

ADIESTRAMIENTO Y EMPLEO DE PERSONAL AUXILIAR DE SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA¹

Dr. Branko Kesic²

Se estudian las características que deben revestir la preparación y el empleo del personal auxiliar de salud pública en América Latina, teniendo en cuenta que forman parte del equipo de salud, con responsabilidades claramente definidas, y que no sustituyen a otro personal.

Quien examine las condiciones de adiestramiento y de empleo de personal auxiliar de salud pública en América Latina debe percatarse de que no se trata de un problema que se pueda abordar a partir de una fórmula única y aplicable a todos los países latinoamericanos. Tal examen debe hacerse sólo con arreglo a los principios fundamentales que pueden contribuir a que se adopte más fácilmente una actitud hacia este complejo problema y se formulen en consecuencia políticas a largo plazo. Diferentes condiciones geográficas, económicas, sociales, de educación y de salud requieren procedimientos específicos adaptados a las necesidades y posibilidades de cada país. Por supuesto, en la práctica siempre resulta útil el intercambio de experiencias y la aplicación prudente de medidas adecuadas.

I. Observaciones generales

Situación de los auxiliares entre los trabajadores de salud

Se suele dividir a los trabajadores de salud en tres categorías: profesionales, técnicos y

auxiliares. Históricamente, las tres se han desarrollado a medida que aumentaba el grado de especialización en medicina y se expandían los servicios sanitarios; el sistema de adiestramiento por aprendizaje se empleó en principio para compensar la falta inicial de instrucción sistematizada. Más tarde, el desarrollo de la medicina como ciencia y profesión requirió la preparación organizada, consistente en la mayoría de los casos en cursos más o menos breves que al ampliarse vinieron a constituir la estructura de los programas de las escuelas profesionales.

Los trabajadores sanitarios auxiliares deben participar en las actividades encaminadas a la promoción de la salud o al control de enfermedades, con *funciones y responsabilidades claramente definidas*. De esta consideración puede deducirse que en modo alguno la labor de los trabajadores auxiliares de salud es transitoria y dejará por ello de tener objeto apenas se disponga de suficientes profesionales. Por el contrario, constituyen una categoría muy importante de trabajadores de salud, quizá tanto como las otras dos mencionadas; en los servicios de salud pública actuales, el trabajo del auxiliar está alcanzando el carácter de una *ocupación especial* que asegura una *carrera permanente*.

Sin embargo, hay casos en que los auxiliares funcionan como sustitutos de ciertos profesionales y técnicos. Esta sustitución sí debe ser de carácter transitorio y su razón de

¹ Este artículo se basa en un documento de trabajo presentado en la Reunión sobre Adiestramiento de Auxiliares (México, D. F., México) 27 de marzo-1º de abril de 1966), organizada por la Organización Panamericana de la Salud, con la colaboración del Gobierno de México.

² Profesor de Higiene y Medicina Social, Director, Escuela de Salud Pública "Andrija Štampar", Universidad de Zagreb, Yugoslavia.

ser debe desaparecer cuando haya un número suficiente y bien distribuido de profesionales y técnicos.

En síntesis, los trabajadores de salud auxiliares pueden realizar labores sanitarias en las condiciones siguientes:

1. Como *miembros* de los equipos sanitarios formados por trabajadores profesionales, técnicos y auxiliares de salud pública; en esos grupos de trabajo cada una de las categorías citadas realiza una labor muy bien delimitada tanto en alcance como en responsabilidades.

2. Como *sustitutos* de determinados profesionales y técnicos, en cuyo caso realizan una labor que exige una cierta competencia profesional o técnica (que ellos no poseen), y un cierto grado de responsabilidad (que está por encima de sus conocimientos y habilidades). Se debe tener presente este hecho al considerar el problema del adiestramiento y el empleo de trabajadores de salud auxiliares.

Mientras que en el primer caso mencionado el trabajador sanitario auxiliar está satisfaciendo una exigencia natural del trabajo de grupo aplicado a resolver complicados problemas de salud y enfermedad, en el segundo está mitigando la *escasez* o la *distribución desigual* de profesionales o técnicos en cada país. El primer caso debe llegar a constituir una característica permanente de la estructura de los servicios de salud pública; el segundo debe aceptarse sólo transitoriamente.

En lo que respecta a los países latinoamericanos se puede afirmar que los auxiliares sanitarios que se hallan en el primer caso—una gran mayoría de ellos—son imprescindibles para los servicios de salud de cualquier país. En cambio, la función que cumplen los que se hallan en el segundo caso se debe considerar transitoria y excepcional. A este respecto debe decirse que, en algunos países latinoamericanos, la existencia de grupos de trabajadores auxiliares de salud con una función sustitutiva no es el resultado de una verdadera escasez, sino de una distribución desigual de ciertas categorías de trabajadores sanitarios profesionales y técnicos. La dis-

tribución de trabajadores sanitarios en general—parece apropiado decirlo al llegar a este punto—es un factor sumamente importante en los problemas del adiestramiento y empleo de los trabajadores de salud auxiliares.

