las enfermeras desarrollen su función docente y de que la educación sanitaria sea objeto de un adiestramiento especial? Por desgracia, este adiestramiento es exiguo por la falta hasta ahora de interés científico por este aspecto de la labor profesional, y por la dificultad de deslindar los elementos propiamente educativos en los servicios de salud.

No obstante, varios estudios en curso de ejecución parecen indicar que la educación general tiene un importante efecto no específico en el estado de salud de los grupos de población. Este criterio ha sido bien expuesto por Koos. En las observaciones finales que formula "The Health of Regionville", donde se reúnen pruebas minuciosamente seleccionadas, procedentes de varias encuestas, Koos (1) observa lo siguiente: "El nivel educativo es importante para

* Documento WHO/HEP/19, septiembre 9, 1957.

† Presentado, como documento de trabajo, en la Conferencia Regional de Educación Sanitaria de la Oficina Regional de la OMS para Europa, celebrada en Wiesbaden del 27 de junio al 5 de julio de 1957.

determinar lo que el paciente espera del tratamiento. La educación substituye, en mayor o menor grado, la confianza en las creencias populares por la confianza en el saber; por lo tanto, el individuo educado está en mejores condiciones de considerar desde un punto de vista objetivo el curso y resultado del tratamiento . . . Este anticipo de los hechos es fruto de la educación recibida por el individuo”.

En realidad, este estudio indica que, prescindiendo de los factores económicos, los servicios de salud son más accesibles, material y psicológicamente, a las personas mejor educadas.

A continuación se citan algunos testimonios resultantes de programas especiales de educación sanitaria:

1. Al analizar el efecto de la educación sanitaria específica sobre la mortalidad infantil entre familias que acudían al Centro de Salud de Pholela, en Sudáfrica, Kark (2) da cuenta del contraste entre dos grupos comparables que recibieron servicios completos, tanto clínicos como preventivos, en una policlínica, uno de ellos con educación sanitaria (familias “viejas”) y el otro sin esta educación (familias “nuevas”).

Tasas de mortalidad infantil correspondientes a los años 1942-1946

	<i>Familias “nuevas”</i>	<i>Familias “viejas”</i>
Mortalidad infantil (expresada como el porcentaje de nacidos vivos)	24,20 (E.E.* 2,70)	11,25 (E.E. 1,17)
Diferencia entre familias “viejas” y “nuevas”	= 12,95%	
E.E. de la diferencia	= 2,94%	
<u>Diferencia</u>		
E.E. de la diferencia	= 4,40%	

* E.E. = error estándar.

todos los servicios que, poco a poco, se han ido desarrollando en el propio centro. Después de haberse incorporado al servicio familiar, lo han continuado utilizando (las “viejas” familias), pero se experimentó un cambio en los propios hogares. Esto se debe al programa de educación sanitaria llevado a cabo por los auxiliares médicos. En virtud de este programa, el servicio se modifica en el sentido de dar más importancia a lo que la familia o la colectividad hace para sí misma que a lo que el servicio hace para el paciente.”

Ampliando estos conceptos, Kark formula las siguientes observaciones: “Aunque el programa de educación sanitaria se presente de una manera sencilla, requiere habilidad y paciencia considerables, y ésta es la orientación que, por parte de los oficiales médicos encargados de las actividades del centro de salud, reciben los auxiliares médicos especialmente adiestrados”.

Si bien pocos negarían su importancia para el bienestar de la madre y el niño, cabe preguntar si tiene una significación análoga en otros aspectos de la salud y la enfermedad.

2. Charlotte Naish (3), clínico general en Inglaterra, da cuenta de los resultados obtenidos con la utilización de las tasas de niños hospitalizados como índice de la educación sanitaria de los padres. Observó que después de haber establecido un club de pacientes para padres y otro para madres, la tasa de niños hospitalizados menores de 11 años descendió, progresivamente, en cinco años, de 2,6 % a 0,4 %. Las charlas y discusiones abarcaron temas tales como los cuidados del lactante, la delincuencia de menores, los primeros síntomas de enfermedad, el momento en que hay que llamar al médico, los cuidados domésticos del niño enfermo, la preparación del niño que ha de ser hospitalizado, la función de las clínicas de orientación infantil y otros muchos aspectos destinados a mejorar las relaciones entre el médico y la madre y el niño. De esta suerte los padres se enteraron mejor de los problemas de las

“Desde 1940, todas las familias estudiadas en este análisis han tenido libre acceso a

madres y del placer que proporciona aportar ayuda al respectivo hogar.

