

# LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN LAS AMERICAS<sup>1</sup>

Dr. Ramón Villarreal<sup>2</sup>

*El éxito de la formación de los recursos humanos para la salud está condicionado en definitiva por la prioridad que los Gobiernos concedan a la salud, por la solidez de la decisión política y por la continuidad del financiamiento. Pero es necesario tener en cuenta la adecuada distribución de estos recursos y las necesidades de los distintos niveles socioeconómicos, para asegurar una atención mínima indispensable entre los grupos menos favorecidos.*

El incremento en la cobertura de los servicios de salud es una de las prioridades establecidas para esta década por los Gobiernos de las Américas. Dicha prioridad, señalaron los Ministros de Salud de las Américas en su III Reunión Especial (Santiago, Chile, octubre de 1972), es para aquellas zonas en donde viven los que no tienen acceso a ninguna atención. Esto representa no menos del 20% de la población total del Continente y del 37% de la América Latina y la región del Caribe. En números absolutos hay, en la actualidad, aproximadamente 100,000,000 de seres humanos en un Continente cuyo incremento demográfico es el más alto del mundo.

Se reconoce que la escasez de personal de todas las categorías es uno de los mayores obstáculos para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud y esto constituye, por lo tanto, una amenaza al éxito de los planes para el decenio.

Los recursos humanos son los más difíciles de manejar. Para producirlos se necesita no sólo dinero y hombres, sino también tiempo. El efecto de cualquier medida correctiva que se adopte al principio

de esta década no empezará a sentirse hasta 1980. Esto es lo que constituye el fenómeno latente de los recursos humanos.

Por añadidura, esos recursos, una vez formados, son los más difíciles de transformar y de adaptar a nuevas técnicas de atención y a nuevas situaciones administrativas. Por consiguiente, el personal preparado en este decenio seguirá influyendo sobre los sistemas de salud hasta el segundo decenio del siglo próximo. Este es el fenómeno de la inercia de los recursos humanos. La formulación de las proyecciones de estos recursos para 1980 en realidad representa ejercer un efecto sobre varias décadas.

Los recursos humanos del sector salud presentan características únicas en su género, sin equivalente en ningún otro sector, y que conviene recordar para analizar su evolución posible en la próxima década.

El sector salud se puede analizar como una industria, en el sentido amplio de la palabra, es decir, un conjunto de actividades que produce bienes o servicios. Esta industria se encuentra en un período de transición: ya no está dirigida por las llamadas profesiones "liberales" (médicos, odontólogos, farmacéuticos) y compuesta de "unidades simples" de producción<sup>3</sup> (consul-

<sup>1</sup> Este artículo aparece también en la Publicación Científica de la OPS 279, págs. 23-29, 1974.

<sup>2</sup> Jefe, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud.

<sup>3</sup> Brunet-Jailly. *Essai sur l'économie générale de la santé*, 1971.

torios, oficinas), sino que se ha ido convirtiendo progresivamente en un servicio con creciente carácter social y estatal, con personal asalariado o remunerado indirectamente e integrado por "unidades complejas" de producción (hospitales, policlínicos, centros de salud, consultorios de grupo, etc.).

Esta transición se está efectuando sin cambios significativos en la cantidad, estructura y calidad de sus propios recursos. Consideramos que, como premisa, debe establecerse que cualquier problema relacionado con el desarrollo de recursos humanos debe analizarse frente a las tareas que se han de cumplir. Estos problemas no se deben referir a una profesión en particular, sino al conjunto de los recursos humanos adaptados a sus nuevas funciones.

Mientras existió una industria de salud de carácter liberal existió también un mercado. Constituían el mercado, por un lado, la demanda de servicios por parte de la población en condiciones económicas de adquirir estos servicios y, por otro, la oferta de servicios por parte de los profesionales de la salud. Este mercado tenía sus mecanismos de autorregulación, y los recursos humanos aumentaron con la mayor demanda económica.

Una característica de la oferta del sector salud es la de comercializar servicios sin que el comprador pueda evaluarlos, ni siquiera discutirlos y, a este respecto, la industria de salud es única. Las profesiones liberales, en particular la medicina y la odontología, podían crear o incrementar la demanda de servicios más allá de lo necesario o, a la inversa, limitarla a las necesidades más estrictas. Aunque existía un mercado de salud en el contexto de subdesarrollo, los mecanismos de regulación estaban profundamente sesgados.

