

Discusiones

Técnicas



Buenos Aires, Argentina
Octubre 1968

Tema 18 del programa provisional

CD18/DT/1 (Esp.)
2 octubre 1968
ORIGINAL: INGLES

PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD EN
LA POLITICA DE POBLACION.

INDICE

	<u>Página</u>
I. <u>INTRODUCCION</u>	1
Concepto de la participación	1
Principios fundamentales	2
La política de la OMS y de la OPS	2
Otras políticas sobre población	3
Concepto global de la salud	3
La salud y el desarrollo socioeconómico	4
Aspectos de salud y sociales que deben considerarse en la política de población	5
Algunas normas generales	7
II. <u>CONTENIDO DEL PROGRAMA</u>	8
Problemas individuales de salud	8
Integración de los servicios médicos y planificación de la familia	10
III. <u>ALGUNOS ASPECTOS DE EDUCACION EN SALUD</u>	12
Factores que deben considerarse en el programa	12
Algunas pautas para educar a la comunidad	13
IV. <u>ADMINISTRACION Y ORGANIZACION</u>	15
Lugar que ocupa el programa de planificación de la familia	15
Organización	15
Niveles de operación	16
Las fases del programa de desarrollo	18
Actividades complementarias	19
Evaluación	19

INDICE (Cont.)

	<u>Página</u>
V. <u>RECURSOS HUMANOS, EDUCACION E INVESTIGACIONES</u>	21
Categorías de adiestramiento	21
Preparación de personal	21
a. Educación y adiestramiento del personal que ya presta servicios en salud pública	21
b. Estadística y demografía	23
c. Conocimientos clínicos	23
d. La educación y el desarrollo de la comunidad	24
La educación básica profesional en diversas disciplinas	26
Investigación	27
Aspectos psicológicos, sociológicos y fisiológicos de la reproducción humana	28
Ecología humana	28
Demografía	29
Investigaciones operativas	29
VI. <u>ANEXO I</u>	
Resoluciones de la OPS relativas a la participación del sector salud en la política demográfica	
VII. <u>ANEXO II</u>	
Resoluciones de la OMS relativas a la participación del sector salud en la política demográfica	

El Director desea expresar su agradecimiento a las personas que se indican a continuación por las valiosas sugerencias ofrecidas en la preparación del presente documento.

- Dr. Samuel M. Wishik, Director
División de Desarrollo y Evaluación de Programas
Colegio de Médicos y Cirujanos
Universidad de Columbia
Instituto Internacional para el Estudio de la
Reproducción Humana
Nueva York, E.U.A.
- Dr. Pablo Liendo Coll, Director Ejecutivo
Asociación Venezolana de Planificación Familiar
Caracas, Venezuela
- Dr. Leslie Corsa, Jr., Director
Centro de Planificación de la Población
Universidad de Michigan
Escuela de Salud Pública
Ann Arbor, Michigan, E.U.A.
- Dr. Héctor García Manzanedo, Asesor
Secretaría de Salubridad y Asistencia
México D.F., México
- Dr. Dorothy Nyswander
Departamento de Educación Sanitaria
Escuela de Salud Pública
Universidad de California
Berkeley, California, E.U.A.
- Dr. Charles B. Arnold
Profesor Ayudante
Administración de Salud Pública
Centro de Población de Carolina
Chapel Hill, North Carolina

PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD
EN LA POLITICA DE POBLACIONI. INTRODUCCION

En la XVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, celebrada en Puerto España, en septiembre de 1967, los Gobiernos Miembros de la Organización seleccionaron el tema "Participación del sector salud en la política de población" para las Discusiones Técnicas anuales que tendrán lugar en la XVIII Reunión del Consejo Directivo, XX Reunión del Comité Regional.^{1/}

El presente documento enuncia la relación recíproca que existe entre la salud y la dinámica de población y dedica especial atención al contenido de los programas, la educación de la comunidad, la administración y la organización, así como a los recursos humanos y a los aspectos docentes y de investigación de la participación del sector salud en cuestiones de población. Se presenta este documento con objeto de indicar los antecedentes y establecer la base para el intercambio de experiencias e ideas en las Discusiones Técnicas que se celebrarán en la Reunión del Consejo Directivo en Buenos Aires, en octubre de 1968.

Cabe esperar que estas Discusiones Técnicas definan algunos de los procedimientos que deben considerarse en un programa de salud, como parte de la política general de población. Independientemente de las decisiones de los Gobiernos, la experiencia que ofrezca este intercambio será de utilidad para todos los interesados.

Concepto de la participación

En la interpretación del tema de las Discusiones Técnicas, se sugiere que el concepto de participación comprenda la función del sector salud, es decir, las funciones que deben cumplirse y los métodos de ejecución dentro de una política de población establecida. Es importante determinar lo que constituye la participación del sector salud y cómo deberá efectuarse con la finalidad de alcanzar los objetivos de una política general de población. En el presente trabajo, se parte del supuesto de que los Gobiernos pueden establecer libremente una política de población orientada en el sentido de modificar o no el tamaño y la estructura de la población mediante procedimientos distintos de carácter económico, social y sanitario. Puede ocurrir que la decisión, como política oficial, sea la de dejar que la población se desarrolle en virtud de las fuerzas naturales y normales de la sociedad. Por otro lado, acaso se resolviera que es necesario aumentar la población general del país, o la de ciertas zonas de él, porque se llevan a cabo o se proyectan

^{1/} Resolución XXXIII, XVIII Reunión del Consejo Directivo, 1967. Documento Oficial No. 82 de la OPS, p. 42. (véase Anexo 1).

actividades que requieren un mayor número de personas para su ejecución y es necesario atraer distintos grupos de sociedades a ése país o a un sector del mismo. Por último, puede establecerse la política de crear condiciones para que disminuya el ritmo de crecimiento. Se reconoce que algunas naciones de las Américas han establecido ya una política de esta clase y que otras están en vías de determinar la posición que adoptarán ante un asunto tan importante.

Principios fundamentales

La preparación de este documento se ha basado en tres principios fundamentales: a) la familia debe tener absoluta libertad de pedir consejo y de seguirlo en la planificación del número de hijos que desea; b) el Gobierno debe decidir el contenido y la clase de información que se facilitará cuando se solicite asesoramiento, así como los medios para aplicarlo; c) la planificación de la familia, de acuerdo con las resoluciones de la OMS y la OPS, debe organizarse como parte integrante de los servicios de salud, particularmente de los de higiene maternoinfantil.

El Dr. M. G. Candau, Director General de la OMS, en un discurso en la Conferencia de la Casa Blanca sobre Salud, en noviembre de 1965, ^{1/} definió la función de la Organización, que también corresponde a la OPS, en los términos siguientes: "proporcionar información que sirva de ayuda a los gobiernos en su análisis de todos los factores pertinentes, a base de los cuales puedan establecer sus propias políticas de salud con respecto al crecimiento de la población".

La política de la OMS y de la OPS

Las funciones y obligaciones que en este campo corresponden a la OMS y a la OPS han sido claramente definidas en las Resoluciones aprobadas por los Gobiernos en la Asamblea Mundial de la Salud y en las Reuniones del Consejo Directivo de la OPS durante el período de 1965 a 1968.^{2/}

Las 18a. y 19a. Asambleas Mundiales de la Salud, teniendo en cuenta las opiniones de más de 125 Gobiernos Miembros, delinearon la política de la OMS en relación con la planificación de la familia. Esencialmente, la OMS puede asesorar a los Gobiernos que lo soliciten sobre el desarrollo de programas de planificación de la familia, cuando exista un servicio de salud organizado, sin alterar sus actividades normales preventivas y curativas. Estos programas deben relacionarse con todas las actividades de los servicios locales de salud, particularmente con los de higiene maternoinfantil, dedicándose especial atención a la formación de personal profesional y no profesional.

^{1/} OMS, Documento PA/253.65

^{2/} Véase Anexos 1 y 2

La misma importancia que las condiciones para la prestación de estos servicios merece el reconocimiento de que la decisión respecto a ofrecer información a la población sobre los aspectos de salud de la reproducción humana -y en qué medida debe hacerse- corresponde a las administraciones nacionales. Se reconoce además que los problemas de la reproducción humana afectan tanto a la unidad familiar como a la sociedad, en su conjunto y la decisión respecto al número de hijos corresponde a cada familia particular.

La OMS no acepta ninguna responsabilidad en cuanto a fomentar o apoyar una política determinada de población y cualquier decisión sobre las solicitudes de asistencia depende de la política de planificación de la familia que haya establecido por su cuenta el Gobierno de que se trate.

Las normas de la OMS sirven también de base a la posición de la OPS dentro de los límites establecidos por los Cuerpos Directivos, como se indica en las resoluciones de la XVI Reunión del Consejo Directivo, celebrada en 1965, y de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, de 1966.

Otras políticas sobre población

Conviene mencionar también la declaración sobre población presentada por los dirigentes del mundo, en las Naciones Unidas, el 11 de diciembre de 1967, Día de los Derechos Humanos, y la importancia que recibió este tema en la Reunión de Jefes de Estados Americanos, celebrada en Punta del Este en 1967, en la que se expresó la necesidad de dar impulso a los "programas intensivos de protección maternoinfantil y la educación sobre métodos de orientación integral de la familia", y de "...instar a la Organización Panamericana de la Salud a que colabore con los Gobiernos en la preparación de programas específicos correspondientes a estos objetivos".

En la Reunión sobre Políticas de Población en Relación al Desarrollo en América Latina, celebrada en Venezuela en 1967, se formuló también una declaración en los términos siguientes: "La alta fecundidad de las mujeres latinoamericanas -comprobada en encuestas efectuadas recientemente- causa graves riesgos y perjuicios a la salud que se traducen, entre otras consecuencias, en una elevada tasa de abortos provocados. El aborto es una de las principales causas de enfermedad, invalidez y muerte materna en América Latina. La alta fecundidad agrava asimismo las condiciones de desnutrición infantil ya prevalentes. Puede acarrear, también, problemas sociales y económicos entre ellos los de la desintegración del núcleo familiar, el abandono del hogar por parte del hombre, la delincuencia juvenil y otros desajustes sociales. Además, desde el punto de vista médico, se reconoce que el espaciamiento y la limitación de los embarazos permite mejorar las condiciones de salud de la madre y de los niños ya nacidos".