3. Desde 1944, las visitadoras sanitarias han venido llevando a cabo un programa de educación entre los diabéticos dados de alta en los hospitales de Cardiff. Este programa se organizó "porque ciertos pacientes de diabetes que habían sido tratados satisfactoriamente en el hospital, no proseguían el tratamiento en el hogar y no pocas veces tenían que volver a internarse porque su conocimiento de esta enfermedad seguía siendo insuficiente" (4). Las enseñanzas proporcionadas por este programa comprenden análisis de orina, dieta y arte culinario, administración de inyecciones, cuidados de los pies y discusión general de los problemas relativos a esta enfermedad. El programa ha tenido por resultado un enorme descenso del número de casos de recaídas de coma y gangrena y de los pacientes que necesitan ser atendidos en los consultorios de los hospitales.

Finalmente, M. Davies (4) señala "que esta labor permite al paciente y a sus familiares sentirse más felices y, al mismo tiempo, disminuye las preocupaciones financieras y de otro orden, favorece a la industria porque reduce las ausencias del trabajo y ahorra camas de hospital que, de esta manera, se pueden dedicar a casos de urgencia".

4. Bogoliepova (5) describe la labor realizada por S. B. Tokar, quien llevó a cabo una interesante evaluación de la educación sanitaria contenida en cursos de orientación para aprendices en las fábricas rusas, y dio cuenta de los cambios de conducta que se produjeron a consecuencia de los distintos métodos utilizados. Una labor de interés semejante fue llevada a cabo por Zabolotskaya con pacientes de úlceras gástricas, con respecto a su régimen, lo que dio lugar a mejorías clínicas.

5. De la misma manera se ha demostrado que la aceptación de las campañas colectivas de radiografías e inmunización antidiftérica dependen del alcance del programa de educa-

ción sanitaria y del cuidado con que se haya preparado (6).

Hemos insistido en la cuestión de los hechos comprobados porque la inclusión de la educación sanitaria en la enseñanza de medicina y de enfermería de los estudiantes y postgraduados producirá cierta perturbación y requerirá muchas ideas creadoras. Pero tanto el estudiante como el profesor deben tener el convencimiento de que es una labor que merece la pena y que al mismo tiempo incrementará su preparación profesional.

En lo concerniente a educación sanitaria, los resultados comprobados son todavía pocos y tal vez no sean nunca muy exactos; por lo tanto, este aspecto, lo mismo que los demás del campo de la medicina, siguen siendo un arte y una ciencia que dependen de valoraciones tanto subjetivas como objetivas.

El propio lector puede sentir el deseo de hacer una evaluación subjetiva de la importancia de la educación sanitaria sobre las principales causas de enfermedad y defunción en Europa. ¿Hasta qué punto los conocimientos y la actitud de los individuos que corren el riesgo, afectan la prevención o el tratamiento del asma, las cardiopatías, caries dental, bronquitis, gastritis, diarrea y enteritis, reumatismo, accidentes, neurosis, influenza, catarro común, cáncer, tuberculosis? La misma pregunta podría hacerse a propósito de las principales causas de ausencia por enfermedad en las industrias: caídas, quemaduras, contusiones, resfriados, afecciones de los pies, septicemias, neurosis, fracturas, dermatitis, gastroenteritis, cortaduras, lesiones oculares, bronquitis, reumatismo.

Una vez contestada, por lo menos en parte, la pregunta de "por qué los médicos, enfermeras y otro personal sanitario deben recibir preparación sobre educación sanitaria", podemos pasar a examinar las siguientes cuestiones: ¿En qué aspectos debe prepararse el personal sanitario? ¿En qué consistirá su adiestramiento? ¿Cómo puede llevarse a cabo éste?

