

INTRODUCCIÓ A LA DEFINICIÓ D'UN NOU MODEL DE PROFESSIONAL DE LA SALUT DES DE LA PERSPECTIVA DE LA RENOVACIÓ DE L'EDUCACIÓ MÈDICA.

JORDI AMAT i RICO, GLÒRIA BASSETS i PAGÈS, MARTA FÀBREGAS i AIMAR,
RAFAEL PADRÓS i SELMA, RICARD SIMÓ i SÀNCHEZ, GALDINA VALLS i
BORRUEL

Joventut Mèdiques de Catalunya i Balears.

Introducció

En plantejar-nos quin model de professional de la salut creiem necessari, la referència a les conclusions de la Conferència d'Alma Ata hi és obligada; partint d'un concepte de salut modern i globalitzador, hauríem de parar molt l'orella per sentir veus que discrepessin sobre la necessitat que qualsevol sistema sanitari racional es fonamenti en l'atenció primària, sempre recolzada per una atenció secundària i terciària efectives i de qualitat. L'evidència de la proposició, però, no ens ha de fer oblidar les famoses «condicions generals necessàries» que regulen l'aplicació pràctica de tot allò que flairi a reforma. N'esmentarem algunes:

—Caldria una conscienciació (n'hi hauria prou amb una mica de consciència) d'allò que entenem per Administració en el sentit de considerar la necessitat que la política sanitària tendeixi més a difondre la salut que no pas a promoure tractaments espectaculars. I prioritzar, en aquest cas, no vol dir necessàriament eliminar sinó que comporta legislar, planificar i reglamentar d'una forma efectiva i conseqüent amb el que hom entén per prioritari.

—Caldria, també, una participació activa de l'«usuari» en la planificació del sistema sanitari i en la dispensació dels seus serveis.

—Caldria, finalment, que la participació i el compromís del personal sanitari fós l'imprescindible per a garantir una assistència integral i permanent dels individus i, per extensió, de les comunitats.

Arribats en aquest punt, no tenim més remei que reconèixer una nova limitació: la nostra pròpia condició d'estudiants de Ciències de la Salut; és evident, o així humilment ens ho sembla, que el dibuix d'un nou model de professional de la salut requereix una visió de conjunt de la situació actual i una capacitat especulativa sobre el futurible que nosaltres, ni per formació ni per edat, difícilment podem posseir. Ara bé, el que sí que intuïm és que aquest nou professional s'ha de començar a gestar a la Universitat i això ens toca molt de

Agraïm especialment, la col·laboració de: Pilar Magrinyà, i Antoni Gelonch i Viladegut.

prop. Ens centrarem, doncs, en la necessitat d'orientar els estudis de pre grau cap a l'aprenentatge d'aquells components formatius que diversos estudis coincideixen a emfasitzar en la preparació dels professionals de la salut després de la Declaració d'Alma Ata:

1. Valors professionals, que mesurin el grau d'implicació del metge en la comunitat i percebi la dimensió personal i col·lectiva del malalt i l'accessibilitat dels seus serveis assistencials.
2. Competència clínica, que tradueixi l'eficàcia tècnica i científica necessària per respondre als requeriments de l'«usuari» amb el màxim de seguretat i de rapidesa i amb el mínim de complexitat diagnòstica i terapèutica, tenint sempre en compte les seves dimensions psíquiques, físiques i socials.
3. Comunicabilitat, que permeti la coordinació del personal sanitari per treballar en equip, la responsabilització del malalt en la presa de decisions i en el tractament de la malaltia i la corresponsabilització de la comunitat mitjançant la difusió dels aspectes bàsics de la medicina preventiva i l'educació sanitària.
Aquestes serien, doncs, a gran trets, tres dels components bàsics que hauria de reunir un bon professional de les ciències de la salut i que, per tant, haurien de determinar en bona mesura el programa formatiu dels futurs professionals. Mirem-nos ara quin tipus d'aprenentatge es potencia a les facultats del nostre país i ens adonarem del següent:
 - a) Es constata una orientació prioritària dels estudis cap a l'especialització hospitalària en detriment d'un coneixement mínim del que suposa l'assistència primària, la qual, en el seu context actual, és sovint considerada una activitat sanitària «menor».
 - b) S'afavoreix una percepció de la malaltia com a fenomen aïllat, i se'n marginen les dimensions personals i socials del malalt.
 - c) S'aprecia una inequívoca absència o, en el millor dels casos, una presència menystinguda d'aquelles disciplines formatives que potencien un coneixement global de la persona com serien l'Epidemiologia, la Biostatística, la Sociologia o les Ciències del Comportament.

