

INTEGRACION DOCENTE- ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACION (IDAI)

Oswaldo E. Chávez Cevallos

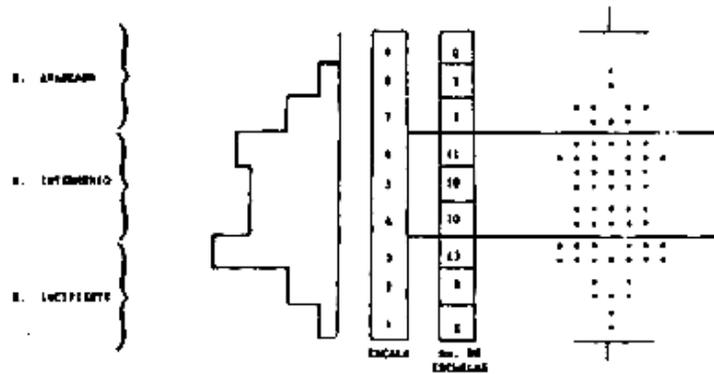
Cada vez es mayor el número de Escuelas de Medicina que admiten la necesidad de que la estrategia de ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS) constituya un eje integrador en su planificación curricular y, en general, en la correspondiente a las demás carreras de Ciencias de la Salud. Por consiguiente, se acepta la importancia de integrar los componentes de APS a la concepción de sus objetivos, funciones y programas. Sin embargo, los diagnósticos obtenidos en diferentes estudios de análisis prospectivo en América y en Venezuela, nos indican que, generalmente, esto no ocurre así. En este sentido, consideremos brevemente cuáles han sido los indicadores identificados como "críticos" en el análisis prospectivo realizado en 60 Escuelas Latinoamericanas de Medicina¹, en Venezuela² y, en particular, en las Universidades del Zulia³ y de Los Andes.⁴

En el Análisis Prospectivo de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica, publicado en Educación Médica y Salud, Vol. 22, N° 3, 1988, constan entre los "indicadores críticos" detectados, los identificados con los N° 30, 31, 32, 33, 34 y 35, que tienen relación directa con el tema que nos ocupa y que corresponden a los siguientes:

ANÁLISIS DEL INDICADOR 30
Amplia integración docente-asistencial

DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS SEGUN LA TENDENCIA PROSPECTIVA EN QUE SE UBICAN CON RELACION AL INDICADOR

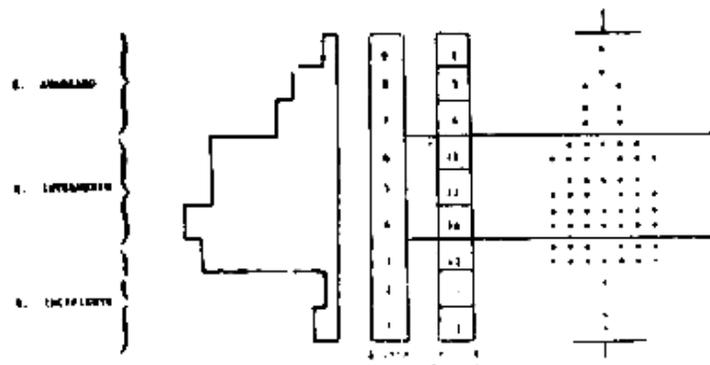
Tendencia	No. de escuelas	%
Avanzada	9	15
Intermedia	31	52
Incipiente	20	33



ANÁLISIS DEL INDICADOR 31
Niveles de atención

DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS SEGUN LA TENDENCIA PROSPECTIVA EN QUE SE UBICAN CON RELACION AL INDICADOR

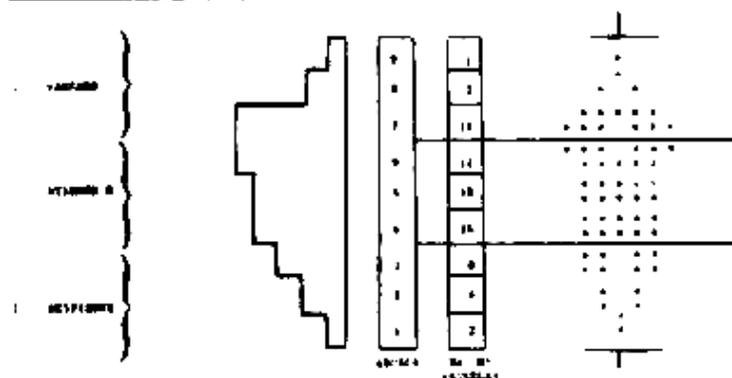
Tendencia	No. de escuelas	%
Avanzada	8	13
Intermedia	36	60
Incipiente	16	27