Si dentro de los modernos servicios de salud, el trabajador auxiliar tiene un lugar reservado—y no cabe duda que también habrá de tenerlo en el futuro—es necesario que dentro de la amplia variedad de trabajadores de salud se le otorgue una posición adecuada que no debe representar un empleo temporal y poco apreciado, sino una carrera permanente y atractiva. Debe tomarse en cuenta que a estos trabajadores sanitarios se les da un título que siempre contiene la palabra “auxiliar” (auxiliar de enfermería, técnico auxiliar, auxiliar de medicina, etc.). En los cien últimos años se produjo en la medicina una total diversificación de funciones que ha dado por resultado la formación de diversas profesiones médicas y paramédicas, y de diferentes especialistas y superespecialistas dentro de cada una de ellas. Al mismo tiempo se comenzó a trabajar en equipo, lo que ha llegado a ser una necesidad en el ejercicio médico actual, que es multiprofesional y multiespecializado. Dentro del grupo de trabajo se han establecido muchos puestos: dirigentes, altamente preparados, preparados, semipreparados y auxiliares. Sin embargo, con frecuencia también los puestos auxiliares están ocupados por trabajadores de alta preparación, pero nadie parece recalcar este hecho y en tales casos se evita el título de “auxiliar”, lo que está muy bien, porque éste tiene un carácter discriminador y provoca sentimientos de inferioridad. Es fácil comprender estos sentimientos si se piensa en los sinónimos de la palabra “auxiliar”: subsidiario, accesorio, subordinado, ayudante, todos ellos poco atractivos para cualquiera. No obstante, la medicina de nuestros tiempos ha nombrado a todo un grupo de trabajadores sanitarios, el más numeroso (para que la situación resulte aun más paradójica), como “auxiliares”,

aunque este grupo, en relación con los principios del trabajo en equipo, tiene funciones claramente definidas, desempeña tareas que requieren cierta capacidad, y, sobre todo, comparte la responsabilidad con los otros miembros del grupo de trabajo en su labor hacia un fin determinado.

Por las razones precedentes, algo debe hacerse a fin de eliminar la denominación de "auxiliar" aplicada a estas categorías de trabajadores sanitarios, aunque no sea más que en atención a elementales razones psicológicas. Después de todo, el punto de vista correcto en este asunto es que cada trabajador sanitario pertenece a un campo determinado y que la diferencia entre ellos debe establecerse según el grado de su capacidad profesional sin acudir a títulos discriminatorios. Sin entrar en el problema de determinar si la división de los trabajadores sanitarios en tres categorías—profesionales, técnicos y auxiliares—es la más afortunada o no, se considera necesario que se encuentre un título más adecuado para la categoría de trabajadores sanitarios auxiliares, lo cual en el caso de los países latinoamericanos, que poseen una lengua tan rica, ciertamente debe resultar muy fácil.

Los trabajadores sanitarios auxiliares y los planes nacionales de salud

El problema de los trabajadores sanitarios auxiliares debe abordarse dentro del plan nacional de salud. En consecuencia, su adiestramiento y empleo deben ser parte integral de la planificación general para el desarrollo de recursos humanos en salud pública.

En las distintas fases de un sistema planeado de adiestramiento y utilización de trabajadores sanitarios auxiliares, se deben tomar las medidas siguientes:

1. Determinar los problemas nacionales de salud, así como los medios y los tipos de organización que se van a emplear para abordar tales problemas.

2. Definir la participación de cada una de las categorías de trabajadores sanitarios auxiliares en la solución de los problemas de salud y de-

terminar su posición en el esquema de organización sanitaria.

3. Hacer un censo total del personal de salud y de los trabajadores sanitarios auxiliares en particular, con el objeto de determinar su número, su grado de adiestramiento básico y técnico, de qué modo se les emplea y otros datos necesarios para planear el adiestramiento y empleo futuro de estos trabajadores. El censo permitirá también hacer estimaciones constantes de la situación en todas las categorías de trabajadores sanitarios.

4. Elaborar un plan anual de necesidades y de enseñanza (establecimiento de escuelas, planes de estudios, etc.) de los trabajadores sanitarios auxiliares (y de todas las demás categorías), teniendo presente no sólo las necesidades sino también las posibilidades de empleo.

5. Poner en vigor reglamentos que establezcan principios fundamentales, funciones, puestos y normas en relación con el adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares.

El adiestramiento de las categorías profesionales de trabajadores sanitarios, que requiere largo tiempo; los altos costos de su instrucción y utilización, y, lo que es aun más importante, la distribución de trabajo dentro del equipo sanitario, crean una necesidad permanente de trabajadores sanitarios auxiliares de diversos tipos. Es evidente que resulta antieconómico y técnicamente erróneo el asignar trabajadores sanitarios con capacidad profesional y experiencia a empleos que pueden ser desempeñados *satisfactoriamente* por trabajadores sanitarios con un nivel inferior de preparación. Esto se relaciona especialmente con actividades tales como la erradicación y el control de enfermedades en gran escala, las campañas de saneamiento del medio y la localización de casos de enfermedades en la colectividad. Si a esto se agregan todas esas ocasiones especiales en las que los trabajadores sanitarios auxiliares actúan en sustitución de determinadas categorías de trabajadores sanitarios profesionales, resulta obvio que el problema de los trabajadores sanitarios auxiliares tiene *la más alta prioridad* y debe constituir un interés permanente para los países latinoamericanos.

II. Observaciones sobre el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares

Aunque debe abordarse el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares en conformidad con las necesidades y condiciones específicas de cada país, puede ser útil examinar algunos principios generales que contribuyan a proporcionar una base para la solución de este complejo problema en cada uno de los países latinoamericanos.

Antes de comenzar ese examen, sin embargo, debe responderse a la pregunta siguiente: ¿Qué categorías de trabajadores sanitarios auxiliares deben proyectarse para los servicios de salud pública de los países latinoamericanos? La respuesta no es difícil: los que se dedican a actividades de enfermería, saneamiento, odontología, estadística, técnicas de laboratorio y otras similares. En realidad, no es fácil enumerar todas las categorías que se necesitan, pero una cosa parece cierta: en los países latinoamericanos, en relación con el número de médicos y el número de escuelas de medicina, así como su "producción" actual y potencial, no es necesario prever auxiliares en el campo de la medicina. Es decir, en estos países no hay una necesidad urgente de educar trabajadores sanitarios del tipo de los "ayudantes médicos" que se encuentran *como sustitutos de los médicos* en muchos países en desarrollo donde hay gran escasez de médicos, ni aun trabajadores sanitarios del tipo de los "feldshers" que se encontraban en la Unión Soviética en el período siguiente a la Revolución.