Concepto global de la salud

El planteamiento del tema de la salud y la política de población debe derivarse de la experiencia general en materia de salud en la que es necesario

estudiar un problema teniendo en consideración el pasado, el presente y el porvenir. El primero, a fin de determinar los factores que producen los problemas de salud o que contribuyen a ellos, y de tratar de comprenderlos; el segundo, para evitar, dentro de los medios de que disponemos, las condiciones que pueden crear problemas de salud; y el tercero para considerar cuáles pueden ser los resultados directos e indirectos de las modificaciones que se hayan introducido.

De la misma manera que el clínico, el funcionario de salud pública se preocupa de la salud de cada individuo que acude a recibir atención. Pero, al mismo tiempo, este funcionario se ocupa de la salud de la población, como grupo, en la zona que le corresponde. Por consiguiente, ha de atender en realidad a una población total, y aprende a considerarla como una identidad global, no simplemente como una aglomeración de personas. En el desempeño de ésta última función, el administrador de salud pública utiliza experiencias y conocimientos de estadística, epidemiología, organización y administración, educación, etc., todos los cuales se relacionarán en algún momento con problemas de población.

El administrador de salud pública se interesa no sólo en mejorar la salud de todas las personas y familias comprendidas en el sector a su cargo, sino también en evitar las condiciones del medio que amenacen la salud o que impidan el desarrollo de programas de protección de la misma.

La salud y el desarrollo socioeconómico

La salud pública moderna constituye una parte integrante del desarrollo económico y social. En cualquier sociedad, la atención de la salud es una función que comprende simultáneamente, los problemas específicos relacionados con la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la prolongación de la vida y el fomento del bienestar, así como la integración con todas las actividades que mejoran las condiciones de vida. En los países en vías de desarrollo, revisten importancia fundamental aspectos tales como la educación, la producción de alimentos y la nutrición, la vivienda, la industrialización y el crecimiento firme de la economía.

El administrador de salud pública, en sus actividades generales, debe analizar constantemente la población a la que presta servicio en lo que se refiere a tamaño y estructura, ritmo de crecimiento, edad, distribución étnica y geográfica, migración -interna y externa- para mencionar sólo algunos de los factores. Evidentemente las características de morbilidad y mortalidad deben relacionarse con las demográficas y constituir la base para la formulación de planes y programas de fomento, protección y restablecimiento de la salud, entre ellos los de higiene maternoinfantil y planificación de la familia.

Esta labor debe realizarse en el contexto de las actividades de las autoridades nacionales de salud pública encaminadas a incluir la representación del sector salud en los consejos nacionales de planificación y socioeconómicos que se ocupan de la planificación nacional. En este nivel, los

puntos de vista especiales de los representantes de la salud en cuestiones que incumben a diversos sectores, como la población, pueden tener como resultados positivos las medidas apropiadas que se adopten en el nivel en que se formula la política del gobierno. La salud y la población deben formar parte de los planes nacionales socioeconómicos para varios años, y los programas de población, en todas las esferas del gobierno y la sociedad, deben integrarse en estos planes nacionales globales.

Aspectos de salud y sociales que deben considerarse en la política de población

En relación con este programa específico, hay que tener presente que la familia es la unidad básica de todas las actividades de salud pública y, por consiguiente, debe tenerse en consideración no sólo los peligros directos para la salud, sino también las condiciones sociales que afectan el bienestar de la familia y repercuten seriamente en la propia salud. Conviene señalar las consideraciones que figuran a continuación:

a. En muchos países, se ha observado que el número de hijos de las mujeres pertenecientes a grupos de bajos ingresos económicos es mayor que el de las que gozan de una situación más privilegiada.^{1/} Además, la elevada mortalidad y morbilidad infantil a menudo está correlacionada con un alto índice de nacimientos en cada familia.^{2/}

b. Existe también una gran correlación entre el grado de instrucción de las mujeres y el número de hijos que tienen.^{3/} Las menos preparadas son las que tienen familias más numerosas. Sabido es que la elevada tasa de mortalidad entre los lactantes y niños de corta edad en los países latinoamericanos, así como en otras partes del mundo, es una consecuencia directa de las graves deficiencias de saneamiento ambiental y de nutrición, derivadas de la incapacidad de la madre y de la atención inapropiada que reciben sus hijos.

^{1/} "Estudio de los recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia", HECHOS DEMOGRAFICOS, Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, enero de 1968, Cuadros 28 y 32.

^{2/} GORDON, WYON y ASCOLI, "The Second Year Death Rate in Less Developed Countries", Reimpreso de THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, Vol. 254, No. 3, septiembre 1967, p. 369-370.

^{3/} MIRO, Carmen A. y RATH, Ferdinand, "Preliminary Findings of Comparative Fertility Surveys in Three Latin American Cities", THE MILBANK FUND QUARTERLY, Vol. XLIII, No. 4, octubre de 1965, parte 2, Cuadro 8, p. 51.

c. Se ha demostrado que entre los hijos ilegítimos se registra una tasa más alta de mortalidad y morbilidad que entre los legítimos, 1/ pues los primeros no gozan de la protección económica y social del padre. Además, la madre suele poseer una educación muy limitada, lo que le impide mejorar su situación económica.

d. Los embarazos involuntarios y no deseados inducen a las mujeres al aborto, 2/ lo que a menudo conduce a la esterilidad, la invalidez o la muerte y, por añadidura, crea una sensación de angustia y culpabilidad en sus respectivas familias. Además, esos abortos imponen una pesada carga a los servicios de ginecología de los hospitales.

e. Se ha observado que las mujeres que han experimentado ciertos problemas médicos durante el embarazo tienden a sufrir reiteradas dificultades de orden médico en los embarazos sucesivos, especialmente cuando el tiempo transcurrido entre ellos no es suficiente para que la paciente se restablezca de la afección fundamental.

f. En el caso de mujeres que padecen de graves enfermedades crónicas, como la tuberculosis pulmonar, la nefritis y otras afecciones, el embarazo agrava su estado.

g. La esterilidad muy extendida debe ser un factor que se considere en una política de población, y es necesario adaptar las medidas a su naturaleza y frecuencia.

h. La necesidad de aumentar la población en ciertas zonas de un país debería planificarse cuidadosamente en relación con los peligros para la salud y las necesidades de recursos humanos y servicios en ese mismo campo. Las autoridades sanitarias deberían seguir las tendencias del desarrollo no sólo en un sentido general sino también específico, es decir, la clase de empresa, su ubicación, riesgos que supone, cantidad de personal que se necesita, determinación de las fases cronológicas de estas necesidades, los servicios de atención de la salud de los trabajadores, el futuro número de personas que residirán en esas zonas y las instituciones educativas o de prestación de servicios, que se requieren para atender la salud de la población.

1/ INFANT LOSS IN THE NETHERLANDS, Centro Nacional de Estadística de Salud, Serie 3, No. 11, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, E.U.A., p. 24.

2/ "Características de la Mortalidad Urbana", Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad. Publicación Científica de la OPS No. 151, pp. 191-205.

HALL, M. Françoise, "Family Planning in Lima, Peru", THE MILBANK FUND QUARTERLY, Vol. XLIII, No. 4, octubre 1965, parte 2, p. 100.

ARMIJO, Rolando y MONREAL, Tegualda, "The Problem of Induced Abortion in Chile", IBID. p. 263.

Algunas normas generales

El funcionario de salud puede contribuir a mejorar estas condiciones de diversas maneras, entre ellas las que se indican a continuación:

a. Establecimiento y mantenimiento del programa general de salud, incluidos los servicios de higiene materno-infantil, y el acopio de datos sobre problemas de salud relacionados con la maternidad;

b. Desarrollo de programas de prestación de servicios de planificación de la familia a quienes los soliciten, y

c. Evaluación de los actuales procedimientos de planificación de la familia y de las repercusiones probables que los programas en este campo tendrán en lo futuro.

En el desarrollo de programas, convendría tener presentes algunas normas fundamentales como las siguientes: "Incumbe a las administraciones nacionales resolver si deben facilitar, y la medida en que deben facilitar, la difusión de informaciones y la prestación de servicios a las poblaciones respectivas en cuanto se refiere a los problemas de salud relacionados con la reproducción humana", como se indicó en la XVIII Asamblea Mundial de la Salud, y que un matrimonio disfrute del derecho, la libertad y las posibilidades de tener los hijos que desee y en el momento que quiera ello permitiría a los interesados establecer sus propias normas de responsabilidad paterna con arreglo a sus creencias y deseos, y dentro de los medios aceptables.

De acuerdo con esos principios, cualquier programa de higiene materno-infantil y de planificación de la familia debería abarcar los aspectos de investigación, educación (incluso la orientación individuales) y la prestación de servicios. Sólo así podrá la colectividad disponer plenamente de los recursos de estos programas, teniendo en cuenta que en este campo nos enfrentamos constantemente con la cuestión de ofrecer soluciones alternativas para conseguir los objetivos en diversos ambientes.

II. CONTENIDO DEL PROGRAMA

En aquellos países cuyos Gobiernos han establecido políticas de población, el contenido específico de los programas variará según sean el tiempo, el lugar y la población de que se trate. En general, un programa de amplio alcance está compuesto de los tres elementos principales que ya se han mencionado: servicios, educación e investigaciones.

