ENERO — JUNIO 1970
Volumen 4 Nos. 1 y 2

educación médica y salud

VI conferencia de directores de escuelas de salud pública de américa latina

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

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES
DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D. C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de la salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística sanitaria, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Abraham Horwitz.

educación médica y salud

Vol. 4 ENERO—JUNIO de 1970 Nos. 1 y 2

Contenido

Documentos de la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina

Editorial 1

Técnica, humanismo y salud—Antonio Ordóñez Plaja 4

Reformas en la enseñanza de salud pública—Abraham Horwitz 8

Introducción al análisis del desarrollo y de la planificación—Ricardo Cibotti 14

Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función—Mario Testa 48

Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo—Guillermo Arbona 71

Papel de las escuelas de salud pública en la educación médica—Abraam Sonis y Hugo Behm Rosas 85

Desarrollo de la América Latina y responsabilidad de las escuelas de salud pública en la formación de personal—Guillermo Restrepo 97

Funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socio-económicos en la América Latina—Relato Final 108

Lista de participantes—Anexo 125

Reseñas:

Libros 128

Noticias:

Estudios sobre recursos humanos y educación médica 130

Programa de libros de texto de la OPS 132

Seminarios sobre definición de objetivos educacionales y diseño de planes de estudio 133

Curso básico de salud pública en Panamá 134

Nueva política de asistencia de la Fundación W. K. Kellogg 135

Publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana 137

Las opiniones expresadas en los artículos y reseñas firmados son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

EDUCACION MEDICA Y SALUD

Publicación trimestral de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional da la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Suscripción anual: US$2,00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo.

Dirección postal:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-third St., N. W.
Washington, D. C. 20037, U.S.A.

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación Médica y Salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planeación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3.000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación Médica y Salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to *Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date.

In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

Educación Médica y Salud terá prazer em considerar para publicação:

a) Artigos relacionados com educação e treinamento de pessoal para saúde em seu conceito mais amplo, especialmente os que se relacionem com planejamento, desenvolvimento e avaliação de programas de ensino, novos métodos educacionais e pesquisa em educação médica e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Tanto quanto possivel, não deverão exceder de 3.000 palavras e deverão vir acompanhados de um resumo breve. As referências bibliográficas devem ser escritas segundo as normas do *Index Medicus* e apresentadas, em fôlha separada, na mesma ordem em que aparecem citadas no texto. Os quadros, tabelas e diagramas devem vir em fôlha separada.

b) Notas breves que tenham interêsse para os educadores médicos em nível internacional.

c) Resenhas de livros e artigos de particular importância no campo da educação médica.

Os textos devem vir datilografados em espaço duplo e com ampla margem de ambos os lados e podem ser escritos em português, espanhol, inglês ou francês.

O Corpo de Editôres da revista selecionará os artigos que considerar dignos de publicação e, quando pertinente, tomará a seu cargo sua tradução ao espanhol e as modificações editoriais. Consultará com o autor sôbre modificações de fundo e, tanto quanto possível, lhe comunicará a aceitação e a data provável de publicação. Em nenhum caso serão devolvidos originais.

Os autores dos artigos publicados receberão, gratuitamente, 50 reimpressões e poderão solicitar um número adicional dentro de condições que serão combinadas para cada caso em particular.

RENSEIGNEMENTS DESTINES AUX AUTEURS

Educación Médica y Salud se propose de faire paraître les textes suivants:

a) Articles ayant trait à l'enseignement et à la formation professionnelle du personnel sanitaire dans leur sens le plus large, en particulier des articles relatifs à la planification, la réalisation et l'évaluation des programmes d'enseignement, aux nouvelles méthodes d'enseignement et à la recherche dans le domaine de l'enseignement médical et du développement des ressources humaines intéressant la santé. Dans la mesure du possible, les textes devront compter au maximum 3.000 mots et être accompagnés d'un bref résumé. Les références bibliographiques doivent être indiquées conformément aux normes de l'*Index Medicus* et présentées, sur une feuille distincte, dans le même ordre dans lequel elles figurent dans le texte. Les tableaux, schémas, et diagrammes doivent figurer sur une feuille séparée.

b) Nouvelles brèves présentant un intérêt pour les professeurs de médecine au niveau international.

c) Comptes rendus de livres et d'articles offrant une importance particulière dans le domaine de l'enseignement médical.

Les textes doivent être polycopiés à double interligne et avec une marge suffisante des deux côtés; ils peuvent être rédigés en espagnol, portugais, anglais ou français.

Le bureau de rédaction de la revue choisira les articles qu'il considère susceptibles d'être publiés et se chargera, le cas échéant, de la traduction vers l'espagnol et des modifications de forme. Il consultera l'auteur concernant les modifications comportant des changements de fond et l'avisera, dans la mesure du possible, de l'acceptation et de la date probable de parution. Les originaux ne seront rendus en aucun cas.

Les auteurs des articles parus recevront, à titre gratuit, 50 réimpressions et pourront demander un nombre supplémentaire selon les conditions convenues pour chaque cas particulier.

Editorial

La Sexta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de la América Latina se reunió, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969, en la sede de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, convocada, como las cinco anteriores, por la Oficina Sanitaria Panamericana, y organizada con la colaboración del Gobierno de ese país y de la Universidad sede.

Asistieron a dicha reunión veintidós participantes de escuelas de salud pública de la América Latina, seis funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Colombia, y funcionarios y consultores de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Las conferencias de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, que se realizan regularmente cada dos años, tienen por objetivo principal intercambiar informaciones y conocimientos en materia de organización, desarrollo y avances técnicos en estas estructuras de enseñanza especializada. Este objetivo quedó claramente definido en 1959, al realizarse la primera conferencia en San Miguel Regla, México, tal como lo expresa la correspondiente publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana: [1] "La finalidad de esta reunión fue que el grupo de los responsables de esta enseñanza, por medio del intercambio de opiniones y experiencias, discutieran la mejor manera de cumplir su objetivo común de preparar cada vez personal más capacitado para resolver los problemas de salud pública de esta parte del Continente".

A partir de esta Conferencia, donde se discutieron los objetivos de una escuela de salud pública, el contenido y la amplitud de la enseñanza y las normas administrativas de la docencia, investigación y servicio a la colectividad, fueron realizándose regularmente las siguientes, agregándose en cada ocasión un campo especial de la docencia en salud pública, para ser tratado en profundidad y al más alto nivel en lo que hace a sus contenidos y progresos.

El tema acordado por los Directores para discusión en la Sexta Con-

[1] *Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública* (San Miguel Regla, Estado de Hidalgo, México, del 2 al 7 de noviembre de 1959). Publicaciones Científicas No. 49 de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C., junio, 1960.

ferencia fue: "La función de las escuelas de salud pública frente a los cambios socioeconómicos de la América Latina".

No escapará a la atención de nuestros lectores la importancia de este tema. El énfasis que durante los últimos años han recibido las acciones de salud como factor esencial en el impulso del desarrollo socioeconómico, así como la importancia que a la luz de tal hecho adquiere la adecuada formación integral del personal de salud pública, han llevado a la consideración que la enseñanza de esta disciplina requiere una revisión que la ponga a tono con las exigencias del momento. Por otra parte, la profunda inquietud que conmueve a las universidades en la búsqueda de nuevas orientaciones para la educación superior, constituye un elemento más en favor de una revisión crítica de la estructura y funciones actuales de las escuelas de salud pública.

Como documentos básicos para la orientación de los participantes, fueron presentados dos trabajos que se incluyen en este número y que consideramos fundamentales. Son ellos, el preparado por el Dr. Ricardo Cibotti bajo el título "Introducción al análisis del desarrollo y de la planificación", y el escrito por el Dr. Mario Testa titulado "Planificación de recursos humanos para la salud". El Dr. Guillermo Arbona, Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, tuvo a su cargo la elaboración de un documento de trabajo titulado "Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo"; el Dr. Guillermo Restrepo, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, y los doctores Abraam Sonis y Hugo Behm, Directores de las Escuelas de Salud Pública de Buenos Aires, Argentina, y Santiago, Chile, respectivamente, tuvieron a su cargo la elaboración de sendos documentos de trabajo que también aparecen publicados en el presente número.

La importancia de la información y conceptos vertidos en los documentos arriba mencionados, al igual que en el Relato Final de la Conferencia, preparado por el Relator General, Dr. Abraam Sonis, nos ha estimulado a ofrecer a nuestros lectores, en una sola entrega, todo el material relativo a la misma, incluyendo los textos de las palabras pronunciadas por el Dr. Antonio Ordóñez Plaja, Ministro de Salud de Colombia, y el Dr. Abraham Horwitz, Director de la OPS, con ocasión de la sesión inaugural de la Conferencia.

La extensión de los mencionados documentos, así como el deseo de ponerlos a disposición de nuestros lectores en forma que facilite la consulta y la referencia, nos hacen fundir, en esta entrega, los dos

números de la revista correspondientes al primero y segundo trimestres de 1970. Además del material, los participantes tuvieron a su disposición el trabajo titulado "Las escuelas de salud pública en la América Latina", publicado en el Volumen 3, No. 3, de esta revista, al cual remitimos a nuestros lectores para cualquier información adicional.