Al integrarse el sector salud a la política de lucha para el desarrollo socioeconómico, desaparece la industria liberal, el mercado,

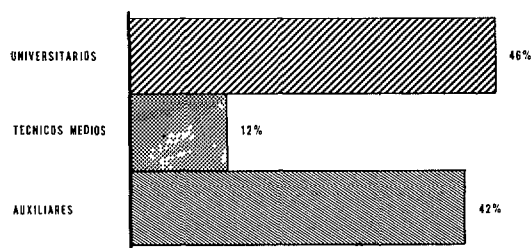
sus leyes y su equilibrio aparente. El analizar las leyes que regirán la producción y utilización de los recursos humanos es uno de los retos más importantes que enfrentan administradores de la salud y educadores.

Analicemos brevemente la situación actual de los recursos humanos para la salud en las Américas.

En 1971, las cifras parciales sobre personal de atención médica (médicos, enfermeras, auxiliares y personal de salud pública, excluido el personal de salud dental y farmacia) en América Latina y la región del Caribe indican la existencia de aproximadamente 580,000 personas. En relación con la población atendida, esta cifra representa una proporción de 20.4 trabajadores de salud por 10,000 habitantes, con amplias variaciones que van de 40 a 3. Estas cifras se citan para analizar la estructura profesional de este sector, lo que revela que en 1968 los recursos humanos globales, constituidos en esos años por aproximadamente 540,000 personas, estaban distribuidos en la forma siguiente: universitarios, 46%; técnicos medios 12%, y auxiliares 42% (fig. 1).

En 1970 la estructura del personal de atención médica se distribuyó en la siguiente forma (tasas por 10,000 habitantes): médicos, 6.9; enfermeras, 2.3; auxiliares, 8.8; técnicos medios, 0.9, y ad-

FIGURA 1—Personal de salud según nivel de formación, América Latina, 1970.



ministradores y personal de salud pública, 1.6 (datos aproximados).

Esta distribución por niveles de educación muestra una estructura insólita, con una desviación hacia los niveles superiores que no tiene comparación en otras industrias o sectores. La modificación de esta tendencia parece ser el problema central. Analicemos este problema.

Tal parece que en la América Latina durante la década pasada se puso énfasis especial en la formación de médicos, en desproporción con la formación de otro personal de salud. El número de escuelas de medicina en América Latina aumentó de 100 a 158 en el período 1967-1971. Solamente un país, Brasil, estableció 42 escuelas de medicina en el período de cuatro años y otros países continuaron con su política de admisión prácticamente irrestricta de aspirantes a las escuelas de medicina, lo que creó una plétora de estudiantes. En el caso de una escuela de medicina, al número pasó de 7,800 en 1967 a 17,800 en 1971, con 5,000 estudiantes admitidos al primer año en 1972.

En Mesoamérica (México, Centro América y el área del Caribe), el número de médicos aumentó de 38,456 en 1964 a 41,968 en 1970; y en América del Sur de 93,248 a 141,231. En relación con el incremento demográfico, se observa que en Mesoamérica, para un incremento de población de 25% en el período mencionado, el aumento de médicos fue de 28%; en el caso de América del Sur, para un incremento demográfico de 23% hubo un aumento de médicos del 51%. En el caso de Canadá y Estados Unidos, mientras la población aumentó en 8.6%, el número de médicos sólo aumentó 6.7%; la proporción de médicos en estos países disminuyó de 15.7 a 15.0 médicos por 10,000 habitantes.

En lo referente a personal de enfermería la situación es diferente. La información disponible es menos confiable y hay pro-

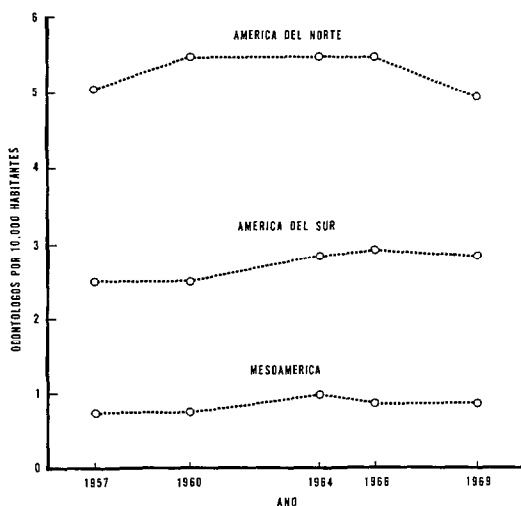
blemas de definición de niveles de educación en esta especialidad; sin embargo, algunos datos son significativos. En Canadá y Estados Unidos la razón de enfermeras por 10,000 habitantes aumentó de 31.7 a 41.5.