Los servicios están destinados a ayudar a las familias a tener el número de hijos que desean, inclusive prestando atención a la infecundidad, y se fundan en un pleno respeto a la libertad de la familia para solicitar consejos, estar informada y tomar decisiones respecto de la información recibida. Por tanto, es importante que en la planificación de la familia el médico preste toda la atención a los deseos que exprese la mujer y que, como en cualquier otra situación médica, recomiende el método que considere más adecuado a las necesidades, circunstancias y capacidades de la paciente. Como la mayoría de los métodos de planificación de la familia dependen en gran parte del nivel de motivación de la familia para mantener su aplicación reiterada, la presión que se ejerza es prácticamente ineficaz y debe proscribirse por completo.

Problemas individuales de salud

Se espera que la política de población defina la situación de salud que deba considerarse en casos individuales para su examen y orientación.

Entre los que consulten puede haber personas que asistan a diversos servicios especializados de salud. Siempre que un departamento de salud maneja consultorios de especialidades, como, por ejemplo, para atender tuberculosis, cáncer, diabetes, cirrosis del hígado u otros estados patológicos en los que el embarazo puede constituir un riesgo médico y, por consiguiente, debe evitarse, es menester incluir la información y la asistencia para aplazar el embarazo como elementos esenciales del tratamiento prescrito.

Los consejos de esta naturaleza pueden emplearse en la atención postpartum. Siempre que sea factible y, desgraciadamente, una gran cantidad de mujeres de América Latina no pueden aprovechar los recursos modernos de la tecnología obstétrica que proporcionan cada vez mayor seguridad para la madre y el hijo, la atención postpartum debe dirigirse a corregir estados biológicos o anatómicos producidos por el embarazo y también evaluar la marcha de la involución uterina y de otros procesos fisiológicos al volver al estado previo al embarazo. Además, esta clase de atención permite al consultorio descubrir y precisar los casos de maternidad que deben continuar bajo supervisión médica a fin de corregir estados residuales consecutivos al embarazo y el parto. La planificación de la familia, cuando se solicita y acepta, permitirá a la paciente el tiempo suficiente para la reconstitución y estabilización de su organismo, que es una parte de su proceso total de rehabilitación.

La experiencia demuestra que cuando se ha agregado la planificación de la familia al programa de atención postpartum, el porcentaje de mujeres que cumplen con sus citas y vuelven a la consulta se ha duplicado y aún triplicado. La importancia estratégica de la atención postpartum es muy evidente porque, además de las razones ya mencionadas, éste es el momento en que la madre puede recibir ayuda para dar al nuevo hijo un comienzo saludable de su vida, con instrucción sobre dieta y otros aspectos de la atención al lactante. Como se indican aquí, los servicios de atención a las mujeres en el período postpartum abarcarían necesariamente la atención postpartum propiamente dicha, la planificación de la familia y la supervisión de la salud del niño. Para extender esos servicios a las mujeres que viven en las zonas rurales, muy bien pudiera ser que la partera local fuese la persona clave a quien contratar, adiestrar y supervisar para esos fines.

Algunas afecciones ginecológicas pueden justificar este tipo de asesoramiento. El aborto provocado, especialmente cuando es repetido, constituye una causa importante de mortalidad materna. Eso se aprecia claramente en el estudio realizado bajo los auspicios de la OMS sobre características de la mortalidad urbana.^{1/} La experiencia muestra que las mujeres sujetas a este riesgo fácilmente solicitan y aceptan consejos a fin de evitar otro embarazo. Aunque con menor amplitud, la misma situación puede considerarse aplicable al aborto espontáneo.

El cáncer de los órganos genitourinarios es otra afección que debe tomarse en consideración. En el caso del cuello y del cuerpo del útero, el mismo estudio citado muestra la gran importancia que tiene en algunas de las grandes ciudades examinadas.^{2/} Tal vez el ginecólogo estime necesario aconsejar que se evite el embarazo, y lo mismo puede aplicarse a las demás afecciones ginecológicas. Si es posible, el servicio de higiene maternoinfantil debe practicar sistemáticamente el citodiagnóstico para detectar el cáncer del cuello uterino o los estados precancerosos.

A las pacientes generales, un servicio de higiene maternoinfantil y planificación de la familia puede ofrecer suficiente flexibilidad para atender las necesidades individuales de la mayoría de las que acuden en busca de consejo, o cuya situación sea compatible con la política establecida por el Gobierno así como con su propia conciencia.

Cuando la infecundidad constituya un problema de salud, la necesidad de recurrir a centros médicos en relación con este problema se debe al reconocimiento cada vez mayor de que la infecundidad puede requerir la atención de diversos especialistas médicos y trasciende el alcance tradicional de la ginecología. Por ejemplo, a menudo abarca el campo de la urología. La endocrinología también contribuye de manera importante, especialmente en el caso de la esposa. La imposibilidad de conseguir la maternidad puede ser el resultado de obstáculos al desarrollo embrionario y no de incapacidad para concebir.

^{1/} "Características de la Mortalidad Urbana", Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad, Publicación Científica OPS No. 151, 1967, págs. 191-205.

^{2/} Ibid., págs. 134-137.

Por esta razón puede ser necesario el realizar estudios cromosómicos y otras investigaciones genéticas que ayuden a aclarar los problemas con objeto de dar a las parejas la orientación y los consejos adecuados. Finalmente, también ha llegado a ponerse cada vez más de manifiesto que los factores emocionales fundamentales, tanto del esposo como de la esposa, pueden desempeñar una parte extremadamente importante en el tratamiento general de este problema, en cuyo caso estaría indicada la consulta psiquiátrica. Es evidente que un servicio tan complejo existiría únicamente en algunas grandes instituciones urbanas de salud a las que se remitirían casos de servicios estatales o rurales.

Como se indicó, el programa de salud debe orientarse conforme a la política de población, sea para aumentar o para disminuir ésta, a fin de determinar necesidades, objetivos, recursos humanos y materiales que se requirieren, métodos y procedimientos, y para satisfacer decisiones tomadas libremente por cada persona, así como sistemas de evaluación. Obviamente, es necesario identificar con claridad las características médicas esenciales para estos servicios, de manera que sólo se incluyan las técnicas que puedan manejarse en la práctica.

Integración de los servicios médicos y de planificación de la familia

El esquema siguiente ilustra algunas de las oportunidades de integración de los servicios médicos y de planificación de la familia en los que esté en funciones un centro de salud bien organizado que tenga amplios recursos:

Historia clínica

Datos de identificación de la familia, inclusive condiciones sociales y económicas

Antecedentes obstétricos

Antecedentes patológicos generales

Exámen médico

Reconocimiento físico general - exámenes de laboratorio

Exámen ginecológico, inclusive la prueba de Papanicolau

Orientación

Investigar respecto a preferencias por métodos de planificación de la familia y dar instrucciones específicas respecto al elegido.

Comentarios y consejos respecto a datos incidentales hallados en relación con el estado de salud.

En los casos indicados, enviar a la paciente a tratamiento

Programa de nuevas visitas e instrucciones a fin de concertar entrevistas en los intervalos en caso necesario.

Visitas ulteriores

Una entrevista en el centro o mediante visita domiciliaria en el curso del primer mes después de la menstruación siguiente al parto es muy fructífera y probablemente contribuya a reducir de manera considerable el porcentaje de mujeres que dejan de emplear continuamente el método elegido.

Debe efectuarse una revisión sistemática del estado actual de la paciente tan fácil y cómodamente como sea posible; por lo general, no es necesario que el médico vea a la paciente. Las enfermeras o parteras pueden utilizar cuestionarios preparados cuidadosamente en relación con cada método y sólo enviar la paciente al médico cuando exista una indicación especial o ella lo solicite.

Deben facilitarse con flexibilidad las visitas para exponer inconvenientes de los métodos.

Pueden arreglarse visitas especiales de control ulterior o en relación con datos incidentales hallados respecto a los cuales se envió la paciente con el médico o se le instituyó algún tratamiento.

Siempre debe haber información y orientación constantes sobre planificación de la familia y protección de la salud, a la disposición de personas o parejas y a solicitud de ellas.

III. ALGUNOS ASPECTOS DE EDUCACION EN SALUD

Quando la política de población del Gobierno así lo indica, las actividades educativas dentro del programa maternoinfantil y de planificación familiar pueden orientarse hacia la comunidad en su conjunto. No obstante, la Declaración de los Presidentes de América señala a la familia como el centro donde deben confluir dichas acciones. La naturaleza privada del tema sugiere además de la pauta ya definida, el enfocar la educación en la pareja y la familia.

La orientación integral de la familia, dentro de las actividades regulares de salud, intenta proporcionar la información necesaria que permita modificar voluntaria y conscientemente actitudes sobre problemas de salud de la madre y el niño, los aspectos generales de reproducción, las interrelaciones de los miembros de la familia y la responsabilidad en el matrimonio y la paternidad. En concreto se trata de que los padres adquieran los conocimientos necesarios para que dentro de sus posibilidades, puedan ofrecer una vida sana y digna a sus hijos.

Como el comportamiento de los seres humanos es considerablemente más complejo de lo que se supone, el diseño y desarrollo de un programa de educación demanda el consentimiento y cooperación voluntaria y consciente de las personas. Los individuos aceptarán el programa de orientación integral de la familia o cualquier nueva práctica de salud si el mismo satisface sus necesidades.

Factores que deben considerarse en el programa

Varios son los factores psicológicos, socio-culturales y educacionales que influyen en la adopción de prácticas de salud y planificación familiar. De ahí la necesidad de contar, como primer paso para formular un programa con la información indispensable sobre las características de la población desde dichos ángulos. Este conocimiento es importante en América Latina, donde los grupos aborígenes conservan sus propios patrones culturales y de comunicación, y los grupos mestizos han desarrollado, en grado apreciable, características de cultura local que permite individualizarlos. En ambos grupos suelen subsistir importantes juicios de valores tales como el prestigio y respeto que siente la comunidad por los individuos con familia numerosa.

El desconocimiento de los problemas de salud que pueden afectar a la madre y la falta de información científica relacionada con asuntos de reproducción, aunados al hecho de que los grupos humanos con frecuencia guían sus acciones con base a conceptos empíricos, constituyen elementos a tomarse en cuenta en la elaboración del programa.