Las conclusiones alcanzadas en la Sexta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de la América Latina, así como la información y conceptos contenidos en los documentos básicos y de trabajo preparados para la misma, trascienden el campo de interés de los especialistas en salud pública y constituyen, en nuestro concepto, un valioso aporte en el campo general del desarrollo de recursos humanos para la salud.

Dr. Jorge Andrade
Departamento de Desarrollo de
Recursos Humanos de la OPS

ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA

Técnica, humanismo y salud

Me corresponde el honor de dar la bienvenida a nombre del Gobierno y del pueblo de Colombia, al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, doctor Abraham Horwitz, a los Directores de las Escuelas de Salud Pública de América, bajo cuya responsabilidad está buena parte del bienestar de nuestros pueblos, y a todos los ilustres visitantes que han tenido la gentileza de acompañarnos en esta asamblea de significado continental. Entre todos los presentes, el que habla en estos momentos es probablemente quien tiene menos autoridad para abordar temas de salud pública. Cumpliendo el viejo adagio de que la ignorancia es atrevida, me tomo la libertad de aprovechar esta reunión para plantear a ustedes algunos temas de meditación.

La salud y la enfermedad de nuestros pueblos están bajo nuestra responsabilidad y debemos reconocer que no sabemos definir con exactitud ni la una ni la otra. La definición de la primera, clásica ya, que redactara un comité de expertos de la OMS, cumplió una función al convertir un concepto negativo en uno positivo y al sugerir que la enfermedad no es solamente la resultante de la agresión de una de las partes del sistema ecológico. Falla, sin embargo, en que es, más que una definición, una aspiración, y en que parece referirse más al bienestar que a la salud, confundiendo el todo con la parte. En todo caso, cumplida ya la función antes mencionada, parece oportuno comenzar a diseñar una nueva definición de salud más acorde con los sentimientos y conceptos de nuestros pueblos y menos distante de lo alcanzable.

El educador médico tiene una de las más grandes responsabilidades del sector educativo, por cuanto el producto de sus enseñanzas va a tener en sus manos la integridad socio-psico-biológica de las personas

---

• El Dr. Ordóñez Plaja es Ministro de Salud Pública de Colombia.

• Discurso de bienvenida pronunciado en la sesión inaugural de la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

que se le confíen. El educador en salud pública tiene una responsabilidad igual en calidad, pero mayor en magnitud, pues las decisiones del salubrista, sus aciertos, sus yerros, sus omisiones, tendrán repercusiones masivas.

La trascendencia de lo que ustedes hagan con las nuevas generaciones debe ser percibida como un desafío que los estimule a trabajar cada vez más y mejor.

Durante casi cuatro años he tenido el privilegio de trabajar con ustedes y con sus discípulos; puedo decir con toda sinceridad que soy un admirador ferviente no sólo de la labor que desempeñan, sino de la forma en que lo hacen, del entusiasmo que ponen en su empresa y de la nobleza de sus motivaciones. He gozado con ustedes viendo el éxito de algunas campañas preventivas y el dominio progresivo sobre las enfermedades infecto-contagiosas. Pero he sufrido con ustedes al observar la desproporción entre el esfuerzo y los resultados en la lucha contra la contaminación del agua y del aire, contra la criminalidad individual y colectiva (consciente e inconsciente), contra las consecuencias de la procreación irresponsable, ante la lucha contra las causas y los efectos del uso de tóxicos, llámense ellos alcohol, tabaco, marihuana o morfina, y he llegado a pensar que el poco éxito en estos campos puede deberse a que todavía estamos combatiendo los síntomas y que no hemos podido, o no hemos querido, identificar al agente patógeno común.

El hombre llegó a ser lo que es actualmente después de un proceso de adaptación que se ha calculado en millones de años. Un día sintió que podía invertir el proceso y resolvió, después de llamarse a sí mismo *homo sapiens,* comenzar a modificar el medio, haciendo que éste se adaptara a sus necesidades y a veces a sus caprichos. Olvidó que un sistema ecológico no puede modificarse solamente en la dirección de sus deseos, y súbitamente adquirió conciencia de que algunos efectos indeseables de sus acciones, no previstos, resultaban superiores al efecto benéfico inicial. El ambiente que había creado se fue haciendo hostil, lo enfermó física, mental y socialmente. Había logrado convertirse, posiblemente por no ser tan *sapiens* como creía, en su propio agente patógeno. K. Menninger ya lo había señalado en su obra "El hombre contra sí mismo". Lo que él nos muestra en el plano individual, es probablemente cierto en lo social —podríamos llamarlo masoquismo colectivo, y a su tratamiento debemos consagrarnos si queremos que haya un futuro digno de vivirse.

Los medios conocidos tanto en el campo preventivo como en el curativo no son aplicables en este caso; me atrevo a creer que la terapia

eficiente está en el campo educativo, pero reformándolo substancialmente. Parece indispensable un nuevo renacimiento, un nuevo humanismo, una nueva dimensión intelectual que haga que las nuevas generaciones sean más responsables, más precavidas, y puedan así ir zanjando la brecha entre el gran poder que hoy día tenemos en nuestras manos y el poco juicio que hemos demostrado tener para manejarlo.

Así como los refranes ya no sirven para que el individuo oriente su conducta en medio de la problemática contemporánea, rápidamente cambiante, la educación memorística, la acumulación de datos que seguramente han dejado de ser ciertos o de tener importancia antes de que el alumno termine sus estudios, sólo pueden conducir a limitar su capacidad de pensar libre y racionalmente.

El hombre nace con capacidad para pensar, deseo de descubrir y urgencia de conocer. Los sistemas educativos tradicionales no están orientados a estimular estas capacidades sino a utilizarlas, para satisfacción de padres y maestros y frustración del alumno.

El profesor del mundo moderno tiene que ser un estudiante más en el grupo, que aporta vivencias y experiencia. Solamente así podrá aumentar en edad sin envejecer. Simultáneamente, el alumno tendrá la oportunidad de madurar sin menospreciar a sus mayores.

Estaremos haciendo medicina preventiva en la edad oportuna, y curativo preventiva en el adulto. La famosa brecha de las generaciones se irá borrando en la medida que la edad cronológica pierda importancia ante el hecho de una contemporaneidad intelectual del equipo profesor-alumno.

La aparición del técnico en escala masiva representó un paso definitivo para el progreso; los problemas comenzaron cuando la sociedad le dio responsabilidades que le colocaban en posición de tomar decisiones que trascendían sus conocimientos.

La toma de decisiones no puede confiarse, sin grave peligro, sino a quienes, a más de conocimientos especializados, se muevan con soltura en las disciplinas humanísticas y entiendan la futurología no sólo como la predicción de lo por venir, sino como la cuarta dimensión que debe tenerse como marco de referencia indispensable para prever las consecuencias de las acciones del presente. Lo contrario es irresponsabilidad y desperdicio culposo de los conocimientos que tenemos a nuestra disposición.

No podemos confiar el mando, sin grave riesgo, a hombres unidimensionales, a técnicos como los que satirizó Ortega, y para evitar este peligro y no interferir con la evolución de la especie, tenemos la obli-

gación de contribuir a la formación de hombres distintos, para que se cumpla la profecía de K. Gibran: "Algún día el mundo estará poblado por gente que negará su parentesco con nosotros con la misma vergüenza con que nosotros negamos el nuestro con los antropoides".

ABRAHAM HORWITZ

Reformas en la enseñanza de salud pública

Que la educación debe organizarse en función del desarrollo ha sido reconocido y aun proclamado en los más altos niveles de decisión política del Continente. Aparece en la Declaración de los Presidentes de América y como ideario es uno de los fundamentos de la reforma de las universidades que hoy preocupa a la opinión mundial.

Que la universidad moderna no puede seguir limitada a custodiar la experiencia acumulada del pasado y transmitirla a cada generación, tal vez seleccionando lo mejor de lo que el hombre ha concebido y realizado, también se acepta. Se la quiere como la fuente esencial del nuevo conocimiento y, muy especialmente, el estimulante principal del cambio socioeconómico que debe presidir a sociedades más justas. Y este último incluye, porque así se ha convenido, la función salud. En efecto, en la Declaración de los Presidentes de América se establece "la incorporación, desde las fases de preinversión, de los programas nacionales y regionales de salud en los planes generales de desarrollo".[1]

Sabemos que no tenemos métodos precisos para determinar lo que Cibotti llama las "relaciones incrementales", vale decir, la influencia que ejerce el aumento de la tasa de desarrollo en el nivel de los sectores sociales, particularmente educación y salud, y viceversa. Investigamos

• El Dr. Horwitz es el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C., Estados Unidos.

• Palabras pronunciadas en la sesión inaugural de la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

[1] Reunión de Jefes de Estados Americanos. Punta del Este, Uruguay, 12 al 14 de abril de 1967. Publicación de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Departamento de Información y Asuntos Públicos (facsímile del documento original), 1967, pág. 22.

muy activamente esta cuestión, que es de enorme trascendencia para comprender la esencia de dicho proceso en términos de bienestar y dignidad de los seres humanos. Contamos, entretanto, con sistemas que obedecen a diversos enfoques que nos permiten una inversión más armónica y productiva del capital y de los recursos para reducir el impacto de los problemas prioritarios de salud.

