

# Editorial

---

## EL AYUDANTE MEDICO<sup>1</sup>

Por el Dr. Héctor R. Acuña  
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

En los comienzos del presente decenio la salud ha llegado a un punto crucial. El conocimiento sobre la salud ya no se puede considerar como una cuestión reservada a unos cuantos privilegiados, así como la atención de salud ya no está destinada solo a un número limitado de personas. Nosotros, los profesionales de la salud, hemos llegado a la conclusión de que nuestro deber primordial es divulgar los conocimientos y experiencias que nos ha confiado la sociedad. Nunca como ahora hemos comprendido con tanta claridad que la atención de salud debe ponerse a disposición de todos los ciudadanos, ya sea que pertenezcan a los sectores pobres, se hallen en lugares distantes o carezcan de privilegios. Por el mismo motivo, nunca antes habíamos estado en condiciones de apreciar con claridad tan meridiana las dificultades que encierra tan ardua labor.

Entre los organismos interesados, la Organización Mundial de la Salud tomó la iniciativa al introducir esos cambios en los 150 Países Miembros de ella. En los últimos diez años se han realizado numerosas investigaciones sobre las formas de mejorar los servicios de salud destinados a las poblaciones menos privilegiadas del mundo, y los Gobiernos se han preocupado en grado sumo sobre la necesidad de ampliar la atención médica para que llegue a los sectores rurales.

Las crecientes esperanzas de los pueblos para lograr una mejoría de su bienestar se han proyectado en forma significativa en los profesionales de la salud durante los últimos años. Ya no es posible incrementar el número de médicos y enfermeras sin perfeccionar las pautas mismas de la prestación de los servicios de salud y corregir la deficiente distribución inherente a tales servicios. En reconocimiento de este problema, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han fomentado la introducción de cambios en la enseñanza tradicional de los profesionales de las ciencias de la salud, lo que ha dado lugar a la aparición de nuevas carreras y la adición de importantes temas a los planes de estudios, entre ellos la enseñanza de la medicina preventiva y de la medicina familiar en las escuelas de medicina y enfermería.

---

<sup>1</sup>Discurso de apertura pronunciado en ocasión de la V Conferencia de Prácticos de las Ciencias de la Salud, que tuvo lugar en la Academia Americana de Ayudantes Médicos, Houston, Texas, E.U.A., el 18 de abril de 1977.

La 24ª Asamblea Mundial de la Salud, que se celebró en mayo de 1971, aprobó una resolución en virtud de la cual solicitaba a todos los Estados Miembros que atribuyeran prioridad a la formación y utilización de nuevas categorías de personal de salud. En un informe anexo del Director General, se hacía la siguiente mención sobre los ayudantes médicos: "La grave penuria de personal profesional de salud y su mala distribución, no solo en los países en desarrollo sino en los desarrollados, hacen indispensable la formación de un elevado número de personal auxiliar que actúe como 'multiplicador' del personal profesional. Las funciones del personal auxiliar de salud tienen así un doble aspecto: descargar a los profesionales de los trabajos sencillos para los que no se precisa necesariamente su nivel de formación y asistir a una población que de otro modo quedaría desprovista de cuidados médicos y sanitarios".

Cabe señalar que la expresión "personal auxiliar" se suele limitar en la actualidad a las categorías menos importantes de trabajadores de la salud mientras que, en la época a la que acabo de referirme, el término "auxiliar" abarcaba al trabajador no profesional, el ayudante paramédico y el propio ayudante médico.

En nuestro Hemisferio, los Ministros de Salud, en su III Reunión Especial celebrada en Santiago, Chile, en 1972, evaluaron la situación de la salud en América Latina y el Caribe, donde un 43% de sus 300 millones de habitantes vive en las zonas rurales. En esa época, el 37% de la población total no tenía acceso a ninguna forma organizada de atención médica, pues los profesionales de la salud escaseaban y tendían a concentrarse en los núcleos más densamente poblados. Como consecuencia, los Ministros de Salud de las Américas aprobaron un Plan Decenal de Salud, para extender la cobertura de los servicios de salud mediante la prestación de servicios primarios de salud a todos los habitantes accesibles del Continente. Considerando el crecimiento demográfico normal, se calculó que los servicios de salud tendrían que amparar a otros 120 millones de seres humanos en las zonas rurales o los barrios periurbanos.

Para alcanzar esta meta tan desafiante, los Ministros de Salud recomendaron que se aumentara considerablemente el número de auxiliares de la salud, e invitaron a los países a introducir innovaciones creando nuevos tipos de personal de salud según sus propias necesidades y recursos, a fin de garantizar la cobertura de la población rural.