La orientación de las actividades y el flujo de comunicación entre el personal de salud y los elementos de la familia en ocasiones no permite aprovechar todas las oportunidades para absorber preguntas, disipar dudas o adquirir información útil. Es frecuente observar que el pudor hace que la madre no discuta intimidades de su vida conyugal con el médico o la enfermera. Por

otra parte muchos programas de salud maternoinfantil, que deberían estar enfocados hacia la familia, con frecuencia no se comprende a ésta como una unidad en las relaciones de sus componentes.

Los valores sociales, culturales y religiosos pueden influir también en el programa. En algunos estratos sociales, los parientes de mayor edad mantienen un control importante en la mayoría de las decisiones de la familia de manera que pueden influir poderosamente en cuanto al espaciamiento de los hijos se refiere. Debe hacerse notar también que en varios países se ofrecen premios a las familias que tienen una prole más numerosa y en otros existe inclusive legislación al respecto. En América Latina asimismo debe mencionarse el hecho de que muchos hombres consideran como ejemplo de virilidad el tener muchos hijos.

En cuanto a la organización social merecen citarse dos problemas diferentes: a) la influencia de los modelos ciudadanos de comportamiento entre la gente pobre de las zonas urbanas y rurales; y b) la actual influencia limitada del liderazgo femenino en asuntos de espaciamiento de los hijos. Las gentes pobres de las ciudades y del campo están conscientes, que por lo común las familias acomodadas tienen menos hijos que las suyas.

Finalmente, los factores económicos tienen una relación directa con muchas facetas de los programas de salud y de planificación familiar. La pobreza tiene varios componentes que influyen en cualquier actividad dirigida a poblaciones que viven bajo condiciones donde la falta de recursos les impiden obtener un mínimo de satisfacción. Estos elementos tienden a crear resistencia y desesperación.

Algunas pautas para educar a la comunidad

El conocimiento de las características socio-culturales de los grupos de población donde operará el programa permite hacer el diagnóstico educativo, y por lo tanto determinar con cierta precisión, los objetivos y metas que se pretenden alcanzar para cubrir las necesidades de la población y los grupos donde se concentrará el esfuerzo. Diferentes diagnósticos demandan enfoques específicos e individuales. La selección arbitraria de métodos y técnicas educativas, sin antes haber hecho el análisis de la situación, con frecuencia ocasiona el fracaso total de los programas. Dicho diagnóstico no demanda un estudio socio-cultural profundo, no obstante, es útil disponer de los servicios de un científico social.

Es evidente que el éxito depende, entre otros factores, de la calidad de los técnicos que ejecutan el programa y de la comprensión y participación de los miembros de la comunidad. El citado programa deberá constituir parte de las actividades regulares de salud. El especialista a cargo de su orientación y supervisión es el educador en salud, quién está capacitado para descubrir y utilizar los recursos institucionales, humanos y materiales existentes dentro y fuera de la comunidad que puedan ser útiles en la consecución de las metas educativas.

Los resultados de las investigaciones sobre el proceso educativo revelan que el procedimiento más adecuado para que el mensaje cause el impacto deseado, es el de comunicación de una persona a otra en contacto directo. Es más efectivo dicho mensaje si hay oportunidad de analizar de persona a persona los argumentos favorables y desfavorables del problema de salud. Además, el comunicador puede cerciorarse que el receptor ha entendido el verdadero sentido de la idea.

Debe tenerse presente que los programas de salud, particularmente los de maternoinfantil y planificación familiar, requieren una continuada acción educativa que permita mantener permanente motivación de las madres y en general de la familia. En este caso el objetivo tiende a que dicha práctica se incorpore a la vida cotidiana.

Toda madre o miembro de la familia que solicita información debe tener oportunidad de adquirirla, a la vez que los consejos y las facilidades para llevarla a la práctica. Como se ha dicho, ello debe estar en consonancia con la política establecida por el Gobierno. Según esta última se determinarán las acciones educativas dirigidas a la familia, grupos y líderes de la comunidad, aprovechando las oportunidades que se presentan en el desarrollo de las actividades en los centros de salud, hospitales, postas sanitarias y otros servicios de esta índole.

La participación del personal profesional y auxiliar de salud juega un papel preponderante en este sentido. Los médicos en los hospitales, clínicas y consultorios, y las enfermeras y obstétricas en los centros y en sus visitas domiciliarias tienen frecuentes oportunidades de aconsejar y orientar. Aún cuando las clínicas maternoinfantiles y salas de maternidad son los lugares donde lógicamente deben iniciarse y mantenerse las actividades del programa, debe proyectarse su extensión a otros centros preventivos esenciales en forma tal que, el impacto educativo llegue a los hogares, a los centros laborales y a la escuela. En este último rubro deberá considerarse también la valiosa participación del maestro y del personal auxiliar en áreas rurales.

En resumen la orientación de la familia en aspectos de salud y bienestar familiar debe ser una actividad regular dentro de los programas y servicios de salud a la comunidad, de acuerdo con la política establecida por el Gobierno. Su programación y desarrollo seguirán los mismos métodos que para cualquier otra función de salud y su ejecución se llevará a cabo por el personal técnico y auxiliar de los servicios de salud con la guía necesaria del educador sanitario. El contenido de la enseñanza incorporará los aspectos básicos del programa maternoinfantil y planificación familiar mencionados en capítulo anterior.

IV. ADMINISTRACION Y ORGANIZACION

Los principios y prácticas fundamentales de la administración pública moderna tienen tanta validez para un programa de población como para cualquier otra actividad en el campo de la salud. La política que abarque ese programa debe manifestarse con la misma propiedad por todos los campos de la administración, inclusive organización, presupuesto, finanzas, personal, gestión y abastecimiento, así como los demás elementos de la administración.

Lugar que ocupa el programa de planificación de la familia

Como los servicios de planificación de la familia forman parte de la atención de la salud y especialmente de los servicios de maternidad para su administración apropiada, suelen colocarse, en la unidad de higiene materno-infantil del departamento central de salud. Esto se logra algunas veces simplemente agregándolos a las responsabilidades del director y del personal de esa unidad. Esta disposición se funda en la convicción de que los servicios de planificación de la familia no deben funcionar aparte de la estructura de salud del país, sino como elemento de ésta. Siempre que sea necesario, debe establecerse coordinación con otros departamentos o unidades del Ministerio de Salud, como los de enseñanza y adiestramiento, investigaciones y educación sanitaria. Lo mismo se aplica a las universidades y sus profesores dedicados a problemas de población.

Como parte de los servicios de salud en su totalidad, debe darse un lugar a los que se relacionan con la población en los planes nacionales de salud en general. Se necesita planificar para varios años en este dominio, como en todos los demás elementos de la salud en el contexto del desarrollo socioeconómico.

Organización

El programa de higiene materno-infantil, inclusive la planificación de la familia, como cualquier otro programa de atención a la salud, requiere diferentes niveles geográficos: central, regional y local. En estos dos últimos, a menudo las funciones las desempeñará personal que asume responsabilidades más generales administrativas, técnicas o de supervisión. En el nivel local, según el volumen de trabajo y otros factores, el personal de campo se encargará simultáneamente de la planificación de la familia y de las atenciones de higiene materno-infantil, o desempeñará funciones más amplias con fines múltiples. Siempre que exista un programa de maternidad, puede proporcionarse orientación previa solicitud, siguiendo las normas generales de política, en las clínicas de atención previa y posterior al parto.

En los propios centros de salud y dispensarios generales del Gobierno que no están unidos a hospitales, pueden proporcionarse servicios de planificación de la familia como parte de los que presta una clínica de maternidad o de salud en general. En este caso también, la decisión depende de la

política establecida, del volumen de asistencia, del número y tipos de personal, entre otras consideraciones. De manera análoga, pueden agregarse actividades a los hospitales y centros de salud no gubernamentales. Estas formas de organización deben responder a las necesidades de programas dirigidos ya sea a aumentar o disminuir la población.

Niveles de operación

Podrían organizarse las actividades en tres niveles de operación. En cada uno de ellos, las autoridades nacionales de salud establecerían los procedimientos detallados que habrían de seguirse. En forma esquemática, las actividades en cada nivel comprenderían:

Unidades rurales mínimas

(Personal auxiliar)

- Información sobre higiene maternoinfantil y planificación de la familia.
- Registro básico de datos estadísticos.
- Envío de casos a servicios de salud con personal profesional.
- Vigilancia de casos con tratamiento médico.

Centros de salud

(Personal profesional)

- Registro y análisis estadístico
- Educación sanitaria
- Reconocimiento médico
- Recomendaciones y tratamiento
- Muestras para pruebas especializadas (Papanicolau, etc.)
- Envío a servicios especializados
- Atención médica para la familia y visitas domiciliarias
- Visitas domiciliarias
- Supervisión de unidades rurales mínimas

Maternidades, hospitales y centros especializados

Además de las funciones correspondientes a un centro de salud:

- Reconocimientos especializados y tratamiento en servicios de maternidad, educación sanitaria y en los períodos prenatal y postpartum.
- Asistencia a casos problema procedentes de las unidades y centros.
- Supervisión de las actividades de centros de salud.

Al adaptar y aplicar este esquema debe tomarse en consideración un factor importante: la necesidad de establecer un sistema permanente y continuo de supervisión y orientación.

La unidad de higiene maternoinfantil del ministerio tiene una oportunidad excelente de robustecer los programas de grupos voluntarios y privados, tales como las asociaciones de planificación de la familia, disponiendo que incluyan aspectos de higiene maternoinfantil y de servicios de orientación o consulta médica general.