Hay conciencia en los gobiernos de las Américas sobre la necesidad de planificar. Así se deduce de la Reunión Especial de Ministros de Salud, que tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, en octubre pasado. Dijeron: "porque la planificación es un medio y no un fin; es un proceso y no una etapa final; es un camino de acción y no una estación de término. No importa el método que se utilice para delinear un plan; lo esencial es la decisión de formularlo y la realización de sus objetivos". Y agregaron: "la experiencia adquirida hasta ahora demuestra que la planificación no puede ser conducida en el vacío, apartada de las realidades interrelacionadas de la vida humana, y requiere, por lo tanto, participación activa no sólo de los 'proveedores' de los servicios de salud sino que también de los 'consumidores', vale decir, la gente que debe ser servida. Mientras más informada esté, se logrará una mejor comprensión y una más profunda percepción de los problemas de salud, de los factores que los condicionan y de las circunstancias en que ocurren . . . será tanto más posible satisfacer las necesidades de salud de nuestras sociedades, si tomamos en consideración el valor que ellas les asignan . . ." [2]

En aquellos países en que la planificación ha alcanzado la madurez suficiente como para permitir su evaluación, ésta revela, invariablemente, que está operando como el instrumento de cambio para el cual fue creada.

Y de esto trata precisamente vuestra conferencia, la sexta de una serie, centrándose en esta oportunidad en la formación de los recursos humanos como generadores del cambio del sector salud que ha de contribuir al desarrollo. No puede estar más a tono con el momento actual y con las urgencias de reforma de las universidades. Pero este hecho de ninguna manera niega o disminuye la obra realizada. Hasta 1968, según se desprende de la encuesta que patrocinó nuestra Organización,[3] egresaron 20,733 profesionales de las escuelas de salud pública en la

[2] Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final y Discursos. Documento Oficial OPS No. 89, septiembre de 1969, págs. 11-12.

[3] Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS: Las escuelas de salud pública en la América Latina, *Educación Médica y Salud,* Vol. 3, No. 3 (jul.-sept.) 1969.

América Latina, desde su fundación. A ellos se debe en larga medida el progreso ocurrido en los últimos 30 años, lo que envuelve el haber sido capaces de discernir y capitalizar los errores. Esta contribución, por sí sola, bastaría para justificar la validez histórica de la existencia de dichos establecimientos de enseñanza.

Lo que cabría preguntarse es si su régimen docente está produciendo los especialistas y técnicos capaces de cumplir con el cometido que las circunstancias de las Américas —que bien podemos extender hasta fines del siglo— exigen de ellos. Las respuestas se esperan de vuestro diálogo.

Si hay algo que debe ser dinámico es la educación universitaria, porque debe evolucionar de acuerdo con la transformación de las sociedades y predecirla, investigando su origen y consecuencias así como la solución de los problemas que puedan presentarse. Con razón se ha dicho que la universidad debe prever el cambio, criticar el *status quo* y ser guardián de la racionalidad objetiva, sin los cuales nuestra civilización y la humanidad pueden estar condenadas.

La necesidad de reforma de las escuelas de salud pública parece evidente para cumplir con los propósitos que hoy se les asigna en enseñanza, investigación y servicio. Es conveniente destacar algunas de las razones que se aducen. Una comparación con el proceso de formación del médico es pertinente. En nuestra opinión, la crítica más seria que puede hacérsele es que obliga al estudiante a hacer la síntesis que la enseñanza, no tan solo no le entrega, sino que obstaculiza o hace muy compleja. Y por síntesis entendemos integrar en el ser humano, en estado de salud o de enfermedad, la serie de ciencias básicas, clínicas y sociales, que le van a permitir ejercer su profesión. En la medida que nuestros conocimientos se han ido enriqueciendo y las disciplinas diferenciando, esta situación docente se ha ido agravando. No en todas las escuelas de medicina hay coordinación de las materias, identificación del pensamiento de profesores e instructores, buena armonía entre la teoría y la práctica, una adecuada comunicación espiritual entre profesores y alumnos. Los planes de estudio y la estructura técnico-administrativa son estrechamente interdependientes. Como la última requiere de cierta permanencia y rigidez, los programas de estudio se convierten en estáticos y quienes los profesan aparecen, consciente o inconscientemente, insensibles al cambio. No es de extrañar que la transmisión de los conocimientos se haga parcelada, con profunda disociación de lo normal y lo patológico, por medio de planes de estudio invariables e influenciados de manera predominante por la personalidad de los maestros. A lo largo de su carrera, la visión social con que el

estudiante ingresa a la universidad se va perdiendo y es substituida por la del ser enfermo, pero no tanto como una unidad sino como una especialidad. Afortunadamente hay signos claros de reforma, que confiamos se irán extendiendo a todas las escuelas de medicina.

Pensamos que una situación similar ha estado ocurriendo en la formación de los especialistas en salud. La enseñanza no facilita la síntesis que se le exige al profesional y que en este caso corresponde a la sociedad a la cual va a servir. Le pedimos que su comprensión y su acción sean ecológicas y le entregamos una serie de conceptos, de instrumentos, de técnicas, cuya simple adición resulta insuficiente para el cometido que de él esperamos. Aun en el caso de integrarlo todo y construir el esquema de las comunidades en las que va a ejercer, éste resulta limitado al sector salud y desconectado del desarrollo económico y social.

La rigidez producida por el paralelismo y la dependencia que existe entre planes de estudio y las estructuras orgánicas de las institutiones docentes, ha contribuido, en muchos casos, a transmitir esa imagen parcelada de la salud pública a que nos referimos y pocas veces logra infundir el conocimiento integral en toda su magnitud conceptual. Dicho paralelismo nace de la circunstancia de que las cátedras o los departamentos han sido creados en función de asignaturas o cursos. Así, una decisión que debiera ser dinámica o transitoria da origen a la existencia de unidades que una vez establecidas son muy difíciles de modificar o eliminar. A su vez, esta permanencia e invariabilidad de dichas estructuras, impide introducir cambios en el régimen docente que vayan más allá de un simple reajuste de ubicación y horarios, o la introducción de nuevas asignaturas. Cuando esto último sucede, se reinicia todo el ciclo y se acentúa aun más la rigidez del sistema.

Si aceptamos que las funciones de investigación y servicio deben proveer las actividades y experiencias que alimenten el proceso docente, será razonable que la estructura esté más relacionada con dichas funciones que con la enseñanza propiamente dicha.

El concepto precedente nos lleva a una estructura técnico-administrativa que responde a las necesidades de distribución de los recursos en función de su participación en el proceso de investigación y administración de la salud pública más que en los programas de enseñanza, los cuales estarán entonces centrados en el análisis y discusión, con genuino criterio ecológico, de las características de las sociedades, sus problemas y soluciones, tal como se presentan en la realidad.

La enseñanza se organizará en unidades programáticas en cuyo desa-

rrollo tomarán parte todos los profesores cuya experiencia contribuya al estudio de cada una de ellas, sea para poner de relieve el conocimiento existente y las cuestiones que deben investigarse o para demostrar los métodos para resolver problemas específicos y ejercitar a los alumnos en su ejecución. Se trata, en síntesis, de que profesores y alumnos cumplan el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de su observación y participación en la evolución de la salud y la enfermedad en el medio social, como un fenómeno dinámico y actual. La integración la hace la docencia en sí y no los estudiantes. Ellos, con este aporte multidisciplinario, están en condiciones de incorporar a su propio sistema de valores la concepción holística de la salud pública que, en este campo como en cualquier otro de la actividad científica, resulta indispensable para llevar a cabo una acción original con verdadero sentido creador. Tal programación de la enseñanza, al no estar directamente ligada a la estructura técnico-administrativa de los recursos, tendrá la posibilidad de adaptarse continuamente a los cambios que se producen en la realidad, cuyo estudio se pretende.

Todo esto implica la ruptura de moldes tradicionales y estimula la capacidad imaginativa de quienes hoy tienen a su cargo las delicadas funciones de formar los dirigentes del futuro. Implica, al mismo tiempo, el conocimiento y la comprensión de los procesos por los cuales se rige el aprendizaje y los intrincados caminos que llevan a los cambios de la conducta terminal que dentro de la pedagogía moderna definen cualquier acción educativa.

Estimamos que las posibilidades de una preparación más adecuada serán mayores si todo el proceso educativo que va del estudiante al profesional se realiza en centros dedicados a las ciencias y artes de la salud que hagan uso de todos los recursos que la universidad y la comunidad ofrecen, porque la salud moderna desborda con mucho las disciplinas biológicas, clínicas, epidemiológicas, administrativas y sociales, y requiere el aporte de todas aquellas que configuran el desarrollo. El eslabón natural en el seno de las universidades son las escuelas de salud pública. Nos complacería que los participantes en esta conferencia nos beneficiaran con la revisión de estas ideas y sus comentarios.

Grande es vuestra responsabilidad en esta reunión. De ella pueden surgir las bases para la formación de los especialistas de salud del futuro, cualquiera su profesión, de quienes han de depender medidas fundamentales para el bienestar de los pueblos. Vuestras opiniones han de

tener enorme influencia en la decisión de los gobiernos y en el aporte de las organizaciones internacionales.

Estoy seguro de que el ambiente que nos ofrecen la generosidad del Gobierno Colombiano, la tradicional hospitalidad y dinamismo de la comunidad antioqueña y los acogedores claustros de esta sesquicentenaria universidad, garantizará el éxito de vuestra importante conferencia.