Això és el que tenim i ens temem que, pel que fa a la formació de postgrau, la situació no és gaire més engrescadora; en la literatura especialitzada consultada ens hem trobat una veritable allau de mesures proposades més o menys generals, més o menys aplicable, més o menys serioses, amb l'objectiu final de millorar l'estat actual de la medicina primària i, per tant, del conjunt del sistema sanitari. N'esmentarem algunes, però sense entrar-hi a fons; ja us hem advertit de la nostra inexperiència professional. Heus ací, doncs, part de la feina que resta per fer:

1. S'haurien de modificar els programes de formació bàsica i de perfeccionament continuat del personal sanitari de cara a facilitar la viabilitat de l'atenció primària que comportaria serveis diagnòstics i curatius extrahospitalaris, serveis de promoció de la salut, serveis de rehabilitació i de suport especialment dirigits a cobrir les necessitats essencials de la població i, sobretot, dels grups d'alt risc i els pitjor atesos.

2. S'hauria d'assimiliar progressivament la medicina generalista al grau d'especialitat, i afavorir la creació de càtedres i d'instituts de recerca i la difusió de revistes especialitzades d'atenció primària.
 3. S'haurien de crear àrees model d'atenció primària, posant un èmfasi especial en la col·laboració sistemàtica de tot el personal sanitari i dels professionals més o menys relacionats: sociòlegs, psicòlegs, educadors...
 4. S'hauria de potenciar un estudi sistemàtic i rigorós de les anomenades medicines alternatives de cara a considerar o no la necessitat d'incorporar-les al sistema d'atenció primària i, en general, als programes de formació dels professionals de la salut.
 5. S'hauria d'afavorir la corresponsabilització social en la difusió de la salut, potenciant la formació dels grups d'autoassistència al voltant de determinats problemes sanitaris i considerant la possibilitat d'estendre al professional no sanitari la tasca de difondre les mesures bàsiques de prevenció, la detecció precoç de símptomes perillosos o l'aprenentatge de la conducta a seguir davant dels problemes més corrents de salut.
- Confiam que els especialistes convidats a la taula rodona ens ajudaran a destriar el gra de la palla. Probablement, a més, ens faran evident que aquell gra tampoc no fa graner o, com a mínim, un sol model de graner; ens agradaria, francament, una mica de controvèrsia.

Acabarem aquesta introducció recuperant la nostra condició d'estudiants per proclamar la conveniència que en la nostra formació es tingui una concepció més ampla de la salut i de les necessitats sanitàries de la població i, així mateix, per palesar la conveniència que entenguem l'aportació que altres professionals poden fer en aquest terreny, preparant-nos per al treball en equip i adquirint una idea aproximada sobre els recursos de la comunitat i la possibilitat que té aquesta d'autoassistir-se. Cal, en definitiva, estrènyer els vincles entre universitats i societat per evitar que la descripció d'un nou model de professional de les Ciències de la Salut no esdevingui l'exemple més paradigmàtic de la col·lisió amb el «món real» que sofreixen els estudiants l'endemà mateix d'acabar la carrera.

Renovació de l'educació mèdica

Definiríem educació mèdica com aquell sistema d'obtenció de coneixements, habilitats, i actituds que s'estén tant a nivell de pregrau com de postgrau; en definitiva, a tot el temps de formació i exercici professional.

En aquest sentit, considerem que la renovació de l'educació mèdica ha d'estar integrada dins d'un sistema de formació dels professionals sanitaris multidisciplinari, amb una sèrie de components que relacionin cadascun d'aquests professionals. La necessitat d'un nou sistema d'educació mèdica es justifica per tres ordres de motius:

1. S'ha de tendir a la centralització de tota la informació sobre els professionals, els nivells, i els recursos disponibles, per tal de poder definir en cada moment un pla global educatiu per a cadascun dels professionals, a fi i efecte de potenciar, analitzar i coordinar els recursos tècnics i econòmics i preveure les seves limitacions; també per seleccionar aquells nivells assistencials i/o professionals que són prioritaris.

