

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



54a Reunión
Washington, D. C.
Abril 1966

Tema 15 del proyecto de programa

CE54/2 (Esp.)
4 marzo 1966
ORIGINAL: ESPAÑOL

ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL AUXILIAR

En el curso de la 50a Reunión del Comité Ejecutivo se abordó el problema que plantea la escasez de personal auxiliar, problema que se va agudizando a medida que los países de la América Latina continúan aumentando sus programas de salud pública, de tal manera que resulta insuficiente el personal profesional formado en las distintas ramas.

Este asunto fue examinado también a fondo en la XV Reunión del Consejo Directivo, celebrada en 1964, y atendiendo a una recomendación formulada por el Comité a ese respecto, se resolvió encomendar al Director la realización de un estudio que sirviera de base de discusión en una reunión de autoridades nacionales con experiencia e interés en la materia, con la colaboración de expertos internacionales, a fin de formular una política de formación de personal auxiliar en los países de las Américas, que correspondiera a sus necesidades.

En cumplimiento de dicha resolución, el Director envió un cuestionario a los organismos oficiales de los distintos países, pidiendo información acerca del personal auxiliar que trabaja en salud pública. Además, designó un consultor a fin de que procediera al estudio encomendado por el Consejo. Este consultor fue el Profesor Branko Kesić, Decano de la Escuela de Salud Pública "Andrija Stampar" de Zagreb, Yugoslavia, y una de las autoridades más destacadas en adiestramiento del citado personal. El Dr. Kesić visitó cinco países latinoamericanos (Brasil, El Salvador, México, Perú y Venezuela) informándose sobre la labor que se lleva a cabo en ese campo.

De todo ello se dio cuenta a la XVI Reunión del Consejo, que se celebró el año pasado. El examen del tema dio lugar a un amplio debate, en el que se puso de manifiesto el gran interés de los países en la solución del problema y se formularon valiosas observaciones y sugerencias encaminadas a ese fin, que han sido transmitidas a los participantes en la reunión prevista en la resolución del Consejo, la cual tendrá lugar en México, D.F., del 27 de marzo al 19 de abril del año en curso, con la cooperación del Gobierno de dicho país.

Se adjunta, para información del Comité Ejecutivo, el estudio preparado por el Profesor Kesič, que servirá de base para la citada reunión. Las conclusiones adoptadas en ella se presentarán a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Anexo



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

REUNION SOBRE
ADIESTRAMIENTO DE AUXILIARES
México, D.F. México
27 de Marzo - 1° de Abril, 1966

CON LA COLABORACION DEL
GOBIERNO DE MEXICO

ADIESTRAMIENTO Y EMPLEO DE PERSONAL AUXILIAR
DE SALUD PUBLICA EN LA AMERICA LATINA

Prof. Branko Kesic

INTRODUCCION

En el curso de la 50a. Reunión del Comité Ejecutivo, se puso de relieve la necesidad de que la Organización intensificara su colaboración con los países en materia de adiestramiento de personal auxiliar, toda vez que la escasez de estos trabajadores constituye un problema que se va agudizando a medida que los países de la América Latina continúan aumentando sus programas de salud pública a un ritmo tal que no es suficiente el personal profesional que está siendo preparado. Se señaló a este respecto que los países más adelantados utilizan el personal auxiliar, bajo la supervisión de profesionales, en grado mucho mayor que los países en desarrollo, lo que permite atender debidamente a las actividades de salud en general.

Como conclusión de sus deliberaciones sobre este asunto, el Comité Ejecutivo convino en que era necesario proceder a un estudio de los diversos aspectos relacionados con la formación de personal auxiliar, estudio que podría servir de base para celebrar, posteriormente, una reunión de técnicos a fin de que examinaran el problema a fondo y formularan las recomendaciones oportunas para resolverlo en el más breve plazo posible. En consecuencia, el Comité adoptó la siguiente

RESOLUCION X

"EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado la proposición formulada por el Representante de México en relación al adiestramiento de personal auxiliar; y

Teniendo en cuenta el debate subsecuente en sesión plenaria,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que considere, en su XV Reunión, la aprobación del proyecto de resolución siguiente:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la urgente necesidad de preparar personal auxiliar que responda, cuantitativa y cualitativamente, a las necesidades propias de la situación económica, social y sanitaria de cada país;

Considerando la necesidad de establecer pautas de orientación en la preparación del personal auxiliar y del personal encargado de su adiestramiento; y

Considerando la conveniencia de fijar las características, número y funciones del personal auxiliar en relación con el personal profesional y con los programas de salud,

RESUELVE:

Encomendar al Director la preparación de un estudio sobre la formación de personal auxiliar, que sirva de base de discusión en una reunión de autoridades nacionales con experiencia o interés en esta cuestión, con la colaboración de expertos internacionales, con el objeto de presentar a la consideración de la Organización una política de adiestramiento de personal auxiliar en los países de las Américas conforme a sus necesidades."

Fundándose en la precedente Resolución, la Organización:

1) Envió un cuestionario a los 22 gobiernos miembros de la Organización en la América Latina, inclusive los países del Caribe, así como a otros territorios del Caribe, pidiendo información acerca del personal auxiliar que trabaja en salud pública (Anexo 1);

2) Envió a un consultor con el objeto de que reuniese información detallada sobre el problema del adiestramiento y la utilización de personal auxiliar que trabaja en salud pública en cinco países latinoamericanos (Brasil, El Salvador, México, Perú y Venezuela).

En los Capítulos II y III del presente informe se exponen los datos reunidos por ese medio.

I. ALGUNOS DATOS GENERALES

Para comprender mejor en su totalidad el problema del adiestramiento y la utilización del personal auxiliar que trabaja en salud pública puede ser útil el recordar algunos datos generales relativos a las condiciones y el desarrollo de los países latinoamericanos (Cuadro 1):

- En 1962, en los países latinoamericanos --un vasto territorio de 20.537.000 kilómetros cuadrados-- había unos 215 millones de habitantes (aproximadamente 10 por km.²), en tanto que en 1950 había únicamente unos 162 millones de habitantes en el mismo territorio. Este aumento explosivo de la población, que alcanza un 2,8% al año, aproximadamente, debe atribuirse a una natalidad muy alta (de más de 40 en la mayoría de los países) y a tasas de mortalidad cruda relativamente bajas (como de 10 en la mayoría de los países). Pero a pesar de este rápido aumento de población, los países de la América Latina están todavía escasamente poblados.

- En todos los países latinoamericanos está actualmente en marcha una rápida migración de la población rural a las ciudades. La urbanización rápida trae como consecuencia graves problemas sociales, educativos y de salud. En general, la población rural establecida recientemente se ha concentrado en distritos urbanos separados, con mucha frecuencia vive sin empleo permanente y muy a menudo en condiciones difíciles y desfavorables (mala vivienda, falta de agua potable, eliminación inapropiada de materias fecales, alimentación insuficiente). Además, al trasladarse a las ciudades los pobladores rurales introducen múltiples enfermedades infecciosas que en los aglomerados urbanos encuentran un terreno excelente y condiciones favorables para su difusión, ciertamente mucho más favorables que las existentes en caseríos rurales apartados. Inútil es destacar el riesgo que también implica esto para la población urbana autóctona.

- Mientras, por una parte, la mitad de la población en la mayoría de los países vive aglomerada en las zonas urbanas, la población rural, por otra parte, vive en pequeños caseríos, dispersos en zonas muy amplias. Esta dispersión de la población en territorios inmensos, frecuentemente aunada a muy malas comunicaciones, representa una de las mayores dificultades para la organización de servicios de salud.

- Los pueblos de la América Latina están constituidos por poblaciones muy jóvenes, en las cuales los grupos de edad de 0 a 14 años representan aproximadamente el 45% de la población total, y el grupo de 65 años de edad y más comprenden únicamente del 2 al 4% de la población total.

- Un porcentaje considerable de analfabetismo (en algunos países, hasta más del 50%) representa no sólo un grave problema de educación sino también un grave problema de salud.

- La situación derivada de una baja renta nacional (de 117 dólares EUA per capita en Paraguay a 585 dólares EUA per capita en Venezuela) se empeora en la mayoría de los países por una distribución desigual e inadecuada de los bienes nacionales, que produce inmensa riqueza a unos y pobreza e ignorancia a otros. Además, debe señalarse que las economías nacionales, a pesar del desarrollo industrial, no están en condiciones de proporcionar suficientes plazas nuevas de trabajo que pudiesen satisfacer las necesidades de las poblaciones rápidamente crecientes.

- Dentro de casi todos los países latinoamericanos, aun los que tienen poblaciones pequeñas, pueden observarse enormes diferencias entre las distintas zonas y los diferentes grupos de población por lo que respecta a concentración de habitantes, desarrollo económico, industrialización, nivel de instrucción, estado de salud y prevalencia de ciertas enfermedades.

Problemas de salud

Tomando como base la información reunida y las impresiones personales no es difícil exponer los principales problemas de salud que en los países de la América Latina aparecen una vez en forma aguda y otra vez en forma de algún peligro potencial que los amenaza. La lista de los principales problemas de salud, compuesta sin pretensiones de seguir un orden de prioridades, sería la siguiente:

- ignorancia respecto a la salud;
- malas condiciones ambientales (alimentación, abastecimiento de agua, eliminación de materias fecales, vivienda, vectores, contaminación de aguas superficiales, etc.);
- enfermedades endémicas, entre las cuales prevalecen las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo y todas las formas de disentería en particular;
- las enfermedades tropicales --paludismo, esquistosomiasis, uncinariasis, frambesia, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, lepra, viruela, peste y fiebre amarilla --constituyen en casi todos los países un peligro actual o potencial;
- la tuberculosis, aunque va disminuyendo hasta cierto punto, es todavía un serio problema de salud para todos los países latinoamericanos;
- la mortalidad infantil (aunque los datos oficiales correspondientes a la mayoría de los países son sorprendentemente bajos en relación con las muy altas tasas de natalidad y las condiciones ambientales muy malas) no puede dejar de considerarse como uno de los problemas de salud que existen;

- además de todos estos problemas típicos de los países en desarrollo, en la mayoría de los países latinoamericanos también existe una serie de nuevos problemas de salud, algunos de ellos relacionados con la urbanización rápida. Entre estos problemas deben mencionarse los accidentes, la delincuencia de menores, el alcoholismo, la prostitución, los divorcios y, por encima de todos, una cantidad sencillamente enorme de hijos ilegítimos (en algunas zonas hasta más del 50%).

Servicios de salud

Aunque respecto a los servicios de salud los países de la América Latina difieren en muchísimos aspectos, en cuanto a actividades de promoción y protección de la salud tienen múltiples características en común, entre las cuales deben mencionarse las siguientes:

- En todos los países latinoamericanos no es difícil obtener la impresión de que sus gobiernos actúan conforme al principio de que el estado es plenamente responsable de la salud del pueblo; en la práctica, la aplicación total de este principio parece verse impedida únicamente por los limitados recursos materiales y de personal.

- En todos los países latinoamericanos el servicio de salud está gobernado por ministerios o secretarías de salud pública, con una tendencia considerablemente acentuada hacia la centralización de la administración de la salud. Por otra parte, en muchos países se realizan intentos, en el orden estatal, departamental y aun distrital, por descentralizar la administración de la salud y transferir la responsabilidad de la salud pública a las administraciones locales.

- En algunos países latinoamericanos el sistema de planeación nacional ha afectado intensamente también el campo de las actividades en relación con la salud.

- En casi todos los países latinoamericanos la regionalización de las instituciones de salud pública se advierte claramente en la organización de los servicios de salud.

- Entre las instituciones de salud pública, además de hospitales, existen diversos tipos de centros de salud, de diferentes órdenes, con camas de hospital y sin ellas, con servicios de salud altamente desarrollados y también con formas sencillas de los mismos. Según datos oficiales, en 17 países latinoamericanos había 10.473 centros de salud en 1962.

- En algunos países latinoamericanos existen en el orden local unidades sanitarias sin médico alguno, en las cuales el cuidado de la salud del pueblo está a cargo de personal sanitario auxiliar.

- Una característica común es un número relativamente bajo de camas de hospital (en promedio, 3 camas por 1000 habitantes; de 1,8 en México a 6 en Argentina).

- En casi todos los países, ciertas dificultades para realizar actividades planeadas de promoción y protección de la salud, y especialmente para organizar servicios de salud, dependen del funcionamiento de organizaciones sanitarias paralelas de diversas entidades públicas y privadas (Seguro Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura, instituciones de caridad, etc.).

Trabajadores sanitarios

Al examinar la situación relativa al número, la formación y la utilización de las diferentes categorías de trabajadores sanitarios (Health Conditions in the Americas 1961-1962, Sc. publ. No. 104, 1964, PAHO-WHO), independientemente de la limitación de los datos, puede llegarse con mucha certidumbre a las conclusiones siguientes:

- En casi todos los países existe una aguda escasez de casi todas las categorías de trabajadores sanitarios y en particular de los altamente preparados.

- La distribución de trabajadores sanitarios altamente preparados, especialmente de médicos, es desigual y errónea. Los médicos están concentrados en los distritos federales y capitales de provincias y departamentos a tal punto que en las ciudades muy a menudo existe un médico por unos cuantos cientos de habitantes, en tanto que en algunos países hay territorios en los cuales existe un médico por 50.000 habitantes o más.

- Las escuelas actuales para la preparación de trabajadores sanitarios, con sus capacidades actuales (excepto en algunos casos muy raros) difícilmente cubren las necesidades del presente creadas por el incremento anual de la población y la expansión de los servicios de salud. En esas condiciones, las escuelas para trabajadores sanitarios nunca pueden lograr que la escasez que existe de trabajadores sanitarios con preparación profesional pueda ir también disminuyendo gradualmente.

- En los servicios de salud de casi todos los países latinoamericanos existe un alto porcentaje de diversas categorías de trabajadores sanitarios auxiliares sin adiestramiento alguno. Desde el punto de vista de la organización de la enseñanza, probablemente este grupo represente el problema de mayor prioridad.

- En algunos países latinoamericanos puede observarse que los trabajadores sanitarios auxiliares (en muchos casos no debidamente adiestrados) se utilizan en diversas funciones para las cuales a menudo se requieren competencia profesional y alta responsabilidad.

- Aunque en casi todos los países latinoamericanos se concentra la mayor atención en la preparación de nivel de graduados y postgraduados de trabajadores sanitarios profesionales altamente preparados, en algunos países se han realizado en los últimos años considerables esfuerzos organizados por adiestrar a los trabajadores sanitarios auxiliares de casi todas las categorías.

Tiene uno la impresión de que los países latinoamericanos son al mismo tiempo muy semejantes cada uno respecto a los demás y, en muchos aspectos, sumamente diferentes, y todo lo que se ha dicho acerca de ellos debe considerarse teniendo esto en cuenta.

II. INFORMACION SOBRE LOS TRABAJADORES SANITARIOS AUXILIARES

EN PAISES LATINOAMERICANOS, OBTENIDA A BASE DE CUESTIONARIOS

En cumplimiento de la Resolución XXIX del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, aprobada en su XV Reunión, se solicitó información sobre el estado actual de la formación y el empleo de los trabajadores sanitarios auxiliares, y se enviaron cuestionarios a los 22 gobiernos miembros así como a otros territorios de la América Latina. Las respuestas a las preguntas formuladas a 17 países, aunque incompletas, se resumen en el Cuadro 2. Muchos países no pudieron proporcionar información alguna acerca de diversos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares que se sabe que existen. Además, la información se pidió únicamente respecto a los trabajadores sanitarios auxiliares que habían sido adiestrados en cursos sistematizados, por lo que las cifras obtenidas son muy inferiores a las que corresponden a trabajadores sanitarios auxiliares realmente empleados que con mucha frecuencia ocupan puestos en diversos servicios de salud aunque no tengan formación sistematizada. No obstante, la información obtenida permite formular ciertas conclusiones, a saber:

- Las respuestas recibidas de casi todos los países son incompletas o dan únicamente cifras calculadas. Este hecho requiere que inmediatamente se lleve a cabo un censo de trabajadores sanitarios en todos los países que carecen de datos fidedignos. Después del censo debe introducirse un sistema de registro continuo de todos los cambios que se efectúen en el número y situación de los trabajadores sanitarios.

- La duración del adiestramiento varía no sólo de una categoría a otra sino también dentro de la misma categoría según los distintos países. Para obtener cifras comparables correspondientes a cada categoría, será necesario en lo futuro definir lo que significa "cursos sistematizados", por lo menos por lo que respecta a la duración del curso respectivo.

- En varios países, especialmente en los campos de actividad de la enfermería y del saneamiento ambiental, se ha dado adiestramiento a más auxiliares de los que están preparados para emplear los servicios de salud. Este hecho señala la necesidad de una planeación más cuidadosa en los órdenes nacional y estatal, a fin de colocar el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares en relación numérica con los puestos que los servicios de salud están preparados para crear.

III. INFORMACION SOBRE TRABAJADORES SANITARIOS AUXILIARES EN CINCO PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS

(Brasil, El Salvador, México, Perú, Venezuela)

Del 17 de abril al 28 de mayo de 1965 visité Brasil, El Salvador, México, Perú y Venezuela con el objeto de reunir información sobre el adiestramiento y la utilización de las principales categorías de trabajadores sanitarios auxiliares. Como pasé únicamente un número limitado de días en cada país, sólo pude obtener algunos datos generales que sin duda distan mucho de proporcionar un cuadro completo, pero que pueden facilitar el debate sobre el complejo problema del adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares en los países de la América Latina.

Los Cuadros 2 a 8 presentan datos sobre la población, causas de defunción, enfermedades infecciosas incluyendo tuberculosis, instituciones de salud pública, trabajadores sanitarios y escuelas para trabajadores sanitarios en los cinco países visitados.

Fundándose en estos datos no es difícil llegar a la conclusión de que todo lo que se ha expuesto acerca de los países latinoamericanos en general, en la primera parte del presente informe, también puede decirse más o menos acerca de estos cinco países.

Aunque el problema de los trabajadores sanitarios auxiliares constituye el aspecto medular de esta exposición, los datos sobre la formación de enfermeras profesionales (Anexo 2) seguramente serán de utilidad para completar el cuadro general.

Trabajadores sanitarios auxiliares

Aunque existen grandes diferencias entre los países visitados por lo que respecta a denominaciones, condiciones del adiestramiento y forma de utilizar a los trabajadores sanitarios auxiliares, de todas maneras es posible resumir los datos sobre el adiestramiento y la utilización del personal auxiliar en los campos de actividad de la enfermería y el saneamiento.

Adiestramiento y utilización de personal auxiliar de enfermería y saneamiento*

Categoría	Requisitos de admisión	Duración del adiestramiento	Utilización
<u>BRASIL</u>			
Auxiliar de enfermería	5 años de primera enseñanza y 2 años de segunda enseñanza	2 años	Enfermería de hospital, enfermería de salud pública

*Respecto a enfermeras profesionales, véase el Anexo 2.