RICARDO CIBOTTI

Introducción al análisis del desarrollo y de la planificación

INTRODUCCION

La condición de subdesarrollo adquiere diferentes características y singularidades según los ángulos desde donde se la enfoca y analiza. Abarca elementos relacionados con aspectos sociales, políticos, culturales y demográficos de los países; desde el punto de vista económico se identifica con una baja disponibilidad de bienes y servicios para satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población.

Cuando se aborda el problema de hacer una breve reseña de este fenómeno, cual es uno de los objetivos de este trabajo, inevitablemente se dará preponderancia a uno de los enfoques, y se profundizará en las líneas que describen y plantean los temas que son más del conocimiento del autor. Del mismo modo, al tratar la planificación del desarrollo y discutir la integración del sector salud en ella, lo que constituye el segundo tema de este documento, se hace desde el punto de vista del planificador económico.

El presente trabajo tiene además otra limitación, pues constituye solamente una síntesis introductoria a esta vasta materia, pero se estima que puede contribuir a complementar la idea que sobre estos tópicos tengan otros especialistas, principalmente aquellos que dedican sus esfuerzos a elevar el nivel de salud y a mejorar las condiciones sanitarias de la población.

Las páginas que siguen están basadas en dos trabajos del autor. El

• El Dr. Cibotti es funcionario del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social de las Naciones Unidas (ILPES), Santiago, Chile.

• Documento de trabajo presentado en la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

primero, realizado en colaboración con Pedro Paz, titulado "Introducción a la planificación del desarrollo", [1] que se utiliza como material de lectura en los cursos de planificación de la salud que la OPS y el ILPES llevan a cabo anualmente en la sede de este último. El segundo, "La integración del sector salud en la planificación del desarrollo", fue preparado para el Grupo de Trabajo sobre el Proceso de Planificación en las Américas.[2]

DESARROLLO ECONOMICO

Concepto de desarrollo económico

El desarrollo económico es uno de los problemas más urgentes e importantes del mundo actual.

Es necesario identificar y analizar el significado de la idea de desarrollo. Como una primera aproximación, podemos decir que el desarrollo es el proceso económico-social de un país que supera un estado de subdesarrollo. Este presenta las siguientes características: a) la estructura económica es de naturaleza primaria; b) el funcionamiento de la economía se distingue por la inestabilidad y la dependencia; y c) la estructura socio-política es rígida.[3]

La parte más pobre y también la más numerosa de la humanidad,[4] ha tomado conciencia de su situación de subdesarrollo y afirma su voluntad de alcanzar un nivel de vida más elevado y de beneficiarse con las posibilidades de mayor bienestar que ofrecen los adelantos de las ciencias y la tecnología moderna. Es esta toma de conciencia lo que realza el carácter de urgencia del problema del desarrollo económico.

De lo anterior se deduce que el desarrollo económico es algo más que el simple aumento de la producción (crecimiento), o que la industrialización o que el progreso. Estos dos últimos conceptos son consecuencia

[1] Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social de las Naciones Unidas. Documento mimeografiado, Santiago, Chile, 1965.

[2] *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* Vol. LXVI, No. 2, febrero, 1969.

[3] Esta definición corresponde a un enfoque estructural del problema del desarrollo. Se ha adoptado porque se considera que es la más apropiada desde el punto de vista de los objetivos de este texto.

[4] Exceptuando los países socialistas, en las regiones desarrolladas viven aproximadamente 600 millones de habitantes, mientras que más de 1.000 millones viven en los países subdesarrollados de Asia, Africa y América Latina. Considerando la totalidad de los países, se estima que un tercio de la población mundial habita en países desarrollados y los dos tercios restantes en los subdesarrollados.

del proceso de desarrollo y no deben confundirse con él. En forma genérica podríamos adelantar que el desarrollo es crecimiento, más cambio. Este cambio no sólo es de naturaleza económica (reforma agraria, redistribución del ingreso, planificación, etc.), sino que es también cambio social y político. Esto, por cuanto cualquier cambio estructural de naturaleza económica encuentra su viabilidad cuando los cambios en la estructura social y política de un país son compatibles con aquél.

Características del subdesarrollo

A continuación se analizan en más detalle las características que configuran una situación de subdesarrollo.

1. *Estructura económica primaria*

Esta estructura se caracteriza por el predominio de actividades que se denominan primarias, las que se manifiestan en las características de la población activa, la producción interna, las exportaciones, las importaciones, y la organización de la producción.

a) *Población activa*

La mayor parte de la población activa se concentra en la agricultura. En el sector industrial la población activa trabaja fundamentalmente en actividades artesanales o en la industria ligera o liviana (bienes de consumo como muebles, alimentos, ropa, etc.). En la industria hay muy poca especialización y casi no se producen bienes de capital. En el sector servicios que predomina en las áreas urbanas, se registra un crecimiento hipertrofiado y de poca productividad (servicios de comercio, servicios personales, etc.). Otra característica de la población activa consiste en que sus niveles de calificación o especialización son sumamente reducidos, como consecuencia de los bajísimos niveles educacionales y de la escasa incorporación de técnicas modernas en las actividades productivas. Asimismo, una parte de esta población activa se encuentra desempleada. Otra se halla en situación de desempleo enmascarado (particularmente en la agricultura y en los servicios), es decir, que se podría retirar a los trabajadores que se encuentran en esta situación y la producción no se reduciría.

En el Cuadro No. 1 se presenta la composición de la población económicamente activa,[5] para algunos países de la América Latina. Puede

[5] Se define como población económicamente activa la constituida por todas las personas ocupadas, las que buscan trabajo por primera vez, y los desocupados.

CUADRO NO. 1—*Distribución porcentual de la población económicamente activa, por sectores de actividad, en la América Latina.**

País	Sectores de actividad									
	Año	Agricultura	Minería	Industria	Construcción	Electricidad	Comercio	Transporte	Servicios	No especificados
Argentina										
muestra	1960	19,2	0,6	25,2	5,6	1,2	12,0	6,3	20,0	10,0
censo	1947	25,9	0,5	22,8	5,4	0,5	13,6	6,4	21,7	3,2
Chile										
muestra	1960	27,5	4,1	17,2	7,0	—	9,6	5,1	24,1	5,4
censo	1952	30,1	4,7	19,0	4,7	0,9	10,3	4,4	22,2	3,6
Costa Rica										
muestra	1963	48,9	0,3	11,3	5,5	1,2	10,1	3,5	17,3	2,2
censo	1950	54,7	0,3	11,0	4,3	0,6	7,9	3,5	14,8	3,0
El Salvador										
muestra	1961	60,2	0,1	12,5	4,2	0,2	6,2	2,1	13,5	1,0
censo	1950	63,2	0,3	11,4	2,9	0,2	5,5	1,5	11,9	3,3
Honduras										
muestra	1961	65,8	0,3	7,7	1,7	0,2	4,6	1,5	12,0	6,3
censo	1950	83,1	0,5	5,8	1,0	0,1	1,3	1,1	4,5	2,7
México										
muestra	1960	54,2	1,3	13,7	3,6	0,4	9,5	3,2	13,5	0,7
censo	1950	57,8	1,2	11,7	2,7	0,3	8,2	2,5	10,5	5,1
Panamá										
muestra	1960	50,1	0,1	8,2	4,6	0,5	9,9	3,2	21,8	1,6
censo	1950	53,5	0,1	7,3	2,7	0,5	8,1	2,7	15,3	9,9
Perú										
muestra	1961	49,3	2,1	13,5	3,4	0,2	9,1	3,2	15,2	4,1
censo	1940	62,5	1,8	15,4	1,8	—	4,5	2,1	10,3	1,7
Venezuela										
muestra	1961	32,1	1,9	12,3	5,3	1,1	12,6	6,7	23,8	6,4
censo	1950	41,3	2,9	9,8	5,3	0,3	8,8	3,1	20,0	8,4

* OEA: *América en cifras, 1962.* Washington, D. C., 1963.

observarse que en los países considerados más desarrollados dentro de la región (Argentina, Chile, Venezuela), la participación de la población económicamente activa en la agricultura (entre 19% y 32%) es menor que en los países de niveles más bajos de desarrollo. Asimismo, las cifras muestran una disminución de la ocupación agrícola a través del tiempo dentro de cada país.

b) *Producción interna*

En la producción interna de los países en desarrollo resalta la gran importancia que revisten la agricultura y la minería (actividades primarias), las que presentan las siguientes características: la mayoría de los productos agrícolas llegan al consumidor sin haber sido antes sometidos a procesos de industrialización (enlatado, conservado, etc.); en algunos países existe producción agrícola de alimentos para la exportación (bananos, café, arroz, trigo, carne, etc.); parte de la producción agrícola consiste de materias primas destinadas a la exportación (algodón, caucho, yute, lanas, etc.); la producción mineral por lo general se exporta sin industrializar, o sea, como materia prima o insumos (cobre, estaño, petróleo, hierro, etc.).

c) *Exportaciones*

Las exportaciones se concentran fundamentalmente en productos primarios, con la particularidad de que uno o dos de los productos básicos (agrícola o minero), representan un alto porcentaje de la exportación total. Esta situación puede observarse en el Cuadro No. 2 donde se ilustra la estructura de las exportaciones de ciertos países subdesarrollados. Además, estas exportaciones se destinan a uno o dos grandes mercados de países desarrollados.