La razón principal de la escasez de médicos en casi todos los países latinoamericanos radica en su distribución desigual, la que podría mitigarse en gran proporción mediante la aplicación de ciertas medidas: una mejor remuneración a los médicos que trabajan en zonas remotas, construcción de centros de salud con alojamiento para médicos, un sistema de rotación, trabajo obligatorio en zonas rurales, prerrogativas en los sistemas de pensión, etc. Además, algunas de las actuales escuelas de medicina de

América Latina están en condiciones de aumentar el número de sus estudiantes, lo cual en corto tiempo puede conducir a un aumento considerable de médicos. Aunque por una parte la opinión de que no se necesitan auxiliares en el campo médico parece ser correcta y válida para todos los países latinoamericanos, por otra parte, probablemente no existe otro campo en el cual no sean necesarios los auxiliares *además* de los profesionales.

Considerando el asunto desde este punto de vista, y teniendo en cuenta las condiciones de vida y las necesidades de los países latinoamericanos, conviene aclarar, en relación con el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares, algunos aspectos que se enumeran a continuación.

Trabajadores sanitarios auxiliares para uno o varios fines

Al planear el adiestramiento, la primera decisión que debe tomarse es la de si tiene que adiestrarse a personal sanitario auxiliar dentro de una categoría definida, para uno o para múltiples fines. La decisión depende de varios factores. En primer lugar debe subrayarse que el tipo y, en consecuencia, el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares, están determinados por circunstancias y necesidades específicas que varían no sólo de país a país sino también de una región a otra dentro de un mismo país. Es muy cierto, por ejemplo, que una auxiliar de enfermería en un hospital, como miembro de un equipo de hospital, tiene que obtener un adiestramiento completamente distinto al de una auxiliar de enfermería que trabaje sola bajo la supervisión esporádica del médico o de la enfermera profesional, en una pequeña unidad sanitaria en un lugar remoto de una zona rural. Igualmente, un trabajador sanitario auxiliar dedicado al saneamiento rural tiene que obtener un adiestramiento por completo diferente del que debe darse a una persona responsable de actividades definidas de saneamiento en una ciudad.

El sistema del adiestramiento para fines múltiples tiene sus ventajas, porque pro-

porciona al estudiante un conocimiento más completo de un determinado campo más amplio, abre horizontes más vastos y ofrece más oportunidades de empleo. Por otra parte, el adiestramiento para un solo fin tiene también sus ventajas, porque al limitarse a un campo más estrecho va más profundamente a los problemas y proporciona una cierta capacidad específica que a menudo corresponde a un aspecto del conocimiento profesional en el campo respectivo. No obstante, en este último caso están restringidas las oportunidades de utilización y empleo.

Cuando se toma una decisión respecto al tipo de trabajadores sanitarios auxiliares debe considerarse un factor más: la duración del adiestramiento. Cuando haya tiempo y dinero suficientes para el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares, de manera que pueda durar más de un año (quizá hasta dos), entonces conviene pensar en un programa de enseñanza para fines múltiples. En casos en que exista necesidad urgente de un gran número de trabajadores sanitarios auxiliares o cuando, por razones económicas, se organicen cursos de menos de un año, sólo excepcionalmente puede planearse el adiestramiento múltiple de trabajadores sanitarios auxiliares.

Por supuesto, la respuesta a la pregunta también depende del propósito para el cual se adiestra al trabajador sanitario auxiliar. Si, por ejemplo, el servicio de salud necesita auxiliares para trabajar en un laboratorio para descubrir casos de esquistosomiasis, no es necesario que los aspirantes cumplan con un programa de adiestramiento múltiple sobre técnicas de laboratorio sino que sólo dominen la técnica de descubrir casos de esquistosomiasis.

El problema del trabajador sanitario auxiliar adiestrado para uno o muchos fines también puede abordarse de la manera siguiente: en ciertos casos puede justificarse que se dé un adiestramiento general para fines múltiples a los aspirantes en la primera fase de su preparación y luego, en la segunda

fase, que se especialicen y lleguen a ser auxiliares para un fin específico. He aquí un ejemplo del campo de la enfermería:

| <i>Primera fase</i> (6 meses) | <i>Segunda fase</i> (6 meses) |
|----------------------------------|---|
| enfermería | enfermería de hospital salud mental enfermería de salud pública higiene materno-infantil, etc. |

Este sistema requiere por lo menos un año de adiestramiento.

En los países latinoamericanos, en relación con las necesidades urgentes y con el hecho de que un gran número de los trabajadores sanitarios auxiliares carecen de adiestramiento, debe considerarse primero adiestrarlos para un solo fin, pero no pueden pasarse por alto otras soluciones antes mencionadas que seguramente resultarán útiles en algunas situaciones específicas en ciertos países o en cierta región de un país.

Programas de adiestramiento

El punto de vista en el que hay que situarse para establecer programas de adiestramiento es que los auxiliares representan un grupo de trabajadores sanitarios que tienen que desempeñar ciertas *actividades definidas* claramente con plena *comprensión y competencia*. El trabajador sanitario auxiliar no debe ser un robot, capaz de ejecutar ciertas tareas hábil pero mecánicamente, como si fuera una rutina irreflexiva. Entonces, los programas de enseñanza para trabajadores sanitarios auxiliares deben elaborarse:

1. Sobre el principio de la medicina integral, que aborda y trata de resolver cada problema de salud en sus aspectos social, preventivo y curativo.