Categoría	Requisitos de admisión	Duración del adiestramiento	Utilización
Auxiliares de hospital	5 años de primera enseñanza	4 a 6 meses	Enfermería de hospital
Visitadoras sanitarias	5 años de primera enseñanza	6 a 12 meses	Enfermería de salud pública, asistencia en el hogar, asistencia a pacientes externos en centros de salud
Auxiliares en unidades sanitarias	5 años de primera enseñanza	2 a 4 meses	Ayudar a la asistencia de pacientes externos en centros de salud
Auxiliares de maternidad	5 años de primera enseñanza	6 a 10 meses	Asistencia prenatal, postnatal e infantil en centros de salud y hogares
Inspectores sanitarios	5 años de primera enseñanza y 7 años de segunda enseñanza	6 meses o menos	Saneamiento e inspección sanitaria en zonas rurales y urbanas
Inspector sanitario	5 años de primera enseñanza	6 meses	Ayudar al saneamiento
EL SALVADOR			
Auxiliar de enfermería -de nueva contratación	6 años de primera enseñanza	1 año	Enfermería de hospital, enfermería de salud pública
Auxiliar de enfermería -ya en servicio	6 años de primera enseñanza	6 meses	Asistencia a pacientes de consulta externa en centros de salud
Inspector sanitario	6 años de primera enseñanza y 5 años de segunda enseñanza	10 meses	Únicamente inspección sanitaria
MEXICO			
Auxiliar de enfermería	6 años de primera enseñanza	3 meses	Enfermería de hospital, enfermería de salud pública
Enfermera práctica	6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza	1 año	Asistencia a pacientes de consulta externa en centros de salud

Categoría	Requisitos de admisión	Duración del adiestramiento	Utilización
Inspector sanitario	6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza	1 año	Construcciones, desarrollo de la comunidad, inspecciones
Sanitario práctico	6 años de primera enseñanza	3 meses	Saneamiento rural
<u>PERU</u>			
Auxiliar de enfermería	5 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza	6 meses	Enfermería de hospital, enfermería de salud pública, asistencia a pacientes externos en centros de salud
Inspector sanitario	5 años de primera enseñanza y 5 años de segunda enseñanza	6 meses	Construcciones, desarrollo de la comunidad, inspecciones
<u>VENEZUELA</u>			
Auxiliar de enfermería	6 años de primera enseñanza	1 año	Enfermería de hospital
Auxiliar de enfermería	6 años de primera enseñanza	4 meses	Enfermería de hospital
Auxiliares de enfermería para servicios médicos simplificados	6 años de primera enseñanza o menos	3 meses	Primeros auxilios, visitas a los hogares, vacunaciones, educación sanitaria
Inspector sanitario	Bachillerato en ciencias o humanidades	10 meses	Inspección sanitaria en servicios de salud pública
Inspector sanitario -especialista en diferentes aspectos del saneamiento.	6 años de primera enseñanza y 2 años de segunda enseñanza	5 meses	Aspectos especiales del saneamiento

En las páginas siguientes se presentan por separado para cada país datos más detallados acerca del adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares.

BRASIL

El campo de actividades de la enfermería. Entre el personal auxiliar de enfermería existe una gran variedad de trabajadoras, lo que también se puede apreciar por el número de empleadas activas en las diversas categorías de la enfermería:

Auxiliares de enfermería	8,400
Auxiliares de hospital	39,826
Visitadoras sanitarias	1,970
Auxiliares en unidades sanitarias	4,316
Auxiliares de maternidad	<u>1,152</u>
Total	55,664

Los requisitos de admisión para cursos y programas de enseñanza varían en consecuencia (varían inclusive de una institución docente a otra). Así, por ejemplo, en 1964 se dio un curso para visitadoras sanitarias en la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, que duró 5 meses (455 horas) y los requisitos de admisión fueron 5 años de primera enseñanza y 4 años de segunda enseñanza; 15 alumnas terminaron con todo éxito el curso. En la misma escuela, en 1964, hubo un curso para auxiliares de maternidad que duró sólo 3 meses (40 horas de conferencias y 129 horas de práctica) y un curso para auxiliares de hospital que duró 2 meses (240 horas); los requisitos de admisión para los dos cursos fueron 5 años de primera enseñanza. El número de alumnas que terminó satisfactoriamente el primer curso fue de 16, y el segundo de 22.

Todas estas cifras difieren considerablemente de las que se presentan en las páginas 8 y 9 correspondientes a Brasil. El adiestramiento de auxiliares de enfermería está a cargo de administraciones sanitarias federales y estatales. También pueden encontrarse programas muy amplios para el adiestramiento de diversas categorías de personal auxiliar de enfermería en el Servicio Especial de Salud Pública, en instituciones de seguridad social, algunos hospitales, escuelas de salud pública, etc.

Como aproximadamente el 80% del personal auxiliar de enfermería existente (según cálculos optimistas) carece de adiestramiento, las actuales instituciones docentes están abrumadas con responsabilidades para compensar esas deficiencias, lo que, en realidad, es más de lo que pueden realizar en la situación presente.

Lo que a este respecto debe ponerse de relieve es la serie de actividades del Servicio Especial de Salud Pública (SESP) que ha establecido el adiestramiento de un grupo específico de auxiliares de enfermería, el de las visitadoras sanitarias. He aquí los extractos del trabajo "La visitadora sanitaria: un procedimiento brasileño para emplear trabajadoras auxiliares de salud pública", escrito por la Jefa de la Sección de Enfermería del SESP, Ermengarda M.J. De Faria Alvim, que se refieren a este problema:

"Debido al número limitado de enfermeras disponibles, el SESP decidió que las enfermeras se utilizaran principalmente en la organización de servicios sanitarios, en programas de adiestramiento y en la supervisión de todas las actividades de enfermería. Los servicios directos al público estarían a cargo de auxiliares especialmente adiestradas.

"Tan pronto como fue posible contar con un número suficiente de enfermeras, se organizaron los primeros cursos para el adiestramiento de personal auxiliar. La trabajadora auxiliar de salud pública recibió el nombre de "visitadora sanitaria" y su adiestramiento tuvo por objeto el prepararla para las actividades básicas de la enfermería de salud pública. Ella se encargaría de informar al público acerca de los servicios del SESP, dar instrucciones sencillas acerca de la salud, cooperar en la prevención de enfermedades transmisibles y prestar asistencia de enfermería, especialmente a madres y niños.

"En la mayoría de las localidades más pequeñas la "visitadora" debe depender de sí misma, aunque recibe la supervisión periódica de una enfermera de salud pública que la ayuda a organizar el plan de trabajo.

"La "visitadora" colabora en los programas de saneamiento y control de las enfermedades transmisibles, difunde informaciones sobre la salud, hace visitas a escuelas y visitas pedidas especialmente por el médico del SESP, y practica inmunizaciones; busca casos de embarazos incipientes, recién nacidos, lactantes y niños enfermos, los remite a la clínica del SESP y los visita conforme a sus necesidades; se pone en contacto con las parteras empíricas y las organiza en grupos para darles instrucciones sencillas acerca de hábitos de higiene, técnicas de lavado de manos, cuidado adecuado del maletín de obstetricia y del equipo necesario para atender partos, atención del cordón umbilical, prevención de la oftalmía del recién nacido y atención de la madre y del niño durante los primeros días después del parto (el médico del SESP da instrucciones sobre la conducta adecuada ante el parto). Como en las tardes, a causa del calor, la "visitadora" únicamente hace visitas a los hogares en casos excepcionales, tiene tiempo de ayudar en la clínica del SESP, dar instrucciones después de la consulta clínica y demostraciones sobre preparaciones de fórmulas para biberón y otras actividades de enfermería, ayudar en los análisis de orina cuando es necesario y desarrollar actividades de grupo. También ayuda a reunir datos sobre salud y puede colaborar en estudios epidemiológicos específicos o de otra índole.

"Las aspirantes al adiestramiento se contratan localmente, es decir, en las localidades donde se espera que trabajarán ulteriormente. La selección se hace con todo cuidado. Por lo general hay una entrevista personal, un examen escrito a base del plan de estudios de la escuela elemental y una prueba de personalidad. Siempre que es posible, se hace una visita a la familia de la aspirante para observar el ambiente del hogar. Se obtiene mayor información de personas responsables de la colectividad, como profesores, el juez y representantes de grupos religiosos.

"El curso de adiestramiento generalmente tiene una duración de 6 meses y hasta hace poco tiempo se realizó bajo un sistema de internado escolar que estimulaba las actividades de manejo de casa y los hábitos higiénicos de vida. En un principio el curso comprendía materias como: introducción a la enfermería, saneamiento, control de enfermedades transmisibles, cuidado de la madre y del niño, y educación sanitaria. Aunque siempre se destacó la importancia de una correlación estrecha entre la teoría y la práctica, la mayoría de los cursos eran en realidad un curso abreviado de enfermería en el cual la instrucción sistemática desempeñaba una parte importante, aunque los cursos se daban en el interior del país y se utilizaban unidades del SESP para la experiencia en el terreno. Hace algunos años, debido a la rápida expansión del SESP, había una necesidad casi continua de personal auxiliar y por esa razón se adiestró un grupo especial de instructoras en la División de Educación y Adiestramiento y, con la colaboración de un experto en educación, se revisó completamente el plan de estudios. Todo el contenido del curso se reorganizó en cuatro unidades completas, fundándose en la teoría del aprendizaje unitario. El programa actualmente es el siguiente:

"I. Orientación para la función de visitadora sanitaria:

- A. La salud pública como profesión
- B. La colectividad, el campo de actividad de la "visitadora"
- C. El individuo como persona
- D. El aprendizaje como medio de adaptación

"II. El ser humano como ser viviente:

- A. El ser humano como organismo que vive y reacciona
- B. El cuerpo humano y cómo mantiene su forma
- C. Cómo se conserva vivo el ser humano
- D. Cómo entra en contacto con el mundo externo el ser humano

"III. Enfermedades más comunes que pueden afectar al ser humano y cómo prevenirlas:

- A. El ambiente físico y cómo influye sobre las condiciones de vida de las personas
- B. Función de las "visitadoras" en el control de las enfermedades transmisibles, en general
- C. Enfermedades transmisibles que pueden controlarse mediante medidas de saneamiento básico
- D. Enfermedades transmisibles que pueden controlarse mediante insecticidas y otros medios

"IV. Cuidado de la madre y del niño, como base para un programa de salud pública:

- A. La maternidad, un problema familiar y social
- B. El período de la gestación, sus características y exigencias
- C. El niño durante su primer año de vida
- D. El niño de uno a doce años

"Un aspecto importante es la relación estrecha entre la teoría y la práctica, pues la alumna tiene la oportunidad de observar y participar en actividades tan pronto como éstas se han expuesto en conferencias."

Es indudable que la "visitadora sanitaria" puede ser el tipo de trabajadora sanitaria que los servicios no hospitalarios de salud pública de Brasil podrían utilizar con gran éxito en la actualidad.

El campo de actividades del saneamiento. En el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares del campo de actividades del saneamiento también hay diferencias considerables tanto en requisitos de admisión como en la duración y los programas de los cursos. En 1964, la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro organizó un curso para inspectores sanitarios que duró 6 meses (455 horas). Las condiciones de admisión fueron 5 años de primera enseñanza y 4 años de segunda enseñanza. También hay cursos para inspectores sanitarios que duran sólo 4 meses y exigen toda la segunda enseñanza como condición para la admisión. Todas estas diferencias no pueden reducirse fácilmente a un común denominador. Deben ser el resultado de diversas tendencias y diversas condiciones en que se ha estado desarrollando el adiestramiento.

El campo de actividades de la estadística. Están en marcha preparativos para la organización de cursos de adiestramiento de trabajadores auxiliares en el campo de actividades de las estadísticas sanitarias. Se va a dar el primer curso, con 30 participantes, sobre una base experimental. Este curso, que va a durar un mes, tiene como finalidad la de preparar trabajadores de estadística de tipo auxiliar, quienes, a su vez, ayudarán a adiestrar al personal local para la recopilación y elaboración de datos estadísticos. El primer curso tendrá lugar en el Instituto de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Recife, en 1965, con la colaboración de la Cátedra de Bioestadística de la Escuela de Medicina de Recife. Los participantes serán seleccionados entre los empleados que hacen trabajo de estadística en instituciones sanitarias.

Los temas principales de los programas de adiestramiento son los siguientes: 1) Recopilación, registro y transmisión de informes de enfermedades notificables; 2) Registro y elaboración de certificados de nacimiento y defunción, y tabulación y uso de las estadísticas vitales; 3) Informes de servicios sanitarios, y 4) Presentación y análisis de datos estadísticos, inclusive tasas y porcentajes. Durante todo este adiestramiento se dará especial importancia a las definiciones y los procedimientos recomendados y a los usos de datos en los órdenes local, estatal, federal e internacional. Se dará instrucción sobre procedimientos de registro y estadísticas de hospitales, y sobre las responsabilidades de los hospitales por lo que respecta a proporcionar datos sobre enfermedades notificables, estadísticas vitales y servicios de hospital.

Hay el propósito de que estos cursos abarquen a todo el país. La Organización Panamericana de la Salud prestará su apoyo mediante consultores regulares y especiales.

EL SALVADOR

El campo de actividades de la enfermería. Desde 1956, en El Salvador se ha estado desarrollando el adiestramiento de auxiliares de enfermería dentro del sistema de cursos de un año. En estos cursos se adiestraron 445 auxiliares de enfermería desde 1956 hasta 1962. El programa de estos cursos hasta ese tiempo tenía como objetivo el adiestramiento de auxiliares de enfermería para los servicios de hospital. Un momento decisivo en el adiestramiento de auxiliares de enfermería es el que se efectuó en 1963, cuando se introdujo un nuevo programa que daba gran importancia a los aspectos de salud pública. En 1963 hubo 204 y en 1964 hubo 211 auxiliares de enfermería que terminaron el curso conforme a este nuevo programa. Estos cursos de un año se dividen en dos partes: la teórica y la práctica, cada una de 6 meses de duración. Este sistema de adiestramiento permite asistir al curso a las auxiliares de enfermería ya empleadas, pero sin adiestramiento. Se realiza esto de la manera siguiente: El adiestramiento se lleva a cabo en dos grupos. El primer grupo está formado por muchachas que acaban de ser contratadas pero que todavía no han trabajado (sumaron un total de 111 en 1964); comienzan su adiestramiento de un año con la primera parte del curso, la teórica o general. Cuando terminan los seis primeros meses de su adiestramiento teórico, van a trabajar en la práctica en los lugares de las auxiliares de enfermería que se han designado para iniciar su adiestramiento teórico de 6 meses (en tanto que ya poseen experiencia práctica). En 1964 hubo 100 de esas auxiliares de enfermería en el curso. Para 1965 se han hecho planes para 120 participantes recién contratadas, en el adiestramiento de un año y 120 auxiliares de enfermería ya empleadas, en el adiestramiento de 6 meses.

El programa de la parte teórica o general del curso, que dura 6 meses, es igual para ambos grupos (Anexo 3). El programa se concentra en la protección de la salud de la familia, dando gran importancia a la salud pública. El llamado programa teórico o general comprende, en sus 6 meses, 580 horas de adiestramiento teórico y 300 horas de trabajo práctico. Después de terminar el curso y de pasar con buen éxito los exámenes, las alumnas reciben certificados.

Los cursos se organizan localmente en cuatro regiones, en relación con cuatro grandes hospitales (Región Central, Hospital Rosales, San Salvador; Región Occidental, Hospital San Juan de Dios, Santa Ana; Región Paracentral, Hospital Santa Gertrudis, San Vicente; Región Oriental, Hospital San Juan de Dios, San Miguel). En cada curso hay dos instructoras de enfermería; una de ellas es la dirigente del curso. Las instructoras de enfermería se contratan localmente. Antes de comenzar el curso hay una reunión con todas las instructoras de enfermería para coordinar el programa y los métodos de enseñanza. Además de las instructoras de enfermería, participan en el curso como profesores trabajadores sanitarios locales (la nutricionista, el inspector sanitario, la enfermera de salud pública, etc.). Durante los 6 meses de trabajo práctico (la segunda parte del curso para el primer grupo de participantes), que se efectúa en las instituciones de salud pública que existen en la localidad, las alumnas reciben un subsidio mensual de 25 colones.

Los cursos para auxiliares de enfermería en El Salvador están sostenidos por el UNICEF.

Una gran mayoría de las auxiliares de enfermería son empleadas en hospitales o en pequeñas unidades hospitalarias de centros de salud. Además, desarrollan trabajos de responsabilidad en los departamentos de consulta externa de los centros de salud, en unidades móviles, dispensarios, en el terreno de la asistencia en el hogar y también en enfermería de salud pública. Debe señalarse que en El Salvador las auxiliares de enfermería, por regla general, no trabajan como substitutas de trabajadoras sanitarias de categorías profesionales sino como miembros de grupos sanitarios, con su propia responsabilidad respecto a funciones claramente definidas.

El campo de actividades del saneamiento. En el Servicio de Salud de El Salvador hay cerca de 140 inspectores sanitarios, 70 con adiestramiento normal, 52 sin adiestramiento alguno pero destinados a completarlo en unos cuantos años, y 23 que están trabajando desde hace años pero que no es probable que se les envíe a cursos regulares. El adiestramiento en cursos regulares con un año y medio de duración (6 meses de teoría y un año de trabajo práctico) se inició en 1952. El nuevo programa para el adiestramiento de inspectores sanitarios introducido hace 3 años está abreviado a 10 meses (4 meses de teoría y 6 meses de trabajos prácticos). En el antiguo programa preponderaba totalmente el saneamiento rural, mientras que en el nuevo programa existe el propósito de adiestrar inspectores sanitarios para zonas tanto urbanas como rurales. Los inspectores sanitarios trabajan en centros de salud y en unidades sanitarias como miembros del grupo sanitario y se encargan de vigilar instalaciones y equipos sanitarios y de poner en práctica medidas de higiene en el campo del saneamiento. Los inspectores sanitarios no tienen relación con la construcción de instalaciones sanitarias, ni siquiera en las zonas rurales; su función principal es la inspección. La construcción está bajo la responsabilidad de la Administración Nacional de Abastecimiento de Agua, no de los Servicios de Salud Pública.

Los cursos para inspectores sanitarios son organizados por la Escuela de Capacitación Sanitaria, en San Salvador, conforme a un programa establecido (Anexo 4). Es digno de mencionarse el sistema de contratación de alumnos. Se ofrecen solicitudes a algunos jóvenes que recientemente han terminado su segunda enseñanza y que primero van al campo a trabajar como ayudantes de inspectores sanitarios durante uno o más años. Siempre hay suficientes aspirantes, porque la universidad no puede admitir a todos los que terminan la segunda enseñanza. Además, también hay solicitantes entre los profesores que no pueden ser empleados por el Ministerio de Educación. Estos ayudantes obtienen cierta experiencia en el terreno y los que muestran aplicación son elegidos como alumnos para los cursos de inspectores sanitarios.

MEXICO

El campo de actividades de la enfermería. En los servicios de salubridad de México existen 12.304 auxiliares de enfermería. La mayoría de ellas no han pasado por un sistema organizado de adiestramiento.