d) *Importaciones*

La forma de exportación de productos primarios y la naturaleza de la producción interna, condicionan importaciones que se caracterizan por provenir de manera predominante de dos o tres países y por estar concentradas en bienes de consumo elaborados y en bienes de capital. En muchos países se ha iniciado un proceso de substitución de importaciones (producir en el país bienes que antes eran importados), pero ese proceso de substitución, tal como tuvo lugar en la América Latina, es parcial ya que los insumos necesarios para la producción de los bienes substituidos se compran en el exterior. Esta característica ha creado una gran vulnerabilidad ya que al existir grandes variaciones en las exportaciones, los ingresos de divisas pueden disminuir por una baja

CUADRO NO. 2—*Exportaciones de la América Latina y otras regiones, 1959-1963.**

País	Productos de exportación	%	Producto más importante (%)
América Latina:			
Argentina	Maíz, trigo, carne y cueros, lana	57	carne (22)
Brasil	Café, algodón, cacao	65,6	café (54,2)
Bolivia	Mineral estaño, plata y plomo	71,8	estaño (61,4)
Colombia	Café, petróleo, bananos	90,4	café (71,7)
Costa Rica	Café, bananos, cacao	84	café (52,1)
Chile	Cobre, salitre, hierro	81,2	cobre (66,3)
El Salvador	Café, algodón	81,3	café (58,3)
Ecuador	Café, cacao, bananos	89	bananos (61,2)
Guatemala	Café, bananos, algodón	80,3	café (61,8)
Haití	Café, sisal	71,6	café (50,4)
Honduras	Bananos, café, madera	73,8	bananos (46,6)
México	Algodón, plomo, zinc, cobre, petróleo, café	41,1	algodón (19,8)
Nicaragua	Algodón, café, azúcar	72,6	algodón (41)
Paraguay	Carne, maderas, algodón	65,4	carne (33,8)
Perú †	Algodón, azúcar, plomo, cobre, hierro	62,8	algodón (17,7)
Rep. Dominicana	Azúcar, café, bananos, cacao	71,8	azúcar (46,4)
Uruguay	Lana, carne y cueros, trigo	82,1	lana (54,9)
Venezuela	Petróleo, hierro, café	98	petróleo (91,9)
Panamá	Bananos, camarones, cacao	81	bananos (63,4)
Medio Oriente **			
Egipto	Algodón	83	
Africa **			
Congo Belga	Cobre, café, algodón	52	
Asia **			
Pakistán	Yute, algodón	78	
Malasia	Caucho, estaño	55	
Birmania	Arroz	82	

* OEA: *América en cifras, 1963*. Washington, D. C., 1965. Naciones Unidas: *World Economic Survey*, 1955, pág. 156.
† Los datos de plomo, cobre y zinc corresponden al período 1958-1962.
** Período 1953-1954.

en el precio o en la cantidad de bienes exportados. Las importaciones no pueden reducirse en igual magnitud porque, al estar constituidas por insumos, su disminución paralizaría la actividad interna por falta de materias primas y productos semielaborados.

En los Cuadros Nos. 3 y 4 se presenta la composición de las importaciones por grupos de países y según la etapa del proceso de substitución de importaciones que hayan cumplido.

CUADRO No. 3—*Países que han cumplido un ciclo de sustitución de importaciones (Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay).**

Composición porcentual de las importaciones en el quinquenio 1958-1962 a precios constantes

Grupos	Argentina	Brasil	Chile	México	Uruguay †
Bienes de consumo	12,8	7,2	19,0	13,9	15,2
Materias primas y productos intermedios	56,0	56,2	45,0	48,8	62,3
Bienes de capital	31,2	36,6	35,8	37,3	22,5

* CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. I, No. 1, 1964.
† Se consideró el quinquenio 1957-1961.

CUADRO No. 4—*Países que no han iniciado el proceso de sustitución de importaciones (Bolivia, Honduras, Panamá, Venezuela).**

Composición porcentual de las importaciones en el quinquenio 1958-1962 a precios constantes

Grupos	Bolivia †	Honduras †	Panamá †	Venezuela
Bienes de consumo	33,3	42,9	49,7	34,3
Materias primas y productos intermedios	36,1	33,8	31,0	30,3
Bienes de capital	30,6	23,3	19,3	35,4

* CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. I, No. 1, 1964.
† Se consideró el quinquenio 1957-1961.

e) *Organización de la producción*

En las economías subdesarrolladas existen diversas formas de organización económica, entre las cuales se distinguen las siguientes:

Una economía de subsistencia, constituida por los minifundios, medieros y aparceros del complejo latifundio-minifundio,[6] pequeñas comunidades agrícolas, producción artesanal, servicios no calificados, etc. La participación social y política de estos grupos en la vida nacional es muy limitada debido a sus bajos ingresos, escasa instrucción o educación, falta de organización, etc.

Un sector de la economía en el cual los bienes de capital pertenecen a empresas extranjeras. Sus actividades están orientadas hacia el comercio exterior y a algunas actividades internas con características de mono-

[6] El complejo latifundio-minifundio significa que la formación de parte de los latifundios está acompañada de la creación de minifundios, los cuales proveen la mano de obra requerida para la producción de los primeros.

polio (ciertos servicios públicos, artículos de consumo doméstico, parte de la producción de industrias livianas, algunas actividades comerciales, etc.). Este sector está constituido por empresas modernas cuya estructura y organización es semejante a las de las empresas europeas y norteamericanas, y se podría decir que son una proyección de las economías desarrolladas en los países subdesarrollados. La parte de estas empresas dedicada al comercio exterior tiene escasa vinculación con las actividades productivas internas. A su vez, como las empresas extranjeras que actúan en el mercado interno adquieren sus insumos fuera del país y remiten sus utilidades al exterior, su integración con otros sectores de la economía es bastante limitada.

Otro sector está constituido por las empresas cuyos capitales pertenecen a personas o empresas del país. Sus actividades suelen ser de naturaleza especulativa y comercial, dedicándose en pequeña escala a la producción industrial. Su índole especulativa desvía los recursos financieros y humanos que podrían canalizarse a acelerar el desarrollo industrial.

2. *Inestabilidad y dependencia*

Otra característica importante del subdesarrollo es la inestabilidad y dependencia en el funcionamiento de esas economías.

a) *Inestabilidad*

Esta se manifiesta tanto en las variaciones de los niveles de producción como en las fluctuaciones de los precios internacionales y del nivel de precios internos.[7]

Las variaciones en los niveles de producción se presentan tanto en las actividades de producción para el mercado interno como en la producción para exportaciones.

La inestabilidad de las exportaciones se deriva del hecho de que las decisiones en cuanto a la producción y a las ventas dependen de los compradores extranjeros y de empresas extranjeras radicadas en estos países, las cuales pueden dedicarse a la producción de los productos primarios o a su comercialización. Con frecuencia estas empresas son filiales de grandes consorcios extranjeros que trazan sus planes de producción para la totalidad de su complejo industrial o comercial, sin tener en cuenta

[7] Cuando el aumento del nivel de precios sobrepasa ciertos límites, se considera que se presenta un proceso inflacionario. Estos límites varían de un país a otro y son mayores en aquellos que han tenido aumentos en sus precios internos durante períodos prolongados (Argentina, Chile, Bolivia, Brasil, etc.).

los intereses de los países donde ejercen parte de sus actividades. La demanda de los compradores extranjeros suele fluctuar por razones diversas e imprevisibles: cambio en los gustos, medidas de política comercial y cambiaria de los países importadores, aparición de sucedáneos, innovaciones tecnológicas, etc.

En las actividades de producción para el mercado interno, una de las fuentes de inestabilidad surge de las fluctuaciones de las exportaciones, ya que éstas proveen las divisas necesarias para importar los insumos en los que está basada la industria nacional.

Las fluctuaciones en los precios son consecuencia de un proceso de inflación (o deflación) en lo que respecta a los precios internos. El análisis de la realidad en los países latinoamericanos muestra que varios de ellos confrontan serios problemas derivados de agudos procesos de inflación, que no sólo han provocado una distorsión en la producción de esos países sino que también han creado tensiones sociales y políticas. En general, se afirma que la falta de dinamismo de la oferta de bienes agrícolas, las fluctuaciones de las entradas de divisas (por variaciones en el volumen y precios de las exportaciones en las inversiones extranjeras, en los créditos y préstamos externos) y, por consiguiente, de las importaciones y los desequilibrios presupuestarios, crean presiones inflacionarias. Estas presiones, acompañadas de ciertas medidas de política monetaria, crediticia, comercial, tributaria, etc., dan lugar a procesos inflacionarios que constituyen fuentes de inestabilidad económica y social.

b) *Dependencia*

Esta puede clasificarse en dependencia comercial o financiera.