Siempre que se agrega la planificación de la familia a un servicio existente, el problema principal que se encuentra es el del tiempo del personal. Cuando éste ya se encuentra abrumado por una gran concurrencia de pacientes, no puede desempeñar nuevas labores sin desatender algunas otras. Debe considerarse una serie de soluciones diferentes. El método más inocuo y a menudo el más eficaz es la reducción de la frecuencia de nuevas consultas que se requieren sistemáticamente. Todo servicio que funciona desde hace largo tiempo propende a formar hábitos que constituyen un lastre de mucho tiempo atrás cuando en definitiva se ha encontrado que era necesario un programa que requería una relación más estrecha con las pacientes. Por regla general, parece que es mejor ver más pacientes con menos frecuencia que ver menos pacientes más a menudo. En el primer caso, el médico puede prestar sus servicios a más personas que los necesitan y luego decidir de manera selectiva quienes son las que requieren su atención especial. Esa reducción de consultas sistemáticas innecesarias en todos los servicios no sólo disminuye el volumen sino que distribuye el trabajo donde más se necesita y coloca la labor del médico en un nivel profesional más elevado.

Otra solución relacionada estrechamente con la de suprimir el exceso de consultas sistemáticas es la de clasificar las actividades en categorías de complejidad técnica. ¿Qué hace el médico que pueda hacerlo una enfermera o una partera? ¿Qué hace la enfermera o la partera que pueda hacerlo una auxiliar adiestrada? ¿Qué pacientes puede separar el personal de categoría inferior de manera que sólo las que verdaderamente lo necesiten se envíen al personal profesional? Esto puede lograrse adiestrando al personal en el uso de cuestionarios preparados cuidadosamente y destinados especialmente a cada servicio en particular. Todo médico sabe que una buena historia clínica

puede descubrir mas deficiencias de la salud que el estetoscopio. De igual manera, el personal profesional concentraría sus actividades en un nivel más adecuado a su capacidad.

Cuando fuese posible, se adoptarían disposiciones para que el personal actual ampliara sus horas de servicio y recibiera la compensación correspondiente. Esto resulta particularmente útil cuando es conveniente poner el servicio a disposición de las pacientes durante horas poco comunes, como en las noches o en los fines de semana. Por supuesto, habría que contratar más personal, adiestrarlo y emplearlo en el tiempo que fuera necesario.

Otro tipo de integración de la planificación de la familia en otros servicios de salud se relaciona con las visitas domiciliarias. Una enfermera visitadora u otra persona, preparada debidamente, puede ser el medio de enlace general entre la familia y todo tipo de servicios dentro del programa de salud o puede prestar servicios en ciertas unidades determinadas del servicio de salud.

Las fases del programa de desarrollo

Nunca se inicia un programa de salud en gran escala. Es preciso formular planes para su progresivo desarrollo, los que deben ser consecuencia del diagnóstico de la situación en la zona donde se ha decidido establecer determinado servicio. Si se decide incorporar los servicios de planificación de la familia a las actividades de higiene materno-infantil ya en marcha, u otras actividades de salud, es muy probable que dichos servicios se inicien en las grandes concentraciones humanas de los países, y principalmente en las ciudades. Una importante proporción del territorio de América Latina carece todavía incluso de las unidades de salud mínimas. Hay que recordar también que las tasas de alfabetismo y posibilidades educativas son mucho más elevadas en las zonas urbanas. Además, en los países predominantemente agrícolas, las ciudades constituyen el núcleo de influencia para la propagación de ideas y prácticas. La urbanización rápida y la consiguiente relación continua entre los inmigrantes y sus pueblos de origen, facilitan la difusión de informaciones.

En determinadas circunstancias, puede ser necesario prestar temprana atención a la población marginal de las grandes ciudades, a las llamadas "barriadas", o a las comunidades rurales. A tal efecto, las estadísticas vitales y de salud, así como la información demográfica pueden servir de fundamento, siempre que se mantengan los principios básicos del programa de planificación de la familia ya mencionados. Ha de prevalecer la libre decisión de las parejas, según su propia conciencia, en cuanto a solicitar y obtener consejo.

En general, será preferible tratar de facilitar el transporte de pacientes a los servicios mejor equipados, que intentar la movilización de una unidad no muy adecuada. En cualquier caso, las distancias no

habrán de ser mayores de lo que requiera un viaje razonable de ida y vuelta en el mismo día, tanto para los pacientes desde sus lugares de residencia como para el personal desde su trabajo. Se preferirán los servicios establecidos a los grupos móviles.

El número máximo de mujeres en busca de consejo depende de los objetivos del programa. Puede calcularse, aproximadamente, que en la población total la quinta parte corresponde a mujeres en edad de concebir. Esa proporción se reduce aún más si se calcula el número de embarazadas existente en cualquier momento, los hallazgos de las encuestas actitudinales, el grado en que están dispuestas a aceptar contraceptivos, la edad, el número de hijos, los grupos económicos en los que el programa ha de concentrarse, así como el número aproximado de pacientes que se encuentran en las diversas condiciones descritas y que deben evitar el embarazo. Como cuestión de principio, todos estos cálculos aproximados deben relacionarse estrictamente con los pormenores de la política establecida por el Gobierno y la experiencia obtenida con respecto al número de pacientes que acuden a la consulta desde el comienzo del servicio. Todas deben tener acceso a la información y a la instrucción impartida.

Actividades complementarias

La administración de un programa también ha de interesarse en el establecimiento y mantenimiento de actividades complementarias de supervisión, consulta, adiestramiento, evaluación e investigación. La supervisión estructurada en forma piramidal probablemente represente la clave del éxito o fracaso de la totalidad del esfuerzo. El número de supervisores en cada categoría en relación con la proporción en la categoría inmediata inferior ha de ser lo bastante razonable para que puedan ser consultados con frecuencia en la oficina y tengan también tiempo para la observación sobre el terreno. Los consultores de las unidades móviles contribuyen al mantenimiento de un programa con personal adiestrado en un plano no tan elevado. En las unidades de adiestramiento debe instituirse oficialmente un plan de estudios que permita ofrecer orientación previa al servicio y cursos periódicos de perfeccionamiento durante el mismo. En los registros e informes se ha de prever cierta evaluación, a fin de que el administrador pueda valorizar y comparar el trabajo realizado en las esferas de su jurisdicción. Para la evaluación de carácter especial y a fondo suele ser conveniente establecer una unidad de evaluación que se encargue exclusivamente de esta labor. Toda unidad de investigaciones debe disfrutar de autonomía suficiente para actuar independientemente de las exigencias del programa en funcionamiento, pero estará organizada de forma que reconozca la necesidad de efectuar estudios en relación con el programa de que se trate que faciliten la solución de problemas apremiantes.

Evaluación

El administrador ejerce el control del programa, en primer lugar, estudiando los informes habituales sobre el servicio relativo al número

de sesiones, tiempo del personal, y gastos. Para determinar la utilización de recursos, ha de obtener datos acerca del número de visitas a las clínicas y sobre el terreno clasificadas en visitas nuevas o repetidas, y según las características de las clientes y métodos de anticoncepción aceptados.

V. RECURSOS HUMANOS, EDUCACION E INVESTIGACIONES

Cada nueva modificación del alcance y contenido de los programas de salud pública representa, para el funcionario del ramo, un nuevo estímulo en cuanto a la preparación del personal, tarea en la cual suelen plantearse las dos cuestiones principales siguientes:

a. Cómo utilizar el personal de salud disponible para cumplir las obligaciones nuevas y cómo se le ha de dar adiestramiento con tal objeto?

b. Deben establecerse nuevas técnicas en el sector salud? Pueden ofrecerse numerosos ejemplos de nuevas profesiones que han surgido en salud pública. Se han creado actividades enteramente nuevas, tales como el trabajo social de salud pública y la enseñanza de esta especialidad. Ha sido preciso formar técnicos específicos tales como los de electrocardiografía y citología para aplicar el método de Papanicolau.

El personal utilizado en las nuevas actividades de salud no sólo se encarga de esas nuevas tareas sino que, de ordinario, asume diversas funciones que antes realizaban otros empleados, y las combina en una nueva serie de obligaciones. Con frecuencia, en esta forma se releva a los demás de ciertos trabajos pudiendo dedicarse a profundizar en los servicios que prestan.

Categorías de adiestramiento

Cuando se añade un nuevo campo de actividades a un programa de salud pública, el funcionario de salud afronta tres clases de responsabilidad en lo que respecta a adiestramiento:

a. Ha de facilitar educación a personas que ya están trabajando en los distintos aspectos de la salud pública, al objeto de permitirles que se incorporen a las nuevas actividades en sus propios programas.

b. Debe proporcionar adiestramiento al nuevo personal necesario para prestar servicios a una población más numerosa.

c. Teniendo en cuenta el futuro, el funcionario de salud debe procurar dar a la educación fundamental de todos los empleados pertinentes el contenido apropiado para que éstos inicien sus carreras de salud pública con la comprensión y eficacia que les permita garantizar la estabilidad y continuidad de los programas en los años venideros.

Preparación de personal

a. Educación y adiestramiento del personal que ya presta servicios en salud pública.

La educación y el adiestramiento del personal que ya trabaja en salud pública deben relacionarse estrechamente con los antecedentes culturales y profesionales de dicho personal. En los últimos años se han establecido en distintos países del mundo, bajo patrocinio nacional o internacional, un gran número de programas de enseñanza destinados a médicos y enfermeras, por lo común la universidad. Su objeto es el de ofrecer adiestramiento primordialmente didáctico en lo referente a teoría, principios y métodos. El período de adiestramiento dura un año académico, como mínimo, y, con frecuencia, es más prolongado.

De vez en cuando, los departamentos nacionales de salud, organismos internacionales o distintas universidades ofrecen programas de adiestramiento a corto plazo (por ejemplo, de uno a tres meses) para orientar al personal en la administración de programas de higiene materno-infantil y planificación de la familia. Se da por supuesto que el personal que recibe adiestramiento ya ha adquirido competencia en la administración de los servicios de salud pública y se procura, simplemente, presentarles una breve exposición del nuevo material especial.