2. Sobre el principio del trabajo en equipo, en el cual cada miembro tiene una función bien delimitada por cuyo cumplimiento se responsabiliza plenamente.

El error más común, y también el más grave al elaborar programas de enseñanza

de trabajadores sanitarios auxiliares, consiste en hacerlo de tal forma que resulten programas de enseñanza en miniatura de los profesionales del mismo campo. Por tanto, los programas de enseñanza para trabajadores sanitarios auxiliares deben: 1) adaptarse a la naturaleza específica y las condiciones reales de su trabajo futuro, y 2) relacionarse con aspectos de los problemas sanitarios locales.

En cuanto a su función educativa más allá de lo estrictamente técnico, deben fomentar: 1) el sentido de responsabilidad; 2) el de las relaciones humanas correctas, y 3) un proceder ético. Sin estas condiciones, es difícil imaginar un funcionamiento satisfactorio de los trabajadores sanitarios en general y de los auxiliares en particular.

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

Duración del adiestramiento

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

tipo de adiestramiento periódico y prolongado. No obstante, también es muy cierto que en los países latinoamericanos la duración del adiestramiento debe ser objeto de amplias variaciones.

Métodos de adiestramiento

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

En el adiestramiento organizado se acostumbra asignar un 30 % del tiempo de enseñanza a la teoría, el 20 % a la práctica y el 50 % al adiestramiento en el terreno. La parte teórica comprende conferencias, seminarios, debates y otras formas de transmisión de conocimientos del profesor al alumno. La parte práctica comprende trabajo de laboratorio, demostraciones y otras formas de trabajo que suelen ejecutarse en laboratorios especiales para la enseñanza, en salas o en zonas de demostración; ellas están destinadas primordialmente a desarrollar ciertas habilidades manuales. El adiestramiento en el terreno generalmente sigue a la parte teórico-práctica y constituye un sistema de trabajo práctico organizado que se lleva a cabo en instituciones de salud pública, bajo la orientación y la supervisión permanentes de profesores e instructores competentes.

Es erróneo pensar que el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares debe ser sólo práctico y fundarse en el principio de "aprender trabajando". El sistema de adiestramiento en el cual los trabajadores sanitarios auxiliares se convierten en instrumentos ciegos en las manos de profesionales es esencialmente erróneo. Los alumnos deben recibir una cierta cantidad de "conoci-

mientos teóricos” que les permitan comprender lo que están haciendo y cuál es el propósito de su trabajo. Este es uno de los requisitos fundamentales para el buen éxito del trabajo del personal sanitario auxiliar.

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

Debemos mencionar otro factor muy importante en relación con los métodos de adiestramiento. A menudo se emplean métodos de adiestramiento y equipos tales que los alumnos nunca podrán usar en su trabajo futuro. Los métodos de adiestramiento, las instalaciones y el equipo de enseñanza deben estar en consonancia con las tareas futuras de los alumnos y con las posibilidades del servicio sanitario respectivo. Las condiciones del adiestramiento, inclusive sus métodos, deben corresponder a las condiciones del trabajo ulterior del alumno. La aplicación de este principio no excluye el empleo de medios auxiliares audiovisuales y otros recursos modernos de enseñanza.

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

Exámenes y certificados

Aunque la comprobación del conocimiento de los alumnos debe hacerse en forma continua, es muy importante preparar un examen final en todos los cursos para trabaja-

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

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

Lugar del adiestramiento

Los auxiliares deben recibir su adiestramiento en un ambiente y en condiciones que sean iguales o semejantes a las que encontrarán en su trabajo futuro, pero a condición de que en ese adiestramiento organizado localmente se cuente con: 1) servicios sanitarios adecuados, con instituciones sanitarias apropiadas para el adiestramiento en el terreno, y 2) profesores competentes.

Por otra parte, se ha comprobado que el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares en ciudades grandes y en centros médicos altamente desarrollados no da los resultados previstos, por dos razones: 1) porque un ambiente tan altamente desarrollado—con sus recursos, equipos, métodos de adiestramiento y una atmósfera especial—muy a menudo no proporciona al alumno los elementos de conocimiento y habilidad indispensables para su trabajo en un medio menos desarrollado; y 2) porque ese am-

biente frecuentemente tiene un efecto negativo sobre el alumno que procede de zonas remotas y subdesarrolladas, por lo que no es raro que éste no vuelva al ambiente de donde ha salido y al que se suponía que iba a dedicar su actividad.

Al tratar acerca del lugar de adiestramiento, también debe mencionarse el alojamiento de los alumnos. Si bien las instituciones de adiestramiento con residencia son más costosas, tienen una gran ventaja sobre las no residenciales. El sistema de adiestramiento con residencia ofrece mejores oportunidades en lo que respecta a: mantenimiento de la disciplina; formación de hábitos de vida cotidianos, especialmente higiénicos, al respecto de lo cual debe destacarse que la vida del trabajador sanitario debe ser un modelo para las gentes entre las que él trabaja; promoción del sentido de trabajo en equipo y de relaciones humanas correctas; y promoción de actividades extraescolares como los deportes, el baile, la música, etc.

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

Finalmente, debe responderse a una pregunta más: ¿Deben establecerse escuelas permanentes o cursos especiales dentro del sistema de adiestramiento del personal sani-

tario auxiliar? La escuela tiene grandes ventajas sobre los cursos especiales. Dentro de una escuela es mucho más fácil formar un pequeño cuerpo docente de dos o tres profesores que trabajen a jornada completa (alrededor de los cuales puede haber profesores que trabajen jornadas parciales, contratados entre el personal sanitario local). Un cuerpo docente de ese tipo desarrolla los programas de adiestramiento con una sensación de plena responsabilidad, lo que da estabilidad a la escuela. En una escuela es más fácil transmitir la experiencia necesaria de un año a otro y de uno a otro grupo de alumnos; y por tratarse de una institución permanente, el alumno recibe una impresión de seguridad y confianza. Sin embargo, el problema de establecer el sistema de "la escuela" o el del "curso" en América Latina debe resolverse a título individual, de país a país, según las necesidades y posibilidades existentes.