La dependencia comercial surge del hecho de que una elevada proporción de las exportaciones se orienta hacia un número muy pequeño de países y con un número limitado de productos, generalmente exportados en estado bruto o semibruto (véanse los subcapítulos sobre importaciones, exportaciones y organización de la producción bajo "Estructura económica primaria", y el Cuadro No. 2). Asimismo, la dependencia comercial se traduce en que las importaciones provienen de un número muy limitado de países (generalmente los países hacia los cuales se canaliza la mayor parte de las exportaciones). Esta situación se muestra en el Cuadro No. 5, en el cual se presenta la composición porcentual de exportaciones e importaciones de la América Latina según áreas económicas, para los años 1961-1963. Así, el movimiento de la economía de los países subdesarrollados se halla en parte dominado por factores

CUADRO No. 5—*Composición porcentual de las exportaciones e importaciones de la América Latina según áreas económicas, 1961-1963.**

País	Estados Unidos		Asociación Latinoamericana de Libre Comercio		Mercado Común Centroamericano		Asociación Europea de Libre Comercio		Comunidad Económica Europea		Otras	
	Exportación	Importación	Exportación	Importación	Exportación	Importación	Exportación	Importación	Exportación	Importación	Exportación	Importación
Argentina	9,1	26,7	11,8	8,9	0,0	0,0	19,2	14,4	42,9	30,4	17,2	19,6
Bolivia	29,9	43,3	4,9	13,5	0,0	0,0	52,8	9,7	10,2	21,9	2,2	11,7
Brasil	39,3	32,3	6,7	7,6	0,0	0,0	11,8	10,2	24,7	19,5	18,0	32,2
Colombia	56,8	52,4	1,5	2,8	0,5	0,2	8,0	11,6	20,7	19,2	12,7	13,8
Costa Rica	57,7	47,0	1,8	4,0	2,9	3,3	3,1	8,7	30,5	20,1	24,3	18,8
Chile	35,7	37,9	7,8	16,9	...	0,3	18,8	11,0	27,5	21,8	10,2	22,6
Ecuador	60,3	43,8	6,4	4,0	...	...	2,6	13,8	23,4	23,3	...	...
El Salvador	30,7	36,5	—	1,9	15,3	16,5	2,3	7,1	30,6	24,9	21,1	13,1
Guatemala	48,8	47,9	—	2,5	8,9	6,7	5,6	8,1	25,5	19,3	11,2	15,5
Haití	53,2	66,1	...	...	...	...	5,1	5,7	32,2	17,9	9,4	10,2
Honduras	62,2	50,5	0,3	2,0	14,2	11,3	2,9	5,1	11,9	11,9	8,4	19,3
México	72,2	69,1	2,2	0,6	1,2	0,1	2,4	7,9	6,5	14,0	15,4	8,5
Nicaragua	40,6	49,3	1,3	2,6	4,0	5,3	5,0	7,0	23,7	15,8	24,9	20,0
Panamá	73,7	47,6	4,8	2,5	0,7	0,8	0,5	4,3	3,6	11,0	17,8	37,5
Paraguay	22,5	15,3	30,4	22,5	—	—	12,7	11,1	14,8	17,0	19,6	24,0
Perú	35,3	40,3	8,2	8,8	0,0	0,5	11,7	14,1	30,0	23,1	14,7	13,3
República Dominicana	48,7	30,8	0,2	1,6	0,0	0,0	4,3	6,6	7,0	14,7	6,3	13,9
Uruguay	13,9	19,0	5,0	16,1	—	—	25,4	15,4	34,4	26,1	21,4	23,5
Venezuela	35,7	53,5	6,0	2,0	0,3	0,1	10,6	11,2	8,2	20,9	39,2	12,2

* OEA: *América en cifras, 1963.* Washington, D. C., 1963.

externos, los cuales determinan, en cierta medida, la estructura y volumen de la producción, así como la naturaleza y amplitud de las inversiones. Debido a su dependencia comercial, a estos países les es imposible ejercer una influencia apreciable en el manejo de los precios y en el volumen de su comercio exterior.

La dependencia financiera tiene su origen en la presencia de capital extranjero en la economía del país subdesarrollado. En este caso el capital extranjero desarrolla ciertas ramas de actividad económica en función de sus propios intereses, más bien que en función de los del país que lo recibe.

El capital extranjero está constituido por un flujo de entradas de divisas por concepto de inversiones extranjeras, empréstitos y créditos a corto y largo plazo. Pero estas entradas de divisas tienen como contrapartida, en el mediano y largo plazo, un flujo mayor de recursos financieros en sentido inverso.

En el Cuadro No. 6 se pone de manifiesto la paradójica situación, en la que el flujo de divisas desde los países subdesarrollados a los desarrollados es muy superior a las sumas transferidas por los países desarrollados en concepto de inversiones productivas.

La situación antes descrita significa que los países subdesarrollados deben recurrir en forma creciente al endeudamiento externo, lo que no soluciona el problema sino lo posterga, porque el mayor endeudamiento también significa, a mediano o largo plazo, una salida neta de divisas.

En el Cuadro No. 7 se observa que el crecimiento del servicio de la deuda a largo plazo se cuadruplicó entre el período 1951-1955 y el año 1959. Asimismo, dicho cuadro muestra que el porcentaje de las exportaciones comprometidas para el servicio del capital extranjero, pasó

CUADRO NO. 6—*Estados Unidos—Inversiones privadas y utilidades repartidas desde los países subdesarrollados.**

(En millones de dólares)

Año	Inversiones privadas	Utilidades repartidas
1956	1.270	1.406
1957	1.187	1.549
1958	780	1.429
1959	707	1.386
1960	608	1.474

* Departamento de Comercio de los Estados Unidos, citado por Keith Griffin y Ricardo French-Davis. "El capital extranjero y el desarrollo", en la revista *Economía,* Santiago, Universidad de Chile, 1964.

CUADRO NO. 7—*América Latina—Pagos por concepto de servicio del capital extranjero a largo plazo, 1946-1962.**†

(*En millones de dólares*)

Años	Ingreso de la inversión directa	Servicios de la deuda externa a largo plazo			Servicio total del capital extranjero a largo plazo	Total exportaciones América Latina	Porcentaje de las exportaciones sobre el servicio total del capital extranjero
		Intereses	Amortización	Total intereses y amortización			
1946-50	626,6	102,6	283,6	386,2	1.112,8	5.905,0	18,9
1951-55	891,7	100,6	273,0	373,6	1.265,3	7.689,7	16,4
1956	1.221,3	146,4	429,8	576,2	1.797,5	8.532,5	21,1
1957	1.455,2	157,8	643,5	801,3	2.256,5	8.683,8	26,0
1958	1.063,2	176,1	1.140,5	1.316,6	2.379,8	8.214,1	29,0
1959	933,8	245,0	1.230,7	1.475,7	2.409,5	8.345,2	28,9

* CEPAL: *El financiamiento externo de América Latina.* Naciones Unidas, Nueva York, 1964.

† Incluye a Cuba.

del 16% en el período 1951-1955 a casi el 30% en los años 1958-1959. Esto implica que en ausencia del endeudamiento externo se podría haber importado entre un 16% y un 30% más en los años citados.

El análisis anterior muestra un aspecto del tipo de dependencia económica que genera el capital extranjero y pareciera indicar que todo tipo de recurso financiero externo sería nocivo para un país subdesarrollado. Esto no es cierto, pues el efecto del capital extranjero depende tanto del tipo de recursos financieros como del destino de los mismos. En efecto, se puede suponer una radicación de inversiones extranjeras que genere directamente un gran volumen de exportaciones, o permita que se instalen otras actividades de exportación que puedan estar en manos de empresas nacionales públicas o privadas. Por otro lado, los créditos o préstamos externos para la ejecución de obras de infraestructura (centrales eléctricas, redes de transporte, riego, etc.) promueven una actividad interna que compensa o sobrepasa la salida de divisas correspondientes.

En general, se puede afirmar que en un país en subdesarrollo la entrada de capital extranjero dará sus frutos positivos en la medida en que el uso de esos recursos cree, en forma directa o indirecta, fuentes propias para el aumento de la capacidad para importar. En otras palabras, la adición masiva de capital extranjero no garantiza por sí sola un aumento de la tasa de desarrollo.

3. *Estructura socio-política*

a) *Estructuras sociales*

Las estructuras sociales del subdesarrollo tienen, entre otras, las siguientes características:

Existen grupos sociales intermedios muy reducidos debido a la presencia de un limitado número de grandes propietarios rurales o de grupos tradicionales vinculados al Estado, simultáneamente con la presencia de una enorme masa de población desprovista de instrucción con un nivel de vida muy bajo y sin participación político-social.

Hay una escasa movilidad social vertical, o sea que la posibilidad de que una persona o un grupo de personas ascienda a un estrato social más elevado encuentra serios obstáculos.

Una parte importante de la población carece de mecanismos institucionales para la defensa de sus intereses: sindicatos, agrupaciones de campesinos, etc.

b) *Estructuras políticas*

En un estado de subdesarrollo las estructuras políticas se caracterizan por ser inestables. Como una aproximación al problema, se pueden atribuir dos causas a esta inestabilidad: en primer lugar, contracciones periódicas del ingreso interno generadas por la dependencia e inestabilidad económicas y que, a su vez, dan lugar a crisis de grave tensión política al estimular la lucha entre los diversos grupos sociales por mantener su participación en el producto; en segundo lugar, la existencia de una estructura social y económica incapaz de absorber y emplear los grandes núcleos de población generados continuamente por el rápido crecimiento demográfico y la expulsión del agro, lo cual hace que tales núcleos presionen por alcanzar sus aspiraciones, multiplicadas por el simple contacto con los sectores modernos de la sociedad. Todo esto origina una fuente permanente de conflictos.