ANÁLISIS DEL INDICADOR 32
Participación del alumno en la atención

DISTRIBUCIÓN DE LAS ESCUELAS SEGUN LA TENDENCIA PROSPECTIVA EN QUE SE UBICAN CON RELACION AL INDICADOR

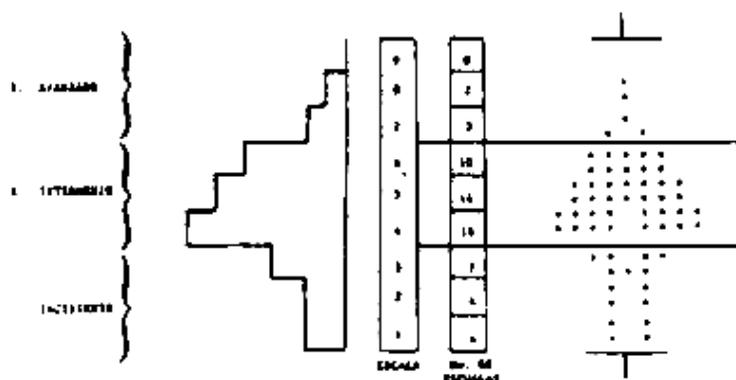
Tendencia	No. de escuelas	%
Avanzada	15	25
Intermedia	31	52
Incipiente	14	23



ANÁLISIS DEL INDICADOR 33
Investigación de necesidades de salud

DISTRIBUCIÓN DE LAS ESCUELAS SEGUN LA TENDENCIA PROSPECTIVA EN QUE SE UBICAN CON RELACION AL INDICADOR

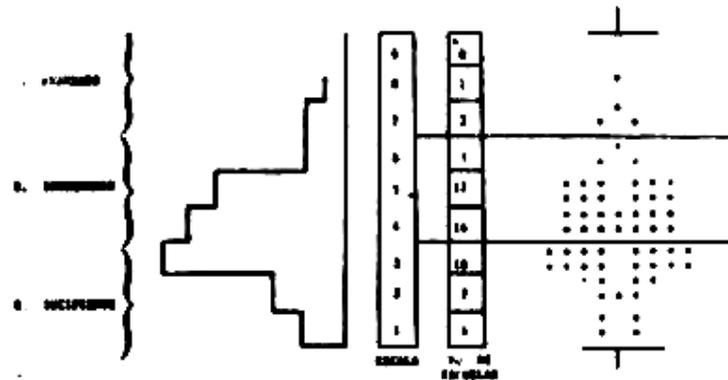
Tendencia	No. de escuelas	%
Avanzada	5	8
Intermedia	40	66
Incipiente	15	26



ANÁLISIS DEL INDICADOR 34
Investigación biomédica, epidemiológica y social

DISTRIBUCIÓN DE LAS ESCUELAS SEGUN LA TENDENCIA PROSPECTIVA EN QUE SE UBICAN CON RELACION AL INDICADOR

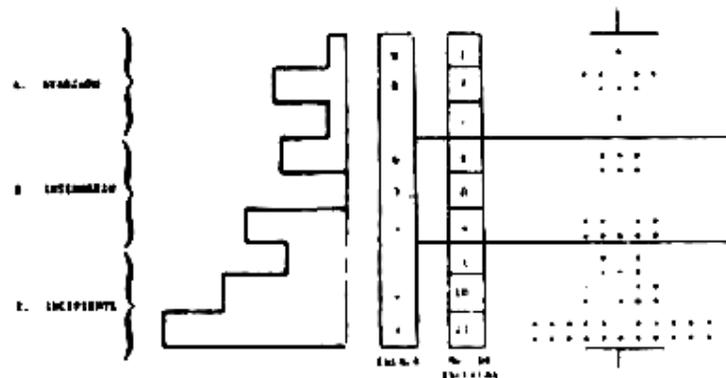
Tendencia	No. de escuelas	%
Avanzada	4	7
Intermedia	29	48
Incipiente	27	45



ANÁLISIS DEL INDICADOR 35
Integración multiprofesional

DISTRIBUCIÓN DE LAS ESCUELAS SEGUN LA TENDENCIA PROSPECTIVA EN QUE SE UBICAN CON RELACION AL INDICADOR

Tendencia	No. de escuelas	%
Avanzada	9	15
Intermedia	15	25
Incipiente	36	60



De manera similar, en este concepto, los "indicadores críticos" revelados por el Análisis Prospectivo de las Escuelas de Medicina de Venezuela son:

- * 10. Los criterios de planificación educativa obedecen más a concepciones tradicionales de la Educación Médica que al análisis de resultados de evaluación institucional, a estudios de investigación del contexto social y a políticas y planes establecidos por los sectores oficiales de salud y educación.