Diagnóstico antes del tratamiento

En términos generales, el propósito consiste en preparar a todo el personal sanitario para "diagnosticar" y "tratar" el "estado" cultural del individuo o del grupo a que sirven. No se trata, de ningún modo, de un problema de capacitación puramente técnico, y sería un error no tener en cuenta la personalidad del estudiante. Los factores de la personalidad tienen gran importancia en la educación sanitaria, y una de las finalidades principales de la preparación misma es la adquisición de una cultura general y de una personalidad suficientemente madura que permitan tolerar la incertidumbre. Esto significa que aunque los estudiantes deben estar versados en una serie de materias de salud, también es preciso que sepan aceptar y reconocer las limitaciones de sus conocimientos. Deben saber manejar los métodos eficaces de comunicación y adquirir una manera de pensar basada en la perspicacia, que les permita respetar y comprender las ideas y comportamiento de las personas, por irrazonables que parezcan.

¿Hasta qué punto llena estos requisitos la preparación médica y de enfermería? Es evidente que habrá gran variedad según los países y las diversas escuelas. El conjunto de conocimientos considerados exigiría el estudio del desarrollo normal de hombre, tanto físico como psicológico, y del comportamiento, desde la infancia hasta la adolescencia, y desde la adolescencia hasta la vejez; igualmente, habría que estudiar los factores que influyen en la conservación de la salud en las familias, en los grupos de trabajo y las escuelas. Si consideramos que los seres humanos son el elemento más importante del medio en que se desenvuelven los humanos, el estudio de los vínculos de unas personas con otras debe constituir una parte principal de cualquier plan de esta naturaleza, en el cual los nexos entre el médico, la enfermera y el paciente requieren especial atención.

Es sumamente importante comprender el medio material, la situación económica, las costumbres y creencias en relación con la

salud, así como la influencia que ejercen ciertos miembros de la familia en las decisiones sobre la salud. La preparación sobre estos últimos aspectos capacita para comprender en grado suficiente la mentalidad del paciente o de la colectividad.

El segundo aspecto es la comunicación. El médico y la enfermera dedican gran parte de su tiempo a conversar con las gentes, ya sea en entrevistas privadas con el paciente, con sus familiares o con los dirigentes de la colectividad, ya en discusiones de grupo de familia, ya en charlas o conferencias. Estas reuniones son a veces de carácter diagnóstico, otras, terapéutico y por lo general educativo. En todos los casos, han de consistir en un proceso recíproco, mediante el cual, tanto el médico (o la enfermera) como el paciente resultan más instruidos. Lo que tal vez importa más de cuanto adquiera el médico o la enfermera es saber comunicar lo que interesa, y sin embargo al presente, esto se deja en gran parte al azar y al sentido común.

Es inquietante observar que, en una encuesta sobre los intereses (7) de los clínicos generales preparada recientemente por el Colegio de Médicos Generales de Inglaterra, el aspecto de la "educación del paciente" alcanzó una puntuación muy baja. Esto puede tener, en parte, una explicación semántica, pero en gran parte es consecuencia del descuido de este punto en la formación médica.

Al examinar una serie de artículos publicados en el *Medical Journal* de la Universidad de Leeds, la revista *Lancet* (8) observa lo siguiente: "Entrevistar a los familiares es un arte sutil y exigente (mucho más complicado que entrevistar al propio paciente), que se debe enseñar a todos los estudiantes de medicina con tanta asiduidad como se les enseña a hacer un examen torácico. Y cuando el médico joven no ha recibido esta formación, teme que el ansioso interrogatorio de los familiares del paciente lo ponga en ridículo".

El profesor MacCalman (9) observa que "esto duplica nuestro trabajo, pero de otro

modo, todos nuestros esfuerzos por ayudar al paciente podrían ser vanos”.