El adiestramiento de este personal se lleva a cabo en centros de adiestramiento para auxiliares de enfermería, de los cuales hay nueve permanentes. Estos centros están bajo la dirección y se sostienen con el financiamiento de la Dirección de Educación Profesional. De 1959 a 1964, en esos centros terminaron sus cursos de enfermería auxiliar 1.121 estudiantes. Además, en diversas partes del país las administraciones sanitarias organizan cursos para auxiliares de enfermería, pero estos cursos no tienen carácter permanente. También existe una escuela para el adiestramiento de auxiliares de enfermería en el Distrito Federal, que pertenece a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y que hasta la fecha ha preparado unas 1.000 auxiliares de enfermería.

Conforme al plan para 1965, en cada uno de los nueve centros de adiestramiento se desarrollarán dos cursos de tres meses, con 20 alumnas en cada uno, lo que significa un total de 360 auxiliares de enfermería que terminarán su adiestramiento este año.

El programa de enseñanza de estos cursos (Anexo 5) es de carácter práctico. Persigue el objetivo de adiestrar auxiliares de enfermería para trabajar en hospitales y centros de salud, para lo cual les ofrece los conocimientos fundamentales de la enfermería de hospital y de salud pública.

En México se está desarrollando una actividad específica en relación con el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares que es digno de subrayar. En una Escuela de Enfermería de la Ciudad de México está en marcha el siguiente experimento, muy interesante: Las estudiantes que terminan el primer año reciben un certificado de Técnica en Enfermería que las acredita para trabajar como auxiliares de enfermería en todas las instituciones sanitarias. Pero las que desean recibir adiestramiento de enfermeras profesionales continúan con el segundo y el tercer años de enseñanza. En el primer año de estudios, que dura del 18 de febrero hasta el 14 de diciembre, se les enseñan las materias siguientes:

- Anatomía
- Microbiología y parasitología
- Fisiología y bioquímica
- Hospitales (generalidades)
- Historia de los hospitales y ética
- Introducción a la salud pública y la medicina preventiva
- Introducción a la cirugía en hospitales
- Nutrición
- Educación sanitaria
- Personalidad y enfermedad
- Introducción a la patología
- Higiene materno-infantil
- Español.

La enseñanza teórica comprende 460 horas y las clases prácticas 1080 horas.

Debe advertirse que en México precisamente en la actualidad se está examinando con gran interés lo que se refiere a las funciones y la formación del personal profesional y auxiliar de enfermería.

El campo de actividades de la nutrición. Dentro del programa de la Dirección de Educación Profesional hay dos cursos sobre nutrición, uno de nivel técnico y otro para auxiliares. El curso de nivel más alto dura tres años y el otro un año. Los dos cursos se imparten en la Escuela de Nutricionistas. El curso superior califica a las aspirantes al título de Nutricionista en Salud Pública y el elemental al título de Técnica de Nutrición. Las condiciones de admisión a esos cursos son las siguientes:

Para el curso de nivel más alto, que
dura tres años: 6 años de primera enseñanza y
5 a 6 años de segunda enseñanza
(bachillerato)

Para el curso de nivel inferior,
que dura un año:..... 6 años de primera enseñanza y
3 años de segunda enseñanza

Es interesante advertir que el adiestramiento durante el primer año, tanto en el curso de 3 años como en el de un año, se realiza conforme al mismo programa (Anexo 6), de manera que las alumnas del curso de 3 años pueden obtener, si así lo desean, el Certificado de Técnicas en Nutrición después de terminar el primer año de estudio, y este certificado les da derecho a trabajar en instituciones de salud pública como técnicas en nutrición, que constituye una carrera de categoría auxiliar.

El programa de enseñanza para el primer año de los dos cursos se lleva a cabo en forma de seminarios, debates y trabajo práctico en grupo en hospitales e instituciones de alimentación y nutrición de diversas localidades.

El campo de actividades del saneamiento. En el campo de actividades del saneamiento del medio existen en México dos tipos de auxiliares: el primero, de categoría superior, con un año de adiestramiento, es un grupo de sanitarios auxiliares (técnicos en saneamiento) que prestan ayuda técnica a trabajadores sanitarios profesionales de alta competencia (ingenieros sanitarios, funcionarios de salud pública) en labores de construcciones sanitarias, inspección sanitaria, organización de la colectividad en actividades de salud pública y administración. Los técnicos en saneamiento trabajan en los servicios de salud pública en los órdenes estatal y distrital. Cada distrito sanitario tiene, por regla general, un técnico en saneamiento que, además de desempeñar sus labores técnicas, tiene la responsabilidad de supervisar al personal auxiliar subalterno que trabaja en saneamiento en el distrito. La Escuela de Salud Pública organiza los cursos para técnicos en saneamiento (en el curso actual hay 13 alumnos). El programa de enseñanza del curso (Anexo 7) se divide en cuatro períodos que comprenden 10 meses de trabajo con un total de 1654 horas, de las cuales únicamente 670 se dedican a la teoría.

La categoría inferior de trabajadores sanitarios auxiliares en el campo del saneamiento obtiene un adiestramiento de tres meses y el título de práctico en saneamiento. Estas personas trabajan en zonas urbanas, donde se les llama tradicionalmente inspectores sanitarios, o en zonas rurales, donde se les llama prácticos en saneamiento. Hasta hace pocos años había cursos organizados especiales de tres meses para inspectores sanitarios. Actualmente sólo hay organizados cursos para prácticos en saneamiento destinados a trabajar en zonas rurales. La administración sanitaria trata de incluir tantos inspectores sanitarios existentes como sea posible en cursos para prácticos en saneamiento y enviarlos, después de terminar el curso, de las ciudades a las zonas rurales para trabajar allí. Conforme a la experiencia obtenida hasta la fecha, aproximadamente el 80% de los alumnos que se inscriben son inspectores sanitarios. Los cursos para inspectores prácticos se llevan a cabo en el terreno. En el plan para 1965 existe un curso para prácticos en saneamiento que se impartirá en Cuernavaca y otro que se dará en Chilpancingo, con 15 alumnos cada uno. El programa de enseñanza (Anexo 8) se propone ofrecer a los aspirantes los conocimientos y técnicas fundamentales del saneamiento rural (abastecimiento de agua rural, eliminación de aguas servidas en las zonas rurales, vivienda rural, control de vectores, etc.). Del total de horas de enseñanza (489), las clases prácticas comprenden 299 horas.

El campo de actividad de la estadística. En la Ciudad de México, la Escuela de Salud Pública organiza cursos de un año para técnicos en estadística aplicada a la salud pública. Este grupo de trabajadores sanitarios paramédicos está en el nivel técnico, no en el auxiliar. Los técnicos en estadísticas sanitarias trabajan en instituciones de salud pública y asistencia médica (hospitales, centros de salud, unidades sanitarias) y desempeñan todo el trabajo técnico relacionado con la estadística sanitaria. Una cantidad considerable de horas de enseñanza (151) se dedica a trabajo de biblioteca (trabajo ordinario en bibliotecas y bibliografía). Las condiciones de admisión al curso de técnicos en estadística sanitaria, que dura diez meses, son 6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza. El programa de estudios (Anexo 9) se divide en cuatro períodos con un total de 1531 horas de trabajo.

PERU

En Perú hay cuatro grupos de personal auxiliar de enfermería:

1. Auxiliares de enfermería, que suman 5783. De ellas, 4561 trabajan en hospitales y 1222 en servicios no hospitalarios. Del total de 5783 auxiliares de enfermería, 2954 carecen de todo adiestramiento sistematizado y 405 tienen algún adiestramiento breve (de menos de 3 meses). Únicamente 1658 auxiliares de enfermería han sido adiestradas durante 3 meses o más.

2. Ayudantes de enfermería, que suman 1703. De ellas, 1518 trabajan en hospitales y sólo 185 en servicios no hospitalarios. Este grupo está en situación peor aún que el anterior por lo que respecta a adiestramiento: únicamente 141 ayudantes de enfermería han sido adiestradas durante 3 meses o más; 77 tienen menos de 3 meses de adiestramiento. Este grupo representa el personal auxiliar de salud pública en su nivel más bajo.

3. Ayudantes sanitarios, que suman 190 y trabajan principalmente en instituciones no hospitalarias. En este grupo hay sólo 104 con un adiestramiento de 3 meses o más.

4. Auxiliares sanitarios y de inmunización, que constituyen un grupo de 671 personas, empleadas principalmente en el campo y encargadas de practicar las vacunaciones. Entre ellas hay sólo 140 con un adiestramiento de 3 meses o más.

Es decir, que de 8347 auxiliares que existen trabajando en diferentes campos de la enfermería, 1943 han sido adiestradas durante 3 meses o más, 3187 no tienen adiestramiento alguno, 790 están muy poco adiestradas (durante menos de 3 meses) y respecto a 2499 no hay información. Tomando en consideración todas estas cifras, puede concluirse con gran certidumbre que de un personal auxiliar de enfermería de 8347 trabajadores, aproximadamente 5000 tienen que recibir muy urgentemente un adiestramiento organizado. Es inútil insistir en la magnitud de este problema para la administración sanitaria de Perú. En realidad, en 1962 la administración sanitaria de Perú comenzó a organizar el adiestramiento de auxiliares de enfermería de la manera siguiente: bajo la dirección, la supervisión y el apoyo de la Escuela de Salud Pública de Lima, las Areas de Salud organizan cursos locales de seis meses, adaptados a las necesidades locales. De octubre de 1962 hasta abril de 1965 se organizaron 17 de esos cursos en los cuales se adiestraron 579 estudiantes. Algunos cursos están en marcha (en Lima y Cuzco) y para 1966 se han planeado seis cursos más, con 340 aspirantes. Las condiciones de admisión son cinco años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza. Se da preferencia a las aspirantes que además de cumplir con los requisitos de admisión ya han trabajado en instituciones sanitarias como auxiliares de enfermería sin adiestramiento.

El adiestramiento durante los cursos locales en las Areas de Salud lo organizan y llevan a la práctica enfermeras profesionales locales con experiencia que siguen cursos breves en la Escuela de Salud Pública a fin de estar capacitadas para desempeñar satisfactoriamente sus funciones educativas.

El programa del curso (Anexo 10) se divide en dos partes: teórica y práctica, cada una de 3 meses de duración. Del número total de horas (1011), aproximadamente dos tercios (715) se dedican a trabajos prácticos. Debe subrayarse que la mayoría de las aspirantes van a trabajar en hospitales.

El campo de actividades del saneamiento. Aproximadamente 140 inspectores sanitarios se dedican a las actividades de saneamiento. Según su adiestramiento fundamental y el contenido del curso que terminaron, representan trabajadores sanitarios de nivel técnico más que auxiliar. Además, en Perú, en el campo de actividades del saneamiento, hay todavía una cantidad de sanitarios auxiliares sin adiestramiento alguno. Para este pequeño grupo de trabajadores auxiliares de campo no se ha previsto adiestramiento, porque se cree que este grupo se irá eliminando gradualmente de los servicios sanitarios.

Bajo la dirección, la supervisión y el apoyo de la Escuela de Salud Pública de Lima, las Areas de Salud han estado organizando, desde 1962, cursos de seis meses para inspectores sanitarios, en cada uno de los cuales se admite un máximo de 20 alumnos. En 1963 y 1964, se organizaron seis de esos cursos en los cuales se adiestraron 100 estudiantes. Para 1965 y 1966 se han planeado dos cursos por año (en total, 4 cursos con 80 estudiantes). Los profesores para estos cursos se obtienen entre el personal profesional local, los profesores de la Escuela de Salud Pública y de otras instituciones (Programa Nacional de Ingeniería Sanitaria, etc.).

El programa del curso (Anexo 11) se divide en dos partes: teórica, con 278, y práctica, con 232 horas de enseñanza (510 en total). Es importante destacar que la enseñanza se adapta a las necesidades locales y se lleva a cabo localmente.

El campo de actividades de la estadística. El adiestramiento de técnicos en estadística, que --por lo que respecta a su adiestramiento fundamental y al contenido del curso que terminan-- podrían clasificarse dentro del grupo técnico de trabajadores sanitarios, se inició en Perú en 1964 cuando se organizó en la Escuela de Salud Pública, con la colaboración de consultores de la OMS, el primer curso de seis meses sobre estadística sanitaria, en el cual 18 aspirantes obtuvieron su adiestramiento. Se ha organizado un curso más del mismo tipo para 1965 y otro para 1966, con 20 participantes en cada uno. Los requisitos de admisión son 5 años de primera enseñanza y 5 años de segunda enseñanza.

El programa del curso (Anexo 12) comprende 766 horas de enseñanza teórico-práctica y 4 semanas de trabajo práctico de estadística en instituciones sanitarias. Está destinado a adiestrar personal técnico para que trabaje en estadísticas sanitarias en hospitales y otras instituciones de salud pública.

VENEZUELA

El campo de actividades de la enfermería. En los servicios sanitarios de Venezuela hay 10828 auxiliares de enfermería. Hay tres tipos de cursos para el adiestramiento de auxiliares de enfermería, a los cuales se admite cumpliendo el requisito de 6 años de primera enseñanza.

El primer tipo. Cursos de un año para auxiliares de enfermería, durante los cuales las alumnas completan un año de segunda enseñanza. En el año académico 1964/1965, hubo tres cursos de ese tipo:

	<u>Número de solicitantes</u>	<u>Número de las matriculadas</u>
a) El Curso de Auxiliares de Enfermería en el Distrito de San Bernardino, Caracas	240	83
b) El Curso de Auxiliares de Enfermería, en el Hospital Central de Barcelona	30	20
c) El Curso de Auxiliares de Enfermería, en el Hospital "Núñez Tovar", de Maturín	120	70

Todos estos cursos de un año se imparten conforme al mismo programa de enseñanza (Anexo 13) con el propósito de adiestrar auxiliares de enfermería únicamente para servicios de hospital.

El segundo tipo. Cursos de cuatro meses para auxiliares de enfermería, impartidos conforme al mismo programa de enseñanza (Anexo 14), con el propósito de enseñar conocimientos básicos de enfermería únicamente por lo que respecta a servicios de hospital. Más del 80% del programa de enseñanza está dedicado al adiestramiento práctico. La mayoría de las alumnas son auxiliares de enfermería ya empleadas en hospitales, que tienen cierta experiencia práctica pero ningún adiestramiento sistematizado. Las participantes que terminan el curso con las mejores notas son enviadas a cursos de un año para auxiliares de enfermería con objeto de aumentar su adiestramiento.

El tercer tipo. Cursos de tres meses para auxiliares de enfermería que trabajan en servicios de "Medicina Simplificada".

Antes de describir el adiestramiento de auxiliares que trabajan en el sistema del "servicio de medicina simplificada", debe mencionarse que en Venezuela, en la categoría local inferior en las zonas rurales, existen los Dispensarios Rurales. Estos son pequeñas estaciones sanitarias cuyo personal es la auxiliar de enfermería encargada de los primeros auxilios en casos de enfermedades y accidentes, de la educación sanitaria, las vacunaciones, etc. Las auxiliares de enfermería trabajan bajo la supervisión del médico procedente del centro de salud de la zona una o dos veces a la semana. En 1964 había 1050 unidades pequeñas de ese tipo en Venezuela, con un número igual de auxiliares de enfermería. Casi ninguna de ellas tiene adiestramiento sistematizado. Para las auxiliares de enfermería que trabajan en dispensarios rurales se han organizado cursos sobre la llamada "medicina simplificada".

En relación con el asunto del adiestramiento de personal sanitario auxiliar para dispensarios rurales quizás sea útil citar las palabras de renombrados dirigentes de la salud pública en Venezuela (José Ignacio Baldó, Juvenal Curiel, Oscar Lobo Castellanos: "La erradicación de la tuberculosis, tarea para planeación actual y acción futura. La tuberculosis en las zonas rurales de Venezuela."), quienes dicen:

"El problema planteado en todos los campos de la salud por una población rural esparcida nos condujo recientemente en Venezuela a instituir lo que se llama servicios médicos simplificados. Para estar en armonía con la terminología que se adoptó hace veinte años, se le ha llamado la red cuaternaria. Significa, sencillamente, la administración de asistencia a la población rural para los casos médicos más sencillos y más comunes que se reconocen fácilmente mediante personal auxiliar debidamente adiestrado y estrechamente supervisado. Se ejerce en el puesto sanitario situado en la categoría inferior, que en Venezuela está representada por el dispensario rural. El personal que atiende a éste

es la auxiliar de enfermería y los trabajadores sanitarios profesionales asignados al puesto sanitario rural más cercano. Durante las visitas de estos profesionales, que realizan a intervalos variables, dan consultas sobre tratamientos, pero el número de casos es tan alto que los resultados son frustráneos. En el país existe algo más de un millar de esos servicios.

"Hasta el último puesto sanitario queda incorporado al arsenal de salud pública del país por medio de un manual de procedimientos que establece clara y sencillamente un programa mínimo preventivo y curativo, y de un curso de tres meses de adiestramiento que se da en un centro de salud rural para grupos no mayores de 12 auxiliares de enfermería a cargo de una enfermera graduada, preparada en la enseñanza y la supervisión y que dedica su tiempo exclusivamente al adiestramiento de esos grupos.

El servicio médico simplificado tiene las características siguientes:

1. La medicina preventiva no está separada de la medicina curativa;
2. La única clase de actividad curativa que se ofrece es el tratamiento ordinario de enfermedades comunes y fácilmente identificable.
3. Se ofrece un servicio integrado mínimo en la categoría local inferior.
4. Existe supervisión adecuada, y
5. El procedimiento sirve fundamentalmente para establecer un sistema organizado de remisión de casos a los lugares donde pueden encontrarse servicios médicos.

"A estos cursos también tienen acceso misioneros católicos y protestantes, así como el personal militar de la Guardia Nacional en las zonas rurales y fronterizas. Además de sus funciones propias, estos grupos enseñan a leer y escribir y tienen algunos conocimientos elementales de enfermería, lo que facilita el adiestramiento en nuestros cursos. Las regiones en que están estacionados carecen de toda infraestructura sanitaria y ellos proporcionan sus propios medios de transporte y comunicaciones."

La naturaleza del "servicio médico simplificado" debe considerarse con mucha cautela. En primer lugar, debe subrayarse que "servicio médico simplificado" no representa un sistema especial, independiente, de servicios sanitarios sino únicamente una de las categorías del servicio sanitario regionalizado tal como se lleva a cabo en Venezuela. El "servicio médico simplificado" funciona en 1050 dispensarios rurales, a cargo, hasta ahora, de auxiliares de enfermería sin adiestramiento. Estas auxiliares de enfermería deben ser adiestradas.

En segundo lugar, dentro del sistema de dispensarios rurales, el "servicio médico simplificado", además de todas las posibilidades de remisión de casos a niveles más altos, cuenta con una amplia red de centros de salud rurales ("medicaturas rurales") y centros de salud, tanto unos como otros con amplios servicios hospitalarios y no hospitalarios a su disposición. La auxiliar de enfermería trabaja en el dispensario rural bajo una supervisión constante y bajo la dirección del médico que llega al dispensario procedente del centro de salud una o dos veces por semana. El mismo médico tiene la misión de mejorar continuamente los conocimientos y la habilidad de la auxiliar de enfermería.