- 15. En términos generales se puede considerar que el perfil prospectivo de las Escuelas de Medicina Venezolana son deficitarias en relación con las exigencias del modelo normativo expresado en imagen - objetivo y que existen factores ubicables como de alta, media y baja prioridad, comunes a todas las instituciones y específicas para cada una de ellas.

- 17. Si el análisis de los resultados nos revela que en la formación de los estudiantes predominan las disciplinas que orientan hacia la práctica médica individualista, curativa y especializada, si las opiniones estudiantiles expresan deseos de realizar actividad asistencial especializada de tipo público privado (mixto) en grandes ciudades, entonces para desarrollar los planes de Atención Primaria en Salud y cumplir las metas de amplia cobertura, no están dadas las condiciones en el recurso humano médico a corto y mediano plazo."

A continuación los "indicadores críticos" relacionados a la misma situación, que la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia, los contempla en el "Plan para el desarrollo de la Escuela de Medicina"³

"Aunque se enseñan aspectos demográficos no se les toma en cuenta en la orientación del curriculum.

La Escuela no participa en la planificación del Sistema de Salud de la comunidad/población de su área de influencia.

Durante la formación profesional no hay actividades conjuntas con estudiantes de otras profesiones"

Por su parte, la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes, en base también al análisis prospectivo y al estudio situacional realizado por su Comisión Curricular, al referirse al diagnóstico del régimen semestral incluye las siguientes afirmaciones en la publicación del Nuevo Plan de Estudios -1990- para la carrera de Medicina, por régimen anual⁴:

"Poca integración con los servicios sanitarios locales.

Participación tardía del estudiante en atención de salud y escasa en la atención primaria.

En las básicas fraccionamiento de las distintas áreas de conocimiento. En las clínicas, énfasis en la especialidad. Ciencias de la conducta, epidemiología, etc., como disciplinas fraccionadas.

Énfasis en la enfermedad individual.

Visión fraccionada del hombre.

Poco desarrollo de habilidades y destrezas físicas.

Escaso estímulo al desarrollo de habilidades críticas y analíticas".

Esta realidad, común a muchas Escuelas de Medicina del continente, así como el compromiso de los países signatarios de Alma Ata⁵, de "Salud para todos en el año 2000" y el acuerdo de la Organización Mundial de la Salud sobre la estrategia de APS⁵, ha suscitado importantes estudios y reuniones nacionales e internacionales que han planteado la necesidad de una revisión curricular y la transformación de la Educación Médica. Tal es el caso de la Declaración de Edimburgo⁶, durante la Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en esa ciudad en agosto de 1988 y adoptada por OPS/OMS en septiembre del mismo año⁷.

al igual que por la Conferencia Panamericana de Educación Médica⁶ reunida en Montreal en mayo de 1988. Seis de sus once puntos se refieren a este aspecto de la siguiente manera:

1. Ampliar el rango de ambientes en los cuales los programas educacionales son realizados, para incluir todos los recursos de salud de la comunidad y no sólo de los hospitales.

2. Asegurar que el contenido curricular refleje las prioridades nacionales de salud y la disponibilidad de recursos que se pueden mantener.

6. Completar la instrucción sobre el manejo de pacientes con mayor énfasis en promoción en salud y prevención de enfermedad.

7. Procurar la integración de la educación en la ciencia y en la práctica médica, utilizando también la solución de problemas en ambientes clínicos y en la comunidad como base para el aprendizaje.

9. Estimular y facilitar la cooperación entre los miembros de salud y los Ministerios de Educación, servicios de salud comunitarios y otros organismos relevantes en el desarrollo común de políticas, planificación, implementación y revisión de programas.

11. Incrementar la oportunidad de aprendizaje, investigación y servicios conjuntamente con otros profesionales correlacionados con la salud como parte del entrenamiento del trabajo en equipo".

En Venezuela, con igual propósito, la Universidad de Los Andes incorpora al Plan de Estudios por régimen anual las siguientes innovaciones:

- Mayor participación con los servicios sanitarios locales.
- Participación temprana del estudiante en los Servicios de Atención Primaria.