Selección de alumnos

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

La enseñanza primaria (5 ó 6 años) se considera como el mínimo de instrucción general que debe exigirse a los aspirantes al adiestramiento de personal sanitario auxiliar; el máximo está constituido por la primera enseñanza más dos o tres años de

segunda enseñanza. No es recomendable una preparación secundaria más amplia ni el total de la segunda enseñanza porque quienes tienen una instrucción general demasiado elevada probablemente no se sentirán satisfechos con una carrera de categoría auxiliar, y en cambio se les podría estimular a seguir cursos en el plano profesional. En ningún país latinoamericano habrá dificultades para obtener alumnos con instrucción general comprendida entre la primera enseñanza y tres años de segunda enseñanza. La decisión acerca de los requisitos de instrucción general depende de condiciones locales específicas y de la categoría de auxiliares para los que se abre la inscripción.

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

Al seleccionar aspirantes para el adiestramiento en actividades sanitarias auxiliares, debe prestarse atención especial al grupo de trabajadores sanitarios auxiliares que, a pesar de estar ya empleados, no cuentan con un adiestramiento sistemático. Hay más de 100.000 trabajadores sanitarios en esas condiciones en los países latinoamericanos; y ese grupo merece ser considerado con prioridad en la selección de aspirantes. Al respecto pueden tenerse en cuenta los excelentes ejemplos de intercambio simultáneo de formación entre los trabajadores sanitarios auxiliares recién contratados y quienes ya tienen empleo, que

se han llevado a la práctica en algunos países.

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

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

Adiestramiento en el servicio y cursos de repaso

Para todo trabajador sanitario el aprendizaje debe representar un proceso continuo, que se inicia en las aulas y prosigue durante toda su vida activa. Esto tiene tal vez aun mayor validez para los trabajadores sanitarios de categoría auxiliar. Es importante fomentar en los trabajadores sanitarios auxiliares el interés por adquirir nuevos conocimientos durante su vida

activa. El principio del aprendizaje continuado por lo que respecta a los trabajadores sanitarios auxiliares puede ponerse en práctica por lo menos en las tres formas siguientes: mediante un sistema continuo de adiestramiento en el servicio; por medio de cursos de repaso, y con un sistema de rotación en el servicio.

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

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

otra, a los profesores, a evaluar los resultados de sus programas y métodos de adiestramiento.

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

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

Selección y formación de profesores

La selección del profesorado es uno de los problemas principales del adiestramiento de personal sanitario auxiliar. El profesor de una escuela para trabajadores sanitarios auxiliares debe poseer todas las cualidades que se exigen a cualquier otro profesor: buen carácter, personalidad vigorosa, entusiasmo para enseñar, competencia técnica en las

materias que enseña, conocimiento del ambiente para el que se preparan los estudiantes. Además, debe estar familiarizado con los trabajos específicos que sus alumnos van a desempeñar en su carrera futura.

Los cuerpos docentes de las escuelas para trabajadores sanitarios auxiliares deben estar formados por trabajadores sanitarios locales, profesionales y auxiliares, que posean las cualidades mencionadas y alguna experiencia en el terreno. Como se ha dicho, debe procurarse que cada una de las escuelas para personal sanitario auxiliar tenga por lo menos dos o tres profesores a jornada completa que cubran las materias fundamentales, y otros profesores a jornada parcial para materias específicas. El director de la escuela debe ser elegido entre profesionales de la misma categoría; sería un error nombrar en ese cargo a un médico con funciones a jornada parcial.

Los países latinoamericanos tienen un número suficiente de trabajadores sanitarios profesionales técnicamente capacitados para la función docente en escuelas para personal sanitario auxiliar. Sin embargo, para desempeñar satisfactoriamente esa función, además de la preparación profesional y de la experiencia práctica, se necesita una formación especial. Por esta razón, todas las categorías del personal docente, antes de asumir sus funciones, deben asistir a cursos especiales destinados a prepararlos para sus complejas actividades. Estos cursos pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses, y deben organizarse en escuelas profesionales de renombre de la misma categoría o en escuelas de salud pública, las que pueden desempeñar un papel importante precisamente en la preparación de personal docente, antes que en el adiestramiento de auxiliares que algunas de ellas están realizando. Aquí también, en relación con la formación de personal docente, debe tomarse en consideración un tipo constante de enseñanza organizado en forma de cursos de repaso, reuniones técnicas, intercambio de visitantes, publicaciones, etc.

Llegamos así a una pregunta fundamental en relación con el adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares: ¿Quién debe asumir la responsabilidad del adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares? La respuesta está en una de las publicaciones de la OMS³ donde puede leerse: "Todos los auxiliares sanitarios deben ser escogidos y formados con sujeción a disposiciones reglamentarias o de otra índole que establezca la administración sanitaria, de manera que desde el principio se insista en el carácter práctico del trabajo". Si se acepta esta norma, desde el punto de vista de la organización sería útil establecer, en las administraciones sanitarias nacionales o de distrito, divisiones especiales encargadas del adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares; además de planear y supervisar, también podrían desarrollar y mejorar el adiestramiento de esta importante categoría de trabajadores de salud.