La Región hizo un esfuerzo considerable durante el decenio pasado para establecer nuevos programas de formación de enfermeras. Entre 1959 y 1972 el número de escuelas aumentó de 95 a 245. Sin embargo, la demanda por estudios de enfermería continúa muy baja. Estudios hechos por la OPS en 1969, en 16 países de la Región, demuestran que por cada estudiante de enfermería que ingresó fueron admitidos 4.4 estudiantes de medicina.

En Mesoamérica, a pesar de que se formaron más de 2,000 enfermeras en el período que consideramos (1967-1971), la proporción por habitante disminuyó de 3.0 a 2.7. En América del Sur, la proporción registrada en 1964 no sufrió ningún cambio.

En lo que respecta al número de odontólogos por habitante se produjeron pocos cambios durante la década pasada en América Latina. La figura 2 muestra las cifras correspondientes para el período 1957 a 1969

FIGURA 2—Odontólogos por 10,000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1957-1969.



en las tres regiones de las Américas. En Mesoamérica hubo un incremento de 5,203 a 7,514 entre 1960 y 1969. Sin embargo, la razón por 10,000 habitantes sólo se modificó de 0.8 a 0.9. En América del Sur, el número de dentistas también aumentó—de 35,852 en 1960 a 48,901 en 1969—pero la proporción por 10,000 habitantes sólo aumentó de 2.5 a 2.8. Por el contrario, en América del Norte el número absoluto de dentistas, así como la proporción por habitantes, ha estado disminuyendo desde 1964, cuando era de 5.4 dentistas por 10,000 habitantes; esta disminuyó a 4.9 en 1969.

En América Latina en 1970 había 94 escuelas de odontología, lo que significa un aumento de 17 sobre las 77 que existían en 1960. Los únicos países que no tienen por lo menos una escuela de odontología son Barbados, Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago. Muchas de las escuelas existentes son pequeñas con pocos alumnos graduados.

En la mayoría de los países es muy difícil obtener información estadística en cuanto a recursos y centros de adiestramiento para otros grupos de personal de salud. La administración y el funcionamiento de los hospitales requiere una cantidad de especialistas paramédicos, y los centros y departamentos de salud requieren veterinarios de salud pública, ingenieros sanitarios, inspectores sanitarios, educadores en salud, estadísticos y otros especialistas.

Las escuelas de medicina veterinaria en América Latina han aumentado de 45 en 1960 a 74 en 1970.

En el campo de la ingeniería sanitaria, además de los cursos académicos formales en ingeniería y en las escuelas de salud pública, se ha llevado a cabo en esta Región un programa diversificado de cursos cortos e intensivos en saneamiento ambiental auspiciados por la OPS.

Existen 13 escuelas de salud pública en Meso y Sudamérica y 20 en América del

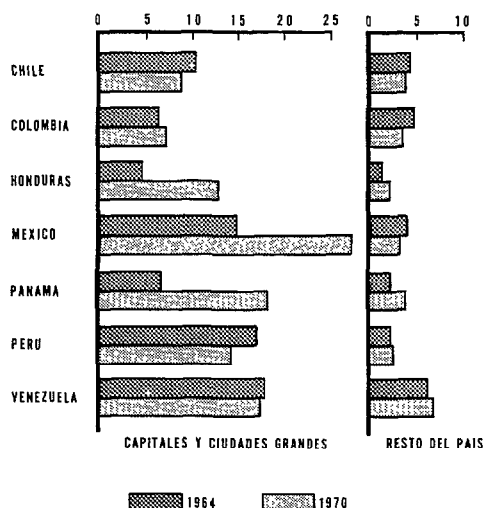
Norte. Estas escuelas no sólo adiestran médicos en la administración de los servicios de salud, sino también a los administradores de hospitales, enfermeras de salud pública, ingenieros sanitarios, dentistas de salud pública, educadores para la salud, estadísticos y otro personal de salud.

Pero, además de estos aspectos cuantitativos y de la irracional distribución por niveles de educación, nos preocupa que el recurso humano se haya desarrollado principalmente para satisfacer la demanda de una población en los estratos socioeconómicos medios y altos de los grandes centros urbanos, lo que significa una distribución funcional y geográfica divorciada de las necesidades de salud de gran parte de la población.