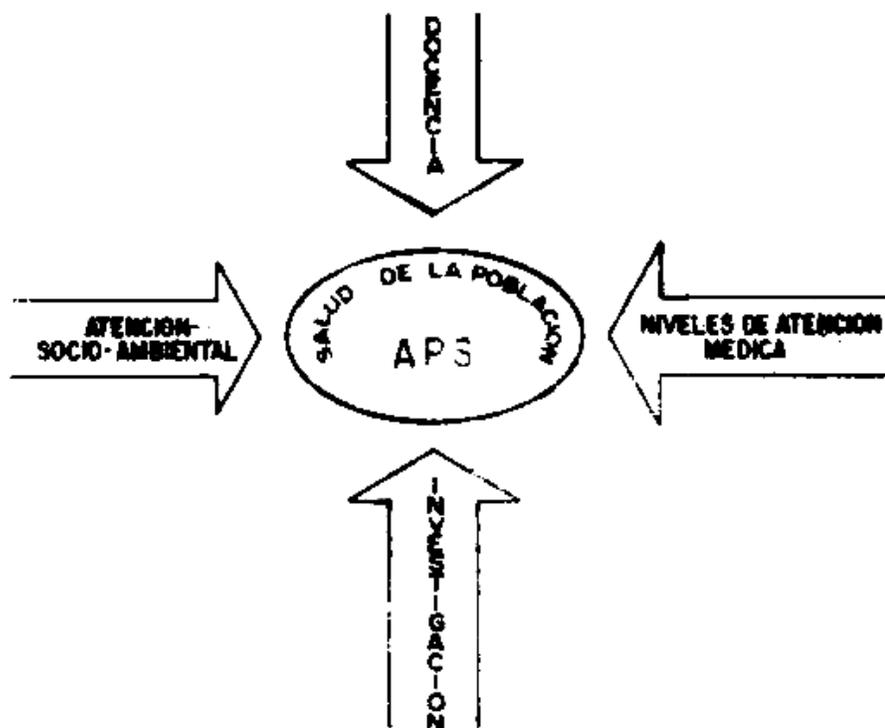
- Concepción integral de la práctica médica.
- Visión holística del hombre.
- Énfasis en el proceso salud-enfermedad.
- Desarrollo conveniente de habilidades y destrezas.
- Estimulo al desarrollo de habilidades críticas y analíticas.
- Investigación vinculada a las necesidades colectivas."

La Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia, también se encuentra en el proceso de revisión curricular y uno de los aspectos que, de manera fundamental, ocupa su atención es el relativo a los escenarios de aprendizaje para la formación del médico.

No obstante, todos estos esfuerzos y pronunciamientos, todavía es frecuente la presencia intramural del profesor ensimismado en su exposición retórica, centrada en la información erudita que desea se le escuche o que quizás se complace en escucharse, la del demógrafo o del epidemiólogo, en su escritorio, custodiado por las paredes de su cubículo, con sus datos estadísticos de población y morbilidad, al igual que la del investigador con sus hallazgos secretos de la investigación que realiza, mientras la comunidad continúa viviendo su realidad, al margen de los adelantos de la ciencia y de la técnica, de la planificación y la acción, en medio de sus problemas que, entre otros, son: desnutrición, insalubridad, contaminación e ignorancia.

En la Universidad, a su vez subsiste otra realidad, la de pedir al alumno que sea quien integre la información teórica del profesor o, aquella otra, que llegó a conocer por alguna circunstancia particular y que es producto de una investigación especializada. Nunca tuvo oportunidad de participar en un proceso integrado de enseñanza-aprendizaje, ni en el estudio de las causas de la situación de salud de su comunidad, menos aún, en la ejecución de acciones planificadas para su atención. Sin embargo, se le exige

realizar tal integración, cuando alrededor de las aulas, laboratorios y hospitales se encuentra la sociedad con su laboratorio vivencial de extraordinaria riqueza, con su incomparable bagaje de tradición cultural, con su folklore y su ingenio popular, con sus problemas de múltiple causalidad, esperando para su solución el estudio interdisciplinario que un equipo multiprofesional puede realizar. Por qué, entonces, no empezar por entender el significado y alcance de esa integración, para luego asumir la responsabilidad que nos corresponda en los programas de salud y educación de los sistemas respectivos? Es, por tanto, necesario considerar que la integración docente-asistencial y de investigación, implica orientar la educación médica hacia la utilización de los recursos disponibles en la Universidad, los servicios de salud y la comunidad, para formar egresados científicamente competentes, con un claro sentido de pertinencia social del rol de su profesión en la sociedad, a través de programas interdisciplinarios de investigación, aprendizaje y de servicio, con la participación de docentes, profesionales y demás personal de atención en salud y estudiantes, interactuando dentro y fuera de la Universidad.