Hacer el “diagnóstico” educativo sobre el cual se pueda basar un “tratamiento” satisfactorio de educación sanitaria, es labor que requiere mucha pericia y para la cual se necesita aptitud y preparación. Tal vez el hecho que, con más frecuencia, se pasa por alto es que el diagnóstico debe preceder al tratamiento. Las creencias populares sobre una enfermedad como la tuberculosis, están muchas veces basadas en los conocimientos de hace 30 ó 100 años, a la vez que en el estrato emotivo y en las actitudes sociales de la misma época. Así, por ejemplo, en obras tan populares del siglo pasado como *La Bohemia* o *La Dama de las Camelias*, advertimos que la tisis era una convención literaria aceptada para deshacerse de un personaje, lo que el lector comprendería como cosa inevitable. De entrevistas con pacientes actuales, se deduce que las reacciones de muchos de ellos están todavía en grado considerable determinadas por actitudes de otros tiempos (10). Encuestas de muestras tomadas al azar de adultos de Londres (11) y de escolares de Manchester (12) demostraron que, no sólo se conservan aún muchas creencias erróneas, sino que algunas de ellas pueden ser fatales para el que las posee. Si el paciente cree firmemente—como se ha visto en el 20 ó 30 % de las personas objeto de las mencionadas encuestas—que la tuberculosis es hereditaria, pero no infecciosa, es indispensable que el médico o la enfermera lo sepan y que “traten” al paciente y a sus familiares por medio de una educación sanitaria eficaz.

En la actualidad, es considerable lo que se sabe sobre el proceso del aprendizaje y sobre los métodos de transmitir conocimientos o de enseñar una técnica que sería de sumo valor para el personal sanitario en el desempeño de sus funciones y para los estudiantes como una ayuda en sus propios estudios. Desde este último punto de vista, los métodos de enseñanza utilizados en la educación profesional determinarían la actitud de los estu-

diantes en el empleo, más adelante, de sus propios métodos de educación sanitaria. Por consiguiente, los métodos de enseñanza profesional deben comprender los que se utilizan comúnmente en materia de educación sanitaria, tales como debates sobre casos prácticos, discusiones en grupo dirigidas o libres, trabajos sobre un tema determinado, actividades prácticas en diversas técnicas de entrevistar, discusiones con un grupo nombrado para este fin, escenificación de incidentes relacionados con la salud, etc. Como fundamento de sus estudios, de sus propios supuestos y de la influencia que tengan en su capacidad de observación y comunicación, pueden facilitarle mucho la adquisición de conocimientos, como señaló Johnson (13), y darle una idea de la forma en que las creencias del paciente pueden influir en su comportamiento. También hay otras técnicas didácticas que merecen estudio, tales como la creación de clubs de pacientes parecidos a los que tienen varios departamentos médicos y de salud, donde tienen lugar discusiones. La aptitud para preparar material bien dibujado y bien escrito, para divulgar instrucciones, y los medios audiovisuales sencillos tales como las cintas magnetofónicas y los tableros ilustrativos, pueden servir de importante estímulo para el médico o la enfermera en su función de maestros. Esta preparación básica en materia de salud y de educación debiera producir, indirectamente, en las primeras fases de la formación del estudiante, un afecto y un interés por las gentes como seres humanos completos que viven en un medio complejo y para quienes las enfermedades son un mero incidente. A este respecto cabe preguntar si sería muy atrevido sugerir que la biología humana, las ciencias sociales y la educación sanitaria tienen tal vez más derecho a ser llamadas ciencias básicas de la medicina que la botánica, la física y la química.

Adiestramiento avanzado

Para el médico y la enfermera que desean dedicarse a la salud pública, sería de valor

inestimable una pronta formación de esta clase. El adiestramiento postgraduado de este personal debe abarcar un estudio más a fondo de la conducta de la colectividad, así como la labor educativa con el público. Para ellos, el punto de partida acaso sea el estudio del grupo y los problemas que se plantean a las colectividades. Los métodos de investigación, enseñanza y labor en colaboración deben tener en cuenta respecto a las actitudes, factores dinámicos y cambios de opinión del grupo. A este respecto se debe contar con la ayuda de la antropología social, la economía y la medicina social. En el aspecto técnico, los métodos educativos antes recomendados para los estudiantes de enfermería y medicina, pueden aplicarse igualmente en la preparación avanzada, si bien ampliados de modo que abarcaran los métodos particulares y personales de trabajar con la colectividad, de entrar en contacto con sus elementos dirigentes, de obtener la cooperación de las asociaciones existentes en la colectividad y de coordinar las diversas actividades de los colegas profesionales. Los métodos indirectos de comunicación por medio de periódicos, películas, folletos, carteles, radio y televisión, se deben conocer también puesto que una de las funciones probables del médico o de la enfermera de salud pública consistirá en ensayar y dirigir el empleo de estos métodos.