En ocasiones, las actividades se concentran más específicamente en los planos administrativos intermedios o inferiores, a fin de familiarizar al personal con los procedimientos que se utilizan en los servicios en que han de trabajar. Esta última situación es una de las que quedan comprendidas, como corresponde, en la jurisdicción del propio organismo de salud pública, en especial si se trata de un organismo mayor que está iniciando un programa de gran alcance. En los casos en que el plan nacional procure abarcar extensas zonas geográficas (en un breve período) puede ser necesario ofrecer simultáneamente conferencias breves de adiestramiento en distintas zonas del país, con el objeto de acelerar el proceso y reducir al mínimo los viajes y gastos.

En todos estos cursos, se ha de insistir en la integración completa de los servicios de asesoramiento en planificación de la familia en los servicios de higiene materno-infantil.

Se ha de hacer comprender al profesional de salud pública que su función primordial consiste en proteger la salud y bienestar de la madre y el niño, utilizando las técnicas de planificación de la familia como otro de los medios valiosos para alcanzar ese propósito fundamental. Además de familiarizarse completamente con el alcance del programa, el administrador debe conocer en todos sus detalles los procedimientos, en particular los de notificación desde la periferia al centro de la estructura administrativa, así como los métodos de tabulación de informes y la manera de deducir, de estos propios informes, las conclusiones que se impongan. Debe estar enterado del adiestramiento que se ofrece a sus colaboradores y a otros participantes en el programa, a fin de que pueda saber lo que cabe esperar de las diversas categorías de personal. Asimismo,

ha de estar al tanto de las posibilidades y naturaleza de las investigaciones que puedan facilitarle el empleo de nuevos métodos, así como de la evaluación, gracias a la cual se formará una idea de los méritos y defectos de su programa y de los cambios que podrían introducirse.

b. Estadística y demografía

Desde hace tiempo se reconoce que la estadística es uno de los medios fundamentales en la administración de salud pública. Debido al conocimiento cada vez mayor de las consecuencias que los cambios de población puedan tener para la salud, los estadísticos de los departamentos pertinentes han demostrado creciente interés en las consideraciones demográficas. Les interesa el acopio y análisis de datos acerca de la magnitud de la población, el índice de su crecimiento, la distribución por edad y sexo, la emigración e inmigración en el país y de una región de éste a otra, la creación de aglomeraciones urbanas y la relación de estos factores con el desarrollo general socioeconómico y la planificación nacional. Durante más de dos décadas, trece países latinoamericanos han establecido programas de adiestramiento para demógrafos. Especial reconocimiento merecen la OPS y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), de Santiago de Chile, por haber contribuido al adiestramiento de personal en demografía. Es fundamental que los funcionarios de salud reconozcan no sólo la valía del demógrafo para el desarrollo de los programas en esa esfera, sino la necesidad de aumentar las asignaturas relativas a la salud en el adiestramiento de especialistas en bioestadística y demografía. El funcionario de salud obtendrá enormes beneficios si facilita la consecución de este objetivo.

c. Conocimientos clínicos

El progreso de los conocimientos científicos sobre higiene materno-infantil y planificación de la familia ha aumentado la responsabilidad médica. Los médicos necesitan adiestramiento acerca del empleo indicado y contraindicado de los distintos métodos, las técnicas y aptitudes requeridas para su uso, así como los efectos secundarios que pueden esperarse y los procedimientos para remediarlos.

En el programa de adiestramiento se han de incluir conocimientos que faciliten el diagnóstico de la fecundidad limitada, la prueba del cáncer por el método de Papanicolau y la posible necesidad de efectuar otras pruebas de laboratorio. Es posible que una persona con formación principalmente clínica necesite más adiestramiento especializado, de modo que pueda organizar el laboratorio, elegir el equipo y suministros apropiados y supervisar los procedimientos.

Ya se trate de adiestramiento clínico de larga o corta duración, es imprescindible contar con servicios funcionales para proporcionarlo. Por consiguiente, es ante todo indispensable organizar, en lugares estratégicos, servicios de demostración extensos y dinámicos a los que acuda

suficiente cantidad de casos para que el adiestramiento resulte eficaz sin prolongar excesivamente su duración. En algunos casos, es preciso enviar a las personas que han de tener a su cargo la organización de un servicio nuevo a otros lugares antes de que se establezcan en su propio país las condiciones necesarias para su adiestramiento.

Las enfermeras pueden asumir mayor responsabilidad de la que se les ha permitido en los servicios de higiene maternoinfantil, inclusive en planificación de la familia. En los servicios de obstetricia y ginecología, las enfermeras deberían aprender lo suficiente acerca de los aspectos clínicos de la planificación de la familia para que puedan incluir tales materias en su trabajo. Una función importante que la enfermera puede asumir es la de seleccionar, entre los pacientes que acuden al Servicio, los que han de ser recomendados al médico. Ella puede atender a la mayoría de los casos y, con carácter selectivo, remitir al médico a aquéllos que necesiten de cuidados especiales.

La enfermera que también ha recibido adiestramiento en obstetricia o sea, la enfermera-obstétrica, tal vez deba asumir nuevas responsabilidades en un servicio de planificación de la familia de determinado programa de higiene maternoinfantil. En algunos casos, ella puede, incluso, sustituir al médico en la aplicación de algunos procedimientos técnicos. Desde luego, para ello necesitará adiestramiento y supervisión especiales, que podrá obtener en un centro de demostración, bajo la supervisión directa de un médico.

En la mayoría de las regiones hay escasez de médicos y enfermeras y es difícil imaginar que pueda conseguirse un número suficiente de ambos profesionales para atender un extenso servicio de higiene maternoinfantil que comprenda planificación de la familia, si sobre dicho personal ha de recaer el servicio directo al público. Debido a ello, debe adiestrarse a los no profesionales para que sean auxiliares clínicos en los servicios de salud generales, inclusive higiene maternoinfantil y planificación de la familia. Deberá tratarse de personas jóvenes, a las que se dará aproximadamente un año de adiestramiento, en parte didáctico y en su mayoría práctico, en todos los aspectos de la salud pública, concediendo importancia especial a la higiene maternoinfantil y a la importancia de la planificación de la familia.

d. La educación y el desarrollo de la comunidad

La planificación de la familia es una cuestión muy personal. No sólo corresponde a ambos cónyuges asumir plena responsabilidad a este aspecto, sino que se trata de un asunto que tal vez se guarden para sí mismos, si no desean discutirlo con profesionales u otras personas. El tema es tan delicado que se puede ofender a las personas muy fácilmente. Todo consejo en materia de planificación familiar e higiene maternoinfantil deberá ofrecerse sin herir los sentimientos de pacientes y

clientes, y sin inculcar ideas en aquéllos que se muestran reacios o son incapaces de afrontar la cuestión. En toda labor, los novatos tienden a ser entusiastas y, en ocasiones, excesivamente agresivos, aunque con buena intención. Es imprescindible un período de adiestramiento a fin de adquirir gradualmente la sensibilidad y el tacto con que se ha de proceder.

En la esfera de la educación existe un determinado número de categorías, como parte de los servicios de higiene materno-infantil y planificación de la familia.

a. La categoría superior es la del educador sanitario profesional, que contribuye a establecer medios para informar al público acerca de los servicios, a fin de que se comprenda el propósito, naturaleza y carácter voluntario de éstos. Siempre deberá respetarse lo confidencial y privado. Si bien en la preparación del educador sanitario profesional ya se han incluido esos aspectos, es preciso insistir en la aplicación específica de esos principios en los servicios de higiene materno-infantil y planificación de la familia. A este fin resultan adecuados los cursillos, de unas cuatro semanas de duración, como los que se han ofrecido en diversas universidades y bajo el patrocinio de otros organismos.

b. En educación hay todavía otra tarea importante: la de aconsejar o asesorar en planificación de la familia clientes o pacientes de los servicios de higiene materno-infantil que solicitan consejo. Debido a la naturaleza del servicio, es necesario celebrar numerosas consultas personales antes de que una mujer se familiarice con el método que desea ensayar y, posteriormente, interpretar algunos aspectos si ella regresa con preguntas o quejas. Se puede dar adiestramiento al personal no profesional para realizar tales funciones con lo cual se economizaría el tiempo de los médicos, enfermeras, educadores sanitarios profesionales, asistentes sociales y otro personal más costoso y escaso. Aunque tales consejeros y asesores trabajan en un plan inferior al del educador sanitario profesional, la falta de experiencia que aporten al trabajo significará que el período de adiestramiento habrá de ser tanto más largo. Ese personal debe saber algo de la fisiología de la reproducción, de los diversos métodos y sus efectos secundarios, así como de los sentimientos de las gentes. Todo esto puede conseguirse razonablemente en un período de adiestramiento de varios meses, en el que se ofrezcan experiencias tanto didácticas como clínicas.

c. Se ha de dar adiestramiento a determinado número de personas para que realicen una labor de promoción y observaciones ulteriores en la comunidad e informen al público acerca de los servicios existentes en la zona. Ese personal desempeñará funciones genéricas de salud pública, particularmente en el campo de la higiene materno-infantil. Puede ayudar a la familia en cuestiones de maternidad, atención después del parto, prevención del cáncer, inmunización del niño, nutrición y cuidados pediátricos, así como planificación de la familia.

La educación básica profesional en diversas disciplinas

La educación profesional debe comprender una gran cantidad de asignaturas sobre salud en general y planificación de la familia, de forma que, a medida que los individuos vayan graduándose en las escuelas profesionales, se incorporen a sus respectivos trabajos con conocimiento de nuevos programas y prestándoles su apoyo durante su realización. Sin duda, la profesión que más se relaciona con todo esto es la medicina. En la mayoría de los países del mundo, los planes de estudio de medicina contienen un número sorprendentemente limitado de asignaturas que tratan de la planificación de la familia y su relación con la higiene maternoinfantil. En distintos lugares se han realizado estudios que demuestran las numerosas ocasiones que se presentan de incluir adecuadamente esas enseñanzas en el plan de estudios típico, no sólo en los cursos de obstetricia, sino en relación con la fisiología, psiquiatría y medicina social y preventiva.* Lo mismo puede decirse con respecto a las escuelas de enfermería, de trabajo social y de salud pública. Con frecuencia el Ministerio de Salud tiene a su cargo las escuelas de salud pública y debiera aprovechar esta coyuntura.