Concebir así la integración docente-asistencial y de investigación, significa diferentes niveles de compromisos y participación que comprenden, desde los acuerdos y declaraciones de política internacional hasta la planificación de programas nacionales de salud y educación, con su administración, ejecución y control a nivel regional y local. Todo esto, desde luego, sobre la base fundamental e imprescindible de la **voluntad política de gobernantes, instituciones y personas**, tal como lo expresa la declaración de Edimburgo:

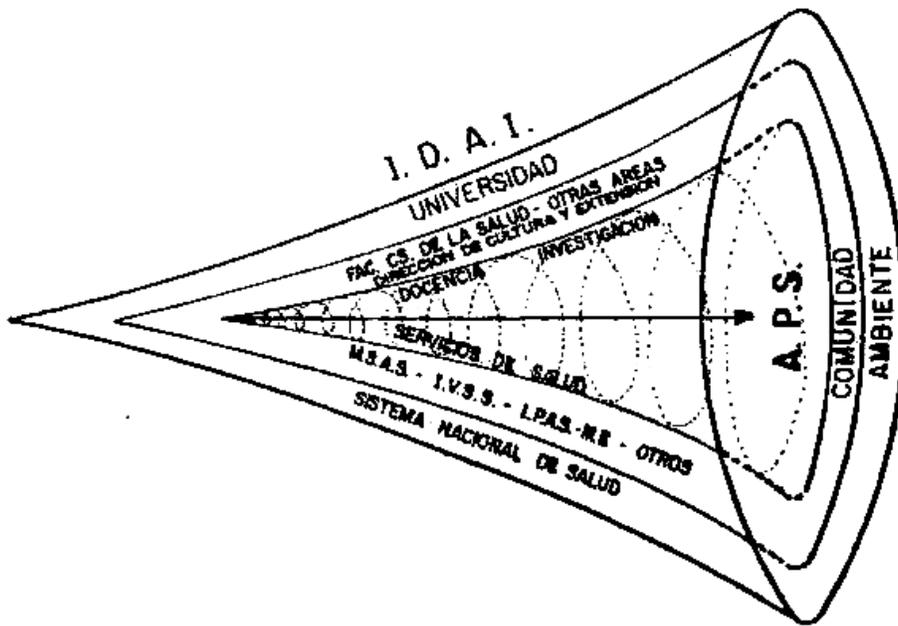
"Reformar la Educación Médica requiere más que acuerdos; requiere un amplio compromiso para la acción, liderazgo vigoroso y voluntad política".

La operatividad de una integración de esta naturaleza, requiere de una estrategia vertebral en los curricula de las carreras para formar profesionales de la salud, la cual no es otra que la **atención primaria de salud**.

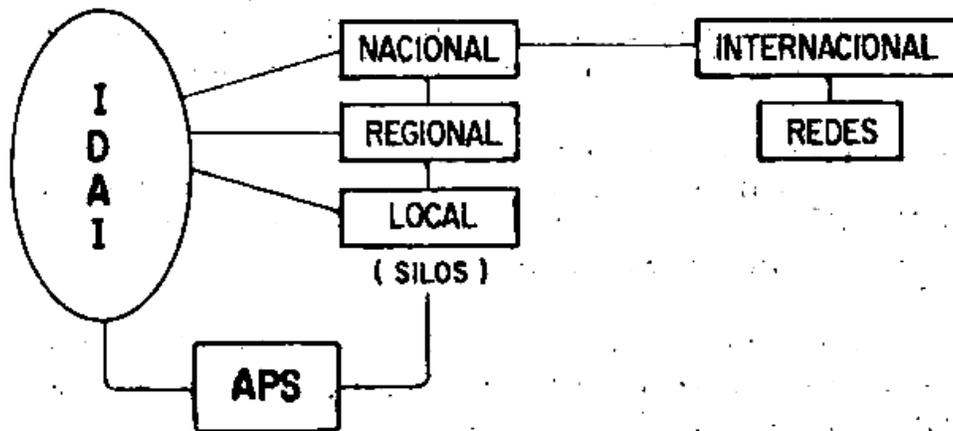
Con estos antecedentes y comentarios, a continuación, un intento de definición de IDAI y de los niveles de compromiso y participación:

INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACION (IDAI)

Estrategia que confiere a la Educación en Salud la capacidad necesaria para integrar el proceso de enseñanza-aprendizaje al de servicio, con adecuado equilibrio y articulación dinámica de la teoría y la práctica, donde confluya la participación de docentes, de funcionarios de la salud, de estudiantes y de la comunidad, en el marco de la realidad ecológica, económico-social y de salud de la población, fuente y objeto para una investigación planificada y continua, que actualice la información epidemiológica, estimule la creatividad científica y nutra los programas docentes y de servicio, de promoción y atención de la salud, así como la interacción permanente con la sociedad.