Empleo de los trabajadores sanitarios auxiliares

Deben recordarse también los problemas en materia de salud (ignorancia, malas condiciones ambientales, enfermedades endémicas, tuberculosis, mortalidad infantil y problemas sanitarios relacionados con la rápida urbanización) y algunos de los principios en que se fundan los servicios sanitarios existentes en los países latinoamericanos (responsabilidad del Estado respecto a la salud del pueblo, regionalización de las instituciones sanitarias, integración de la medicina, aspectos preventivos de los servicios de salud pública). Mientras, por una parte, no cabe dudar de la existencia de aquellos problemas, por la otra sólo pueden advertirse los primeros intentos por aplicar estos principios. El mejor panorama general de la organización de servicios sanitarios en esta parte del mundo puede obtenerse de un documento de la OPS⁴ en el cual se expresa:

³ *Org Mund Salud: Ser Inform técn* 109:11, 1956.

⁴ Horwitz, Abraham: *Tendencias de la salud pública en las Américas*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1965. pág. 32 (Publicaciones varias No. 79.)

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

A pesar de esto, se obtiene la impresión de que todos los países latinoamericanos, cualquiera sea el modelo de su organización sanitaria, desarrollan ciertos esfuerzos para proporcionar a sus pueblos la protección de la salud y la asistencia médica fundamentales, por medio de un sistema de servicios sanitarios regionalizados. Este principio es el que impulsa principalmente a las administraciones sanitarias de la mayoría de los países latinoamericanos en sus nobles empeños por mejorar la salud de sus pueblos.

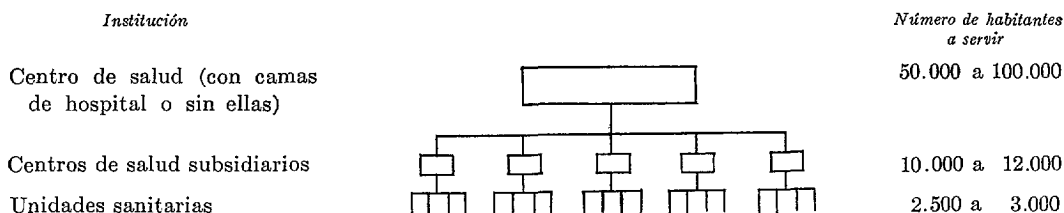
Pero los esfuerzos que se realizan tropiezan con muchas dificultades. Se frustran no sólo por las difíciles condiciones económicas y sociales, sino también por el inadecuado desarrollo de los servicios sanitarios, fundados en una medicina que tiende a ocuparse exclusivamente de actividades curativas y a emplear métodos insuficientes para luchar contra problemas de salud que requieren una acción en gran escala.

Las administraciones sanitarias, en mayor o menor proporción, están tratando de realizar actividades sanitarias en el terreno mediante el sistema de centros de salud, los que, agregados a los hospitales, constituyen la principal fuerza activa que ha de suministrar los servicios sanitarios. Aunque en algunas zonas ya ha dado buenos resultados la idea del establecimiento de centros de salud, en otras está todavía en su infancia. No obstante, los informes y publicaciones de renombrados trabajadores sanitarios latinoamericanos dan la impresión de que hay una aceptación general del concepto del establecimiento de centros de salud como base para la organización sanitaria futura destinada a proporcionar protección a la salud y asistencia médica en los países del Hemisferio.

Por una parte, hay una tendencia acentuada a desarrollar todos los servicios sanitarios por medio de un sistema integrado de centros de salud; por la otra, se tiende a desarrollar actividades sanitarias individuales mediante servicios e instituciones separados, administrativamente independientes. Existen servicios independientes que se encargan de tareas específicas (por ejemplo, control del paludismo, higiene materno-infantil, control de algunos vectores, etc.) y las ejecutan por medio de sus unidades estructurales, aparte de los servicios generales de salud. Precisamente cuando se cuenta con un número limitado de trabajadores sanitarios y con medios materiales muy sencillos debe evitarse el establecimiento de organismos sanitarios independientes, y ha de procurarse encauzar todas las actividades sanitarias por medio de la administración de salud pública y de sus servicios e instituciones. Esto es importante no sólo para unificar la planificación y coordinación de esfuerzos, sino también para emplear en forma económica el personal y los medios materiales disponibles. No hace falta insistir en que estas actividades sanitarias independientes y separadas descomponen el cuadro y complican la planificación de las necesi-

dades en materia de trabajadores sanitarios y de su instrucción y adiestramiento.

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



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

Si dentro de la estructura de este esquema de organización y en conformidad con las posibilidades realistas de personal y ma-

teriales de los países latinoamericanos, tratamos de distribuir a los trabajadores sanitarios profesionales y auxiliares, no estaremos muy equivocados al suponer que en la categoría de centro de salud habrá trabajadores sanitarios profesionales de tipos general y especiales, y trabajadores sanitarios auxiliares como sus ayudantes dentro de los grupos de trabajo; en la categoría de centros de salud subsidiarios sólo habrá profesionales de tipo general (médicos generales y enfermeras) con trabajadores sanitarios auxiliares como sus ayudantes, también dentro de grupos de trabajo; y en la categoría de estaciones o unidades sanitarias *únicamente* se contará con trabajadores sanitarios auxiliares, con responsabilidades definidas respecto a la atención

fundamental de la salud. A este respecto debe subrayarse que un centro de salud subsidiario con estaciones sanitarias adyacentes debe funcionar como una entidad sanitaria integrada; en realidad, como un equipo sanitario integrado (con un médico, una enfermera y seis o siete auxiliares). Un sistema tal de organización sanitaria permite la supervisión continua del trabajo de auxiliares y la remisión de casos de la categoría inferior a la superior.

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

solución realista basada en los siguientes criterios:

1. La utilización racional, para fines múltiples, de trabajadores sanitarios auxiliares, procedentes de cada localidad y adiestrados localmente.