La distribución geográfica de los médicos en América Latina continúa siendo inadecuada, con muy pocos médicos sirviendo el área rural o las pequeñas poblaciones. Las razones en áreas altamente urbanizadas fluctuaron en 1968 entre 33.7 y 5.3 por 10,000 habitantes. Nueve de los 16 países con información disponible tuvieron 10 o más médicos por 10,000 habitantes en los centros más poblados. En el resto de estos mismos países las tasas fluctuaron entre 12.1 por 10,000 habitantes en la Argentina a 0.3 por 10,000 habitantes en Haití. Cinco países tenían menos de dos médicos por 10,000 habitantes fuera de las grandes ciudades (fig. 3).

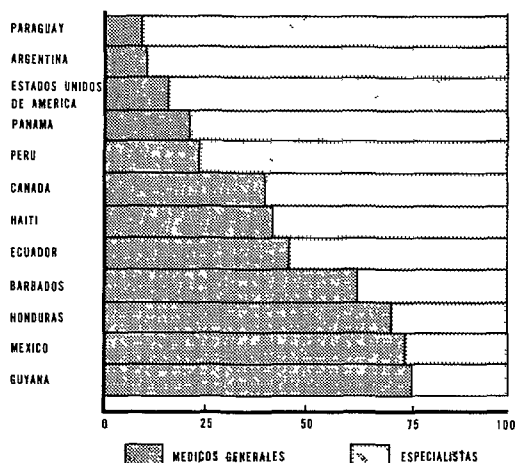
Algunos autores consideran que el número de especialistas de un país depende del grado de su desarrollo económico y, por tanto, debería ser mayor en los países industrializados. Sin embargo, el grado de especialización observado en los países en desarrollo es elevado, en particular cuando la prestación de servicios se deja al libre juego de la oferta y la demanda, porque la clientela que puede pagar estos servicios presenta una patología y exigencias dife-

FIGURA 3—Médicos por 10,000 habitantes en las capitales y ciudades grandes y en el resto de siete países de la Región, 1964 y 1970.



rentes, creando una demanda de personal de salud especializado. La situación que este problema crea en algunos países de la Región se presenta en la fig. 4, la que revela, tomando en consideración las dificultades de interpretar esta información por problemas de definición y confiabilidad, que

FIGURA 4—Porcentaje de médicos generales en 12 países de las Américas, 1970.



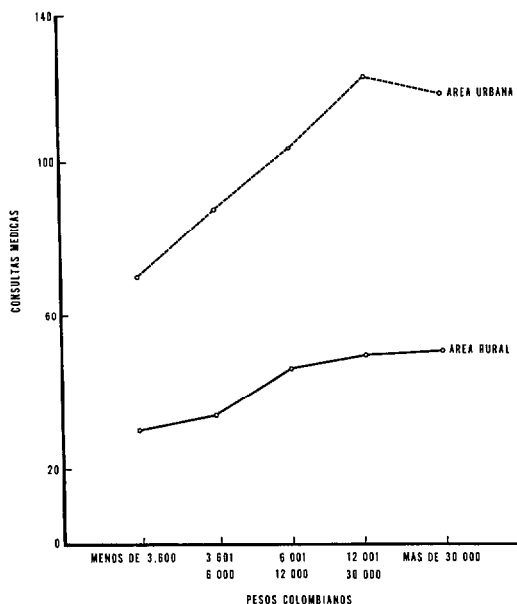
en algunos países hay una oferta relativamente excesiva de atención médica especializada.

La gravedad de esta situación se hace más patente cuando se analiza el tipo de actividad médica que desearían hacer los alumnos una vez terminados sus estudios de medicina. En una investigación realizada por la OPS en 1968 sobre la educación médica en América Latina, se preguntó esto a una muestra de cerca de 3,000 estudiantes de medicina de seis escuelas de diversos países. En todas las escuelas estudiadas el porcentaje de estudiantes que desean ser especialistas es alto. En cinco de las seis escuelas, el porcentaje de estudiantes que expresaron interés por la especialización fue de más de 60%. La información obtenida en este estudio también indica que los factores que determinan el deseo de especializarse están fuera del ámbito educacional, posiblemente dependiendo del prestigio de las especialidades médicas en la sociedad, de los sistemas de atención médica existentes y de la infraestructura económica de los países.