NIVELES DE COMPROMISO Y PARTICIPACION



A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL:

- 1) **Coordinación de la política de salud con la de Educación Médica y de las demás profesiones de ciencias de la salud, con una planificación que responda a los intereses de salud de la población y a las necesidades de formación de los recursos humanos para la salud.**
- 2) **Concertación de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y el de Educación, a través de convenios que respondan a objetivos e intereses comunes y preserven la independencia política, de objetivos y funciones específicas.**
- 3) **Estímulo y conducción de una política de investigación de los problemas de salud de la población, con la participación de equipos interdisciplinarios y multiprofesionales que interactúan con la comunidad.**
- 4) **Intercambio de información entre las instituciones y programas de servicio y formación de recursos para la salud.**
- 5) **Participación compartida en los procesos de planificación, administración, ejecución y control de los programas de las instituciones de los sectores Salud y Educación.**
- 6) **Desarrollo y adecuación de los escenarios docentes, de investigación y de servicio, a los programas concebidos en función de las necesidades de salud de la población y de la formación de recursos humanos.**
- 7) **Estructuración y otorgamiento de financiamiento acorde a las necesidades e intereses de los programas de servicio y educación en salud.**

A NIVEL INSTITUCIONAL

- 1) **Curriculum que comprenda las funciones de docencia, investigación y servicio, en base a las necesidades de salud de la población y a la formación de recursos para la salud.**
- 2) **La Atención Primaria de Salud como un eje integrador de la planificación curricular.**
- 3) **Perfil Académico-Profesional del egresado, que comprenda su formación integral, con los conocimientos, destrezas y valores necesarios para, asumir eficientemente, su rol en los tres niveles de Atención en Salud, en la investigación médica y en su permanente actualización y superación profesional.**
- 4) **Plan de Estudios con un adecuado balance entre el aprendizaje a nivel hospitalario, extra-hospitalario y en la comunidad, con un equilibrio ponderado de la teoría y la práctica.**
- 5) **Planificación del proceso de Enseñanza-Aprendizaje en base a la solución de problemas, con participación activa del estudiante, con estímulo a su creatividad, sentido crítico y auto-aprendizaje, a través de programas interdisciplinarios y el trabajo en equipo.**
- 6) **Participación sistemática de profesores y alumnos en los programas de servicio de las instituciones de Atención a la Salud.**
- 7) **Participación compartida de docentes y funcionarios de los servicios de salud, en las funciones de planificación, administración, control y ejecución, tanto de los programas de extensión, como de docencia e investigación en salud, a nivel regional y local, urbano y rural.**

Con estos niveles de compromiso y participación la Integración Docente-Asistencial, y de Investigación, podrá determinar importantes beneficios para el país y la región, para las instituciones de salud y educación, para los estudiantes y la comunidad.

BENEFICIOS PARA EL PAIS Y LA REGION

- 1) **Política de salud y formación de recursos humanos cónsonas con las necesidades de la población y los intereses de los Sistemas de Salud y Educación.**
- 2) **Mejor información de las necesidades de salud de la población y mayor intercambio de la misma entre las instituciones de los Sectores Salud y Educación.**
- 3) **Mejor distribución y optimización de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros para la atención en salud, hospitalarios y ambulatorios, las áreas urbanas y rurales.**
- 4) **Mayor cobertura de los programas de promoción y de los tres niveles de atención, con eficacia y eficiencia en la prestación de servicios en salud.**

BENEFICIOS PARA LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION Y SALUD

- 1) **Formación de recursos humanos para la salud acorde a los requerimientos del país.**
- 2) **Coordinación de los programas de investigación, docentes y de atención entre las instituciones formadoras de recursos humanos y de servicio.**
- 3) **Integración de equipos interdisciplinarios y multiprofesionales para la investigación, la docencia y la atención en salud.**
- 4) **Aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud como un eje integrador en la planificación curricular.**
- 5) **Concepción y adopción de estrategias para el proceso de enseñanza-aprendizaje con adecuada atención a lo teórico y práctico, a una racional utilización de los escenarios**

docentes y asistenciales, hospitalarios y ambulatorios, en interrelación directa con la comunidad.