Hemos supuesto que esta preparación tendrá lugar en las universidades o escuelas de medicina y enfermería, y que requerirá la cooperación de muchas facultades distintas, tales como las de educación, sociología, antropología, psicología, economía, arte, periodismo, etc. Aunque el sistema ocasione ciertas dificultades de carácter administrativo, resultará sin duda beneficioso para los estudiantes, ya que representa una ampliación de su cultura general. Si, además, los estudiantes de medicina y los de enfermería estudian juntamente con los de otras facultades, se ofrecerá una ventaja duradera gracias a su iniciación en la labor de equipo.

Adiestramiento extrauniversitario

Esta clase de adiestramiento puede llevarse a cabo de diversas maneras que, no

obstante, se reducen a dos grupos principales según su finalidad. Por razones de conveniencia pueden clasificarse de la manera siguiente:

- 1) cursos de adiestramiento durante el servicio, y
- 2) cursos de perfeccionamiento.

La preparación del personal del servicio de salud fuera de instituciones de enseñanza reconocidas, ofrece especial interés. A este respecto hay ciertos principios que vale la pena examinar. Las personas que ocupan un puesto en estos servicios tendrán probablemente razones inmediatas y prácticas para seguir un determinado curso de estudios. Además, mantienen decididamente relaciones de trabajo y sociales con otros colegas, las cuales son de primera importancia en la organización de un programa.

Así pues, debe abarcar, de ser posible simultáneamente, el personal de todas las categorías, desde el que desempeña las funciones más elevadas hasta el que ocupa el puesto más modesto. Los que están al frente de puestos ejecutivos y administrativos necesitan conocer totalmente las cualidades y posibilidades que ofrece el personal de campo. A pesar de que se observa con frecuencia cierta aprensión sobre la asistencia simultánea de médicos, enfermeras, administradores e incluso auxiliares a un mismo curso, puede resultar satisfactoria si se organiza bien. Cuando no se hace así, ocurre muchas veces que aunque se formen estudiantes muy bien preparados, entusiastas y capaces, se tropieza con el inconveniente de la falta de comprensión por parte de sus superiores, y en este caso no se obtiene ningún provecho.

Otro principio importante es que los participantes deben percatarse realmente de que el tema estudiado les afecta directamente en su labor profesional. El estudio debe partir de problemas prácticos que se hayan planteado a los estudiantes, y de estos problemas deben nacer todas las consideraciones de carácter teórico. Cualquier medida que se discuta debe ser tal que la puedan adoptar los participantes, individualmente o como miembros de un equipo.

Asimismo, el curso se debe organizar de suerte que ofrezca una participación al estudiante en todos los aspectos de los temas estudiados, ya sea en la enseñanza teórica o en las actividades prácticas.

Se debe prestar atención a las relaciones personales y jerárquicas entre los individuos interesados, es decir, los estudiantes, los miembros del personal y las autoridades que patrocinan el curso. Estos factores pueden estimular la actividad intelectual y al mismo tiempo crear un espíritu de grupo. Por el contrario, si no se procede con la atención debida, los mismos factores pueden conducir al aislamiento, a la inseguridad y apatía, lo cual mermaría en medida considerable el valor de cualquier enseñanza.

1) *Cursos de adiestramiento durante el servicio*

Por estas razones, los cursos de adiestramiento durante el servicio tienen gran valor. Pueden organizarse de vez en cuando, con una duración de dos o tres días, o bien de manera regular durante las horas de trabajo para los individuos asignados a las unidades de servicios locales. Pueden ser organizados por la propia unidad o por otros organismos. Si se preparan como es debido pueden responder, de manera excelente, a los cuatro principios mencionados.

El hecho de que todos los participantes se conozcan, ahorra tiempo dedicado a presentaciones, pero tiene el peligro de que con excesiva ligereza se hagan suposiciones acerca del valor de ciertas contribuciones individuales. Algunas, por tradición, se tasarán por lo bajo, y otras se aceptarán sin discusión. Los problemas examinados durante el curso y las técnicas empleadas pueden constituir la base de un estudio de planificación y evaluación de programas. A este respecto se puede aplicar con provecho la técnica de discusión sobre casos prácticos. Distintos miembros del equipo de salud pueden presentar aspectos del caso, y con sus colegas, igualmente capacitados, determinar la situación y buscar una solución. Al seleccionar un caso para su estudio, se debe elegir un verdadero incidente

local que necesite solución, porque esto representará uno de los mayores incentivos del personal sanitario para aprender: el deseo de ayudar a las personas a las que prestan servicio. La evaluación puede planearse con criterio realista a largo plazo, y de este estudio surgirán principios generales.