2. Un cop seleccionats els programes, s'hauran de determinar les estratègies o camins a seguir per aconseguir els objectius.
3. Caldrà procedir a una avaluació de tot el procés per adreçar-lo en cas de no aconseguir les fites o per tal d'arribar a un grau d'acceptació millor. El paràmetre que ens mesurarà veritablement el grau d'efectivitat d'un programa d'educació vers la consecució d'un model de professional de salut hàbil serà el nivell de salut de la població, que és la seva finalitat última.

La renovació de l'educació mèdica es basarà en l'estudi de les necessitats de la població, ja que les necessitats del professional del sistema sanitari i de la comunitat poden ser diferents.

En el sistema d'educació mèdica hi hauran de participar totes aquelles entitats i institucions que tinguin capacitat de dur a terme activitats de manera continuada, seqüencial i progressiva; principalment, aquestes institucions són: Administració sanitària i docent, col·legis professionals, institucions científiques, universitats, escoles de formació professionals i altres institucions.

Per a coordinar totes aquestes entitats cal una organització específica, acurada i efectiva.

Hi ha tres models possibles dins de la concepció de l'educació mèdica:

La primera opció és la creació d'un organisme o comissió d'educació mèdica, tal i com reflecteix en part l'avantprojecte dels ensenyaments per a la llicenciatura de Medicina i Cirurgia presentat l'any 1987 pel Ministeri d'Educació i Ciència; però en la qual participin de manera equilibrada tots els components del sistema de salut, és a dir, totes les entitats i institucions abans esmentades. Aquesta comissió d'educació mèdica tindria com a funció la planificació, gestió i avaluació de l'educació mèdica.

La segona opció consisteix que l'Administració Sanitària creés una comissió d'educació mèdica, la qual demanaria l'assessorament de totes les institucions i entitats. Aquesta segona opció és la que s'acoplaria, en part, amb la llei General de Sanitat.

La tercera opció possiblement és la més factible a hores d'ara. Consisteix que els col·legis professionals assumeixin responsabilitats i funcions delegades, i creïn una comissió d'educació mèdica, en la qual hi hauria la participació de l'Administració, de les universitats, escoles professionals, institucions científiques i altres entitats. Aquesta comissió crearia unes directrius per a cada un dels nivells en que s'hauria d'actuar: ensenyament de la medicina, formació continuada, programes de salut i socials...; seria una síntesi de les dues possibilitats anteriors.

Caldrà, perquè aquest sistema d'educació funcionés, que cadascuna de les entitats o institucions treballés específicament dins del seu àmbit, ja que malgrat que alguna activitat pugui ser compartida, dins de totes aquestes tindrien una funció específica.

Les universitats haurien de procurar:

1. Adequar el currículum de pregrau dels estudiants.

Això vol dir canvis conceptuals que permetin la determinació de noves prioritats educatives: sobre si l'educació mèdica a les escoles de medicina ha de donar atenció prioritària a les ciències mèdiques o bé als serveis que els metges graduats hauran de donar. Fins ara les activitats primordials han estat les ciències diagnòstiques i terapèutiques; caldrà afegir-hi la prevenció de les malalties i la promoció de la salut, sense oblidar mai que la funció del metge en les properes dècades ha de conservar l'essència assistencial, és a dir, la relació personalitzada amb el pacient. A tot això cal proporcionar-li una perspectiva col·lectiva dels problemes de salut, a partir del coneixement epidemiològic, i aproximar els criteris per mesurar els problemes que té la comunitat. Serà, per tant, un currículum de base en la qual només una formació posterior capacitarà per a l'exercici professional, ja sigui per a la prestació de serveis com a metge de capçalera o com a especialista.