En relación con estas funciones del médico (supervisión, orientación y adiestramiento en el servicio) deben mencionarse los cursos para los médicos que dirigen centros de salud. Estos cursos, encaminados a desarrollar la comprensión y el conocimiento de diversos campos de la práctica de la salud pública en médicos dirigentes, son organizados por la Escuela de Salud Pública de Caracas. Duran 18 semanas (700 horas): diez semanas en la propia Escuela y 8 semanas en Centros de Salud y Adiestramiento (Centros de Salud de Bia de Cura y de San Sebastián). En el curso del adiestramiento se da a los médicos información fundamental sobre los temas siguientes: pediatría, control de la tuberculosis, cardiología, lucha contra el cáncer, control de las enfermedades venéreas, dermatología (leprología), administración de salud pública, saneamiento del medio, estadísticas vitales, epidemiología, educación sanitaria, salud mental, higiene de los alimentos y administración de hospitales. Pueden esperarse resultados alentadores del sistema de "servicios médicos simplificados" gracias precisamente a este grupo de médicos.

Los programas de enseñanza de los cursos para las auxiliares de enfermería que trabajan en dispensarios rurales son de carácter práctico en su mayoría y sus principios fundamentales están expuestos en el manual "Instrucciones sobre protección a la salud en poblaciones rurales dispersas, por personal no profesional", del Dr. Emilio López Vidal, Caracas, 1964. Respecto al contenido del manual, véase el Anexo 15. Hasta la fecha los cursos para auxiliares de enfermería que trabajan en el sistema de "servicios médicos simplificados" se imparten con carácter experimental en cinco estados de Venezuela (Apure, Aragua, territorio de Amazonas, Yaracuy, Trujillo).

El campo de actividades del saneamiento. Conforme a los datos obtenidos, en 1964 trabajaba en Venezuela el siguiente personal auxiliar de saneamiento del medio:

Inspectores sanitarios - Dirección de Malariología y Saneamiento del Medio	833
Inspectores sanitarios - Dirección de Salud Pública	300

En realidad, en Venezuela, en el campo de actividades del saneamiento del medio, funcionan dos servicios separados, uno establecido dentro de la Dirección de Malariología y Saneamiento del Medio, y otro dentro de la Dirección de Salud Pública. En el primero hay 195 ingenieros Sanitarios (aproximadamente la mitad de ellos con grado de maestro en ingeniería sanitaria) y 833 inspectores sanitarios. Estos últimos constituyen un grupo de trabajadores sanitarios auxiliares estrechamente especializados que desempeñan ciertas tareas relacionadas con actividades sanitarias claramente definidas, como el abastecimiento de agua en zonas rurales, la vivienda rural, la erradicación del paludismo, el control de helmintos, el control de la bilharziasis, la higiene industrial, etc. En vista de sus funciones auxiliares específicas, reciben un adiestramiento específico en la Escuela de Malariología y Saneamiento del Medio.

La Dirección de Salud Pública desarrolla sus actividades en materia de saneamiento del medio (higiene de los alimentos, control de epidemias, higiene industrial, etc.) por medio de oficiales de salud pública, veterinarios de salud pública e inspectores sanitarios. Estos últimos, como trabajadores sanitarios auxiliares, ayudan en su labor a los oficiales de salud pública y a los veterinarios de salud pública. Actualmente hay unos 300 inspectores sanitarios entre el personal de la Dirección de Salud Pública. La mayoría de ellos no tiene adiestramiento sistematizado, mientras el resto ha completado un curso de diez meses para inspectores sanitarios en la Escuela de Salud Pública de Caracas. Es decir, que en el campo de actividades del saneamiento del medio en Venezuela, hay dos tipos de auxiliares:

1. Inspectores sanitarios especializados para trabajos claramente definidos, adiestrados en la Escuela de Malariología y Saneamiento del Medio. Como ejemplo de este adiestramiento puede citarse el Curso para Inspectores de los Sistemas Rurales de Abastecimiento de Agua. Los requisitos de admisión a este curso son 6 años de primera enseñanza y 2 años de segunda enseñanza. Dura 5 meses. El programa de enseñanza de ese curso está orientado estrictamente al adiestramiento de los aspirantes para desempeñar las funciones especiales de los inspectores sanitarios en la práctica (Anexo 16). En cada curso se admiten 15 aspirantes. Otro ejemplo: en 1964 la Escuela organizó un curso para inspectores sanitarios especializados en construcciones sanitarias (20 participantes). En la parte fundamental del curso (306 horas de conferencias) se enseñaron las materias siguientes: aritmética aplicada, geometría aplicada, español, lectura de mapas, epidemiología, saneamiento del medio, administración sanitaria y legislación sanitaria. En la parte especial del curso (365 horas, de las cuales 156 fueron clases prácticas de laboratorio y trabajo de campo) se enseñaron las materias siguientes: abastecimiento de agua potable, procedimientos administrativos en el control de construcciones, tratamiento y eliminación de agua, topografía, inspección de construcciones, inspección de sistemas de entubación, procedimientos administrativos relacionados con el control de la eliminación de aguas servidas, urbanización y construcciones.

2. Inspectores sanitarios de carácter general, adiestrados en la Escuela de Salud Pública. El programa del curso (Anexo 17) tiene por objeto adiestrar inspectores sanitarios para trabajos múltiples en la categoría de auxiliares, capaces de ayudar a trabajadores profesionales de salud pública (médicos, veterinarios, ingenieros sanitarios) en todos los campos del saneamiento del medio.

El campo de actividades de la estadística sanitaria. En Venezuela hay dos categorías de bibliotecarios de registros médicos. Uno está en un nivel mucho más elevado que el otro y puede clasificarse como personal técnico más que como auxiliar. El primer grupo desempeña trabajo técnico y el otro trabajo auxiliar en hospitales y otras instituciones sanitarias. En el adiestramiento de los dos grupos de bibliotecarios y archivistas

médicos Venezuela tiene una tradición relativamente grande. En 1950 se iniciaron los cursos para bibliotecarios y archivistas médicos de carácter técnico. Actualmente está en marcha el curso décimoquinto. En cuanto a los bibliotecarios de registros médicos auxiliares, está en marcha el cuarto curso, que dura 3 meses. Debe señalarse que en los servicios de hospital hay 170 bibliotecarios de registros médicos auxiliares y que únicamente 100 de ellos han estudiado el curso de tres meses.

En el curso de un año para bibliotecarios y archivistas médicos se admiten 20 estudiantes cada año (este año hay tres estudiantes de otros países latinoamericanos en el curso). Suele haber de 60 a 70 solicitantes, lo que permite una buena selección. Hasta la fecha 172 alumnos han terminado este curso. De ellos, 101 están empleados en hospitales. Los cursos de un año se imparten en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Caracas, y los cursos de tres meses en hospitales en el campo.

Los requisitos de admisión para el curso de un año son 6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza. El programa de estudios (Anexo 18) se divide en dos partes: 1) teórica, con 625 horas de conferencias y trabajos prácticos, y 2) práctica (de carácter totalmente práctico) que dura dos meses y medio y se realiza en el terreno, en hospitales y otras instituciones sanitarias.

Los requisitos de admisión para el curso de 3 meses para bibliotecarios de registros médicos auxiliares son 6 años de primera enseñanza y diploma de mecanografía. El programa de enseñanza comprende tres campos fundamentales: terminología médica, manejo técnico y archivos de los registros médicos, y estadísticas de hospital.

En los dos cursos el adiestramiento se efectúa conforme a los principios establecidos en el Manual for Medical Record Librarians, por Huffman (Physicians Record Company, Chicago).

IV. ADIESTRAMIENTO Y EMPLEO DE PERSONAL AUXILIAR DE SALUD PUBLICA EN LA AMERICA LATINA

Todo aquel que examine el adiestramiento y el empleo de personal auxiliar de salud pública en la América Latina debe darse cuenta de que este problema no puede abordarse tomando como base una fórmula universal aplicable a todos los países latinoamericanos. El examen debe relacionarse únicamente con los principios fundamentales que pueden contribuir a que estos países y la Organización Mundial de la Salud adopten más fácilmente una actitud hacia este complejo problema y dirijan en consecuencia sus respectivas políticas futuras a larzo plazo. Diferentes condiciones geográficas, económicas, sociales, de educación y de salud requieren procedimientos específicos adaptados a las necesidades y posibilidades de cada país. Por supuesto, en la práctica el intercambio de experiencias y la aplicación prudente de soluciones satisfactorias pueden siempre resultar útiles.

Posición de los auxiliares entre los trabajadores sanitarios

Suele dividirse a todos los trabajadores sanitarios en tres categorías: profesionales, técnicos y auxiliares. Históricamente, las tres categorías se han desarrollado gradualmente en relación con la especialización en medicina y la expansión de los servicios sanitarios, y el sistema de adiestramiento por aprendizaje se utilizó primero para compensar la falta inicial de instrucción sistematizada. Más tarde el desarrollo de la medicina como ciencia y ejercicio profesional hizo surgir la necesidad de una preparación organizada que en la mayoría de los casos se inició en forma de cursos más breves o más largos y luego llegó a ser el sistema de escuelas profesionales.

Los trabajadores sanitarios auxiliares deben ser los trabajadores de salud pública que participen en las actividades encaminadas a la promoción de la salud o al control de enfermedades, con funciones y responsabilidades claramente definidas. Si se considera así a los trabajadores sanitarios auxiliares, fácilmente puede deducirse que de ninguna manera constituyen trabajadores sanitarios esporádicos o temporales que puedan desaparecer tan pronto como existan suficientes profesionales, sino que constituyen una categoría muy importante de trabajadores sanitarios, quizás tan importante como las otras dos, que en los servicios de salud pública de hoy en día está alcanzando el carácter de una ocupación especial que asegura una carrera permanente.

Sin embargo, hay casos en que los trabajadores sanitarios auxiliares funcionan como substitutos de ciertas categorías profesionales y técnicas. Esta función de substitución debe ser de carácter transitorio y su razón de ser debe desaparecer con un número suficiente y una distribución adecuada de trabajadores sanitarios profesionales y técnicos.

En otras palabras, los trabajadores sanitarios auxiliares pueden realizar labores sanitarias:

- 1) como miembros de los equipos sanitarios formados por trabajadores profesionales, técnicos y auxiliares de salud pública; en esos grupos de trabajo cada una de las categorías antes citadas desempeña una porción de trabajo definida con precisión y tiene responsabilidades precisamente definidas.

- 2) como substitutos de determinadas categorías de trabajadores sanitarios profesionales y técnicos, en cuyo caso realizan trabajos para los que se requiere una cierta competencia profesional o técnica (que ellos no poseen), así como un cierto grado de responsabilidad (que está por encima de sus conocimientos y habilidades). Debe tenerse presente este hecho al considerar el problema del adiestramiento y el empleo de trabajadores sanitarios auxiliares.

Mientras el primer tipo de trabajadores sanitarios auxiliares es una característica regular y una consecuencia normal del trabajo de grupo aplicado a resolver complicados problemas de salud y enfermedad, el segundo tipo es el resultado de la escasez o de la distribución desigual de trabajadores sanitarios profesionales o técnicos en cada país. El primer tipo debe llegar a constituir una característica permanente de la estructura de los servicios de salud pública, en tanto que el segundo debe ser sólo temporal. Al referirse a los países latinoamericanos puede decirse con gran certidumbre que el primer tipo de trabajadores sanitarios auxiliares --y el gran número de ellos, después de todo-- es absolutamente necesario para estos países, como lo es para otros países del mundo, y que el segundo tipo debe considerarse una medida transitoria excepcional. A este respecto debe decirse que en algunos países latinoamericanos, la existencia de grupos de trabajadores sanitarios auxiliares con una función substitutiva no es el resultado de una verdadera escasez sino de una distribución desigual de ciertas categorías de trabajadores sanitarios profesionales y técnicos. La distribución de trabajadores sanitarios en general --parece apropiado decirlo al llegar a este punto-- es un factor sumamente importante al abordar el problema del adiestramiento y el empleo de los trabajadores sanitarios auxiliares.

Si dentro de los modernos servicios sanitarios el trabajador sanitario auxiliar tiene su verdadero lugar y debe tenerlo también en lo futuro (acerca de lo cual no cabe dudar), es necesario que dentro de un amplio margen de los más variados tipos de trabajadores sanitarios se le otorgue una posición adecuada que no debe representar un empleo temporal y poco apreciado, sino una carrera permanente y atractiva. En vista de lo anterior, debe tomarse en consideración que a estos trabajadores sanitarios se les da un título que continuamente contiene la palabra "auxiliar" (auxiliar de enfermería, técnico auxiliar, auxiliar de medicina, etc.). En los cien últimos años ha tenido lugar en la medicina una distribución completa de funciones que ha dado por resultado la formación de diversas profesiones médicas y paramédicas, y de diferentes especialistas y superespecialistas dentro de cada una de las profesiones. Al mismo tiempo se ha introducido en la medicina el trabajo de equipo que ha llegado a ser una necesidad dentro del ejercicio médico actual, multiprofesional y multi-especializado. Dentro del grupo de trabajo se han establecido muchos puestos: dirigentes, altamente preparados, preparados, semipreparados y auxiliares. Sin embargo, con frecuencia también los puestos auxiliares están ocupados por trabajadores sanitarios de alta preparación, pero nadie parece recalcar este hecho y en tales casos se evita el título de "auxiliar", lo que está muy bien, porque éste tiene un carácter discriminador y provoca sentimientos de inferioridad. Es fácil comprender estos sentimientos si se piensa en los sinónimos de la palabra "auxiliar": subsidiario, accesorio, subordinado, ayudante, todos ellos poco atractivos para cualquiera. No obstante, la medicina de nuestros tiempos ha nombrado a todo un grupo de trabajadores sanitarios, al más numeroso (para hacer mayor aún la paradoja) como "auxiliares", aunque este grupo, en relación con los principios del trabajo en equipo, tiene funciones claramente definidas, desempeña las tareas para las que se requieren ciertas capacidades, y, lo que es de la mayor importancia, comparte la responsabilidad con otros

miembros del grupo de trabajo en su labor hacia un fin determinado. Por esta razón algo debe hacerse a este respecto con objeto de que pueda omitirse la palabra "auxiliar" en los títulos de estas categorías de trabajadores sanitarios, si no por otra razón ciertamente sí por razones psicológicas. Después de todo, el punto de vista correcto en este asunto es el de que cada trabajador sanitario pertenece a un campo determinado y que la diferencia entre ellos debe buscarse en el grado de su instrucción, que los coloca en diferentes niveles y para los cuales no tienen que emplearse títulos discriminatorios. Sin entrar en el problema de determinar si la división de los trabajadores sanitarios en tres categorías --profesionales, técnicos y auxiliares-- es la más afortunada o no, considero necesario que se encuentre un título adecuado para la categoría de trabajadores sanitarios auxiliares, y esto, en el caso de los países latinoamericanos con sus ricos vocabularios, ciertamente debe constituir algo poco difícil.

Los trabajadores sanitarios auxiliares y la planeación sanitaria nacional

El problema de los trabajadores sanitarios auxiliares debe abordarse dentro del plan nacional de salud. En consecuencia, el adiestramiento y el empleo de trabajadores sanitarios auxiliares debe ser parte integrante del desarrollo de personal sanitario en general.

En las distintas fases de un sistema planeado para el adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares, deben llevarse a cabo las acciones siguientes:

- 1) determinar los problemas de salud de un país determinado, así como los medios y las formas de organización que van a emplearse en las actividades encaminadas a abordar estos problemas;
- 2) definir la participación de cada una de las categorías de trabajadores sanitarios auxiliares en la solución de los problemas de salud y determinar su posición en el esquema de organización sanitaria;
- 3) hacer el censo del personal sanitario en su totalidad, y de los trabajadores sanitarios auxiliares en particular, con el objeto de determinar su número, su adiestramiento fundamental y técnico, la forma de su utilización y otros elementos necesarios para la planeación del adiestramiento y el empleo de trabajadores sanitarios auxiliares en lo futuro. Ese censo proporcionará la base para tener constantemente un índice de todas las categorías de trabajadores sanitarios;
- 4) elaborar un plan anual realista de necesidades y de enseñanza (establecimiento de escuelas, planes de estudios, etc.) de los trabajadores sanitarios auxiliares (y de todas las demás categorías), teniendo presentes no sólo las necesidades sino también las posibilidades de empleo;
- 5) poner en vigor reglamentos que establezcan principios fundamentales, funciones, puestos y normas en relación con el adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares.

En el desarrollo de sus servicios sanitarios casi todos los países latinoamericanos han llegado a una fase en la cual la participación de trabajadores sanitarios auxiliares en la solución de los problemas de la salud y la enfermedad ya no pueden considerarse una necesidad temporal y transitoria sino una necesidad permanente que requiere una solución precisa, si no en sus detalles por lo menos en principios. El adiestramiento de las categorías profesionales de trabajadores sanitarios, que requiere largo tiempo, los altos costos de su instrucción y utilización, y, lo que es más importante, la distribución de trabajo dentro del equipo sanitario, crean una necesidad permanente de trabajadores sanitarios auxiliares de diversos tipos. Es evidente que resulta antieconómico y técnicamente erróneo el asignar trabajadores sanitarios con capacidad profesional y experiencia a empleos que pueden ser desempeñados satisfactoriamente por trabajadores sanitarios con un nivel inferior de preparación. Esto se relaciona especialmente con actividades tales como la erradicación y el control de enfermedades en gran escala, campañas de saneamiento del medio y localización de casos en actividades médicas en la colectividad. Si se agregan todas esas ocasiones especiales en las que los trabajadores sanitarios auxiliares actúan en substitución de determinadas categorías de trabajadores sanitarios profesionales, resulta obvio que el problema de los trabajadores sanitarios auxiliares tiene la más alta prioridad y debe constituir un interés permanente para los países latinoamericanos.

V. OBSERVACIONES SOBRE EL ADIESTRAMIENTO DE TRABAJADORES SANITARIOS AUXILIARES

Aunque debe abordarse el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares en conformidad con las necesidades y condiciones específicas de cada país, puede ser útil --como se indicó en la introducción-- el examen de algunos principios generales que contribuyan a proporcionar una base para la solución de este complejo problema en cada uno de los países latinoamericanos. Pero antes de comenzar ese examen, debe responderse a la pregunta siguiente: ¿Qué categorías de trabajadores sanitarios auxiliares deben proyectarse para los servicios de salud pública de los países latinoamericanos? La respuesta no es difícil: los que se dedican a actividades de enfermería, saneamiento, odontología, estadística, técnicas de laboratorio y otras similares. En realidad, no es fácil enumerar todas las categorías que se necesitan, pero una cosa parece cierta: en los países latinoamericanos, en relación con el número de médicos y el número de escuelas de medicina, así como su "producción" actual y potencial, no es necesario prever auxiliares en el campo de la medicina. En otras palabras, en los países latinoamericanos no hay necesidad urgente de educar trabajadores sanitarios del tipo de los "ayudantes médicos" que se encuentran como substitutos de los médicos en una serie de países en desarrollo donde hay una gran escasez de médicos, o trabajadores sanitarios del tipo de los "feldshers" que se

encontraban en la Unión Soviética en el período siguiente a la Revolución. La razón principal de la escasez de médicos en casi todos los países latinoamericanos radica en su distribución desigual, que, mediante ciertas medidas, podría mitigarse en gran proporción (una mejor remuneración de los médicos que trabajan en zonas remotas, construcción de centros de salud con alojamiento para médicos, el sistema de rotación, el trabajo obligatorio en zonas rurales, prerrogativas en los sistemas de pensión, etc.).