La organización de estos cursos en un departamento determinado permite la asistencia del personal de todas categorías. Si es necesario, los que ocupan puestos más importantes pueden actuar de presidentes o como personas versadas.

La mayoría de los participantes en el curso residen en el mismo lugar y, en consecuencia, no hay dificultad para que se consulten entre sí y determinen qué asuntos locales de interés, para la mayor parte de los asistentes, se han de discutir. Se puede garantizar la participación de los estudiantes encomendándoles la preparación de trabajos breves, la dirección de debates, la demostración de técnicas o nombrándoles relatores o miembros de un grupo de discusión. Por último, las decisiones tomadas se pueden llevar a efecto y obtener el pleno apoyo del grupo a través de cada uno de sus miembros.

2) *Cursos de perfeccionamiento*

El curso de perfeccionamiento o el seminario constituye esencialmente una ocasión para poner al día la información técnica y sembrar nuevas ideas entre los individuos responsables de su propia labor y que sienten ya un interés en determinado trabajo y han adquirido cierta experiencia en su ejecución. En materia de educación sanitaria, la reunión de un grupo de profesionales diversos adscritos a los servicios de sanidad y bienestar social puede brindar ocasión de examinar sus respectivas actividades con otros colegas, y desde este punto de vista suele ser necesario que esta reunión se celebre en algún lugar céntrico al que pueda concurrir el necesario personal instructor de elevada preparación, y donde se pueda disponer del equipo requerido. En estos casos, generalmente se examinan por lo común los problemas generales sin aplicarlos a ningún caso particular. Se dedica un tiempo considerable

a los debates oficiales y a otras discusiones oficiosas.

Los problemas sociales que se plantean en estas reuniones son tan importantes como los de los cursos de adiestramiento, pero de otra índole. Puede ocurrir que los participantes no se conozcan y que procedan de otro lugar. Por consiguiente, los organizadores deben tratar de fomentar el intercambio de opiniones, puesto que gran parte del valor de estas reuniones consiste en el intercambio de impresiones entre los asistentes fuera de las reuniones de trabajo. Por estas razones de carácter social, el número de asistentes no debe exceder de diez personas por día de discusión.

Los temas a tratar deben girar alrededor de información e ideas nuevas, y abarcar todas las recientes investigaciones en el campo seleccionado. El objetivo de la reunión consiste en servir de estímulo intelectual a los participantes; por lo tanto, no es necesario adoptar decisiones, y conviene alentar las discusiones dentro de un extenso ámbito para que permitan ampliar la perspectiva mental y la imaginación. Se puede ofrecer a los participantes la ocasión de exponer sus respectivos métodos, que sus colegas puedan criticar. Se debe presentar, además, una exposición de los nuevos materiales tanto nacionales como extranjeros.

Las actividades de cultura general tales como visitas a ciertos lugares, conciertos, exhibición de películas y conferencias sobre temas no relacionados con la reunión, ofrecidas por personas que no pertenecen al círculo inmediato de los intereses profesionales, son de valor por cuanto ofrecen nuevas perspectivas y contribuyen a eliminar la tensión nerviosa y las contrariedades que inevitablemente se crean en cualquier reunión en grupo.

Organización

Se puede tropezar con dificultades iniciales en lo que se refiere a la obtención de personal adecuado para llevar a cabo esta clase de preparación. Pero pueden vencerse mediante el establecimiento de una organización central

de adiestramiento que cuente con un grupo móvil de consultores. Las funciones de esta organización consistirían en estimular el interés por el adiestramiento y en estar a la disposición de las autoridades locales para consultas sobre los métodos y medios de llevar a cabo sus respectivos programas en este terreno. Sus componentes debieran estar dispuestos a colaborar con la organización y a participar en los cursos como conferenciantes o instructores. Las reservas con respecto a la preparación sobre educación sanitaria por parte de los funcionarios médicos se deben muchas veces a un sentido de inadaptación frente a conceptos y técnicas que no les son familiares; pero aun así, la organización central no debe tratar de hacer el trabajo por ellos.