Otro problema de distribución, estrechamente ligado a los anteriores, es el acceso al recurso humano en salud de los diferentes grupos socioeconómicos. En los últimos años este tema ha sido objeto de atención en los estudios de utilización, tanto en la Región como en otros continentes. Los mismos coinciden en señalar que los grupos de mayor ingreso reciben mayor atención de salud que aquellos de menor ingreso, si bien los medios de financiamiento o de seguro de salud disponibles pueden aminorar en cierta medida las diferencias. En la figura 5 se presenta a modo de ilustración, un ejemplo basado en el estudio de recursos humanos de salud y educación médica realizado en 1968 en Colombia, con la colaboración de la Organización.

Para comprender la gravedad de este problema basta señalar que en América

FIGURA 5—Tasas de consultas por región e ingreso, Colombia (tasas por 1,000 habitantes durante un período de dos semanas, 1968).<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Elaborado por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OSP a base de datos de D. Zschock, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, abril de 1968.

Latina, y según datos de las Naciones Unidas, un promedio del 5% de la población de ingreso más elevado recibe alrededor del 34% del ingreso nacional, mientras que el 50% inferior a la mediana recibe sólo el 13.5% de ese ingreso. Si ingreso y acceso al recurso humano para la salud están ligados, en ausencia de una política y una planificación decididas, una distribución desigual del ingreso no puede menos que resultar en una distribución desigual de la atención de salud. Una distribución desigual de la atención en países con escasos recursos humanos representa para los grupos más desfavorecidos la ausencia de toda atención mínima indispensable.

Finalmente, nos preocupan los desajustes que se observan en los programas de formación de personal de salud. Estos desajustes

entre la enseñanza media y la enseñanza superior, especialmente en la educación médica, se reflejan en la enorme demanda por esta última que sobrepasa la capacidad de las escuelas de medicina y otras carreras, incluidas algunas de salud. Estas no reciben un número suficiente de aspirantes, lo cual tiende a mantener y agravar la inversión de la pirámide de personal de salud que existe actualmente. También hay desajustes internos del sistema de adiestramiento de personal de salud, que se reflejan en una utilización inadecuada de los escasos recursos docentes debido, por una parte, a la multiplicación de unidades inconexas de acción para la formación de diversas categorías de personal y, por otra, a defectos estructurales metodológicos dentro de cada una de estas unidades. Por último, es evidente que existe un desajuste entre el proceso de formación de personal y las necesidades de los servicios de salud de la comunidad, es decir, falta una integración docente asistencial, entendiéndose por esto que el plan educacional es un reflejo fiel del plan de servicios de salud.

Como ejemplo de esto último, se debe citar lo que ocurre con la educación médica, tradicionalmente centrada en el hospital, que es lo habitual en la preparación de médicos en la Región, incluyendo a los Estados Unidos de América y Canadá. En el estudio efectuado con la colaboración de la OPS en América Latina en 1968, se encontró que de cada 1,000 personas de una determinada comunidad, 367 tuvieron en un momento dado algún problema de salud; de estas, sólo 63 buscaron atención médica y únicamente dos fueron hospitalizadas. Estos datos concuerdan con los encontrados por Kerr White y sus colaboradores<sup>4</sup> en un estudio similar en la Gran Bretaña. Dentro del sistema tradicional de la educación

<sup>4</sup> White, K. L. et al. "The Ecology of Medical Care". *New Engl J Med* 265: 885-892, 1961.

médica, la enseñanza queda limitada a conocer los problemas de salud de 1 ó 2 por 1,000 de la población.

De esta situación de los recursos humanos en la Región, que hemos tratado de sintetizar, se derivan las proposiciones de cambio y estrategias de salud en el campo de los recursos humanos que fueran analizadas por los Ministros de Salud del Continente, en su III Reunión, y que, una vez adoptadas como política por los Cuerpos Directivos de la OPS, son las que guían las acciones de colaboración con los países.

En todas nuestras actividades aceptamos como axioma que el sector de formación de personal de salud constituye un todo compuesto de diversos elementos interrelacionados y que esta conceptualización globalizadora es útil porque descubre problemas de mayor profundidad y lleva a la búsqueda de soluciones de mayor eficacia, tanto en los aspectos de educación como en los de utilización del recurso humano. El nivel de formación de este personal, la calidad de su experiencia y la amplitud de sus responsabilidades dependerá de la naturaleza de los problemas, la complejidad de las técnicas para resolverlos y lo auténtico de su vocación de servicio a los seres humanos. Su éxito estará condicionado por la prioridad que los Gobiernos concedan a la salud, lo sólido de la decisión política y la continuidad del financiamiento.