Otros grupos profesionales tienen un interés menos inmediato, pero deberían poseer más conocimientos sobre las diversas disciplinas. Por consiguiente, en las escuelas de pedagogía se deberían tratar dichas materias debidamente, a fin de que los maestros estén más preparados para orientar a sus alumnos en cuestiones relativas a la vida de la familia y a la educación sexual. Los nutricionistas tienen especial interés en establecer contacto con las familias y en orientarlas para que éstas consuman la mejor dieta posible. Ellos también tienen ocasión de estudiar con la familia cuestiones conexas relativas a los problemas y planes familiares.

Sean cuales fueren las personas que han de ser objeto de consideración especial, el adiestramiento reviste cuatro fases, a saber:

- a. Primero: impartir el contenido didáctico.
- b. Segundo: el adiestramiento práctico en el cual se han de distinguir categorías diversas según las personas específicas que se hayan de considerar. Como ya se ha señalado, para el adiestramiento práctico es fundamental contar con un servicio en funcionamiento y, por lo tanto, en el establecimiento de un programa de adiestramiento es ante todo necesario conseguir que el organismo de salud instituya proyectos de demostración donde se haya de proporcionar adiestramiento.

* Conferencia sobre la Enseñanza de la Demografía en las Escuelas de Medicina. Bogotá, Colombia, junio de 1968.

c. Una vez que la persona que ha recibido adiestramiento empieza a trabajar, el eslabón principal para su constante perfeccionamiento es la supervisión en el empleo. Es esencial que haya una proporción razonable de supervisores con respecto al personal de campo. Los supervisores deben conocer la clase de preparación que sus subordinados han recibido y, de ser posible, participar con ellos en el programa de adiestramiento. La supervisión continuará mientras dure el empleo de determinado trabajador.

d. De vez en cuando, es ventajoso organizar grupos para que sigan cursillos de perfeccionamiento, que pueden durar un día o más. El programa correspondiente a un día suele ser más fácil de organizar y menos costoso. También es útil celebrar esas breves sesiones de perfeccionamiento a intervalos periódicos, de forma que los cursillistas puedan aportar a los debates su experiencia y los problemas que hayan afrontado en fecha reciente. Asimismo, el sistema permite a los instructores pronunciarse sobre los efectos de su enseñanza, según se reflejan en la clase de trabajo que se realiza.

Algunas observaciones acerca del lugar de adiestramiento. Dónde ha de efectuarse? En lo que respecta al adiestramiento profesional al nivel superior, la capacidad de cada organismo, o zona geográfica, para establecer sus propios programas es, por motivos razonables, limitada. Por consiguiente, un número limitado de centros en determinados países pueden asumir responsabilidad de carácter regional. Esta es la situación que prevalece en la actualidad. No es enteramente satisfactorio que una persona reciba adiestramiento exclusivamente en un país en extremo distinto al suyo propio. El adiestramiento deberá completarse con un período suplementario en el propio país del interesado, o en un lugar muy semejante a aquél donde ha de trabajar en el futuro. No basta, simplemente, con que lo uno siga a lo otro. Es preferible que ambas partes se vinculen en un plan cooperativo de adiestramiento total.

Cuando haya de establecerse una nueva forma de adiestramiento, conviene utilizar al máximo posible los medios de adiestramiento existentes. Estos pueden consistir en universidades u otros servicios de adiestramiento. El plan de estudios debiera prepararse en colaboración entre el personal de adiestramiento y los funcionarios del organismo de salud que, en cierto sentido, son los usuarios del producto del adiestramiento. Cuando haya de iniciarse un programa de gran magnitud, tal vez sea necesario establecer nuevos centros o programas de adiestramiento.

La Organización Panamericana de la Salud ha celebrado diversas conferencias sobre la materia y, como parte de sus actividades, ha prestado apoyo a dos centros regionales de adiestramiento.

Investigación

Debido a la creciente importancia de la salud en relación con los problemas demográficos, y a las medidas adoptadas por los gobiernos para establecer normas demográficas, así como a la demanda de información

fidedigna que sirva de base y justificación de dichas medidas, es cada vez más necesario fomentar, realizar y coordinar los estudios sobre esta compleja esfera.

Es fácil señalar varios temas principales que podrían ser objeto de esos estudios. En el presente documento se mencionan algunos no sólo para estimular al grupo a examinarlos, sino como ejemplo de los temas sobresalientes que merecen ser examinados con detenimiento.

Aspectos psicológicos, sociológicos y fisiológicos de la reproducción humana

- Investigaciones clínicas sobre fecundidad, esterilidad y el proceso de reproducción.
- Investigaciones sobre administración.
- Problemas sociológicos y psicológicos relacionados con cambios en las pautas de fecundidad humana:
 - a. conocimientos, actitudes y prácticas,
 - b. problemas sociales y psicológicos que influyen en el programa de aceptación,
 - c. estudios sobre aborto,
 - d. problemas de los niños ilegítimos y abandonados,
 - e. las enfermedades mentales (retraso, delitos penales, alcoholismo) y estructura de la familia,
 - f. delincuencia de menores y estructura de la familia.

Ecología humana

- a. forma, evolución y cambio de la estructura de la comunidad,
- b. organización de la comunidad rural,
- c. urbanización,
- d. organización de programas de acción en la comunidad,
- e. efectos a largo plazo de la planificación de la familia sobre la estabilidad de la comunidad (migración),
- f. estructura de la familia,
- g. genética de población,
- h. efectos a largo plazo de la planificación de la familia sobre la estabilidad de ésta (divorcio y deserción).

Demografía

- Investigaciones sobre la fecundidad, migración y mortalidad en relación con los factores sociales, culturales y económicos, así como con la política demográfica.
- Análisis de la política y el crecimiento demográficos.
- Interdependencia entre desarrollo de recursos (materiales y humanos) y crecimiento demográfico.
- Investigaciones de campo y censales.

Investigaciones operativas

Estos pocos ejemplos dan a entender que hay un amplio campo por explorar y que ha de prestarse esmerada atención a los medios posibles de establecer prioridades y obtener recursos a fin de llevar a cabo proyectos.

Existe la impresión de que los grupos científicos en nuestros países reconocen la importancia y las repercusiones que podrían tener esos estudios, pero, por desgracia, la falta de recursos ha impedido llevar a cabo una labor más específica.

En cuanto a la aplicación práctica, procede formular dos observaciones: a) la necesidad de fomentar y facilitar adiestramiento al personal de investigadores, y b) la necesidad de estimular y realizar investigaciones teniendo en cuenta la estructura social, cultural y económica de América Latina. Las universidades, los organismos gubernamentales y las instituciones privadas llevan a cabo actualmente investigaciones científicas fundamentales, pero debido a la naturaleza de las cuestiones aún no resueltas y a los problemas correspondientes, es urgentemente necesario fortalecer y coordinar los diversos proyectos y respaldar nuevas actividades, mediante un mecanismo permanente, que facilite a cada institución los medios que requiere esta clase de actividad.

CD18/DT/1 (Esp.)
ANEXO I

RESOLUCIONES DE LA OPS RELATIVAS A LA PARTICIPACION
DEL SECTOR SALUD EN LA POLITICA DEMOGRAFICA

RESOLUCION XXXIII

SELECCION DE TEMAS PARA LAS DISCUSIONES TECNICAS QUE TENDRAN
LUGAR DURANTE LA XVIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA
OPS, XX REUNION DEL COMITÉ REGIONAL DE LA
OMS PARA LAS AMERICAS

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto lo dispuesto en los Artículos 1, 2 y 7 del Reglamento relativo
a las Discusiones Técnicas;

RESUELVE:

1. Seleccionar el tema "Participación del sector salud en la política
de población" para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la
XVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XX Reunión del Comité Regional
de la OMS para las Américas.

2. Invitar el Comité Ejecutivo a que revise el "Reglamento relativo
a las Discusiones Técnicas durante las Reuniones de la Conferencia Sanitaria
Panamericana y del Consejo Directivo" y presente sus sugerencias a la XVIII
Reunión del Consejo Directivo.

(Aprobada en la decimoséptima sesión plenaria,
celebrada el 12 de octubre de 1967)

RESOLUCION IX

ASPECTOS DE SALUD RELACIONADOS CON LA DINAMICA DE LA POBLACION

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la Resolución WHA18.49 de la 18a Asamblea Mundial de la Salud;

Vista la Resolución XXXI de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVI Reunión del Comité Regional de la OMS, en la que se recomienda la realización de varios estudios sobre dinámica de la población; y

Reconociendo la relación y acción recíprocas de la salud, el crecimiento de la población y el desarrollo económico y social, así como la importancia de llevar a cabo programas activos de cooperación entre las organizaciones del Sistema Interamericano,

RESUELVE:

Encomendar al Director:

1. Que proporcione servicios de asesoramiento, cuando se soliciten, sobre los aspectos de salud de la dinámica de la población, de conformidad con la Resolución WHA18.49 adoptada en la 18a Asamblea Mundial de la Salud.
2. Que coopere con el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso en los estudios que se le han asignado en el informe sobre la marcha de la Alianza para el Progreso (Sec. I, párrafo 16), aprobado en la Tercera Reunión Anual del CIES al Nivel Ministerial, el 9 de diciembre de 1964.

3. Que realice estudios, cuando sea conveniente, sobre dinámica de la población relacionados con las actividades del programa de la OPS y apoye, en la medida apropiada, la labor de adiestramiento profesional.