Además, algunas de las actuales escuelas de medicina de la América Latina están en condiciones de aumentar el número de sus estudiantes, lo cual en un tiempo muy corto puede conducir a un aumento considerable de médicos. Aunque por una parte esta opinión de que no se necesitan auxiliares en el campo médico parece ser correcta y válida para todos los países latinoamericanos, por otra parte, probablemente no existe otro campo en el cual no sean necesarios los auxiliares, además de los profesionales. Considerando el asunto desde este punto de vista y teniendo en cuenta las condiciones de vida y las necesidades de los países latinoamericanos (señaladas en los capítulos I, II y III), al parecer conviene aclarar los aspectos siguientes en relación con el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares:

1. Trabajadores sanitarios auxiliares para uno o para muchos fines

Al planear el adiestramiento, la primera decisión que debe tomarse es la de si tiene que adiestrarse a personal sanitario auxiliar dentro de una categoría definida, para uno o para múltiples fines. La decisión depende de varios factores. En primer lugar debe subrayarse que el tipo y, en consecuencia, el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares, están determinados por circunstancias y necesidades específicas, que varían no sólo de país a país sino también de una región a otra dentro de un mismo país. Para no mencionar sino un ejemplo: es muy cierto que una auxiliar de enfermería en un hospital, como miembro de un equipo de hospital, tiene que obtener un adiestramiento completamente distinto al de una auxiliar de enfermería que trabaje sola, con la supervisión esporádica del médico o de la enfermera profesional, en una pequeña estación sanitaria en algún lugar de una zona rural remota. Igualmente, un trabajador sanitario auxiliar dedicado al saneamiento rural tiene que obtener un adiestramiento por completo diferente del que debe darse a una persona responsable de actividades definidas de saneamiento en una ciudad. El sistema del adiestramiento para fines múltiples tiene una ventaja, porque proporciona al estudiante un conocimiento más completo de un determinado campo más amplio, abre horizontes más dilatados y ofrece más oportunidades de empleo. Por otra parte, el adiestramiento para un sólo fin tiene también sus ventajas, porque estando limitado a un campo más estrecho va más profundamente a los problemas y proporciona una cierta cantidad de capacidad específica que a menudo corresponde a un aspecto del conocimiento profesional en el campo respectivo. Pero en este último caso están restringidas las oportunidades de utilización y empleo. Cuando se toma una decisión respecto al tipo de trabajadores sanitarios auxiliares, debe considerarse un factor más: la duración del adiestramiento. Si hay

tiempo y dinero suficientes para el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares, de manera que éste puede durar más de un año (quizás hasta dos), entonces conviene pensar en un programa de enseñanza para múltiples fines. En casos en que existe una necesidad urgente de un gran número de trabajadores sanitarios auxiliares o cuando, por razones económicas, se organizan cursos de menos de un año, sólo excepcionalmente puede planearse el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares para muchos fines. Por supuesto, la respuesta a la pregunta también depende del propósito para el cual se adiestra al trabajador sanitario auxiliar. Si, por ejemplo, el servicio de salud necesita auxiliares para trabajar en un laboratorio para descubrir casos de esquistosomiasis, no es necesario que los aspirantes cumplan con un programa de adiestramiento para fines múltiples sobre técnicas de laboratorio sino sólo que dominen la técnica para descubrir casos de esquistosomiasis. El problema del trabajador sanitario auxiliar para uno o para muchos fines también puede abordarse de la manera siguiente: en ciertos casos puede justificarse que se dé un adiestramiento general para fines múltiples a los aspirantes en la primera fase de su preparación y luego, en la segunda fase, que se especialicen y lleguen a ser auxiliares para un fin específico. He aquí un ejemplo del campo de la enfermería:

<u>Primera fase:</u>	<u>Segunda fase:</u>
6 meses: enfermería	enfermería de hospital salud mental
	6 meses: enfermería de salud pública higiene de la madre y del niño etc.

Este sistema requiere por lo menos un año de adiestramiento.

En los países latinoamericanos, en relación con las necesidades urgentes y con un gran número de los que carecen de adiestramiento, debe considerarse primero el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares para un solo fin, pero tampoco pueden pasarse por alto otras soluciones antes mencionadas, que seguramente resultarán útiles en algunas situaciones específicas en un país determinado o en una cierta región de un país.

2. Programas de adiestramiento

El punto de vista desde el cual comenzar a determinar programas de adiestramiento es el de que los auxiliares representan un grupo de trabajadores sanitarios que tienen que desempeñar ciertas actividades definidas claramente con plena comprensión y competencia. El trabajador sanitario auxiliar no debe ser un robot, capaz de ejecutar ciertas tareas hábil pero mecánicamente, como una rutina irreflexiva. Partiendo de este punto de vista, los programas de enseñanza para trabajadores sanitarios auxiliares deben elaborarse:

- a) sobre el principio de la medicina integral que aborda y trata de resolver cada problema de salud en sus aspectos social, preventivo y curativo;
- b) sobre el principio del trabajo en equipo en el cual cada miembro ejecuta y es plenamente responsable de una porción claramente definida del trabajo.

El error más común y también el mayor que se comete en la elaboración de programas de enseñanza para trabajadores sanitarios auxiliares, es el de prepararlos en tal forma que no sean sino programas de enseñanza en miniatura para los profesionales del mismo campo. Esto, por supuesto, es una equivocación. Los programas de enseñanza para trabajadores sanitarios auxiliares deben:

- a) estar adaptados a la naturaleza específica y las condiciones reales de su trabajo futuro, y
- b) relacionarse con aspectos de los problemas sanitarios locales.

Los programas de enseñanza para auxiliares también deben contener elementos tales que sean adecuados para desarrollar en el alumno:

- a) el sentido de responsabilidad;
- b) el sentido de las relaciones humanas correctas, y
- c) la actitud ética correcta.

Sin estas condiciones es difícil imaginar un funcionamiento satisfactorio de los trabajadores sanitarios en general y de los auxiliares en particular.

Sin entrar en el examen de las distintas materias, que deben incluirse en el programa con gran flexibilidad conforme a la situación local, una cosa es muy cierta: cada programa de enseñanza debe contener la materia "Educación Sanitaria" entre las más destacadas, porque la educación sanitaria debe ser la primera y más importante función de todo trabajador sanitario y en particular de los de la América Latina.

3. Duración del adiestramiento

Al parecer, un año debe ser la mínima y dos años la máxima duración del adiestramiento. Por supuesto, necesidades de urgencia, falta de fondos o algunas condiciones o propósitos específicos pueden justificar programas excepcionales que duren menos de un año o más de dos. Hay una posibilidad más que no debe pasarse por alto: si existen razones bien fundadas, el adiestramiento puede realizarse en períodos más breves de 2 a 3 meses o más, con intervalos entre ellos durante los cuales los trabajadores sanitarios pueden desempeñar con regularidad sus tareas en el servicio de salud. En esta forma puede completarse un programa de uno o dos años de adiestramiento en el curso de 4 a 5 años o más, en cuyo caso

debe adaptarse el programa de enseñanza a ese adiestramiento periódico y prolongado. No obstante, lo que es muy cierto es que en los países latinoamericanos la duración del adiestramiento también debe ser objeto de amplias variaciones.

4. Métodos de adiestramiento

Por lo que respecta a métodos de adiestramiento, el primero que debe ponerse de relieve es la ventaja de los cursos organizados sobre el sistema de aprendizaje en el servicio que en la mayoría de los casos se realiza en forma no organizada, sin atención ni cuidado suficientes por parte de los instructores o supervisores. Aprender haciendo, viendo y oyendo es el objetivo final de la aplicación correcta de cualquier método de adiestramiento.

En el adiestramiento organizado se acostumbra asignar un 30% del tiempo de enseñanza a la teoría, el 20% a la práctica y el 50% al adiestramiento en el terreno. La parte teórica comprende conferencias, seminarios, debates y otras formas de transmitir la palabra viva del profesor al alumno. La parte práctica comprende trabajo de laboratorio, demostraciones y otras formas de trabajo práctico que suelen ejecutarse en laboratorios especiales para la enseñanza, en salas o zonas de demostración y que están destinadas primordialmente a desarrollar ciertas habilidades manuales. El adiestramiento en el terreno generalmente sigue a la parte teórico-práctica y constituye un sistema de trabajo práctico organizado que se lleva a cabo en instituciones de salud pública, bajo la orientación y la supervisión permanentes de profesores e instructores competentes. Es erróneo pensar que el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares debe ser sólo práctico y fundarse en el principio de "aprender trabajando". El sistema de adiestramiento en el cual los trabajadores sanitarios auxiliares se convierten en instrumentos ciegos en las manos de profesionales es esencialmente erróneo. Debe darse a los alumnos una cierta cantidad de "conocimientos teóricos" que les permitan comprender lo que están haciendo y cuál es el propósito de su trabajo. Este es uno de los principales requisitos fundamentales para el buen éxito del trabajo del personal sanitario auxiliar.

El empleo de un cierto método de adiestramiento depende del número de alumnos. Se considera que las clases de no más de 20 alumnos y los grupos de no más de 4 a 5 participantes en trabajos prácticos son los más apropiados. Sólo es posible la participación activa de alumnos cuando se adiestran en grupos pequeños.

Otro factor sumamente importante debe mencionarse en relación con los métodos de adiestramiento. Muy a menudo se emplean métodos de adiestramiento y equipos tales que los alumnos nunca podrán usar en su trabajo futuro. Los métodos de adiestramiento, así como las instalaciones y equipo de enseñanza deben estar en conformidad con las futuras tareas de los alumnos y con las posibilidades del servicio sanitario respectivo. En resumen: las condiciones del adiestramiento, inclusive sus métodos, deben corresponder a las condiciones del trabajo ulterior del alumno. La aplicación de este principio no excluye el empleo de medios auxiliares audiovisuales y otros recursos modernos de enseñanza.

En la aplicación de los métodos de adiestramiento, un aspecto muy importante es la provisión de libros, manuales, notas sobre conferencias y seminarios y otros materiales escritos. Todo material escrito debe estar en concordancia con los programas de enseñanza y redactado en tal forma que sea útil a los trabajadores sanitarios auxiliares como guía para su trabajo futuro. Para la Organización Mundial de la Salud, el suministro de material escrito (y también de medios auxiliares audiovisuales) es un asunto de gran interés y de posibilidades más grandes aún.

5. Exámenes y certificados

Aunque debe hacerse continuamente la comprobación del conocimiento de los alumnos, en el curso de todo el adiestramiento, es muy importante que se prepare un examen final en todos los cursos para trabajadores sanitarios auxiliares. Este examen da a todo el sistema de adiestramiento un carácter y un valor específicos. Ante la idea de los exámenes (los que se realizan en el transcurso del estudio y el final) los alumnos aprenden más, tratan de destacarse y tienen la sensación de que su adiestramiento es algo importante y serio. Los exámenes deben ser prácticos, orales y escritos. A veces también puede ser útil la comprobación de los conocimientos del aspirante mediante ciertas pruebas, informes periódicos orales o escritos, diarios, etc. Es recomendable la presencia de un representante destacado de los servicios de salud pública como observador en el examen final.

Después de pasar el examen final, los alumnos deben recibir un certificado que por su contenido y forma constituya un documento cuya posesión sea preciada y que les haga tener conciencia de que han aprendido una carrera públicamente reconocida e importante. El certificado también sirve como documento para el registro de trabajadores sanitarios auxiliares.

6. Lugar del adiestramiento

Respecto al lugar del adiestramiento, debe señalarse lo siguiente:

Los auxiliares deben recibir su adiestramiento en un ambiente y en condiciones que sean iguales o semejantes a las que encontrarán en su trabajo futuro, pero a condición de que en ese adiestramiento organizado localmente se cuente con: a) servicios sanitarios adecuados con instituciones sanitarias apropiadas para el adiestramiento en el terreno, y b) profesores competentes. Todo esto es necesario porque se ha comprobado que el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares en ciudades grandes y en centros médicos altamente desarrollados no da los resultados previstos por dos razones:

a) porque un ambiente tan altamente desarrollado, con sus recursos, equipos, métodos de adiestramiento y toda su atmósfera, muy a menudo no proporciona al alumno los elementos de conocimiento y habilidad que son indispensables para su trabajo en un medio menos desarrollado;

b) porque un ambiente tan altamente desarrollado y atractivo con mucha frecuencia tiene un efecto negativo sobre el alumno que procede de zonas remotas y subdesarrolladas, y no es raro que éste no vuelva al ambiente de donde ha salido y al que se suponía que iba a dedicar su actividad.

Al tratar acerca del lugar de adiestramiento, también debe mencionarse el alojamiento de los alumnos. Si bien que las instituciones de adiestramiento con residencia son más costosas, tienen una gran ventaja sobre las no residenciales. El sistema de adiestramiento con residencia ofrece mejores oportunidades en lo que respecta a:

- mantenimiento de la disciplina;
- formación de hábitos de vida cotidianos, especialmente higiénicos, mediante la cual debe destacarse que la vida del trabajador sanitario debe ser un modelo para las gentes entre las que él trabaja;
- promoción del sentido de trabajo en equipo y de relaciones humanas correctas;
- promoción de actividades extraescolares (manifestaciones culturales, deportes, baile, música, etc.).

Es absolutamente erróneo que el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares sea una responsabilidad permanente de escuelas profesionales (escuelas de salud pública, escuelas de medicina, escuelas de enfermería, etc.) El adiestramiento de personal sanitario auxiliar sólo puede ser una función esporádica, transitoria, de las escuelas profesionales. El adiestramiento que se imparte en esas escuelas, por regla general, es de carácter demasiado académico, justamente lo contrario de lo que deseamos obtener en el adiestramiento de los trabajadores sanitarios auxiliares, que debe estar destinado a reflejar las necesidades prácticas de los servicios de salud pública. Las escuelas de medicina, enfermería y salud pública, así como otras instituciones similares, deben desempeñar una función importante en la formación del personal docente destinado a trabajar en escuelas para trabajadores sanitarios auxiliares.

Finalmente, debe responderse a una pregunta más: ¿Deben establecerse escuelas permanentes o cursos especiales dentro del sistema de adiestramiento del personal sanitario auxiliar? La escuela tiene grandes ventajas sobre los cursos especiales. Dentro de una escuela es mucho más fácil formar un pequeño cuerpo docente de 3 ó 4 profesores que trabajen jornada completa (alrededor de los cuales puede haber profesores que trabajen jornadas parciales, contratados entre el personal sanitario local). Un cuerpo docente de esa índole desarrolla los programas de adiestramiento con la sensación de plena responsabilidad, y esto da a la escuela cierta estabilidad. En el sistema de escuelas es más fácil transmitir la experiencia necesaria de un año a otro, de un grupo de alumnos a otro. Además, la escuela, como institución permanente, da al alumno un alto grado de seguridad y confianza. Sin embargo, el problema de establecer el sistema de "la escuela" o el del "curso" en la América Latina debe resolverse a título individual, de país a país, según las necesidades y posibilidades existentes.

7. Selección de alumnos

El primer principio que debe señalarse es el de la contratación local. Lo más apropiado es que los aspirantes al adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares procedan del ambiente en el que desempeñarán sus labores futuras. En favor de este principio hay muchas razones culturales, psicológicas y didácticas. La experiencia ha demostrado que ha habido muchos fracasos cuando se envían muchachos y muchachas, criados y educados en un ambiente urbano, a zonas rurales donde deben enfrentarse a problemas sociales y sanitarios locales. La incapacidad para adaptarse a un nuevo medio es particularmente frecuente en los jóvenes. Además, un trabajador sanitario joven e inexperto, procedente de otra parte, tampoco es fácilmente aceptado por una colectividad.

La enseñanza primaria (5 ó 6 años) se considera como el mínimo de instrucción general que debe exigirse a los aspirantes al adiestramiento de personal sanitario auxiliar, y la primera enseñanza más dos o tres años de segunda enseñanza como el máximo. No es recomendable una preparación secundaria más amplia ni el total de la segunda enseñanza, porque los que tienen una instrucción general demasiado elevada probablemente no se sentirán satisfechos con una carrera de categoría auxiliar y se les podría estimular a seguir cursos en el plano profesional. En ningún país latinoamericano habrá dificultades para obtener alumnos con instrucción general comprendida entre la primera enseñanza y tres años de segunda enseñanza. La decisión acerca de los requisitos de instrucción general depende de condiciones locales específicas y de la categoría de auxiliares para los que se abre la inscripción.

El límite de edad es otro factor que interviene en la selección de aspirantes. El problema debe abordarse con flexibilidad. La experiencia ha demostrado que la edad óptima de inscripción para trabajadores sanitarios auxiliares está entre 18 y los 30 años. Pero a este respecto debe puntualizarse el problema siguiente. El período que transcurre entre la terminación de la primera enseñanza (6 ó 7 años de segunda enseñanza) y el comienzo del adiestramiento técnico para el cual, en nuestro caso, el límite inferior de edad es de 18 años, representa un lapso vacío para los jóvenes. ¿Qué deben hacer de los 15 a los 18 años de edad? Conveniría dar la debida consideración a este problema.

Al seleccionar aspirantes para el adiestramiento en actividades sanitarias auxiliares, debe prestarse atención especial a ese grupo de trabajadores sanitarios auxiliares que ya están empleados pero no tienen adiestramiento sistematizado. Hay más de 100.000 trabajadores sanitarios de este tipo en los países latinoamericanos. Debe darse prioridad a este grupo en la selección de aspirantes. Para la solución de este problema pueden tener gran importancia los ejemplos muy buenos del intercambio simultáneo de formación de trabajadores sanitarios auxiliares recién contratados y de los que ya tienen empleo, como se ha hecho en algunos países.

Los encargados de la selección tienen el deber de exponer a cada aspirante, muy clara y francamente, todas las ventajas y desventajas de su carrera futura. Si cada uno de los aspirantes sabe qué papel va a desempeñar, habrá menos deserciones en el curso del adiestramiento y menos personas descontentas y desilusionadas después del adiestramiento.

Al seleccionar los aspirantes debe prestarse atención al carácter, la conciencia social, el interés por el trabajo, la motivación, el conocimiento del dialecto local y otras cualidades del aspirante, inclusive la salud y el estado físico, porque este último puede ser de extrema importancia para el trabajo ulterior del aspirante (actividades de campo agotadoras, trabajo nocturno, manejo de herramientas, etc.) En relación con todas estas características conforme a las cuales debe hacerse la selección de aspirantes, puede ser útil el examinar la cuestión del trabajo a prueba en el servicio para todos los que desean seguir la carrera de trabajador sanitario auxiliar. Ese tipo de trabajo organizado en el servicio, con duración de uno o dos años (o menos), que se lleva a cabo bajo la supervisión y la orientación de trabajadores sanitarios experimentados, profesionales, técnicos o inclusive auxiliares, puede ofrecer informaciones valiosas acerca del carácter del aspirante, mientras el propio aspirante puede obtener una imagen clara de lo que se espera de él en su trabajo futuro. No deben menospreciarse las ventajas mutuas que ofrece ese sistema de comprobación.