2. Generar actituds positives dels estudiants en vers l'educació continuada.

El metge ha d'estar motivat i ha de reconèixer la necessitat de l'educació continuada, per actualitzar els seus coneixements, i per tant ha d'esmerçar part del seu temps en activitats d'aquest tipus, i en la participació de trobades professionals. Aquesta necessitat d'una educació continuada ha d'anar compaginada amb una actitud crítica i positiva que li permeti rebre, acceptar i modificar les innovacions. Cal que per a aquestes activitats el professional de la salut sigui capaç de: desenvolupar les seves pròpies tècniques d'estudi i aprenentatge, utilitzar les fonts bibliogràfiques i les fonts d'informació generals i avaluar i contrastar opinions sobre la informació.

3. Contribuir a la formació de fonts d'informació.

Per part dels col·legis professionals, les seves funcions serien:

1.– Motivar els seus membres envers la necessitat d'una formació continuada.

2.– Vetllar pel desenvolupament adient de les carreres professionals.

3.– Vetllar perquè tots els professionals tinguin accés als programes d'educació continuada.

4.– Avaluar el rendiment dels nous graduats (relació ensenyament-sistema sanitari).

5.– Contribuir a la creació d'un fons de documentació.

L'Administració podria tenir com a funcions específiques:

1.– Regular l'educació mèdica.

2.– Permetre la utilització de la infraestructura sanitària.

3.– Facilitar l'accés de tots els professionals sanitaris als programes d'educació mèdica.

4.— Establir centres de referència per a tots els sanitaris.

5.— Establir un punt d'unió entre la formació i les necessitats; és a dir, una relació entre el sistema sanitari i el sistema educatiu.

Per últim, les institucions científiques servirien per a completar totes aquelles activitats portades a terme per les entitats anteriorment esmentades i que fan possible que qual-sevol programa d'educació mèdica pugui ser corregit i modificat per assolir els objectius desitjats.

En definitiva, la renovació de l'educació mèdica vindrà definida per les funcions del metge dins del sistema d'atenció primària de salut, pels nous ensenyaments dins de les facultats de Medicina, per l'educació d'altres professionals dels equips d'atenció primària de la salut, i per les contribucions educatives de les ciències no mèdiques (Antropologia, Economia, Sociologia, Ciències Ambientals, Política, etc.).

Tot això ens durà al nou professional de la salut, però per assolir-ho caldrà vèncer uns obstacles:

- Disminució del nombre d'admesos a la Facultat de Medicina.
- Potenciació d'aquells programes de formació que complementin la feina de l'assistència primària mèdica: infermeria, nutrició, fisioterapèutica, etc., que ens farà aconseguir un equip multidisciplinari i multisectorial de treball.
- Això pressuposa que cal trobar la manera d'integrar l'assistència amb l'educació, no només a nivell mèdic, sinó a nivell de l'àmbit de les Ciències de la Salut.
- Cal tirar endavant la Llei General de Sanitat, la Llei de Creació del Servei Català de Salut; cal l'aprovació dels nous ensenyaments en medicina i dels projectes d'educació mèdica duts a terme per institucions científiques.

Caldrà per tot això augmentar els recursos humans i econòmics per als nous models, que en definitiva faran assolir el propòsit de l'OMS «salut per a tothom al 2000».

És una gran empresa pretendre arribar a definir una política i una estratègia internacionalment acceptades per a l'educació mèdica.

Quins factors caldrà tenir presents en el futur?

En primer lloc, continuarà havent-hi una descoordinació entre el creixement de la demanda d'assistència sanitària i la capacitat de la societat per satisfer-la. El cost de l'assistència ocupa proporcions creixents dels pressupostos de tots els països de la Comunitat Econòmica Europea. Cal afegir la pressió creixent centrada en l'allau de noves possibilitats de diagnòstic i tractament, l'envelliment de la població i la disminució de la capacitat de les famílies per tenir cura dels seus membres sense autonomia pròpia.

En segon lloc, el nombre de gent que treballa en el sector sanitari s'ha anat incrementant juntament amb el nombre de professions dins dels serveis sanitaris; fins i tot s'està perdent la visió de conjunt dels subgrups que hi ha dins de les diferents especialitats.

També tenim la lluita entre les especialitats, els departaments i les facultats; tot canvi de prioritats en els pressupostos es tendeix a malinterpretar.

I sempre cal comptar amb l'aparició de noves demandes de recursos, com passa actualment amb la SIDA.