### Resumen

La escasez de personal de salud es uno de los mayores obstáculos para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, y representa una amenaza al éxito de los planes de salud de las Américas para el decenio de 1971 a 1980.

El sector salud puede analizarse actualmente como una industria, específicamente, un conjunto de actividades que produce bienes y servicios. Según cifras par-

ciales de 1971, había entonces en la Región de la América Latina 580,000 personas dedicadas a la atención médica (médicos, enfermeras, auxiliares y otro personal de salud, con exclusión de odontólogos y farmacéuticos). Esta cifra representa una proporción de 20.4 trabajadores de salud (con variaciones de 40 a 3) por cada 10,000 habitantes. Mas el énfasis mayor, en la década pasada, se puso en la formación de médicos, en desproporción con la formación de otro personal de salud. Así fue que, por ejemplo, en el período de 1967 a 1971, el número de escuelas de medicina en la América Latina aumentó de 100 a 158. Estudios realizados por la OPS en 1969 en 16 países de la Región indican que por cada estudiante de enfermería había 4.4 estudiantes de medicina. El número de odontólogos también ha aumentado. Es interesante hacer notar que en el Canadá y los Estados Unidos, el número de médicos y dentistas aumentó en una proporción menor que en la América Latina; es más, la proporción de médicos en estos países del Norte disminuyó de 15.7 a 15.0 por 10,000 habitantes. Sin embargo, en estos mismos países la proporción de enfermeras por 10,000 habitantes aumentó de 31.7 a 41.5.

Aparte de los aspectos cuantitativos y de la distribución irracional por niveles de educación, hay preocupación por el hecho de que los recursos humanos de salud se hayan desarrollado para satisfacer la demanda de las clases socioeconómicas media y alta de los grandes centros urbanos. Esto significa una distribución funcional y geográfica divorciada de las necesidades de salud de gran parte de la población. La gravedad de este problema es patente al analizar datos de las Naciones Unidas que señalan que en la América Latina un promedio del 5% de la población de ingresos más elevados recibe alrededor del 34% del ingreso nacional, mientras que el 50% inferior a la mediana recibe solo el 13% de

este ingreso. Como una distribución desigual de los ingresos habrá de resultar en una distribución desigual de la atención de salud, esta situación representa para los grupos menos favorecidos, de los países con escasos recursos humanos, la ausencia de toda atención de salud mínima indispensable.

Hay preocupación también por la tendencia a la especialización. En 1968, más del 60% de los estudiantes de cinco escuelas de medicina en la América Latina expresaron interés por la especialización, lo cual crea una oferta de atención médica especializada relativamente excesiva para países en desarrollo.

Al analizar la situación de los recursos humanos de salud en la Región de las

Américas, se derivan proposiciones de cambio y de estrategias que ya han establecido los Ministros de Salud del Continente, en su III Reunión, en las Metas de Salud para la presente década de 1971-1980. Al considerar los aspectos de educación y utilización de los recursos humanos, se deberá tener en cuenta que su nivel de formación, su experiencia y responsabilidades dependerán de la naturaleza de los problemas, de las técnicas disponibles para resolverlos y de lo auténtico de la vocación de servicio a los seres humanos. Pero en definitiva, su éxito depende de la prioridad que los Gobiernos concedan a la salud, de la solidez de las decisiones políticas y de la continuidad del financiamiento. □

---

#### Health manpower in the Americas (Summary)

Shortage of health personnel is one of the major obstacles to development and strengthening of health services, and is jeopardizing the success of the health plans of the Americas for the decade 1971-1980.

The health sector can be considered today as an industry: specifically, a complex of activities which produces goods and services. According to incomplete returns for 1971, there were at that time in the Latin American area 580,000 persons engaged in provision of medical care (physicians, nurses, auxiliaries and other health personnel, excluding dentists and pharmacists). This figure represents a ratio of 20.4 health workers (with a range of variation from 40 to 3) to every 10,000 people. But the main emphasis during the past decade was on training of physicians, in disproportionate numbers compared to other health personnel. Thus, for example, during the period 1967-1971 the number of schools of medicine in Latin America increased from 100 to 158. Studies conducted by PAHO in 1969 in 16 countries of the Region show that for every nursing student there were 4.4 medical students. The number of dentists has also increased. It is interesting to note that in Canada and in the United States of America the number of physicians and dentists increased by a smaller percentage than in Latin

America; what is more, the physician population ratio in those northern countries decreased from 15.7 to 15.0 per 10,000 people. In those same countries, however, the number of nurses to every 10,000 people increased from 31.7 to 41.5.