8. Adiestramiento en el servicio y cursos de repaso

(Aprender, tarea incesante de los trabajadores sanitarios auxiliares).

Para todo trabajador sanitario el aprendizaje debe representar un proceso continuo que se inicia en las aulas y prosigue durante toda su vida activa. Esto tiene tal vez mayor validez aún para los trabajadores sanitarios de categoría auxiliar. Es importante que se fomenten la avidez y la ambición por adquirir nuevos conocimientos de los trabajadores sanitarios auxiliares durante su vida activa, especialmente durante el primer período de adiestramiento organizado. El principio del aprendizaje continuado por lo que respecta a los trabajadores sanitarios auxiliares puede ponerse en práctica por lo menos en las tres formas siguientes:

- a) mediante un sistema continuo de adiestramiento en el servicio;
- b) por medio de cursos de repaso.
- c) con un sistema de rotación en el servicio.

Los trabajadores sanitarios auxiliares desempeñan sus funciones bajo la supervisión constante de profesionales de categorías iguales o similares. El adiestramiento en el servicio es una parte integrante de la supervisión y, en consecuencia, una de las responsabilidades del supervisor. Por ejemplo, si un supervisor advierte que el trabajador sanitario auxiliar no esteriliza debidamente la jeringa para inmunizar, debe señalar este hecho a su atención y al mismo tiempo enseñarle cómo debe ejecutar esta labor en lo futuro. Aplicando este principio fundamental, la supervisión se transforma gradualmente en un sistema de adiestramiento continuo en el servicio.

Constantemente están mejorando las prácticas y técnicas sanitarias. El conocimiento de estos adelantos puede difundirse mejor mediante el sistema de cursos de repaso que deben organizarse conforme a las necesidades reales, independientemente de cualesquiera intervalos establecidos. La realización de esos cursos de repaso debe ser primordialmente tarea de las escuelas para trabajadores sanitarios auxiliares y sólo excepcionalmente de otras instituciones (hospitales, institutos de higiene, centros de salud). Los cursos de repaso no necesitan durar más de 7 a 14 días. El programa del curso debe prepararse cuidadosamente y estar dirigido hacia un objetivo claramente definido. Por lo que respecta a métodos, debe darse preferencia al trabajo práctico, las demostraciones, los debates de grupo y los seminarios. Durante el curso, debe destinarse cierta cantidad de tiempo a debates libres sobre problemas actuales y experiencias en el terreno, que puedan ayudar a los participantes, por una parte, a ampliar sus conocimientos, y a los profesores, por otra parte, a evaluar los resultados de sus programas y métodos de adiestramiento.

En algunos países se han establecido sistemas permanentes de adiestramiento fundados en el principio de rotación, conforme al cual, después de la orientación necesaria, se envían trabajadores sanitarios del campo a trabajar en instituciones sanitarias, y los que trabajan en éstas van a trabajar al campo. Estos sistemas han logrado resultados particularmente buenos en el intercambio de trabajadores sanitarios urbanos y rurales. Los trabajadores sanitarios procedentes de zonas rurales que van a instituciones sanitarias urbanas tienen la oportunidad de aprender nuevos adelantos médicos y de ponerse en contacto con manifestaciones culturales de la ciudad, en tanto que los trabajadores sanitarios urbanos que van a zonas rurales tienen la oportunidad de familiarizarse con los problemas sanitarios rurales y con la vida real que suele parecerles, trabajando en instituciones urbanas, algo más bien remoto e incomprensible. Esos intercambios de trabajadores sanitarios deben organizarse de acuerdo con planes bien definidos, y su duración por lo que respecta al personal sanitario auxiliar debe limitarse a 1 a 3 meses.

Además de estas formas de adquirir conocimiento, pueden utilizarse también algunas otras posibilidades (libros escritos para auxiliares, manuales, reuniones, periódicos especiales para las distintas categorías de auxiliares, etc.). Todas estas posibilidades son bastante comunes entre los profesionales, pero, desgraciadamente rara vez se utilizan entre los auxiliares.

9. Selección y Formación de profesores.

La selección de profesores es uno de los problemas principales del adiestramiento de personal sanitario auxiliar. El profesor de una escuela para trabajadores sanitarios auxiliares debe poseer todas las cualidades que se exigen a cualquier otro profesor: buen carácter, personalidad vigorosa, entusiasmo para enseñar, competencia técnica en las materias que enseña, conocimiento del ambiente para el que se preparan los estudiantes, etc. Además, ese profesor debe estar familiarizado con los trabajos específicos que sus alumnos van a desempeñar en su carrera futura.

Los cuerpos docentes de las escuelas para trabajadores sanitarios auxiliares deben estar formados por trabajadores sanitarios locales, profesionales y auxiliares, que posean las cualidades antes mencionadas y también alguna experiencia en el terreno. Debe pugnarse por que cada una de las escuelas para personal sanitario auxiliar tenga por lo menos 2 ó 3 profesores a jornada completa que cubran las materias fundamentales, y una serie de profesores a jornada parcial para materias específicas. Es importante que el director de la Escuela sea elegido entre profesionales de la misma categoría. El mayor error es el de nombrar médicos con funciones a jornada parcial como directores de esas escuelas.

Los países latinoamericanos tienen un número suficiente de trabajadores sanitarios profesionales capacitados técnicamente para desempeñar funciones docentes en escuelas para personal sanitario auxiliar. Sin embargo, para realizar satisfactoriamente las funciones de enseñanza, además de la preparación profesional y de la experiencia práctica, se necesita una formación especial. Por esta razón, todas las categorías del personal docente, antes de asumir sus funciones, deben asistir a cursos especiales destinados a prepararlos para sus complejas actividades de enseñanza. Estos cursos, que duran de unas pocas semanas a varios meses, deben organizarse en escuelas profesionales de renombre de las mismas categorías o en escuelas de salud pública que, precisamente en la preparación de personal docente (y no en el adiestramiento de auxiliares que algunas de ellas están realizando) pueden desempeñar una parte importante. Aquí también, en relación con la formación del personal docente, debe tomarse en consideración un tipo constante de enseñanza organizado en forma de cursos de repaso, reuniones técnicas, intercambio de visitantes, publicaciones, etc.

Al final está una pregunta fundamental que debe responderse en relación con el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares: ¿Quién debe asumir la responsabilidad del adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares? La respuesta está en uno de los documentos de la Organización Mundial de la Salud (Tech. Rep. Ser. 109, 4.2), que dice: "Todos los trabajadores sanitarios auxiliares deben ser seleccionados y adiestrados conforme a los reglamentos, establecidos por la ley o de otra índole, de la administración sanitaria, de manera que los aspectos prácticos del trabajo puedan quedar destacados desde el principio." Si se acepta esta norma, desde el punto de vista de la organización sería útil adoptar disposiciones en las administraciones sanitarias nacionales o de distrito para establecer divisiones especiales encargadas del adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares que, además de planear y supervisar, también desarrollaran y mejoraran el adiestramiento de esta importante categoría de trabajadores sanitarios.

10. Empleo de los trabajadores sanitarios auxiliares

Acerca de este punto también debemos recordar los problemas en relación con la salud (ignorancia completa en materia de salud, malas condiciones ambientales, enfermedades endémicas, tuberculosis, mortalidad infantil y problemas sanitarios relacionados con la rápida urbanización)

y algunos de los principios en que se fundan los servicios sanitarios existentes en los países latinoamericanos (responsabilidad del estado respecto a la salud del pueblo, regionalización de las instituciones sanitarias, integración de la medicina, aspectos preventivos de los servicios de salud pública). Mientras, por una parte, no cabe dudar de la existencia de los problemas antes citados, por otra, sólo pueden advertirse los primeros intentos por aplicar los principios mencionados. El mejor panorama general de la organización de servicios sanitarios en esta parte del mundo puede obtenerse de un documento de la OSP (Tendencias de la salud pública en las Américas, por A. Horwitz, 1965) en el cual se expresa lo siguiente:

"El esquema común es de disociación de los servicios preventivos y curativos y de una falta de coordinación con las instituciones docentes. En el campo de la atención médica, se observa que no hay correlación entre la función de los Ministerios de Salud y de los servicios de seguridad social. Con frecuencia existen duplicaciones innecesarias en instituciones y en prestaciones... Los países de la América Latina están muy lejos de tener "cobertura" total de sus servicios de salud, sea geográfica o de población, cualesquiera su organización y función. Desde luego, el llamado "medio rural disperso" --aquél en que las viviendas no forman comunidad y no existe una relación social entre los habitantes-- carece de éstos en su totalidad o los tiene en forma muy precaria. En el medio rural concentrado, vale decir, donde hay comunidades de 500 o más habitantes, suele existir una atención médica esporádica o intermitente, que no se refuerza con medidas de prevención y fomento de la salud. La población no participa ni es estimulada. Es sólo un receptor pasivo. En el medio urbano hay mayor concentración de recursos. No obstante, en ocasiones, la demanda de atención médica es superior a los medios, hecho que se agrava por la falta de coordinación con los organismos preventivos y de promoción de la salud."

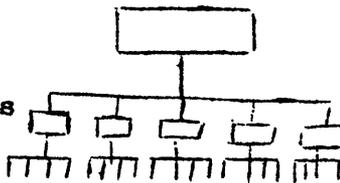
A pesar de esto, se obtiene la impresión de que todos los países latinoamericanos, cualquiera que sea el modelo de su organización sanitaria, desarrollan ciertos esfuerzos para proporcionar a sus pueblos la protección fundamental a la salud y asistencia médica por medio de un sistema de servicios sanitarios regionalizados. Este principio es el que impulsa principalmente a las administraciones sanitarias de la mayoría de los países latinoamericanos en sus nobles empeños por mejorar la salud de sus pueblos. Sin embargo, esos esfuerzos tropiezan con dificultades insuperables. Se frustran no sólo por las difíciles condiciones económicas y sociales, sino también por servicios sanitarios inadecuadamente desarrollados y fundados en una medicina que en la mayoría de los casos se ocupa exclusivamente en actividades curativas y emplea métodos que muy a menudo son insuficientes para luchar contra los graves problemas de salud que en los países latinoamericanos suelen afectar en gran escala. Las administraciones sanitarias, en mayor o menor proporción, están tratando de realizar actividades sanitarias en el terreno mediante el sistema de centros de salud que, agregados a los hospitales, constituyen la principal fuerza activa que ha de suministrar los servicios sanitarios.

Aunque en algunas zonas ya ha dado buenos resultados la idea del establecimiento de centros de salud, en algunas otras partes todavía está en su infancia. No obstante, todos los informes y publicaciones de renombrados trabajadores sanitarios latinoamericanos dan la impresión de que se acepta el concepto del establecimiento de centros de salud como base para la organización sanitaria futura destinada a proporcionar protección a la salud y asistencia médica en esos países.

Mientras, por una parte, hay tendencias acentuadas a desarrollar todos los servicios sanitarios por medio de un sistema integrado de centros de salud, por la otra, existen tendencias a desarrollar actividades sanitarias individuales mediante servicios e instituciones separados, administrativamente independientes. Existen servicios completamente independientes que --aparte del sistema existente de centros de salud y hospitales-- se encargan de ciertas tareas específicas (por ejemplo, control del paludismo, higiene maternoinfantil, control de algunos vectores, etc.) y las ejecutan por medio de sus unidades estructurales, independientemente de los servicios de salud pública existentes. Precisamente cuando se cuenta con un número limitado de trabajadores sanitarios y con medios materiales muy sencillos, debe evitarse el establecimiento de organizaciones sanitarias independientes y deben hacerse esfuerzos por encauzar toda clase de actividades sanitarias por medio de la administración de salud pública y de sus servicios e instituciones. Esto es importante no sólo para unificar la planeación y coordinación de los esfuerzos desarrollados sino también para emplear en forma económica el personal y los medios materiales disponibles. Hasta qué punto estas actividades sanitarias independientes y separadas descomponen el cuadro y complican la planeación de los trabajadores sanitarios que se necesitan y de su instrucción y adiestramiento, no requiere ilustrarse por ser demasiado evidente el hecho.

Sin un conocimiento cabal de las condiciones políticas, económicas, sanitarias y de otro género, sin estar plenamente informado acerca del sistema de la administración pública (del cual, después de todo, depende toda administración de salud pública), intentaré formular, tomando como base los datos disponibles y mis propias impresiones, una propuesta preliminar y esquemática para la organización de servicios de salud pública como punto de partida para estudiar la utilización del personal sanitario auxiliar en los países latinoamericanos. Al parecer, la organización sanitaria fundamental en casi todos los países latinoamericanos debiera ser la siguiente:

<u>Institución</u>	<u>Número de habitantes</u>
Centro de Salud (con camas de hospital o sin ellas)	50 - 100,000
Centros de Salud subsidiarios	10 - 12,000
Estaciones sanitarias	2,500 - 3,000



El Centro de Salud con sus Centros de Salud subsidiarios y Estaciones sanitarias representa, desde el punto de vista de la administración sanitaria, la única entidad sanitaria responsable de la salud total del pueblo de una región determinada. Las actividades de ese Centro de Salud, de sus centros subsidiarios y estaciones, debe fundarse en los principios de la medicina integrada. El Centro debe abordar todos los problemas de salud, ya sea que se refieran al individuo, a la familia ó a la colectividad en su conjunto, desde los puntos de vista curativo, preventivo y social. Al llegar a este punto debe señalarse que el trabajo de grupo es el método fundamental para desarrollar todas las actividades sanitarias dentro de un Centro de Salud y sus organismos subsidiarios.

Si dentro de la estructura de este esquema de organización y en conformidad con las posibilidades realistas de personal y materiales de los países latinoamericanos, tratamos de distribuir a los trabajadores sanitarios profesionales y auxiliares, no estaremos muy equivocados si en la categoría de Centro de Salud suponemos que habrá trabajadores sanitarios profesionales de tipos general y especiales, y trabajadores sanitarios auxiliares como sus ayudantes dentro de los grupos de trabajo; en la categoría de Centros de Salud subsidiarios sólo habrá profesionales de tipo general (médicos generales y enfermeras) con trabajadores sanitarios auxiliares como sus ayudantes, también dentro de grupos de trabajo; y en la categoría de Estaciones Sanitarias únicamente se contará con trabajadores sanitarios auxiliares con responsabilidades definidas respecto a la atención fundamental de la salud. A este respecto debe subrayarse que un Centro de Salud subsidiario con Estaciones Sanitarias adyacentes debe funcionar como entidad sanitaria integrada, en realidad como equipo sanitario integrado (con un médico, una enfermera y 6 ó 7 auxiliares). Un sistema así de organización sanitaria permite una supervisión continua del trabajo de auxiliares y la remisión de casos de la categoría inferior a la superior.

Un problema considerable en la organización de servicios sanitarios es el que representan las zonas rurales remotas con pequeñas colectividades dispersas, sin instituciones sanitarias y sin comunicaciones. El ofrecer atención sanitaria fundamental, que abarque a toda la población, a esas zonas, es uno de los problemas más arduos de los servicios sanitarios. Por ahora, desde el punto de vista de los recursos económicos y de personal, sólo parece ser posible una solución realista:

- a) la utilización racional de trabajadores sanitarios auxiliares para fines múltiples, procedentes de cada localidad y adiestrados localmente, y
- b) la construcción de pequeñas unidades sanitarias en las cuales, además de la sala de consultas, se disponga de una sala más con 2 ó 3 camas para casos graves de urgencia (en espera de ser transportados a instituciones sanitarias de una categoría superior) y también con una vivienda para el trabajador sanitario.

El problema de la atención de la salud de las personas que viven en esas zonas tiene un carácter de prioridad en los países latinoamericanos y, por tanto, debe ser un tema especial de cualquier debate acerca del adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares en esta parte del mundo.

En relación con el esquema de organización propuesto surgirá una serie de preguntas a las que se debe prestar la debida consideración. Una de ellas probablemente será: ¿Es realista este tipo de organización para la América Latina? Si lo es o no, es asunto poco importante. Si no lo es actualmente, lo será dentro de algún tiempo. Pero lo que es esencial en relación con la pregunta planteada es lo siguiente:

a) que sea aceptado un cierto concepto de organización sanitaria y que se desarrolle gradualmente en conformidad con las posibilidades económicas y de personal, y

b) que conforme al concepto aceptado se planifiquen y desarrollen el adiestramiento y la contratación de las diversas categorías de trabajadores sanitarios.

También puede plantearse otra cuestión: Este sistema de organización sanitaria, ¿no está en contradicción con el ejercicio médico actual que se basa en clínicas particulares y con la medicina comercializada que prevalece en los países latinoamericanos? Sí, así ocurre en efecto, pero deben desarrollarse esfuerzos por encontrar medios y formas de reducir al mínimo esa discrepancia.

O una cuestión más: Con la actitud pasiva actual de los pueblos, ¿es probable que una organización de servicios sanitarios como la señalada produzca los resultados esperados? No, no es probable, pero precisamente los servicios sanitarios organizados en esa forma son los que pueden cambiar la actitud actual muy rápidamente.

O bien: ¿En qué forma puede un servicio sanitario de esa índole utilizar trabajadores sanitarios auxiliares con el mayor provecho? Esta es una cuestión de verdadera importancia en relación con el adiestramiento y la utilización de personal auxiliar. La utilización de trabajadores sanitarios auxiliares depende en primer lugar de la actitud que hacia ellos tengan los trabajadores sanitarios profesionales, y sólo parcialmente de la forma de organización de los servicios de salud pública. Si las categorías profesionales de trabajadores sanitarios opinan que "los auxiliares constituyen un peligro para los profesionales, que son el resultado de necesidades temporales, que debido a su remuneración inferior están desalojando a los profesionales de una serie de empleos", etc., entonces más tarde o más temprano fracasará todo el sistema de adiestramiento y utilización de los trabajadores sanitarios auxiliares. Por tanto, deben hacerse esfuerzos por desarrollar en los profesionales una actitud correcta hacia los auxiliares y hacia su participación en los servicios modernos de salud pública. La actitud de que el trabajador

sanitario auxiliar es un simple instrumento en las manos de profesionales que muy a menudo no saben cómo usarlo, debe suprimirse. En muchas escuelas de medicina y de otras disciplinas que hay en el mundo se presta gran atención al problema de la utilización adecuada de los trabajadores sanitarios auxiliares, cuestión que se examina durante todo el estudio profesional. En algunas escuelas inclusive hay una materia especial en la que se trata de enseñar al futuro profesional lo que constituye la función de las distintas categorías de auxiliares y cómo deben utilizarse. Al parecer, esta cuestión merece ser examinada más ampliamente.