- 6) **Determinar los niveles de competencia académica, administrativa y de servicios, de los profesionales que cumplen funciones en las instituciones docentes y de atención en salud.**
- 7) **Adecuación de su infraestructura y de sus recursos humanos, académicos, técnicos y de servicio a la triple función de investigación, docencia y extensión.**
- 8) **Investigación interdisciplinaria y multiprofesional a nivel universitario, en las instituciones de salud y en la comunidad, orientada hacia el diagnóstico situacional y a la solución de sus problemas.**
- 9) **Adecuación de la infraestructura y de los recursos humanos, materiales y financieros de los servicios de salud y de la Universidad, así como de sus estructuras técnico-administrativas, para cumplir funciones de investigación, docencia y atención en salud.**
- 10) **Contribución a mejorar la calidad del profesional para la salud a través del aprendizaje en servicio, con funciones de complejidad y responsabilidad crecientes, acordes con las exigencias de la atención y del modelo educativo, con la utilización adecuada de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, de ambulatorios urbanos y rurales y de la comunidad.**
- 11) **Educación continuada que permita la actualización del personal de los servicios de atención no adscritos a las instituciones docentes, como aporte efectivo a su perfeccionamiento profesional y, con ello, contribuya a mejorar la atención en salud a la población, así como al desarrollo de investigaciones epidemiológicas, médico-biológicas y de administración de servicios.**

BENEFICIOS PARA EL ESTUDIANTE

- 1) **Formación integral, con adquisición de conocimientos, destrezas y valores que le permitan cumplir eficientemente su rol en la Atención Primaria de Salud, su autorrealización y capacitación médica para participar en los niveles secundario y terciario de atención y para incorporarse a programas de creación científica y de especialización.**
- 2) **Adquisición de una actitud crítica respecto a la utilización de la técnica, en correspondencia con las necesidades, recursos y niveles de atención.**
- 3) **Participación en equipos multidisciplinarios para el trabajo cooperativo de estudiantes de las diferentes profesiones en Ciencias de la Salud.**
- 4) **Aprendizaje en servicio (aprender haciendo) y en base a la solución de problemas.**
- 5) **Participación en programas de investigación epidemiológica y de diagnóstico situacional de salud.**
- 6) **Experiencia de trabajo con la comunidad.**
- 7) **Comprensión de la pertinencia social de las carreras de la Ciencia de la Salud y de sus programas de formación docente, de investigación y de servicio.**

BENEFICIOS PARA LA COMUNIDAD

- 1) **Participación activa en la planificación, ejecución y control de los programas de atención en salud.**
- 2) **Mayor cobertura de los programas de atención en salud.**

- 3) **Atención interdisciplinaria y multiprofesional a los problemas de salud por un equipo científico y técnicamente capacitado.**
- 4) **Mayor información y mejor conocimiento de la situación de salud de la población, de sus necesidades y alternativas para su solución.**
- 5) **Mejor distribución y mayor aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos y materiales a nivel local, en las áreas urbanas y rurales.**
- 6) **Contribución a la formación de recursos humanos para la salud.**

Para lograr que estos beneficios sean el resultado del compromiso y voluntad de participación de los niveles considerados -nacional, regional e institucional- será necesario que, también, pueda mantenerse una adecuada comunicación y cooperación a nivel internacional. Para esto, deberá planificarse un intercambio regular y constante de información, programas y proyectos, experiencias y recursos, tanto en relación a la promoción y atención como en la formación de recursos humanos para la salud. En tal sentido, juegan un papel de singular importancia programas de interacción ministerial, universitaria, de asociaciones de profesionales de la salud, de instituciones mundiales y continentales: OMS, Federación Mundial de Educación Médica, UNESCO, UNICEF y otras, con sus respectivas agencias regionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la Federación Panamericana de Educación Médica y la Unión de Universidades de Latinoamérica (UDUAL) con sus asociaciones por carreras profesionales.

Para la efectividad de este nivel de relación multinacional e intercontinental, se ha propuesto la constitución de redes de información en las que deberán jugar un rol fundamental las universidades y asociaciones profesionales para la salud.

Para estas instituciones, lo expuesto constituye un marco conceptual de reflexión y análisis, que les pueda permitir plantear alternativas factibles a nivel de acciones y operaciones en la concepción de una planificación estratégica de educación y salud.

Algo importante de enfatizar es que, no obstante haber establecido niveles de compromiso y participación, no implica obligatoriedad de que se cumplan en su totalidad, para alcanzar, aunque fuera parcialmente, el logro de la integración docente-asistencial y de investigación. Sin existir acciones planificadas a nivel nacional, puede darse la integración regional; pero, también, si ésta no funciona, por razones políticas o de otra índole, en todo caso ajenas a las necesidades de salud de la población y de la formación de recursos humanos, es factible que localmente se puedan ejecutar programas de integración; y, aún, en ausencia de éstos, siempre habrá la posibilidad de que a nivel departamental y, hasta de asignaturas, se programen y realicen proyectos de integración docente-asistencial y de investigación, que podrán servir de modelos pilotos para la concepción y planificación de Sistemas Locales de Salud (SILOS) en el marco estratégico de la Atención Primaria. En este sentido, son múltiples las experiencias continentales y nacionales; por ejemplo, en Venezuela: el programa de reforma curricular que adelanta la Facultad de Odontología en la Universidad del Zulia⁽⁸⁾, centrado en el entrenamiento de sus alumnos en los servicios locales de atención de salud oral en Maracaibo; los programas de Medicina Comunitaria que desarrollan en ambulatorios rurales las Escuelas de Medicina de la Universidad de Los Andes y de la Universidad Central de Venezuela; el programa de Atención Primaria de Salud que lleva a cabo la Escuela de Medicina de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado en la ciudad de Barquisimeto; y, la programación de prácticas profesionales de la Escuela de Medicina de la Universidad Francisco Miranda.