Comprendemos que no debe esperarse que en unos cuantos años se logre una ampliación de los servicios de salud tan espectacular que alcancen a 120 millones de personas más, salvo que se tracen nuevos enfoques. También comprendemos que esta cobertura solo será posible si se movilizan las fuerzas de la comunidad y se consigue que participen todos sus componentes.

Se debe llevar a cabo un esfuerzo combinado en ambos extremos del sistema de salud. En uno, la comunidad deberá prepararse para participar en la atención primaria de salud, y en el opuesto, los servicios de salud deberán estar listos para respaldar el nivel primario y recibir el creciente número de pacientes que le sean referidos. Y en ambos extremos el personal auxiliar puede prestar valiosos servicios.

También sabemos que la atención al azar, o la atención que se brinda "por demanda", la cual funciona exclusivamente a base de caso por caso, no satisfará las necesidades de las poblaciones grandes y dispersas. En cambio, una atención bien equilibrada, en la que las necesidades de los individuos se atienden mediante un criterio enfocado hacia la salud de la familia—que simultáneamente esté integrado en un criterio de atención preventiva y de participación comunitaria—podría servir para resolver el problema de la prestación de atención médica para todos. En el curso de

esta Conferencia estudiaremos el papel que desempeña el ayudante médico dentro de la medicina preventiva, papel que consideramos de excepcional importancia.

Debemos subrayar que los problemas de salud, las características culturales y las condiciones socioeconómicas de la localidad determinarán indudablemente los mecanismos que deberán crearse para resolver los problemas planteados y considerar los recursos humanos requeridos para alcanzar esa meta. En consecuencia, el tipo de personal de salud está condicionado fundamentalmente por estas variables.

Es arriesgado suponer que la solución adecuada para un país también resultará pertinente para otro. Algunos países han determinado que el empleo de un número creciente de auxiliares médicos constituye un posible enfoque para mejorar la prestación de servicios de salud a las poblaciones que no gozan de esta atención.

Cualquiera que sea el nombre que reciba en el país—"funcionario médico auxiliar", "ayudante de la salud", "medex", "feldsher", "practicante médico auxiliar" u otras denominaciones—el ayudante médico puede cubrir importantes brechas en nuestros servicios de salud. No nos parece que exista ninguna incertidumbre respecto de la creación de un "cuadro" intermedio—tal como el de ayudantes médicos—como tampoco en el futuro de los individuos que ingresen en esta nueva carrera, ni ningún riesgo en cuanto a la calidad de la atención médica, siempre que el papel del ayudante médico se defina con claridad meridiana en cada situación.

La experiencia demuestra que la función del auxiliar médico puede ser distinta de un país a otro y, dentro de un mismo país, en diferentes regiones geográficas. El ayudante médico se encuentra básicamente desempeñando dos funciones: trabaja como auxiliar del médico, en estrecha colaboración con él y bajo su supervisión inmediata—por lo general a nivel secundario o terciario—o bien actúa con mayores responsabilidades, bajo la supervisión directa del médico, aunque no continua. En general, los servicios de salud no utilizan al ayudante médico como un reemplazante del propio médico o como segunda elección óptima para realizar la labor de otros, por cuanto este ayudante tiene sus funciones específicas.

Al parecer, no hay lugar a ambigüedad para establecer estas dos funciones del ayudante médico. En todos los casos es posible definir sus funciones, las condiciones en que trabajará, la estructura orgánica que tendrá, el grado de supervisión que requerirá y sus relaciones con otros miembros del grupo que tiene a su cargo la atención de salud. Desde luego, en ningún caso consideramos al ayudante médico como un trabajador aislado, como igualmente tampoco consideraríamos a otros profesionales de la salud.

Al evaluar el número conveniente y la calidad requerida de los ayudantes médicos dentro de una determinada estructura orgánica, se debe asignar prioridad a las actividades relacionadas con la atención primaria. Mientras que la atención primaria origina una demanda cuantitativa, el servicio de referencia de pacientes requiere un criterio cualitativo, dentro de los diversos niveles de atención del sistema de salud. Dado que el propio sistema de salud debe configurarse dentro del contexto de educación y características socioeconómicas de cada país y en armonía con las diversas culturas nacionales, un profesional de nivel medio tiene indudablemente un puesto en el desarrollo del capital representado por los recursos humanos. Hasta que se establezca una definición mejor de nuestro sistema de salud, en las naciones en desarrollo la combinación óptima de las distintas clases de trabajadores de salud que forman el grupo continúa siendo una cuestión pragmática, y la eficacia de las diversas combinaciones puede comprobarse mediante una serie de programas de investigación de las operaciones.