(Aprobada en la octava sesión plenaria,
celebrada el 2 de octubre de 1965)

RESOLUCIONES DE LA OMS RELATIVAS A LA PARTICIPACION DEL SECTOR
SALUD EN LA POLITICA DEMOGRAFICA

18a. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA18.49
21 de mayo de 1965

ORIGINAL: INGLÉS Y
FRANCÉS

ACTIVIDADES QUE LA OMS PODRÍA INCORPORAR A SU PROGRAMA EN RELACION CON
LOS ASPECTOS SANITARIOS DE LA SITUACION DEMOGRAFICA MUNDIAL

La 18a. Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre las actividades que la OMS podría incorporar a su programa en relación con los aspectos sanitarios de la situación demográfica mundial;¹

Visto el párrafo (1) del Artículo 2 de la Constitución que dice:
"Para alcanzar esa finalidad, las funciones de la Organización serán... promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente";

Vista la resolución 1048 (XXXVII) que adoptó el Consejo Económico y Social en su 37º período de sesiones, el mes de agosto de 1964;

Persuadida de que en el planteamiento de los problemas demográficos es necesario considerar en su debida perspectiva los factores económicos, sociales, culturales, psicológicos y sanitarios;

Enterada de que la Comisión de Población de las Naciones Unidas acordó en su 13a. reunión, celebrada el mes de abril de 1965, asignar una prioridad elevada a las investigaciones y a otras actividades relacionadas con la fertilidad;

Considerando que las variaciones de la importancia numérica y la estructura de la población influyen en las condiciones sanitarias;

Persuadida de que los problemas de la reproducción humana interesan tanto a las unidades familiares como a la sociedad entera y de que el número de miembros que hayan de componer cada familia debe ser decidido por ésta con entera libertad;

Considerando que incumbe a las administraciones nacionales resolver si deben facilitar, y la medida en que deben facilitar, la difusión de informaciones y la prestación de servicios a las poblaciones respectivas en cuanto se refiere a los problemas de salud relacionados con la reproducción humana;

¹ Documento A18/P&B/4.

Reconociendo que no es de la competencia de la OMS sostener o promover una política demográfica determinada; y

Advirtiendo la insuficiencia de los conocimientos científicos sobre la biología de la reproducción humana y sobre los aspectos médicos de la regulación de la fertilidad,

1. APRUEBA el informe del Director General sobre las actividades que la OMS podría incorporar a su programa en relación con los aspectos sanitarios de la situación demográfica mundial;¹
2. PIDE al Director General que siga desarrollando el programa propuesto:
 - (a) en lo que respecta a los servicios de referencia y a los estudios sobre los problemas médicos de la esterilidad y los métodos de regulación de la fertilidad, y sobre los problemas sanitarios de la dinámica demográfica; y
 - (b) en lo que respecta a los servicios consultivos indicados en el párrafo 3 de la Parte III del informe del Director General,¹ quedando entendido que, dentro de los límites de la competencia de la OMS, esos servicios consistirán en la prestación de asesoramiento técnico sobre los problemas de salud pública de la reproducción humana, con exclusión de cualquier actividad de carácter operacional; y
3. PIDE al Director General que informe a la 19a. Asamblea Mundial de la Salud sobre el programa de la OMS en relación con la reproducción humana.

13a. sesión plenaria, 21 de mayo de 1965
A18/VR/13

¹ Documento A18/P&B/4.

19a. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA19.43
20 de mayo de 1966

ORIGINAL: INGLÉS Y
FRANCÉS

ACTIVIDADES QUE LA OMS PODRÍA INCORPORAR A SU PROGRAMA EN RELACION CON
LOS ASPECTOS SANITARIOS DE LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA MUNDIAL

La 19a. Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe¹ que, en cumplimiento de la resolución WHA18.49, ha presentado el Director General;

Vistas las disposiciones del párrafo (1) del Artículo 2 de la Constitución;

Advertida de la influencia de las condiciones económicas, sociales y culturales en la solución de los problemas demográficos, y persuadida de la gran importancia de los aspectos sanitarios de esos problemas;

Enterada de la resolución 1084 (XXXIX) del Consejo Económico y Social, de los debates habidos en la Segunda Conferencia Mundial de Población y de las deliberaciones ulteriores de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su vigésimo período de sesiones;

Enterada de que varios gobiernos están emprendiendo programas nacionales de planificación familiar;

Considerando que la OMS y los grupos científicos convocados por la Organización han contribuido al acopio y a la difusión de datos sobre muchas cuestiones relacionadas con la reproducción humana;

Persuadida de la insuficiencia de los conocimientos científicos disponibles acerca de la reproducción humana; y

Persuadida de la importancia de que se incorporen enseñanzas sobre los aspectos sanitarios de los problemas de población a los planes de estudio establecidos para la formación de médicos, enfermeras, parteras y personal sanitario de otras categorías,

1. TOMA NOTA con satisfacción del informe del Director General;¹
2. REITERA la declaración de principios contenida en el preámbulo de la resolución WHA18.49;

¹ Documento A19/P&B/19.

3. APRUEBA el programa propuesto en la parte III del informe del Director General,¹ en aplicación de las disposiciones de la resolución WHA18.49;
4. CONFIRMA que es función de la OMS dar asesoramiento técnico a los Miembros que lo pidan para la ejecución de programas relacionados con la planificación familiar e integrados en la acción de los servicios sanitarios establecidos, sin menoscabo de las actividades preventivas y curativas que incumben normalmente a esos servicios; y
5. PIDE al Director General que informe a la 20a. Asamblea Mundial de la Salud sobre las actividades de la OMS en relación con la reproducción humana.

14a. sesión plenaria, 20 de mayo de 1966
A19/VR/14.

¹Documento A19/P&B/19.

20a. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Visto el informe del Director General sobre las cuestiones sanitarias relacionadas con la dinámica demográfica;³

Enterada con especial satisfacción de las consideraciones que se hacen en ese informe acerca de la formación de personal;

Persuadida de la urgencia de los problemas de salud pública que se plantean en ciertos Estados Miembros en relación con las variaciones de la dinámica demográfica, particularmente por lo que respecta a la contratación de personal de la formación y la experiencia debidas;

Vistas las resoluciones WHA18.49 y WHA19.43;

Reiterando las consideraciones que se hacen en esas resoluciones;

Enterada de que los abortos y la elevada mortalidad maternoinfantil constituyen un problema grave de salud pública en muchos países; y

Persuadida de que la organización de servicios sanitarios básicos tiene importancia capital para el éxito de cualquier programa orientado a la solución de los problemas de salud pública relacionados con la situación demográfica,

1. FELICITA al Director General por la labor realizada en 1966;
2. APRUEBA el informe del Director General;¹
3. ESPERA que la OMS podrá continuar sus trabajos en este sector de actividad, ateniéndose a los principios enunciados en las resoluciones WHA18.49 y WHA19.43; y
4. PIDE al Director General:
 - (a) que siga desarrollando las actividades de la OMS en lo que respecta a las cuestiones de salud relacionadas con la reproducción humana;
 - (b) que atienda las peticiones de ayuda para proyectos nacionales de investigación y para la formación de profesores de universidad y de personal profesional; y
 - (c) que informe a la 21a. Asamblea Mundial de la Salud sobre las actividades de la OMS en relación con la reproducción humana..

Mayo 1967 160,25

21a. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA21.43
23 de mayo de 1968

ORIGINAL: INGLES

CUESTIONES SANITARIAS RELACIONADAS CON LA DINAMICA DEMOGRAFICA

La 21a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre las cuestiones sanitarias relacionadas con la dinámica demográfica;¹

Enterada con satisfacción de que se han desarrollado actividades en relación con los servicios de referencia, las investigaciones y la formación de personal y de que, según lo dispuesto en las resoluciones WHA18.49, WHA19.43 y WHA20.41, se han atendido las peticiones de asesoramiento de distintos Estados Miembros acerca de los problemas de salud de interés para la reproducción humana, la planificación familiar y la dinámica demográfica;

Persuadida de la capital importancia que tiene para este programa el estudio de los factores económicos, sociales, culturales y sanitarios en una perspectiva adecuada;

Reiterando las consideraciones que se hicieron en las resoluciones citadas;

Persuadida de que para muchos Estados Miembros la planificación familiar es un elemento importante de la actividad de los servicios sanitarios básicos, en especial los de higiene maternoinfantil y fomento de la salud de las familias y de que desempeña un papel indiscutible en el desarrollo social y económico;

Reiterando su parecer de que todas las familias deben tener oportunidad de recibir información y consejo sobre los problemas de la planificación familiar, incluso los relacionados con la fecundidad y la esterilidad;

Convencida de la limitación actual de los conocimientos sobre muchos aspectos de las cuestiones de salud relacionadas con la reproducción humana, con la planificación familiar y con la población,

1. FELICITA al Director General por las actividades desplegadas en 1967;
2. APRUEBA el informe del Director General; y
3. PIDE al Director General:

¹Documento A21/P&B/9.

(a) que siga desarrollando el correspondiente programa de la OMS con arreglo a los principios sentados en las resoluciones WHA18.49, WHA19.43 y WHA20.41, incluso en lo que respecta al fomento de las investigaciones sobre los factores psicológicos de interés para las cuestiones de salud relacionadas con la reproducción;

(b) que siga atendiendo las peticiones de ayuda de los Estados Miembros deseosos de organizar programas nacionales, especialmente en lo que se refiere a las siguientes cuestiones:

(i) integración de la planificación familiar en las funciones de los servicios básicos de salud, sin perjuicio de las actividades preventivas y terapéuticas que incumben normalmente a esos servicios;

(ii) adecuada formación de personal sanitario de todas las categorías;

(c) que siga estudiando las necesidades de personal sanitario de los citados servicios y los problemas relacionados con la formación de ese personal y con la inspección efectiva de sus actividades en situaciones locales precisas; y

(d) que informe sobre el desarrollo ulterior del programa a la 22^a Asamblea Mundial de la Salud.