2. La construcción de pequeñas unidades sanitarias en las cuales, además de la sala de consultas, se disponga de una sala más, con dos o tres camas para casos graves de urgencia (en espera de ser transportados a instituciones sanitarias de categoría superior), y también de una vivienda para el trabajador sanitario.

En relación con el esquema de organización propuesto surgirán, entre muchas otras, varias importantes preguntas. Una de ellas probablemente será: ¿Es realista el tipo de organización propuesta para América Latina? A esto debe responderse que, si no lo es actualmente, lo será dentro de algún tiempo. Pero lo esencial en relación con la pregunta planteada es: 1) que se acepte un cierto concepto de organización sanitaria y que dicho concepto se desarrolle gradualmente, en conformidad con las posibilidades económicas y de personal; y 2) que conforme al *concepto aceptado* se planifiquen y desarrollen el adiestramiento y la contratación de las diversas categorías de trabajadores sanitarios.

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

fracasará todo el sistema de adiestramiento y utilización de los trabajadores sanitarios auxiliares. Por tanto, deben hacerse esfuerzos para desarrollar en los profesionales una actitud correcta hacia los auxiliares y hacia su participación en los servicios modernos de salud pública. El trabajador sanitario auxiliar no puede considerarse como un simple instrumento en las manos de profesionales que muy a menudo no saben cómo usarlo. En muchas escuelas de medicina y de otras disciplinas se presta gran atención al problema de la utilización adecuada de los trabajadores sanitarios auxiliares, cuestión que se examina durante todo el estudio profesional. En algunas escuelas inclusive hay una materia especial en la que se trata de enseñar al futuro profesional lo que constituye la función de las distintas categorías de auxiliares y cómo deben utilizarse. Al parecer, esta cuestión merece ser examinada más ampliamente.

Para terminar, debe recalarse que, si la carrera de los trabajadores sanitarios auxiliares es de carácter permanente, deben resolverse en relación con su utilización una serie de cuestiones fundamentales. Entre ellas deben plantearse en particular las siguientes: 1) instituir reglamentos para el establecimiento, el adiestramiento y la utilización de los distintos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares; 2) definir su situación jurídica, condiciones de ascenso, remuneración y otros derechos que derivan de sus relaciones de trabajo, y 3) reconocer su estado social y, a este respecto, encontrar títulos apropiados para los distintos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares.

Resumen

Tanto el adiestramiento como el empleo de personal auxiliar de salud pública son problemas que no pueden resolverse a base de una fórmula general aplicable a todos los países latinoamericanos. Las diferentes condiciones geográficas, económicas, sociales, educativas y sanitarias requieren pautas y

formas de proceder específicas y adaptadas a las necesidades y posibilidades de cada país.

El personal sanitario auxiliar constituye una categoría especial de trabajadores de la salud con una carrera de carácter permanente y con tareas y responsabilidades claramente definidas. El empleo de trabajadores auxiliares de salud pública en sustitución de determinadas categorías de personal sanitario profesional y técnico debe considerarse únicamente como medida transitoria para hacer frente a necesidades excepcionales.

Debe atenderse el problema de adiestrar y emplear a los trabajadores sanitarios auxiliares como parte integrante del plan nacional de salud.

Los programas de enseñanza para el personal auxiliar de salud pública deben: a) elaborarse siguiendo el principio del trabajo en colaboración y el de la medicina integrada, que aborda cada problema de salud desde los puntos de vista social, preventivo y curativo, y b) adaptarse a la naturaleza específica y las condiciones reales de su trabajo futuro.

Los programas de enseñanza también deben comprender elementos que permitan desarrollar en la persona en adiestramiento: a) un sentido de responsabilidad; b) un sentido de las relaciones humanas correctas, y c) una actitud ética justa.

El adiestramiento debe tener una duración mínima de un año y una máxima de dos años. Entre los métodos de enseñanza que se utilicen debe aplicarse el trabajo práctico en el terreno en instituciones de salud pública, bajo la guía y la supervisión permanentes de profesores competentes. Las personas en adiestramiento deben ser de la localidad. La preparación previa que se exija debe ser la primera enseñanza por lo menos, y la primera enseñanza más dos o tres años de segunda enseñanza como máximo. La edad de ingreso del personal auxiliar de salud pública debe estar comprendida entre los 18 y los 30 años. Mediante un sistema continuo de adiestramiento en el servicio y empleando cursos de repaso, el aprendizaje debe llegar a ser una tarea permanente de los trabajadores auxiliares de salud pública. □

Training and Utilization of Auxiliary Health Workers in Latin America (Summary)

The training and utilization of auxiliary health workers cannot be tackled on the basis of a universal formula applicable to all Latin American countries. Different geographic, economic, social, educational, and health conditions require specific approaches adjusted to the needs and possibilities of each country.

The auxiliary health workers represent a special category of health workers of a permanent career, with precisely defined tasks and responsibilities. Auxiliary health workers as substitutes for individual categories of professional and technical health workers should be considered as a transitory measure to meet exceptional needs.

The problem of training and utilizing auxil-

iary health workers should be dealt with as an integral part of the national health plan.

The training programs for auxiliary health workers should be: (a) drawn up on the principle of teamwork and of integrated medicine which approaches each health problem from the social, preventive, and curative aspects; and (b) adjusted to the specific nature and actual conditions of their future work.

The teaching programs should also comprise such elements as will develop in the trainee: (a) a sense of responsibility; (b) a sense of correct human relations; and (c) a right ethical attitude.