Al efectuar un análisis vemos que la región del Pacífico meridional, Asia, Africa y Europa oriental han tenido la máxima experiencia con los programas de ayudantes médicos. Su valor en las zonas rurales con servicios insuficientes se ha puesto de relieve repetida y persistentemente, pero la experiencia de Estados Unidos demuestra que es posible aplicar el concepto del ayudante médico en las naciones industrializadas que se encuentran en una etapa avanzada de desarrollo de los servicios de salud.

En cuanto a los países de América Latina y el Caribe, en el último decenio han iniciado varios programas con buenos resultados destinados a adiestrar y utilizar personal auxiliar con objeto de extender la atención de salud. Estos programas generalmente están orientados al adiestramiento de personal básico en nuevas categorías, sobre todo, técnicos rurales de salud o auxiliares de salud. Programas de esta clase existen en casi todos los países, y entre ellos figuran Venezuela, Guatemala, Honduras, Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Haití, Cuba y Jamaica. Tales programas abarcan una serie de categorías y niveles de trabajadores, y requieren cursos de formación de distinta duración y nivel de enseñanza, que van desde unos meses de adiestramiento después de egresados del cuarto grado hasta dos años para los graduados de escuela secundaria.

Todos estos programas revelan sin lugar a dudas el considerable valor adicional que el personal no profesional de salud puede aportar para la prestación de cuidados médicos. Este valor ha quedado demostrado en la extensión de la atención, en el menor costo del servicio que se presta, en la creación de nuevos programas y en la capacidad para aprovechar el inapreciable capital que representan los individuos de la localidad.

Las poblaciones a las que prestan servicios aceptan sin inconvenientes la actuación de este personal auxiliar. Hasta ahora rara vez se ha tropezado con una comunidad que se resista a recibir atención de salud de personal no médico. En todos los casos, este nuevo tipo de personal se ha utilizado dentro de estructuras de salud que ya existían, y la aceptación de los recién llegados por sus colegas de trabajo constituye un síntoma muy alentador. El ayudante médico incluso se ha ganado el apoyo entusiasta de los profesionales, en especial de algunas asociaciones de médicos. La universidad desempeña un papel en la aceptación de estos auxiliares al enseñar a los futuros galenos la función que tienen tales auxiliares, de manera tal que puedan aprovechar sus servicios, supervisar su actuación y contribuir a que continúen educándose.

En la actualidad existen varios programas que son de naturaleza distinta y de nivel educativo más alto. Es probable que estos programas se puedan comparar mejor con el programa de ayudantes médicos de Estados Unidos.

Perú ha aprobado el adiestramiento y utilización de un trabajador de salud de nivel intermedio y condición de profesional, mediante enseñanza especializada en la escuela secundaria. Los egresados reciben el título de "bachiller en salud".

Colombia y México han iniciado varios programas experimentales de adiestramiento de técnicos de salud de la comunidad, que tienen componentes de medicina clínica y preventiva además de prácticas de salud pública y de la comunidad, mediante enseñanza postsecundaria. Las modalidades de los estudios pueden variar pero el principio de incorporar el ayudante médico al grupo encargado de velar por la salud va encontrando cada vez más aceptación.

Guyana ha dado un paso más al aprobar el adiestramiento de un ayudante médico completo, con características y funciones similares a las que tiene el auxiliar médico

de Estados Unidos. Esta experiencia ya ha despertado el interés de los países vecinos, que están estudiando la posibilidad de crear programas análogos.

Si bien existe un consenso favorable sobre la utilidad de estos programas, una evaluación más sistemática permitirá obtener pruebas convincentes sobre los beneficios que proporcionan. Aparte del análisis tradicional del costo-eficacia que compara los servicios dotados de auxiliares con los servicios dotados de médicos, otros estudios del costo-eficacia basados en datos epidemiológicos o en la satisfacción de los consumidores ante este tipo de servicio de salud podrían suministrar más pruebas sobre la validez de este programa.

En este proceso de abrir nuevos senderos—tal es el caso del uso de ayudantes médicos—la experiencia que recoge Estados Unidos en la actualidad es sumamente importante. Los resultados que logre este país podrían resultar muy útiles para América Latina y el Caribe como posibles opciones para la prestación de servicios de salud.

El concepto del ayudante médico ha nacido y se ha ampliado en las naciones en desarrollo. No obstante, estoy seguro de que al infundir en él la incomparable tecnología educativa y médica que poseen esos países, así como su minuciosidad y dedicación, se podrá ampliar la función del ayudante médico. De esta manera, nos será posible devolver a los países en desarrollo un concepto enriquecido y estaremos en condiciones de proporcionarles ejemplos de una realidad eficaz en la práctica.