En aquest moment, un 70% dels diners de l'assistència sanitària es gasten els sis darrers mesos de vida, i menys del 10% es gasta en la promoció de la salut. Els malalts crònics i els disminuïts mentals, sectors amb grans necessitats, queden en darrer lloc dins del sistema sanitari de la nostra societat.

L'educació dels metges és bàsicament massa mecànica, massa tècnica, fragmentada i orientada cap a l'hospitalització. El metge hauria d'assumir un paper del tot diferent. Cal afegir a la tasca de guarir malalties i alleujar el dolor, la promoció de la salut. El problema d'avui dia és que la medicina ha esdevingut tan científica que ha perdut en gran part la seva vessant de servei a la societat i a l'individu. Cal concentrar els esforços en el servei, sense oblidar mai que la base de tota pràctica mèdica és el coneixement del diagnòstic i del tractament i l'habilitat per dur-ho a terme.

Per a saber quins camins ha d'emprendre l'educació mèdica cal saber ben bé quin és el metge ideal que volem assolir:

—El pacient defineix, bàsicament, el seu metge ideal com aquell capaç de diagnosticar una malaltia greu quan encara hi ha quelcom a fer, aquell que és de fiar, que està disponible i sap escoltar.

Sovint, metge i pacient potser es comuniquen a diferents nivells: el metge és capaç de fer un diagnòstic correcte i d'administrar un tractament efectiu en la major part dels casos; però no sempre és això el que el malalt va a buscar quan va al professional de la salut. La vivència de la malaltia dels pacients és molt lluny de la nostra visió de l'anatomia, fisiologia i patologia; no n'hi ha prou amb diagnòstics i tractaments brillants, cal aconseguir que el malalt els entengui.

Els pacients cada cop seran tractats i guarits de més malalties, però el seu veritable malestar potser no serà atès.

—La societat vol un metge eficient, vol que el director de l'hospital o el cap de servei siguin bons administradors dels recursos humans i materials, que hi hagi una adaptació de la rutina de treball al temps del pacient i que es respecti el dret a la informació.

La societat també espera que el metge a més de lluitar contra la malaltia promogui la salut. I com hem dit a la introducció de la nostra exposició, els dominis de la salut s'han eixamplat: salut no és solament el contrari de malaltia, és el complet benestar físic, psicològic i social, i per a tothom.

L'assistència primària és la base de moltes de les estratègies per aconseguir les fites proposades:

—Una primera estratègia és millorar l'estil de vida. La funció del metge és conscienciar la gent dels factors de risc que té llur estil de vida. Les campanyes solen tenir tan sols un efecte passatger. El que de debò funciona és la informació personalitzada. El metge de capçalera ha d'exercir una funció educativa, però la majoria dels plans d'estudi de medicina deixen de banda aquesta vessant de la formació.

—La següent estratègia inclou la prevenció primària i secundària de la malaltia. Això estaria basat en l'atenció al medi ambient, el control sanitari de la producció d'aliments, la selecció dels grups de risc a partir de determinades malalties, la rehabilitació dels minusvàlids i la promoció de les mesures de seguretat, tant col·lectives com individuals. Caldria també replantejar-se les prioritats: el ventall ha passat des de les malalties infeccioses, per les anomenades malalties de la civilització, fins arribar als estats o malalties psico-socials.

—Una tercera estratègia per promoure la salut és millorar i fer més justa la distribució dels serveis sanitaris. Els nous i sensacionals tractaments amb els seus beneficiats passen al davant dels pacients menys interessants, el tractament dels quals és gris o ineficaç; aquests darrers constitueixen tot sovint un grup molt més nombrós, que sempre es té present en teoria però quasi mai en la pràctica.

L'hospital s'ha convertit més que en un lloc de tractament dels malalts, en un lloc de treball per als sans. Amb això, els professionals de la salut, no devem estar perdent el nord?

Podríem concloure recordant algunes de les virtuts del metge ideal: hauria de ser entès, capaç d'assignar prioritats, hàbil, dedicat, fidel, disponible, flexible, que sapigués escoltar, bon mestre, bon dirigent, bon promotor de la salut i bon estudiant i investigador durant tota la vida.