Apart from the quantitative aspects of the irrational distribution by levels of training, there is concern at the fact that health manpower has been developed to meet the demand from the middle and upper socio-economic brackets in the large urban centers. The result is a functional and geographical distribution unrelated to the health needs of a large part of the population. The seriousness of this problem becomes evident upon analysis of United Nations data which show that in Latin America, on the average, the 5% of the population with the highest incomes receives about 34% of the national income, while the 50% with less than the median income receives only 13% of the national total. As unequal distribution of incomes must result in unequal distribution of health care, this means that the less favored groups in the countries where manpower is short are completely without the indispensable minimum of health care.

There is also concern at the trend towards specialization. In 1968, over 60% of the students at five schools of medicine in Latin America ex-



pressed interest in becoming specialists, which creates a supply of specialized medical care that is relatively excessive for developing countries.

An analysis of the health manpower situation in the Region of the Americas has provided base-lines for projected changes and strategies which have already been formulated by the Ministers of Health of the Continent at their III Meeting, in their health goals for the present decade, 1971-1980. In considering the manpower training and

utilization aspects, it must be borne in mind that the level of training of personnel, their experience and their responsibilities will depend on the nature of the problems, on the techniques available for solving them and on the genuineness of their vocation to serve mankind. In the last analysis, however, success depends on the priorities which governments accord to health, on the firmness of political decisions, and on continuity of financing.

### Os recursos humanos para a saúde nas Américas (Resumo)

A escassez de pessoal é um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de saúde, e representa uma ameaça ao êxito dos planos de saúde das Américas para o decênio de 1971 a 1980.

Atualmente, pode-se considerar o setor da saúde como uma indústria, vale dizer, um conjunto de atividades que produz bens e serviços. Segundo dados parciais de 1971, havia então na América Latina 580.000 pessoas dedicadas à assistência médica (médicos, enfermeiras, auxiliares e outros profissionais de saúde, excluídos os dentistas e farmacêuticos). Essa cifra equivale a uma proporção de 20,4 profissionais (com variações de 40 a 3) para cada 10.000 habitantes. Contudo, na última década, deu-se maior ênfase à formação de médicos, em prejuízo da formação de outros profissionais de saúde. Foi assim que, por exemplo, no período de 1967 a 1971, aumentou de 100 para 158 o número de escolas de medicina na América Latina. Estudos realizados pela OPAS em 16 países da Região, em 1969, indicam que, para cada estudante de enfermagem, havia 4,4 estudantes de medicina. Aumentou também o número de odontólogos. É interessante assinalar que, no Canadá e nos Estados Unidos, o número de médicos e dentistas aumentou em proporção menor que na América Latina, diminuindo, ao mesmo tempo, naqueles países de norte, a proporção de médicos, de 15,7 para 15 por 10.000 habitantes. Ao mesmo tempo, naqueles mesmos países, a proporção de enfermeiras por 10.000 habitantes aumentou de 31,7 para 41,5.

Afora os aspectos quantitativos e a distribuição irracional por níveis de educação, causa preocupação o fato de que os recursos humanos para a saúde se desenvolveram de modo a satisfazer à demanda das classes sócio-econômicas média e alta dos grandes centros urbanos. Isso

resulta numa distribuição geográfica e funcional divorciada das necessidades de saúde de grande parte da população. Evidencia-se a gravidade desse problema quando se analisam dados das Nações Unidas indicando que, na América Latina uma média de 5% da população de rendas mais elevadas recebe por volta de 34% da renda nacional, ao passo que os 50% inferiores à média recebem apenas 13% daquela renda. Como uma distribuição desigual de rendas forçosamente resultará numa distribuição desigual da assistência à saúde, tal situação representa, para os grupos menos favorecidos dos países onde são escassos os recursos humanos, a ausência de toda a assistência mínima indispensável à saúde.

Também causa preocupação a tendência para a especialização. Em 1968, mais de 60% dos alunos de cinco escolas de medicina da América Latina manifestaram interesse pela especialização, o que cria uma oferta de assistência médica especializada relativamente excessiva, para países em desenvolvimento.