En otros países de América Latina también se realizan interesantes experiencias al respecto, como: La "atención de enfermería e integración docente-asistenciales entre servicios pediátricos y la Escuela de Enfermería-Obstetricia"⁽⁹⁾ en Val-

paraiso, Chile. "La integración docente-asistencial en atención primaria" ⁽¹⁰⁾ en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. El programa de integración docente asistencial en atención quirúrgica primaria, en los centros quirúrgicos de los Hospitales Universitarios de las Escuelas Médicas de Colombia⁽¹¹⁾. Diferentes proyectos de integración docente asistencial, en Medicina, Enfermería y Odontología, que se llevan a cabo con el auspicio y asesoramiento de la Organización Panamericana de Salud en Escuelas de Medicina de Sur, Centro y Norte América⁽¹²⁾. En general, se trata de programas locales y aunque no todos conduzcan a una integración que verdaderamente incorpore un proceso sistemático de investigación o incluya de manera efectiva la participación de la comunidad, son experiencias valiosas y todas ellas aportan información sobre los beneficios constatados a nivel de los estudiantes en cuanto a su formación y, de la comunidad, en relación al servicio que reciben.

Son múltiples los ejemplos y experiencias que al respecto se puede agregar y que, con sus logros, han contribuido a corregir discrepancias entre objetivos educacionales, necesidades de salud y calidad científica de la medicina, pensando que es de especial relevancia alcanzar programas estrechamente relacionados con la estructura curricular de la carrera y no simplemente actividades aisladas de los alumnos, sin objetivos definidos, evaluación ni seguimiento; y, de la misma manera, a destacar como prioritario que la comunidad reciba atención en salud con eficacia y oportunidad, a la vez que con adecuadas estrategias se integre, en la formación de recursos humanos para la salud, la investigación y el proceso de enseñanza-aprendizaje a la prestación de servicios a la comunidad, mediante una equilibrada interacción de la práctica y la teoría, con la participación temprana del estudiante en la Atención Primaria de Salud, con actividades de complejidad y crecientes responsabilidades en todos los niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ferreira, J.R. y Col. **Análisis Prospectivo de la Educación Médica en Latinoamérica**. Educación Médica y Salud. Vol. 22 (3), Julio - Septiembre, 1988.
- 2.- Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina. **Aspectos cuantitativos y cualitativos de la formación de médicos en Venezuela**. Publicación 9. Caracas, 1987.
- 3.- Oficina de Educación Médica y Planificación. **Plan para el desarrollo de la Escuela de Medicina de LUZ según el Análisis Prospectivo**. Facultad de Medicina. LUZ. Maracaibo, Diciembre 1988.
- 4.- Comisión Curricular. **Plan de Estudios de la Carrera de Medicina 1990**. (Resumen). Oficina de Educación Médica. Escuela de Medicina ULA, Mérida, marzo 1990.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. **Global Strategy for Health for all by the year 2000**. Ginebra, 1981.
- 6.- World Federation for Medical Education. **Report**. Edimburgo, agosto 1988.
- 7.- Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. **Educación Médica en las Américas (Proyecto EMA)**. Río de Janeiro, abril 1989.
- 8.- Ferrer de Sánchez, María y Col. **Enfoque alternativo de docencia-servicio en el sistema nacional de salud**. Educ. Med. Salud; 22(2): 79-169, 1988.
- 9.- Soya de Lezema. **Atención de enfermería e integración docente asistencial entre servicios pediátricos y la Escuela de Enfermería-Obstetricia**. Valparaíso, Chile. Educ. Med. Salud; 22(1): 47-53, 1988.

- 10.- Castillo Alonso y Col. La integración docente-asistencial en atención primaria. Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Educ. Méd. Salud; 22(1): 54-63, 1988.
- 11.- Anon. Programa de integración docente asistencial: Proyecto Atención Quirúrgica Primaria-Centros Quirúrgicos. Hospitales Universitarios. Escuelas Médicas. Colombia.
- 12.- PAHO. Publicación científica N° 393, 1980.