Un dels principals obstacles per a aquest ideal són les facultats de Medicina actuals, però n'hem esmentat molts més i potser hem oblidat que no tots són externs, potser també amb la nostra actitud posem obstacles a aquest professional ideal. És possible salvar aquests obstacles amb l'esforç de tots plegats.

Bibliografia consultada

1. Revista Salut Catalunya; vol. 2, Nº 2, 1988.
2. MARTINEZ i NAVARRO JF. «Assaig sobre Salut Comunitària», Monografies Mèdiques, 1984.
3. World Conference on Medical Education, 1986-87.
4. Medical Education Project IFMSA, 1986-87-88.
5. Llei General de Sanitat 14/1986 25 d'abril.
6. Projecte de Llei de Creació del Servei Català de la Salut. Maig 1988.
7. Avantprojecte de la Reforma de l'Ensenyament de la Llicenciatura de Medicina. Ministeri d'Educació i Ciència. 1987.
8. Esmenes al projecte de Reforma de l'Ensenyament de la Llicenciatura de Medicina, presentades per JJMM.
9. Directiva de la CEE.
10. Els Objectius de la Salut per a tothom l'any 2000. Generalitat de Catalunya, OMS 1985.
11. Planificació Sanitària Pública a Catalunya. vol. 1,2,3,4. Generalitat de Catalunya 1987.
12. La Sanitat i els Serveis Socials a Catalunya 1980-88, Generalitat de Catalunya D.S. i S.S. 1988.
13. MANTRU A, CANO JF. Manual d'atenció Primària, 1988.
14. GOL J., i cols. El metge de capçalera en el nou sistema sanitari. Laia. Col·legi de Metges de Barcelona.
15. What sort of doctor. Assessing quality of case in general practice. The Royal College of General Practitioners.
16. CASTELL E. Les dimensions bàsiques de l'activitat professional del metge d'atenció primària. Tesi doctoral.

Fons consultats

1. Fons de dades de l'IES (Institut d'Estudis de la Salut).
2. Fons de dades del Centre d'Estudis Col·legials.
3. Fons de dades del Centre de Documentació Mèdica de Catalunya.
4. Fons de documentació de la Universitat de les Nacions Unides (UNESCO).
5. Estructura de la Sanitat a Espanya i Catalunya. Informe de la DGOPS.

Bibliografia a consultar per a ampliar mes informació sobre el tema.