Hasta que se creen puestos permanentes, el organismo central de adiestramiento podría ponerse también a la disposición de las universidades. Además, habría ocasiones en que este organismo llevaría a cabo sus propias reuniones de diversas clases. Otra de sus funciones consistiría en buscar y contratar médicos, enfermeras y otro personal de salud pública, que ocuparan puestos importantes y que, por su propia inclinación y mediante su participación en cursos de adiestramiento, se interesaran por la educación sanitaria y la fomentaran en sus respectivos campos de especialización.

Se debieran organizar reuniones regulares de adiestramiento para una organización de esta naturaleza o para cualquier organización donde preste servicios un personal técnico profesional. Esto podría hacerse mediante reuniones periódicas del personal, semanales o quincenales, dedicadas a asuntos tales como la evaluación de la labor realizada, estudio de casos determinados, planificación de programas futuros o presentación de nuevos trabajos por los propios miembros del personal.

CONCLUSION

La educación sanitaria, como parte de los servicios de salud, es todavía joven y, por consiguiente, queda mucho por aprender por

el método de la prueba y el error. Para que la labor en este campo resulte eficaz y atractiva a las personas a que se destina, debe satisfacer las exigencias profesionales más elevadas. Estas exigencias son más necesarias en el campo de la educación sanitaria que en cualquier otro aspecto de la labor sanitaria, porque los falsos conceptos, el comportamiento disparatado y las malas impresiones, no mueren con el paciente, sino que pueden persistir hasta la tercera o cuarta generación.

En la actualidad se observa muy buena disposición y se habla mucho en favor de la educación sanitaria, pero las partidas presu-

puestas para la preparación de educadores y para la investigación de sus problemas son todavía mínimas. Como en otros campos de la medicina y de la salud pública, el progreso depende de los recursos que la colectividad esté dispuesta a proporcionar. En materia de educación sanitaria, el más importante de estos recursos son las personas, pero en enfermería y en medicina hay otros muchos aspectos que atraen a las personas de la calidad, integridad e imaginación que esta labor requiere. Por consiguiente, la selección y adiestramiento de las personas apropiadas se deben considerar como una inversión seria y provechosa para el futuro.

REFERENCIAS

- (1) Koos, E. L.: *The Health of Regionville*, Columbia University Press, Nueva York, 1954, pág. 177.
- (2) Kark, S. L., y Cassel, J.: *The Pholela Health Centre. A Progress Report*, *So. Afr. Med. Jour.*, 26, Nos. 6 y 7, 1952.
- (3) Naish, F. Charlotte: *An experiment in family practice within the National Health Service*, *Lancet*, 1954, pág. 1342.
- (4) Davies, M.: *Royal Society of Health Congress Report*, 1948.
- (5) Bogolievova: *Health Ed. Jour.*, Vol. 14, No. 2, mayo, 1956.
- (6) Glasgow X-ray Campaign, *Brit. Med. Jour.*, 1:1013, 1957.
- (7) Watts, C. A. H., y Cross, K. W.: *Brit. Med. Jour.*, 1957.
- (8) *The Lancet: Relatives in Hospital*, 11 de mayo, 1957, pág. 976.
- (9) MacCalman, D. R.: *Univ. Leeds Med. Jour.*, 6:1, 1957.
- (10) Wittkower, E. D.: *A Psychologist Looks at TB*, N.A.P.T., 1949.
- (11) David, S. T.: *Public Opinion Concerning Tuberculosis*, *Health Ed. Jour.*, Vol. 11, No. 1, 1953, reimpresión ligeramente abreviada de *Tubercle*, (Londres) Vol. 30, No. 3, 1952.
- (12) Davies, W. E.: *A Headmaster Looks at the Health Education Needs of His Pupils*. Informe presentado al Congreso de la Real Sociedad de Salud, 1957.
- (13) James, D. W.; Johnson, M. L., y Venning, P.: *Testing for Learnt Skill in Observation and Evaluation of Evidence*, *Lancet*, 379-383, 1956.