Para terminar, debe recalcar que si la carrera de los trabajadores sanitarios auxiliares es de carácter permanente, entonces, en relación con su utilización, debe resolverse una serie de cuestiones fundamentales, entre ellas las siguientes, que deben plantearse en particular:

- a) instituir reglamentos para el establecimiento, el adiestramiento y la utilización de los distintos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares;
- b) definir su situación jurídica, condiciones de ascenso, remuneración y otros derechos que derivan de sus relaciones de trabajo, y
- c) reconocer su estado social (a este respecto deben encontrarse títulos apropiados para los distintos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares).

Si los gobiernos, de acuerdo con estas consideraciones, emprenden un ataque planificado al problema del adiestramiento y la utilización de los trabajadores sanitarios auxiliares, esta categoría de trabajadores de la salud pública llegará a constituir una de las fuerzas principales para el desarrollo de la salud de los pueblos latinoamericanos.

CUADRO 1

ALGUNOS DATOS DEMOGRAFICOS SOBRE LA AMERICA LATINA

1962

Número de habitantes en millones

215

Porcentaje de incremento anual	De 1,3 (Jamaica) a 4,0 (Venezuela)
Porcentaje de población urbana	De 22,5 (Honduras) a 67,4 (Argentina)
Tasa de natalidad	De 22,1 (Argentina) a 47,7 (Guatemala)
Tasa cruda de mortalidad	De 7,0 (Venezuela) a 17,2 (Guatemala)
Tasa de mortalidad infantil	De 42,7 (Panamá) a 119,3 (Chile)
Porcentaje de analfabetismo	De 9,0 (Argentina) a 55 (Honduras)
Renta nacional <u>per capita</u> en dólares EUA	De 117 (Paraguay) a 585 (Venezuela)
Porcentaje de población menor de 15 años de edad	De 48,0 (Honduras) a 39,8 (Chile)

CUADRO 2

INFORMACION SOBRE TRABAJADORES SANITARIOS AUXILIARES
ADIESTRADOS EN DETERMINADOS CAMPOS DE LA SALUD PUBLICA
EN CURSOS SISTEMATIZADOS EN 17 PAISES LATINOAMERICANOS

	Número de países que informan	Número disponible actualmente	Número de empleados actualmente	Número de adiestrados en 1964	Nuevos puestos que se crearán en 1965
Saneamiento del medio (1)	17	10,629	10,319	1,833	1,351
Enfermería (2)	17	39,370	35,919	6,455	3,445
Laboratorios (3)	12	2,388	2,272	190	164
Otros campos:					
Ayudantes de rayos X	1	562	562	26	26
Auxiliares dentales	1	199	199	41	41
Auxiliares de estadística	3	196	186	83	55
Auxiliares de desarrollo comunal	1	141	141	20	20
Auxiliares de nutrición	1			70	75
Auxiliares de educación higiénica	2	13	13	6	18

(1) Comprende todo el campo de actividades del saneamiento (leche, alimentos, agua, aire, aguas servidas, vectores, etc.)

(2) Comprende el personal auxiliar de enfermería en hospitales y todos los demás servicios de salud pública, que han llevado un curso sistematizado de adiestramiento.

(3) Comprende personal auxiliar en hospitales y todos los demás laboratorios de servicios de salud pública.

CUADRO 3

ALGUNOS DATOS DEMOGRAFICOS^x ACERCA DE
CINCO PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS

	<u>Brasil</u> <u>1964</u>	<u>El Salvador</u> <u>1963</u>	<u>Mexico</u> <u>1962</u>	<u>Peru</u> <u>1961</u>	<u>Venezuela</u> <u>1961</u>
Número de habitantes, en millares	82.222	2.720	37.283	10.365	7.524
Número de habitantes por kilómetro cuadrado	9	125	20	9	9
Porcentaje de población urbana	36.1	39.0	50.7	47.0	62.0
Porcentaje de menores de 15 años de edad	45.2	44.8	44.3	43.5	44.8
Porcentaje de personas de 65 años o más	2.3	3.2	3.4	3.8	2.8
Tasa de natalidad	43.0	48.9	44.7	38.2	44.7
Tasa cruda de mortalidad	25.0	10.9	10.8	10.6	7.3
Tasa de mortalidad infantil	228.0	67.9	74.2	83.0	44.6
Porcentaje de analfabetos de 15 años o más	51.6	48.0	35.0	50.0	35.0
Renta nacional <u>per capita</u> en dólares EUA	130	213	344	173	585
Porcentaje de incremento anual de la población	3.1	2.8	3.1	2.5	4.0

^xEn muchos casos, cifras calculadas únicamente.

CUADRO 4
CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION EN CINCO PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS

Grupo de enfermedades	Brasil ^x 1961		El Salvador 1962		Mexico 1961		Venezuela 1962		Perú 1962	
	Núm. de orden	Por 100.000 habitantes	Núm. de orden	Por 100.000 habitantes	Núm. de orden	Por 100,000 habitantes	Núm de orden	Por 100,000 habitantes	Núm. de orden	Por 100.000 habitantes
Tuberculosis 001-019	9	34.9	-	-	-	-	10	15.9	4	72.1
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	8	40.8	3	91.1	4	81.5	6	34.6	7	58.4
Neoplasmas malignos 140-205	4	72.4	9	21.8	7	35.6	3	53.9	5	63.0
Lesiones vasculares del sistema nervioso central 330-334	7	52.9	-	-	-	-	8	22.6	9	27.0
Avitaminosis 280-289	-	-	10	15.7	-	-	-	-	10	24.3
Enfermedades del corazón 410-416, 420-422, 430-434, 440-443	1	146.0	-	-	5	66.3	2	65.4	6	59.9
Neumonía 490-493	6	53.5	7	29.9	2	134.2	7	24.2	1	117.3
Bronquitis 500-502	-	-	8	25.9	10	28.3	-	-	-	-
Gastritis, enteritis, etc. 543, 571, 572	3	77.2	4	64.2	1	152.0	4	48.1	3	83.9
Otras enfermedades gastrointestinales	-	-	2	134.7	9	30.8	-	-	-	-
Enfermedades de la primera infancia 760-766	2	72.7	1	208.4	3	129.8	1	65.8	2	110.9
Accidentes E 810-E835, E800-E802	-	-	6	30.7	6	40.9	5	43.0	8	51.3
Suicidios y homicidios E963, E970-E979, E964-E965	5	55.7	5	44.3	8	31.2	9	16.4	-	-

^xDatos del Estado de São Paulo y las ciudades de Recife y Rio de Janeiro.

CUADRO 5

DIEZ GRUPOS PRINCIPALES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS NOTIFICADAS
EN CINCO PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS

1962^x

Enfermedad	Número de casos notificados			
	(a) El Salvador	México	(a) Perú ^{xx}	(a) Venezuela ^{xxx}
Disentería bacilar	b) 10,042	5,219	b) 18,575	b) 84,774
Sarampión	5,443	54,558	c) 21,692	30,257
Sífilis	6,552	18,219	3,872	9,127
Tos ferina	3,049	30,562	9,295	6,263
Tuberculosis	4,581	16,242	24,005	8,138
Tifoidea y paratifoidea	1,404	8,600	4,318	691
Infecciones gonocócicas	3,718	d) 3,718	7,492	19,125
Paludismo	15,433	13,781	2,195	898
Amibiasis	553	32,764	3,341	26,476
Anquilostomiasis	516	25,843	3,498	232,225 e)

^xNo se dispone de datos correspondientes a Brasil; en 1962 se registraron 2812 casos de viruela.

^{xx}Hepatitis infecciosa: 2251.

^{xxx}Encefalitis infecciosa: 6897

- a) Area de informe, con excepción de malaria.
- b) Incluye otras disenterías c disentería no especificadas.
- c) Otras fuentes dan ese número como siendo 21,692
- d) Otras fuentes dan este número como 18,882
- e) Incluyendo otras infecciones producidas por cestodos.

CUADRO 6

CASOS REGISTRADOS DE TUBERCULOSIS Y DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS EN
CINCO PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS
1957 y 1962

	Casos registrados de tuberculosis por 100.000 habitantes		Defunciones por tuberculosis	
	1957	1962	1957	1962
Brasil ^x	204.2	158.9 ^{xx}	87.4	79.1
El Salvador ^{xxxx}	262.7	392.6	17.3	13.2
México	32.6	43.6	29.8	26.1
Perú ^{xxxx}	472.8	465.8	118.5	72.1
Venezuela ^{xxxx}	200.3	154.2	26.1	15.9

^x Datos del Estado de Guanabara y capitales de otros estados y territorios, con excepciones.

^{xx} Datos de 1961

^{xxx} Area de información para datos casuísticos

^{xxxx} Y área de información para índices de mortalidad

CUADRO 7

SERVICIOS E INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA EN CINCO PAISES
LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS, EN 1964

	Brasil	El Salvador	México	Perú	Venezuela
<u>SERVICIOS DE SALUD PUBLICA</u>					
1. Organizados por el Ministerio o la Secretaría de Salud Pública	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. Administración de salud pública a nivel estatal o regional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3. Otras administraciones de salud pública (seguro social, otros ministerios)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<u>NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA</u>					
Hospitales	2,654	40	1,925	215	314
Camas en hospitales	232,905	5,604	62,964	23,481	27,873
Camas en centros de salud	8,361	900	7,977
Camas por 1000 habitantes	3.0	2.5	1.7	2.3	3.5
Centros de salud de diversos tipos ^x	2,336	66	563	341	540
Estaciones sanitarias ^{xx}	...	8	797	210	1,050
Unidades móviles de salud pública	...	62

... No se dispone de datos

x Cifras calculadas

xx Sin un médico permanente (excepto en El Salvador)

CUADRO 8

CATEGORIAS PRINCIPALES Y NUMERO DE TRABAJADORES SANITARIOS
Y TASA DE HABITANTES POR CADA TRABAJADOR SANITARIO EN CINCO
PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS - 1964

Categoría	Brasil	El Salvador	México	Péru	Venezuela
Médicos	35,200	690	25,000	6,010	6,396
Un médico/habitantes	2,300	3,600	1,800	1,300	1,400
Enfermeras	7,300	575	6,980	3,299	3,183
Una enfermera/habitantes	11,200	4,300	5,700	3,400	2,500
Auxiliares de enfermería	54,664	1,541	12,304	8,347	10,825
Una auxiliar de enfermería/habitantes	1,500	1,600	2,800	1,300	700
Parteras	-	no	3,964	1,560	no
Una partera/habitantes			10,000	7,000	
Dentistas	28,000	168	3,200	1,953	1,500
Un dentista/habitantes	2,950	14,800	11,000	5,400	6,500
Ingenieros sanitarios	-	10	24	182	195
Un ingeniero sanitario/habitantes		270,000	180,000	57,000	40,000
Auxiliares de saneamiento ^x	6,564+	136	968	140	1,133
Un auxiliar de saneamiento/habitantes	12,000	18,000	40,000	70,000	8,300

^xDe todas las categorías

+ En el programa de erradicación del paludismo.

CUADRO 9

ESCUELAS PARA TRABAJADORES SANITARIOS Y NUMERO DE GRADUADOS POR
AÑO EN CINCO PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS, EN 1964

Escuela	Brasil	El Salvador	México	Perú	Venezuela
Escuelas de Medicina	36	1	23	5	7
Número de graduados por año	1,550	50	1,200	400	300
Escuelas de salud pública	3	no	1	1	1
Escuelas de enfermería	36	3	91	12	12
Número de graduadas por año	380	60	1,200	325	250
Escuelas para auxiliares de enfermería	no ^x	no ^x	9 ^{xx}	no ^x	3
Número de graduadas por año	xxx	211	200	300	170
Escuela para auxiliares de saneamiento	no ^x	1	no ^x	no ^x	1
Número de graduados por año	xxx	20	30	50	50
Escuelas de odontología	39	1	10	2	3
Número de graduados por año	1,300	20	250	250	120
Escuela de obstetricia	2	no	22	1	no
Número de graduados por año	30	-	xxx	15	-

^xCursos únicamente.

^{xx}Centros de adiestramiento para auxiliares de enfermería.

^{xxx}No se dispone de información.

ANEXO 1

INFORMACION SOBRE PERSONAL AUXILIAR ADIESTRADO EN CURSOS
SISTEMATIZADOS EN DETERMINADOS CAMPOS DE LA SALUD PUBLICA

País	Fecha			
	Núm. dis- ponible actualmente	Núm. de empleados actualmente	Núm. de adiestrados en 1964	Nuevos puestos que se crearán en 1965

Saneamiento del medio (1)

Enfermería (2)

Laboratorios (3)

Otros (especifíquense) (4)

(si es necesario, utilícese otra hoja)

- (1) Comprende todo el campo de actividades del saneamiento (leche, alimentos, agua, aire, aguas servidas, vectores, etc.)
- (2) Comprende el personal auxiliar de enfermería en hospitales y en todos los demás servicios de salud pública que ha seguido un curso sistematizado para adiestramiento.
- (3) Comprende el personal auxiliar en hospitales y en todos los demás laboratorios de servicios de salud pública.
- (4) Sólo deben tomarse en consideración los grupos preparados en números importantes.

ANEXO 2

FORMACION DE PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN CINCO
PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS

<u>Categoría</u>	<u>Requisitos de Admisión</u>	<u>Duración de la instrucción</u>
<u>BRASIL</u>		
Enfermera	5 años de primera enseñanza y 7 años de segunda enseñanza (4 años de escuela secundaria y 3 años de cursos de ciencias, humanidades y pedagogía)	Tres años
Enfermera especialista en salud pública	Título de Enfermera	Un año de salud pública en una Escuela de Enfermería o de Salud Pública
Enfermera especialista en obstetricia	Título de Enfermera	Un año de obstetricia en una Escuela de Enfermería
<u>EL SALVADOR</u>		
Enfermera	6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza.	Tres años
<u>MEXICO^x</u>		
Enfermera	6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza	Tres años
<u>PERU^x</u>		
Enfermera	5 años de primera enseñanza y 5 años de segunda enseñanza	Cuatro años (2 años de artes liberales y 2 años de enfermería)
Enfermera	5 años de primera enseñanza y 5 años de segunda enseñanza	Tres años
<u>VENEZUELA^x</u>		
Enfermera	6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza ^{xx}	cuatro años
Enfermera	6 años de primera enseñanza y 3 años de segunda enseñanza	Tres años

^xPara especialización en Salud Pública se toma un curso de un año en una Escuela de Salud Pública.

^{xx}En este tipo de escuelas de enfermería también se admiten muchachas con menos de 3 años de segunda enseñanza, pero en este caso tienen que terminar toda la enseñanza secundaria (3 años) durante su instrucción regular de enfermería.

ANEXO 3

EL SALVADOR

PROGRAMA DEL CURSO PARA AUXILIARES DE
ENFERMERIA

Parte general o teórica

Duración: seis meses (580 horas de conferencias y
300 horas de trabajos prácticos)

- A. Educación general y desarrollo de la estudiante.
1. Orientación de la estudiante respecto al programa de enseñanza.
 2. Etica aplicada; comportamiento.
 3. Conducta humana.
 4. Relaciones humanas.
 5. Higiene personal.
- B. La familia. Sus necesidades de salud.
1. Constitución y organización de la familia. Sus necesidades.
 2. Conceptos sobre la salud. Características del individuo sano.
 3. Estructura y funcionamiento del cuerpo humano.
 4. Higiene del hogar y saneamiento del medio.
 5. Fundamentos de microbiología y parasitología.
 6. La nutrición normal.
- C. La familia y las enfermedades.
1. Necesidades del individuo enfermo. Participación de la familia.
 2. Características del enfermo.
 3. Conceptos sobre enfermedades en general y sobre enfermedades infecciosas en particular.
 4. Medios que tiene la colectividad para atender al enfermo y para su rehabilitación. Participación del personal de hospitales.
 5. Asistencia en el hospital, tratamientos médicoquirúrgicos, dieta, medicación.
 6. Técnicas de aislamiento.
- D. La familia. La procreación. Sus necesidades.
1. La madre como núcleo de la familia. Sus intereses. Sus necesidades.
 2. Nociones acerca de la concepción, el embarazo y el puerperio.
 3. Atención de enfermería en diversos períodos.
 4. Participación de las auxiliares en el hospital.
 5. Crecimiento y desarrollo del niño. Sus necesidades.
 6. Características del niño sano y del enfermo.
 7. Conceptos acerca de las enfermedades de la infancia.
 8. Atención del niño en el hospital.
 9. Participación de las auxiliares en el hospital.
- E. La familia en relación con los programas de promoción de la salud.
1. Organización y funcionamiento de los servicios de salud pública.
 2. Importancia de la estadística en los programas de promoción de la salud.
 3. Medios que tiene la colectividad para la promoción de la salud.
 4. Técnicas de hospital.
 5. Participación de las auxiliares en el hospital.