One year should be the minimum and two years the maximum length of training. Among

the methods of training, practical field work in health institutions, under the permanent guidance and supervision of competent teachers, should be applied. The trainees should be recruited locally. Primary school should be considered as the minimum, and primary school plus two to three years of secondary school as the maximum of general

education. The recruitment age for auxiliary health workers should be between 18 and 30 years of age. Through a continuous system of in-service training and through refresher courses, the learning should become a life-long task of auxiliary health workers.

Preparo e Utilização de Auxiliares dos Serviços de Saúde na América Latina (Resumo)

O preparo e utilização de auxiliares dos serviços de saúde não é questão que possa ser tratada com base numa fórmula universal aplicável a todos os países latino-americanos. A diversidade de condições geográficas, econômicas, sociais, educacionais e sanitárias exige a adoção de métodos que se ajustem às necessidades e às possibilidades de cada país.

Esses auxiliares representam uma categoria especial das pessoas que fazem carreira no setor da saúde, com funções e responsabilidades perfeitamente definidas. A substituição de profissionais liberais e técnicos por auxiliares dos serviços de saúde deve ser considerada uma medida de caráter transitório, destinada a atender a necessidades excepcionais.

O problema do preparo e utilização de pessoal auxiliar deve ser solucionado como parte integrante do plano nacional de saúde.

Os programas de ensino devem, neste caso, ser: a) elaborados com base nos princípios do trabalho em equipe e da medicina integrada, que

encaram todos os problemas pelos aspectos social, preventivo e curativo; e b) adaptados à natureza específica e às condições reais do trabalho que será futuramente executado.

Os programas de ensino devem também conter elementos que proporcionem ao aluno: a) senso de responsabilidade; b) senso de correção nas relações humanas; e c) uma atitude ética correta.

A duração mínima dos cursos deveria ser de um ano e a máxima, de dois anos. Entre os métodos de adestramento deveria ser utilizado o de trabalhos práticos de campo, em instituições de saúde, sob a orientação e supervisão permanentes de professores competentes. Os alunos devem ser escolhidos entre a própria população local. Os candidatos deveriam ter no mínimo instrução primária e no máximo mais dois ou três anos de curso secundário. A idade exigida deveria variar entre 18 e 30 anos. O aprendizado deve prolongar-se por toda a vida dos auxiliares, por meio de um sistema contínuo de adestramento no próprio local de serviço e cursos de recapitulação.

Formation et Emploi du Personnel Auxiliaire de Santé en Amérique Latine (Résumé)

La formation et l'emploi des travailleurs sanitaires auxiliaires ne peuvent être réalisés d'après une formule universelle valant pour tous les pays de l'Amérique latine. Les différentes conditions géographiques, économiques, sociales, culturelles et sanitaires nécessitent des méthodes particulières adaptées aux besoins et aux possibilités de chaque pays.

Le personnel auxiliaire de santé constitue une catégorie spéciale de travailleurs sanitaires professionnels auxquels incombent des tâches et des

fonctions précises. Le remplacement des catégories individuelles de travailleurs sanitaires professionnels et des techniciens de la santé par des travailleurs sanitaires auxiliaires devrait être considéré comme une mesure passagère destinée à répondre à certains besoins exceptionnels.

La question de la formation et de l'emploi des travailleurs sanitaires auxiliaires devrait être traitée comme partie intégrante du programme de santé national.

Les programmes d'études destinés au personnel

auxiliaire de santé devraient être: a) établis selon le principe du travail en équipe et de la médecine intégrée qui s'attaque à chaque problème de santé sur les plans social, préventif et curatif; et b) adaptés à la nature particulière et aux conditions réelles de leurs activités futures.

Le programme d'études devrait également comporter les éléments qui développeront chez le stagiaire: a) un sens des responsabilités; b) un sens des relations humaines correctes; et c) une attitude éthique juste.

Un an devrait être la durée minimum et deux ans la durée maximum de la période de formation. Parmi les méthodes de formation à appliquer, il convient de mentionner les travaux

pratiques dans des institutions de santé, sous la conduite et la surveillance permanentes de maîtres compétents. Les stagiaires devraient être recrutés sur place. L'école primaire devrait être considérée comme un minimum, et l'école primaire, plus deux à trois ans d'école secondaire, comme le maximum d'une éducation générale. L'âge de recrutement des travailleurs sanitaires auxiliaires devrait être entre 18 et 30 ans. Grâce à un système continu de formation en cours d'emploi et à des cours de perfectionnement, il faudrait que l'acquisition de connaissances devienne pour les travailleurs sanitaires auxiliaires une tâche pour toute la vie.

NOTAS EPIDEMIOLOGICAS: COLERA EN 1965.—Con excepción de dos casos por infección de laboratorio en los Estados Unidos de América, los 51.334 casos de cólera notificados en 1965, así como los 81.401 casos notificados en 1964, ocurrieron en Asia. Aunque los totales de casos en 1965 en la India (42.142) y la República de Vietnam (2.067) son considerablemente inferiores a las cifras correspondientes de 1964, el cólera se propagó hacia el oeste en 1965 y se presentaron casos en el Pakistán Occidental (12), Afganistán (218), Irán (2.943), y la República de Uzbek en la parte asiática de la URSS (570). Los otros países que notificaron casos en 1965 fueron Bahrein (1), Birmania (207), Brunei (198), Filipinas (1.153), Malasia (16), Nepal (727), y Tailandia (63), así como el Pakistán Oriental (1.015). Durante el año se prosiguieron activamente las investigaciones sobre la etiología, epidemiología y profilaxia de la enfermedad, con ayuda de la oms. Estas investigaciones y otras actividades realizadas con la cooperación de la oms han revelado las dificultades para establecer medidas eficaces de control y la necesidad de personal calificado con conocimientos sobre el cólera. La Organización está intensificando sus programas de investigación, control y adiestramiento. (oms, *Weekly Epidemiological Record*, No. 10, 1966.)