Ao ser analisada a situação dos recursos humanos para a saúde na Região das Américas, vêm à baila proposições de mudanças e de estratégias, que os Ministros da Saúde do Continente já estabeleceram, em sua III Reunião, ao fixar as metas de saúde para a década de 1971-1980. Ao serem examinados os aspectos da educação e da utilização dos recursos humanos, será necessário levar em conta que seu nível de formação, sua experiência e suas responsabilidades dependerão da natureza dos problemas, das técnicas disponíveis para resolvê-los e da autenticidade da vocação de serviço aos seres humanos. Em última análise, porém, seu êxito depende da prioridade que os Governos atribuem à saúde, da solidez das decisões políticas e da continuidade do financiamento.

### Les ressources humaines pour la santé dans les Amériques (Résumé)

La pénurie de personnel de santé est un des principaux obstacles qui entravent le développement et le renforcement des services de santé et elle constitue une menace pour le succès des plans de santé des Amériques pendant la décennie 1971-1980.

Le secteur de santé peut à l'heure actuelle être considéré comme une industrie, plus précisément un ensemble d'activités qui produisent des biens et services. Selon les chiffres provisoires de 1971, il y avait à cette époque-là en Amérique Latine 580.000 personnes qui s'occupaient de fournir des soins médicaux (médecins, infirmières, auxiliaires et autre personnel de santé, à l'exclusion des dentistes et des pharmaciens). Ce chiffre représente 20,4 travailleurs de santé (avec des variations allant de 40 à 3) pour chaque 10.000 habitants. Toutefois, c'est sur la formation de médecins qu'on a surtout insisté au cours de la dernière décennie pour négliger d'une certaine manière la formation des autres catégories de personnel. C'est ainsi par exemple qu'entre 1967 et 1971, le nombre d'écoles de médecine en Amérique Latine est passé de 100 à 158. Il ressort d'études effectuées en 1969 par l'OPS dans 16 pays de la région que pour chaque étudiant de soins infirmiers il y avait 4,4 étudiants de médecine. Le nombre de dentistes a également augmenté. Il est intéressant de constater qu'au Canada et aux Etats-Unis, le nombre de médecins et de dentistes a augmenté dans une moindre mesure qu'en Amérique Latine; de surcroît, le nombre des médecins pour 10.000 habitants dans ces pays du Nord est tombé de 15,7 à 15,0. Cependant, dans ces mêmes pays, le nombre d'infirmières par 10.000 habitants est augmenté de 31,7 à 41,5.

En dehors des aspects quantitatifs et de la distribution irrationnelle par niveau d'enseignement, il faut se soucier du fait que les ressources humaines de santé se sont développées pour satisfaire la demande des classes socio-écono-

miques moyennes et élevées des grands centres urbains. Cela signifie une distribution fonctionnelle et géographique isolée des nécessités sanitaires d'une grande partie de la population. La gravité de ce problème est manifeste lorsqu'on analyse les données des Nations-Unies qui signalent qu'en Amérique Latine 5% de la population à revenu élevé reçoivent quelque 34% du revenu national tandis que 50% des habitants dont le revenu est inférieur à la moyenne n'en reçoivent que 13%. Comme une distribution inégale des revenus se solde d'habitude par une répartition inégale des soins médicaux, cette situation représente pour les groupes les moins favorisés des pays à faibles ressources humaines l'absence des soins de santé minimum indispensables.

Il importe également de se préoccuper de cette tendance à la spécialisation. En 1968, plus de 60% étudiants de cinq écoles de médecine en Amérique Latine ont montré intérêt pour la spécialisation, ce qui crée une offre de soins médicaux spécialisés relativement excessive pour les pays en voie de développement.

Lorsqu'on analyse la situation des ressources humaines de santé dans les Amériques, on se rend compte qu'il conviendrait de modifier les stratégies qu'ont déjà établies les Ministres de la Santé du Continent à leur Troisième Réunion sur les objectifs de santé pour la présente décennie (1971-1980). Compte tenu des aspects d'enseignement et d'utilisation des ressources humaines, il faudra tenir compte du fait que leur niveau de formation, leur expérience et leurs responsabilités seront tributaires de la nature des problèmes, des techniques disponibles pour les résoudre et du caractère authentique de la vocation de service aux êtres humains. Cependant, leur succès dépend en définitive de la priorité qu'accordent des Gouvernements à la santé, de la solidité des décisions politiques et de la continuité du financement