1. Teaching techniques: a handbook for health professionals. Richard P. Foley, Jonathan Smilansky. McGraw-Hill. New York, 1980.
2. Graduate medical education in the European Region/WHO. Regional Office for Europe. WHO Copenhagen 1983. Euro Reports and Studies 77.
3. Primary Health care in undergraduate medical education: report on a WHO meeting. Exeter, 18-22 July 1983. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO, 1984.
4. The evaluation of teaching in medical schools. Robert M. Rippey. New York: Springer Publishing Company, 1981.
5. La reforma educativa a les Facultats de Medicina. Barcelona: Generalitat de Catalunya. DSSS, IES, 1984.
6. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica. Barcelona: UB, 1985.
7. Guide pédagogique pour les personnels de santé. JJ Guilbert. OMS, 1981. Publication offset N° 35.
8. Sociology as applied to medicine: the sociology teachers group from London Medical School. Donald L. Patrick and Graham Scambler. London: Baillière Tindall, 1982.
9. Problem-based learning: an approach to medical education. Howard S. Barrows, Robyn M. Tamblyn. New York: Springer Publishing Company, 1980.
10. Interacción entre la educación y la asistencia sanitaria. JZ. Bowers, A. Gallego, F. Vilardell. Editorial de la Universidad Complutense, 1980.
11. Continuing education for health professions: developing, managing, and evaluating programs for maximum impact on patient care. Joseph S. Green, Sarina J. Grosswald, Emmanuel Suter. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1984.
12. Estrategias educativas para las profesiones de la salud. George E. Miller, Tomas Füllop. OMS, 1975. Cuadernos de Salud Pública, 61.
13. Training for general practice. DJ: Pereira Gray. Plymouth: Macdonald and Evans, 1982.
14. Formación del personal de salud. ejemplos de nuevos programas docentes. Ginebra, OMS, 1978-1980. Cuadernos de Salud Pública 70 y 71.
15. La planification de l'éducation dans ses rapports avec la solution des problèmes de santé: rapport d'un groupe de travail. Kuopio: 2-5 juin 1975. OMS: Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen, 1977.
16. Teaching general practice. Jack Cormarck, Marshall Marinker, David Morell. London: Kluwer Medical, 1981.
17. The desing of training in health planning and management: report on a working group. Berlin (West), 3-6 July 1979. WHO: Regional Office for Europe. Copenhagen, 1981.
18. The assessment of competence of students in the health field: report on a working group. Varna, Bulgaria, 23-26 September 1980. WHO: Regional Office for Europe. Copenhagen, 1981.
19. New directions in education for changing health care systems. Paris. OCDE, 1975.
20. Normas para la evaluación de los objetivos de aprendizaje en la formación de personal de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS. OMS, 1977. Serie de Informes Técnicos, 608.
21. Directives pour évaluer un programme de formation des personnels de Santé FFM. Katz. OMS, 1978, publication offset 38.
22. Organisation et portée de la recherche concernant la formation aux professions de santé: rapport sur un groupe consultatif. Prague, 28 September-1^{er} octobre 1981. OMS: Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen, 1982.
23. La formation permanente de personnel de santé: rapport sur la réunion d'un groupe de travail. Dublin, 18-21 October 1976. OMS, Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen, 1978.
24. La formation permanente du personnel de santé et son évaluation: rapport sur les discussions techniques de la 29 session du Comité Régional de l'Europe. OMS: Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen, 1981. Rapports et Études EURO.OMS, 33.
25. Health manpower planning process. Aspen Systems Corporation Rockville, Md. Us Department of health, Education and Welfare. Bureau of health Planning, 1976.
26. Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas. T.L. Hall y A. Mejía. OMS, Ginebra. 1979.

27. Country Health programming as a determinant of health manpower development policies: report on a working group. Bern, 18-22 april 1977. WHO. Regional Office for Europe Copenhagen, 1979.
28. Issues of manpower planning and management in the NHS. Ivor Batchelor, Alan Williams. London: King's Fund centre, 1980.
29. Manpower planning in the National Health Service. AF. Long, G. Mercer. Farnborough: Gower Publishing Company Ltd., 1981.
30. The impact of comprehensive National Health Insurance on demand for health Manpower. DHEW: Bureau of Health Manpower. Washington: Government Printing Office, 1978.
31. Medical manpower: the next twenty years: a discussions paper. Department of Health and Social Security, Scottish Home and Health Department. Welsh Office. London: Her Majesty's Stationery Office, 1979.
32. Priorities for health and social services in England a consultative document. Departament of Health and Social Security. London: Her Majesty's Stationery Office, 1976.
33. Advances in health education and promotion: a research annual. William B. Ward. Greenwich, Jai Press, 1986.
34. Croissance du secteur de la santé et modifications dans la composition des groupes professionnels dans sept pays au cours de deux décennies. CP. Hogan. World Health Statistics. Quarterly. vol. 32, N° 2, 1979, p. 115-137
35. Jornades sobre Formació Mèdica Continuada. Conclusions. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Centre d'Estudis Col·legials. Barcelona, 1985.
36. Prioritats en Medicina. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia. Barcelona, 1985.
37. La spécialisation en médecine dans la Région européenne. OMS. Bureau Régional de l'Europe. Copenhagen, OMS, 1985. Rapports et études EURO 77.
38. Organigrammes de perfectionnement et de planification de la main-d'oeuvre sanitaire. 1978. Ministère de la Santé nationale et du Bien-etre social. Canada 1979

A part dels documents relacionats a la «Bibliografia a consultar» caldria tenir presents els següents:

- Objectiu 36 de la Salut per a tothom l'any 2000 (OMS).
- The role of Universities in the strategies for health for all.
- World Federation for Medical Educations: 6 majors points.
- Education for the health professions: policies for the 1980.
- Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria.
- Documents produïts a partir dels 6 majors points (Catalan report, etc.)
- Physicians for the Twenty-first Century.
- Documentació de la CEE.
- Medical specialization in relation to health needs.