ANEXO 4

EL SALVADOR

PROGRAMA DEL CURSO PARA INSPECTORES SANITARIOS
Duración: diez meses (4 meses de teoría, 6 meses de práctica)

Plan de estudios del 24 de agosto al 10 de diciembre de 1964

1. Administración y organización de la salud pública	16 horas
2. Trabajos prácticos de estadística	10 "
3. Supervisión	6 "
4. Relaciones humanas y ética profesional	8 "
5. Legislación	4 "
6. Enfermedades infecciosas	38 "
7. Ciencias de la conducta	30 "
8. Educación sanitaria	40 "
9. Nutrición	8 "
10. Matemáticas	12 "
	<u>172 horas</u>

Capítulos especiales de saneamiento

1. Organización y administración del programa de saneamiento	10 horas
2. Legislación	12 "
3. Saneamiento:	
a) Agua	40 "
b) Eliminación de excreta	30 "
c) Eliminación de aguas servidas	20 "
d) Vectores	28 "
4. Vivienda y edificios públicos:	
a) Vivienda	20 "
b) Edificios públicos, playas y balnearios	10 "
c) Construcción y abastecimientos de agua	12 "
5. Saneamiento de las plantaciones de café y azúcar	10 "
6. Higiene de los alimentos	70 "
7. Primeros auxilios y medidas de higiene en los accidentes	10 "
8. Topografía geodésica	8 "
9. Evaluación	20 "
	<u>300 horas</u>

ANEXO 5

MEXICO

PROGRAMA DEL CURSO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA

Duración: tres meses

Teoría y demostraciones

1. Orientación general	10 horas
2. El individuo sano y el individuo enfermo	25 "
3. Nociones de trabajo de hospital	90 "
4. Nociones de antropología social	15 "
5. Nociones de nutrición	25 "
6. Nociones de administración	15 "
	<u>180 horas</u>

Trabajos prácticos

- 4 semanas en el Centro de Salud "A"
- 5 semanas en un hospital
- 3 semanas en un centro de salud rural
- 4 semanas en un centro de salud con sanatorio

ANEKO 6

MEXICO

PROGRAMA PARA EL CURSO DE NUTRICIONISTAS Y TECNICAS
EN NUTRICION

Duración: Un año

Primer período (18 de febrero a 31 de mayo)

Técnicas de cocina. Teoría y práctica	164	horas
Alimentos. Teoría y práctica	78	"
Administración del saneamiento	26	"
Pedagogía	27	"
Ciencias de la conducta	56	"
Antropología, sociología, debates de tipo "panel"		
Nutrición	40	"
Estadística I	39	"
Biblioteca	50	"
	<u>480</u>	horas

Segundo período (1º de junio a 31 de julio)

Programa de educación	108	horas
Seminario de dietética	36	"
Visitas a instituciones	36	"
Higiene de los alimentos. Trabajos prácticos	36	"
Epidemiología	18	"
Higiene de los alimentos	27	"
Dietética	36	"
Educación sanitaria I	27	"
Administración de servicios dietéticos en instituciones	9	"
Preparación de informes	14	"
	<u>347</u>	horas

Tercer período (2 de agosto a 2 de octubre)

Práctica de hospital	120	horas
Práctica en otras instituciones	20	"
Práctica de encuestas	48	"
Seminario de nutrición	36	"
Debates de mesa redonda en la práctica	9	"
Educación agrícola	45	"
Educación Sanitaria II	23	"
Administración de programas de nutrición	17	"
Biblioteca	13	"
	<u>323</u>	horas

Cuarto período (4 de octubre a 14 de diciembre)

Trabajo de campo y debates sobre el trabajo de campo	10	semanas
Programas en el orden local	2	"
Programas en el orden regional	4	"
Preparación de informes y debates finales de mesa redonda	4	"

ANEXO 7

MEXICO

PROGRAMA DEL CURSO PARA TECNICOS EN SANEAMIENTO

Duración: Un año

Primer período (18 de febrero a 31 de mayo de 1965)

Administración del saneamiento	32	Horas
Problemas económicos nacionales	20	"
Ciencias de la conducta	76	"
Antropología social, sociología, psicología evolutiva, psicología social, debates de tipo "panel"		
Saneamiento del medio I	64	"
Estadística	26	"
Epidemiología I	38	"
Correspondencia	12	"
Dibujo técnico	38	"
Observaciones de campo	78	"
Talleres	44	"
Biblioteca	38	"
Debates de mesa redonda	26	"
	<u>492</u>	horas

Segundo período (1º de junio a 31 de julio)

Educación sanitaria I	26	Horas
Saneamiento del medio II	34	"
Saneamiento de los alimentos	26	"
Epidemiología II	8	"
Estadística II	8	"
Trabajo de campo	198	"
Talleres	36	"
Debates sobre el trabajo de campo	8	"
	<u>344</u>	horas

Tercer período (2 de agosto a 2 de octubre)

Saneamiento del medio III	34	Horas
Higiene y seguridad en la industria	17	"
Educación de los manipuladores de alimentos	17	"
Trabajo de campo	233	"
Talleres	36	"
	<u>337</u>	horas

Cuarto período (3 de octubre a 14 de diciembre)

Trabajo de campo, urbano y rural	7	semanas
Debates sobre el trabajo de campo y exámenes finales, en la Escuela	3	"

ANEXO 8

MEXICO

PROGRAMA DEL CURSO PARA TECNICOS EN SANEAMIENTO

Duración: tres meses

	<u>Teoría</u>	<u>Práctica</u>
Orientación sobre el curso	4	-
Introducción a la salud pública	6	-
Control de las enfermedades infecciosas	11	6
Saneamiento del medio	115	79
Organización y desarrollo de la comunidad	17	8
Educación sanitaria	8	4
Trabajos de campo	-	202
Debates de mesa redonda	24	-
Evaluación	5	-
Total	<u>190</u>	<u>299</u>

PROGRAMA DEL CURSO PARA TECNICOS EN ESTADISTICA SANITARIA

Duración: diez meses

Primer período (18 de febrero a 31 de mayo)

Administración sanitaria	26	horas
Epidemiología	26	"
Preparación de informes	12	"
Metodología estadística I	124	"
Estadística demográfica	60	"
Estadísticas vitales I	59	"
Dibujo	50	"
Economía	20	"
Trabajo de Campo I	55	"
Biblioteca	32	"
	<u>464</u>	horas

Segundo período (1º de junio a 31 de julio)

Metodología estadística II	82	horas
Estadísticas vitales	66	"
Sistemas de clasificación y archivos clínicos	20	"
Documentación e información sobre servicios sanitarios auxiliares	21	"
Estadísticas de morbilidad	45	"
Trabajo de campo II	70	"
Biblioteca	40	"
	<u>344</u>	horas

Tercer período (2 de agosto a 2 de octubre)

Metodología III	76	horas
Estadísticas de recursos y servicios	110	"
Organización de servicios de estadística	28	"
Estadísticas de higiene industrial	14	"
Fundamentos de estadística económica	10	"
Trabajo de campo III	68	"
Biblioteca	31	"
	<u>337</u>	horas

Cuarto período (4 de octubre a 14 de diciembre)

Estadísticas en programas	42	horas
Trabajo de campo IV	236	"
Debates sobre informes y debates de mesa redonda	60	"
Biblioteca	48	"
	<u>386</u>	horas

ANEXO 10

PERU

PROGRAMA DEL CURSO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA

Duración: seis meses

Contenido	Número de horas			Total
	Teoría	Trabajo	Práctica	
<u>Parte teórica</u>				
Introducción al programa	2	-	3	5
Introducción a la salud pública	14	-	8	22
Introducción a la enfermería	4	-	7	11
Salud de la colectividad	30	16	22	68
La persona como individuo	10	6	-	16
Higiene de la madre y del niño	138	41	46	225
Atención del adulto	98	28	31	157
Total	<u>296</u>	<u>85</u>	<u>123</u>	<u>504</u>
<u>Parte práctica</u>				
Orientación (una semana)	-	-	39	39
El centro de salud:				
Higiene del adulto (una semana)	-	-	39	39
La madre y el niño (2 semanas)	-	-	78	78
Control de las enfermedades infecciosas (2 semanas)	-	-	78	78
El hospital:				
La consulta externa (una semana)	-	-	39	39
Cirugía (2 semanas)	-	-	78	78
Obstetricia (2 semanas)	-	-	78	78
Pediatria (2 semanas)	-	-	78	78
Total	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>507</u>	<u>507</u>
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Gran total	296	85	630	1,011
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				

ANEXO 11

PERU

PROGRAMA DEL CURSO PARA TECNICOS EN SANEAMIENTO

Duración: seis meses

Contenido	Número de horas	
<u>Parte teórica</u>		
Matemáticas - repaso		27
Topografía y dibujo		39
Materiales y técnicas de construcción		24
Hidráulica		12
Estadística		26
Microbiología		40
Epidemiología y control de las enfermedades infecciosas		37
Administración y legislación de salud pública		23
Educación sanitaria y ciencias sociales		39
Saneamiento del medio:		
Acondicionamiento del agua	46	
Eliminación de excreta	44	
Higiene de los alimentos	38	
Eliminación de aguas servidas	10	
Control de vectores (insectos)	19	
Control de roedores	11	
Control de establecimientos públicos	12	
Control de establecimientos y talleres industriales	7	
Control de viviendas y plomería	19	
Control de escuelas	10	
Control de albercas, baños públicos y playas	12	
Situaciones de emergencia y desastres	4	232
Higiene personal		4
Primeros auxilios		2
Ética profesional		5
		<hr/>
Total		510

(continúa)

Parte práctica

1. Observaciones y orientación

En este período el aspirante tiene la oportunidad de observar el trabajo del inspector sanitario de una unidad sanitaria, con objeto de enterarse de las diferentes técnicas de trabajo que emplea en el desempeño de sus funciones.

2. Trabajo de campo

En este período el aspirante se pone en contacto con la colectividad aplicando el conocimiento obtenido en el desempeño del trabajo fundamental de saneamiento, conforme al programa siguiente:

a) Trabajo preparatorio:

- Identificación del problema y estudio preliminar
- Selección de un programa de saneamiento fundamental y su presentación al comité técnico de la zona o a la unidad que organiza el curso.
- Redacción del plan de trabajo.
- Presentación del plan de trabajo al comité técnico de la zona o a la unidad que organiza el curso, así como a otras personas profesionales y técnicas, de manera que pueda incluirse el plan dentro de los programas de actividades.

b) Desarrollo del plan:

- Estudio de los aspectos topográfico, de saneamiento, demográfico y social de la colectividad seleccionada.
- Estudio sobre la vivienda.
- Entrevista con personas fundamentales de la colectividad.
- Elaboración de bosquejos y planes.
- Formación del comité de higiene de la localidad.
- Realización del trabajo.
- Informe del trabajo desarrollado y debate con el personal profesional y técnico de la zona, el personal dirigente del Curso y los estudiantes.
- Evaluación.

El trabajo en el terreno se lleva a cabo en grupos a los que se encomiendan las tareas descritas y las realizan bajo la supervisión del inspector sanitario asignado por el comité técnico de la zona o por la unidad sanitaria responsable del curso, o bien por el ingeniero a cuyo cargo está el curso.

ANEXO 12

PERU

PROGRAMA DEL CURSO DE ESTADÍSTICA PARA TÉCNICOS

Duración: seis meses

Primer período:

El primer período se dedica a repasar los aspectos fundamentales de las matemáticas y los conceptos fundamentales de salud pública. Las materias son las siguientes:

	Horas.
Matemáticas	124 "
Terminología médica	24 "
Administración y documentación y archivos	64 "
Enfermedades infecciosas	16 "
Clasificación de las causas de defunción	32 "

Segundo Período:

Durante este período los estudiantes reciben los conocimientos fundamentales de salud pública que les permiten estudiar y afrontar los problemas administrativos más comunes, y estudian otras materias específicas. Las materias que se enseñan son:

	Horas
Estadística general	106 "
Introducción a la salud pública	24 "
Elementos de técnicas de finanzas	16 "
Educación sanitaria	48 "
Demografía I	32 "

Tercer período:

Continúa la enseñanza sobre algunas materias específicas, inclusive algunas nociones de planificación. Las materias que se enseñan son:

	Horas
Estadística sanitaria	80 "
Demografía II	24 "
Planificación	16 "
Estadísticas de hospital	70 "

Cuarto período:

Se da al estudiante la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos. Trabaja en las instituciones de estadística y hace visitas. Sus observaciones son objeto de debate en las conferencias organizadas para este objeto.

ANEXO 13

VENEZUELA

PROGRAMA DEL CURSO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA

Duración: un año

<u>Contenido</u>	<u>Horas por semana</u>	
Cuidados del niño sano y enfermo	1	
Etica e historia de los hospitales	1	
Obstetricia y ginecologia	1	
Patología	1	
Salud Pública	1	
Ciencias médicas (medicina interna, cirugía)	2	
Farmacología	1	
Enfermedades crónicas	1	
Enfermería	15	
Lengua española	5	
Matemáticas	4	
Ciencias biológicas	6	
Educación social	1	
	<hr/>	
Total	40	horas

ANEXO 14

VENEZUELA

PROGRAMA DEL CURSO PARA AUXILIARES DE HOSPITAL

<u>Contenido</u>	<u>Horas</u>
Enfermería	80 horas de demostraciones y trabajo práctico
Cuidados del niño sano y del enfermo	16 horas de teoría y práctica
Obstetricia y ginecología	15 horas de teoría y práctica
Salud pública	10 horas de teoría y práctica
Fundamentos de farmacología y medicina clínica	16 horas de teoría y práctica
Etica profesional	16 horas de teoría
Fundamentos de anatomía y fisiología	16 horas de teoría y práctica
Primeros auxilios	16 horas de teoría y práctica
Fundamentos de las ciencias médicas	8 horas de teoría
<u>Total</u>	<u>194 Horas</u>

Además de las 194 horas de demostraciones y conferencias en salones de clases se llevan a cabo 480 horas de trabajos prácticos en clínicas.

ANEXO 15

VENEZUELA

INSTRUCCIONES SOBRE PROTECCION A LA SALUD EN POBLACIONES RURALES DISPERSAS, POR PERSONAL NO PROFESIONAL

por el Dr. Emilio López Vidal, Caracas, 1964

Requisitos para los "servicios médicos simplificados"

Capítulo I:

- Condiciones de salud en las poblaciones rurales dispersas
- Factores socioculturales y económicos
- Medios reales para la atención de la población rural dispersa
- Condición real de los auxiliares rurales y la mejor manera de utilizarlos
- Plan general de trabajo. Su organización.
- Supervisión y evaluación.
- Problemas de las zonas apartadas.

Capítulo II:

- Conceptos sobre el individuo sano
- Conceptos sobre el individuo enfermo. Causas.
- Infecciones debidas a organismos vivos
- Formas de transmisión e infección:
 - Bacilo tetánico
 - Anquilostoma
 - Virus de la rabia
- Conducta de la persona sana y de la infectada. Inmunidad.
- Condiciones que favorecen el desarrollo de la enfermedad
- Control de las enfermedades infecciosas:
 - Acciones contra la fuente de infección
 - Acciones contra los medios de transmisión
 - Protección de los sanos. Vacunación
- Animales peligrosos para el hombre porque pueden transmitirle sus enfermedades

Capítulo III:

- Primeros auxilios en enfermedades agudas
- Neumonía:
 - En niños
 - En adultos
- Diarrea en los niños
- Disentería
- Influenza y resfriado común

(Anexo 15 continúa)

(Anexo 15 continuación)

- Anginas
- Sarampión
- Tos ferina
- Fiebre amarilla
- Rabia
- Enfermedades infecciosas de los ojos
 - Supuración de los ojos en el recién nacido
 - Conjuntivitis
 - Orzuelos
 - Cuerpos extraños en los ojos
- Enfermedades de la piel
 - Impétigo
 - Efectos de las plantas, el jabón en polvo, los gránulos de jabón y las escamas de jabón sobre la piel
- Primeros auxilios en las enfermedades crónicas
- Parásitos intestinales
 - Letrinas
 - Alcantarillados
- Tuberculosis
- Paludismo
- Lepra
- Enfermedad de Chagas
- Asma
- Sífilis
- Gonorrea
- Espundia (Leishmaniasis cutánea)
- Carate (pian, una forma de treponematosis)
- Leishmaniasis

Capítulo IV:

- Anemia y mala nutrición

Capítulo V:

- Primeros auxilios en accidentes
- Detención de hemorragias
- Protección de heridas
- Prevención de afecciones nerviosas
- Heridas del tórax
- Heridas del abdomen
- Heridas de la mandíbula
- Quemaduras
- Fracturas en general
- Fracturas de la pierna
- Fracturas de la cadera
- Fracturas del brazo y de la muñeca
- Fracturas del cuello

- Cuerpos extraños:
 - en los ojos
 - en la garganta
 - en la nariz
 - en los oídos
- Desmayos
- Efectos del calor o insolación
- Estrangulación
- Transporte de enfermos y heridos
- Mordeduras de víboras ponzoñosas
- Primeros auxilios en casos de mordeduras de víboras
- Picaduras de la pastinaca, el alacrán y la araña

Capítulo VI:

- Primeros auxilios en el embarazo
- Durante el parto
- Después del parto
- Atención del recién nacido
 - Niños prematuros
 - Atención del niño: alimentación, higiene, vestido
- Control de parteras

Capítulo VII:

- Registro de nacimientos
- Registro de defunciones
- Registro de primeros auxilios:
 - dados a niños con neumonía
 - dados a niños con diarrea
- Registro de asistencia médica dada en el campo o en el hospital
- Encuesta sobre la prevalencia de leishmaniasis
- Preparación de formas para registrar primeros auxilios
- Registro de vacunaciones
- Informes mensuales
- Informes anuales

Capítulo VIII:

- Educación sanitaria
- Higiene personal
- Higiene de los alimentos
- Vacunación
- Importancia de la limpieza:
 - moscas, alcantarillas y retretes

ANEXO 16

VENEZUELA

PROGRAMA DEL CURSO PARA INSPECTORES DE ACUEDUCTOS RURALES

En la Escuela de Malariología y Saneamiento del Medio

Duración: cinco meses

<u>Contenido</u>	<u>Número de horas</u>		
	<u>Teoría</u>	<u>Práctica</u>	<u>Total</u>
Aritmética	28	42	70
Geometría	8	17	25
Español	20	-	20
Saneamiento	14	-	14
Operaciones y mantenimiento	27	-	27
Contabilidad	38	46	84
Organización de la colectividad	46	60	106
Administración sanitaria	17	-	17
Organización de unidades administrativas de acueductos rurales	19	-	19
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	217	165	382

VENEZUELA

PROGRAMA DEL CURSO PARA INSPECTORES SANITARIOS

en la Escuela de Salud Pública

Duración: diez meses

<u>Contenido</u>	<u>Número de horas</u>	
	<u>Teoría</u>	<u>Práctica</u>
Administración	25	10
Estadística	20	40
Ciencias sociales y educación sanitaria	60	60
Dibujo	10	28
Epidemiología	25	8
Fotografía	26	18
Higiene de los alimentos	100	160
Higiene industrial	10	20
Legislación sanitaria	30	6
Microbiología y Parasitología	40	70
Nutrición	20	19
Primeros auxilios		30
Saneamiento	100	60
Zoonosis	25	40
Temas especiales		94
Conferencias	30	-
Trabajo práctico en grupos		220
Adiestramiento práctico en distintos departamentos		100
Exámenes finales		20
	<hr/>	<hr/>
	521	1003 horas
Total.....		1,524 horas

ANEXO 18

VENEZUELA

PROGRAMA DEL CURSO PARA BIBLIOTECARIOS Y ARCHIVISTAS MEDICOS

Duración: diez meses

<u>Primer período:</u>	<u>Horas</u>
Organización de hospitales	30
Terminología médica	86
Métodos de estadística	30
Elementos de medicina preventiva	58
Elementos de ciencias médicas	58
Elementos de anatomía humana	29
Elementos de fisiología	50
Estadísticas de hospital	30
Clasificación estadística internacional	29
Biblioteca	40
Organización de archivos	43
Historia de la medicina	30
Trabajos prácticos en el departamento de estadística (estadísticas de morbilidad; admisión y alta de pacientes; servicios de diagnóstico y terapéutica) y en la secretaría.	60
Prácticas en el hospital del ejército	18
Prácticas en el instituto "Luis Razetti"	18
Prácticas de educación sanitaria	<u>16</u>
	625

Segundo período:

Este período dura dos meses y medio. Se dedica a administración de hospitales y se desarrolla en hospitales o en instituciones para ese objeto. Este adiestramiento práctico comprende:

- a) Departamento de admisión
- b) Departamento de consulta externa
- c) Secretaría
- d) Fichero de pacientes
- e) Fichero de enfermedades y operaciones (codificación)
- f) Fichero de médicos
- g) Análisis cuantitativos; registro de historias de casos
- h) Archivo de historias clínicas
- i) Registro de defunciones, biopsias, autopsias, historias incompletas, etc.
- j) Comité de historia de la medicina
- k) Servicios de estadística: utilización, diagnóstico y terapéutica, nacimientos, operaciones, etc.
- l) Análisis del diario de servicios de hospital (el libro verde)
- m) Otros detalles del Departamento de Historia de la Medicina
- n) Departamento de rayos X, banco de sangre, laboratorios y otros departamentos del hospital