Visto así el problema, el desarrollo implica cambios en las estructuras socio-políticas y requiere la implantación de una forma amplia de participación socio-política de las mayorías de la población.

Características del proceso de desarrollo económico y su medición

1. *Nivel de desarrollo*

El indicador que comúnmente se usa para medir el nivel de desarrollo económico de un país es el ingreso por habitante.[8] Si se convierten los ingresos por habitante de los países del mundo a unidades monetarias comparables (dólares por ejemplo), se puede establecer la posición relativa de cada país respecto de los demás, y se tendrá una apreciación del nivel de desarrollo de un país. A la cabeza de la lista están Estados Unidos, Canadá, Australia y los países de Europa Occidental, y, en último término, se encuentran países africanos, asiáticos y algunos latinoamericanos. Cabe destacar que el indicador utilizado, y por lo tanto el nivel relativo de cada país, es sólo una aproximación a la realidad.

Si se compara el nivel de desarrollo económico con el nivel de bienestar material de una comunidad, el ingreso por habitante refleja imperfectamente la situación de cada país, pues no revela la distribución del ingreso y no toma en cuenta que en un país la población, en promedio, puede trabajar más horas diarias que en otros.

[8] A los efectos de este trabajo, se ha considerado el ingreso como sinónimo de producto bruto interno.

Sin embargo, estos inconvenientes no han eliminado el uso del indicador, pues éste tiene la gran ventaja de resumir en una sola medida, aunque en forma imperfecta, un fenómeno tan complejo como es el desarrollo económico.

En el Cuadro No. 8 se presentan los ingresos por habitante de algunos países desarrollados y otros subdesarrollados.

La interpretación del nivel de desarrollo económico de un país también puede hacerse comparando el nivel de desarrollo alcanzado con el desarrollo potencial. Este dependerá de la riqueza relativa de recursos naturales del país, del grado de incorporación del progreso tecnológico y del grado de sobre o subpoblación. En este sentido, la diferencia de niveles de desarrollo entre Uruguay y Haití no sería tan pronunciada como se desprendería de los indicadores a que se hace referencia. Otro ejemplo de este enfoque llevaría a pensar en el alto nivel de desarrollo económico alcanzado por países como Suiza u Holanda en función de su dotación de recursos naturales.

El problema también se puede abordar considerando en conjunto indicadores económicos, demográficos, educacionales, de tipo social, etc. Todos ellos darían una visión global del nivel de desarrollo económico alcanzado por los países. En el Cuadro No. 9 se observa un conjunto de indicadores de bienestar económico y social de los países latinoamericanos, agrupados según sus niveles de ingreso por habitante.

2. *Ritmo de crecimiento de una economía*

Al estudiar un país, no sólo interesa analizar su nivel de desarrollo, sino también el ritmo según el cual crece su economía, el cual se mide a través de la tasa de crecimiento del producto; esta tasa es igual al incremento porcentual del producto en un período dado.

Pero habrá que confrontar la tasa de crecimiento del producto con la tasa de crecimiento de la población para saber en qué grado hay un mejoramiento en la disponibilidad de bienes y servicios para cada habitante. Es decir, es el crecimiento del producto por habitante el que da una idea del aumento del nivel de vida o de bienestar. Si el producto aumenta en un 6% al año y la población 3%, el ritmo de crecimiento por habitante en el período estudiado será de 3%. Suponiendo que la distribución del ingreso no cambie, esto podría interpretarse como que cada persona tiene a su disposición un 3% más de bienes y servicios que en el período anterior.

En el Cuadro No. 10 se presentan las tasas de crecimiento del producto por habitante en el período de post-guerra. Al compararlas con

CUADRO NO. 8—*Estimaciones del producto bruto interno por habitante (Aproximadamente para 1960).**

Países desarrollados	P.B.I. por habitante	Países subdesarrollados	P.B.I. por habitante
1. *América del Norte* †		1. *América Latina* **	
Estados Unidos	2.976	Uruguay	718,5
Canadá	1.993	Argentina	675,8
2. *Europa*		Venezuela	666,4
Alemania Occidental	1.290	Chile	531,8
Francia	1.169	México	473,5
Reino Unido	1.345	Costa Rica	416,5
Suecia	1.512	Panamá	401,2
		Colombia	322,2
		Perú	304,5
		Ecuador	264,4
		Brasil	263,0
		Guatemala	259,7
		Nicaragua	221,0
		República Dominicana	218,2
		El Salvador	215,7
		Honduras	179,4
		Bolivia	120,0
		Haití	90,0
		2. *Europa* †	
		Grecia	357,0
		Portugal	245,0
		3. *Asia* †	
		India	67,0
		Indonesia	65,0
		4. *Africa* †	
		Ghana	221,0
		Nigeria	73,0
		Sudán	92,0

* Naciones Unidas: Producto bruto interno, *Yearbook of National Accounts Statistics,* 1960.

—— *International Financial Statistics,* octubre, 1961.

—— Cálculos basados en datos de CEPAL.

† Cálculo en dólares de 1960.

** Para América Latina el cálculo es en balboas de 1960, equivalente a dólares de 1960, en términos de un tipo de cambio de paridad del poder adquisitivo.

CUADRO NO. 9—*América Latina—Relación entre niveles de producto interno bruto y otros indicadores de bienestar económico y social (Promedios ponderados por grupos).*[a]

Indicadores	*1er Grupo* Uruguay, Argentina, Venezuela y Chile	*2° Grupo* México, Costa Rica, Panamá, Colombia y Perú	*3er Grupo* Ecuador, Brasil, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y El Salvador	*4° Grupo* Honduras, Bolivia y Haití
Estadísticas económicas				
I. Producto interno bruto por habitante en balboas de 1960. Año 1960	668	407,8	259,4	119,2
II. % del sector agricultura en el producto interno bruto. 1960	17,6	24,5	29,2 [6]	36,8 [16]
III. % del sector industrias en el producto interno bruto. 1960	32,2	27,9	25,3 [6]	23,4 [16]
IV. % del sector servicios en el producto interno bruto. 1960	50	47,6	45,6 [6]	39,8 [16]
V. % del sector industria manufacturera en el producto interno bruto. 1960	20,5 [2]	19,6	14,4 [17]	12,1 [16]
VI. Población económicamente activa en % de la población total. 1950	38,7 [7]	32,8 [8]	33,6	52,4
VII. Mujeres económicamente activas por cada 100 hombres económicamente activos. 1950 (d)	26,7	17,8	17,9	72,0
VIII. % de la fuerza de trabajo ocupada en la industria. 1950 (c)	20,3	13,4	12,9	8,2
IX. Productividad de la mano de obra en balboas de 1960. Año 1960.	1.726	1.239 [11]	653 [13]	551 [5]
Estadísticas demográficas				
X. Tasa bruta de natalidad. Nacimientos por 1.000 habitantes. 1960	31,6	46,9	47,7	48,2
XI. Tasa bruta de mortalidad. Defunciones por 1.000 habitantes. 1960	11	16,3	16,5	26,2
XII. Tasa de mortalidad infantil. Defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos (alrededor de 1960).	72,2	83	93,5 [13]	74,2 [16]
XIII. Expectativa de vida al nacer. Año 1960	61,7	54,7	53,7 (b)	46
XIV. % de la población que vive en localidades de 20.000 habitantes o más.	53,2 [7]	23,4 [9]	—	9,5 [10]
Estadísticas educacionales				
XV. % de la población analfabeta de 15 años o más [1] (e)	18	37,9	51,4	74,3
XVI. % de alumnos matriculados en la enseñanza primaria con respecto a la población de 7 a 12 años. Año 1959 (h)	103,6	87,7	77,7 [13]	57,2
XVII. Coeficiente de deserción escolar en la enseñanza primaria (e)	69,9	79	87,2 [13]	89,1
XVIII. % de los matriculados en la enseñanza secundaria respecto de la población de 13 a 18 años. 1959 (f)	26,6	7,7	7,7 [13]	6,4
XIX. % de los matriculados en la enseñanza universitaria respecto de la población de 19 a 22 años. 1959 (g)	7,6	3,8	1,8	0,6
Estadísticas de indicadores de tipo social				
XX. Número de camas de hospitales por cada 1.000 habitantes.	5,5	2,1	2,3	1,4
XXI. Número de habitantes por médico.[1]	1.201	2.858	3.555	7.374
XXII. Consumo no industrial de electricidad por habitante en Kwh. Año 1958.	142,5	96,4	40,5 [14]	22,4
XXIII. Consumo de fibras por habitante en Kg. 1957.	6,6	3,6	2	1,9
XXIV. % de la población que habita en casas servidas por agua por tubería.	54,5 [3]	47,8 [15]	18,2 [3]	6,6 [4]
XXV. % de votantes con respecto de mayores de 18 años (alrededor de 1960). (i)	65,2	43,8 [19]	39,1 [21]	33,9 [5]
XXVI. % de votantes con respecto de electores (alrededor de 1960). (i)	86	65,2 [20]	78,1 [21]	61,5 [5]
XXVII. % de sindicalizados respecto de población económicamente activa 1960. (c)	26,2 [18]	15,2	9,9	4,7

Fuentes y notas a los indicadores:

I. CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. VII, No. 2, y *Suplemento Estadístico de la CEPAL.* La fuente para Uruguay es: Banco de la República Oriental del Uruguay; la de Bolivia: Oficina de Planeación, La Paz.
II. *Idem.* Agricultura comprende: agricultura, silvicultura, caza y pesca.
III. *Idem.* Industria: incluye industria manufacturera, minería, canteras, petróleo, construcción, electricidad, gas y agua. En Argentina se incluye la silvicultura y se excluye electricidad, gas y agua que figuran en servicios.
IV. *Idem.* Servicios comprende: Transporte, comercio y otros servicios. En Costa Rica el producto referente a la propiedad de viviendas del sector agrícola está incluido en agricultura.
V. *Idem.*
VI. CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. VI, No. 2, 1957.
VII. *Idem.*
VIII. CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. II, No. 1, 1957. El porcentaje es en relación con el total de la fuerza de trabajo.
IX. CEPAL: *Boletín Económico de América Latina.* Calculada como coeficiente entre P.I.B., dividida por total de personas ocupadas y expresado en balboas panameños.
X. CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. XII, No. 2, 1962.
XI. *Idem.*
XII. Naciones Unidas: *Anuario demográfico, 1963,* Nueva York, N.U., 1964.
XIII. CEPAL: *El desarrollo económico de América Latina en la post-guerra,* Vol. II.
XIV. *Idem.*
XV. OEA, Unión Panamericana: *América en cifras 1961,* Washington, D.C., 1961.
XVI. *Idem.*
XVII. Naciones Unidas: *El desarrollo económico de América Latina en la post-guerra,* Vol. II, Proporción de los alumnos que no alcanzaron 6° grado con los matriculados 6 años antes.
XVIII. OEA, Unión Panamericana: *América en cifras, 1961.*
XIX. *Idem.*
XX. CEPAL: *El desarrollo económico de América Latina en la post-guerra,* Vol. II.
XXI. Naciones Unidas: *Informe sobre la situación social en el mundo,* 1957.
XXII. CEPAL: *Boletín Económico de América Latina,* Vol. VII, No. 2, 1962.
XXIII. *Idem.*
XXIV. OEA, Unión Panamericana: *América en cifras, 1961.*
XXV. Informaciones básicas proporcionadas por los organismos electorales de los respectivos países; estimaciones para población mayor de 18 años.
XXVI. Informaciones básicas proporcionadas por los organismos electorales de los respectivos países.
XXVII. OEA, Unión Panamericana: *América en cifras, 1961,* Washington, D. C., 1961. Para Chile, INSORA: *Afiliación y finanzas sindicales,* Santiago, 1963.

Notas metodológicas:

(a) El elemento de ponderación considerado para calcular las medias aritméticas para cada grupo de países fue la población en el año respectivo, excepto en aquellos casos en que se menciona otro elemento de ponderación más conveniente. (b) Se consideró como expectativa de vida, 54 años para Brasil. Las proyecciones indicaban 58 años. (c) Se ponderó por la población económicamente activa. (d) Se ponderó por el número de hombres económicamente activos. (e) Se ponderó por la población de 15 años o más. (f) Se ponderó la población de 13 a 18 años. (g) Se ponderó por la población de 19 a 22 años. (h) Se ponderó por la población de 7 a 12 años. (i) Se refiere a participación en elecciones parlamentarias varias, 1955-62.

Notas: Por falta de datos no se incluye Paraguay, y se menciona información parcial en los siguientes casos:
[1] Diversos años de 1951 a 1955. [2] No se incluye a Argentina y Venezuela. [3] No se incluye a Ecuador, Brasil y República Dominicana. [4] No se incluye a Bolivia. [5] No se incluye a Bolivia y Haití. [6] No se incluye a República Dominicana. [7] No se incluye a Uruguay. [8] No se incluye a Perú. [9] No se incluye a Panamá, Colombia y Perú. [10] No se incluye a Honduras. [11] No se incluye a Colombia. [12] No se incluye a Ecuador, Brasil, Guatemala, Nicaragua y República Dominicana. [13] No se incluye a Brasil. [14] No se incluye a Brasil y República Dominicana. [15] No se incluye a Panamá. [16] No se incluye a Haití. [17] No se incluye a Brasil, República Dominicana y Guatemala. [18] No se incluye a Venezuela. [19] No se incluye a Costa Rica, Panamá, Colombia y Perú. [20] No se incluye a Costa Rica, Panamá y Perú. [21] No se incluye a Ecuador, Nicaragua, República Dominicana y El Salvador.

CUADRO No. 10—*Ritmo de crecimiento en período de postguerra (tasas anuales acumulativas).**

País	Producto por habitante	País	Producto por habitante
Alemania Occidental	6,3	Haití	0,8
Alemania Oriental	10,4	Honduras	1,1
Argentina	—0,4	Hungría	6,8
Bélgica	2,3	India	5,9
Birmania	4,4	Irak	8,3
Bolivia	—0,7	Israel	4,0
Brasil	3,7	Italia	4,9
Bulgaria	9,5	México	3,1
Canadá	1,2	Nicaragua	4,4
Ceilán	0,2	Noruega	2,0
Colombia	1,5	Países Bajos	3,2
Costa Rica	2,3	Panamá	1,2
Cuba	8,0	Paraguay	0,3
Checoeslovaquia	6,9	Perú	1,6
Chile	0,6	Polonia	7,6
China (Continental)	9,7	Portugal	3,1
Dinamarca	1,6	Reino Unido	0,3
Ecuador	1,5	Rodesia y Nyassa	4,4
Egipto	0,8	Rumania	8,0
El Salvador	2,5	Suecia	2,2
Estados Unidos	1,6	Tailandia	3,1
Filipinas	4,3	Turquía	5,0
Francia	3,5	Unión de Sudáfrica	3,2
Ghana	2,2	URSS	9,8
Grecia	5,9	Uruguay	0,2
Guatemala	2,0	Venezuela	6,0

* Naciones Unidas: *World Economic Survey,* 1959.
—— *Demographic Yearbook.*

las cifras relativas al nivel del producto por habitante consignadas en el Cuadro No. 8, se desprende que no hay relación alguna entre el nivel del producto y la tasa de crecimiento del producto por habitante. Los países con un nivel de producto elevado pueden tener bajas o elevadas tasas de crecimiento. Igual sucede con los países subdesarrollados.

3. *Síntesis de las características del proceso de desarrollo*

Las características del proceso de desarrollo pueden resumirse como sigue:

a) El desarrollo económico implica el incremento general de la

productividad expresada como una relación entre producción e insumo de mano de obra.

b) A medida que un país se desarrolla se observa un cambio en la composición sectorial del producto. Aumenta la importancia relativa del sector industrial y de los servicios y pierde importancia la agricultura.

c) El proceso de desarrollo produce un cambio en la distribución sectorial de la ocupación. La porción de la población activa dedicada al sector agrícola sufre un fuerte descenso relativo, en tanto que la dedicada a las industrias y los servicios aumenta.

d) Como corolario de lo anterior, se deduce que el proceso de desarrollo debe ir acompañado de un proceso de urbanización. Lo inverso no es necesariamente cierto.

e) el acervo de capital aumenta mucho más rápidamente que la población. Indicadores parciales de esto lo constituyen, por ejemplo, kilovatios instalados por persona, densidad vial por 1.000 habitantes, teléfonos instalados por habitante, metros cubiertos de edificación de viviendas por habitante.

f) Se observa un cambio en la composición etaria de la población. Disminuye la proporción de la población joven, aumenta la que está entre los límites de edad activa y se incrementa también la de más de 60 años.

g) Se produce una disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad. La tasa de crecimiento de la población es generalmente mayor en los países subdesarrollados. La expectativa de vida es mayor en los países desarrollados.

h) Además de estas características económicas y demográficas, en los países desarrollados se observa un mejoramiento notable en los indicadores de los llamados "aspectos sociales" del desarrollo económico: salud, educación, vivienda, alimentación, etc. (Cuadro No. 11.)

PLANIFICACION DEL DESARROLLO

El desarrollo económico no es un proceso que se inicia y continúa impulsado por las fuerzas que gobiernan el mercado. No surge espontáneamente por el libre juego de la oferta y la demanda. La asignación de recursos entre las actividades económicas, determinada por el nivel, estructura y variación del sistema de precios, no resulta la más conveniente para lograr un crecimiento substancial de los bienes y servicios disponibles en una comunidad. La experiencia de los países subdesa-

rrollados muestra, en el curso de las últimas décadas, que el nivel relativo de satisfacción de necesidades se ha elevado muy poco o se ha estancado, y en la mayoría de los casos ha descendido comparado con el de Estados Unidos y los países más adelantados de Europa Occidental. Los avances más o menos espectaculares que lograron los países subdesarrollados, en especial los latinoamericanos, bajo condiciones favorables del comercio exterior, fueron seguidos por períodos de estancamiento en los cuales se perdió gran parte de las ventajas alcanzadas. Las aspiraciones de esas sociedades crecieron a un ritmo mayor que las posibilidades de satisfacerlas. Los países han tomado conciencia del problema y de sus causas, y sus gobiernos tienden a formular medidas de política económica y programas de acción, con el fin de crear las condiciones internas y externas favorables a la aceleración del desarrollo. La planificación del desarrollo económico es una herramienta que permite perfeccionar la política económica de los países mediante: la identificación y cuantificación de los factores que retardan el proceso; el análisis de las posibilidades de removerlos; la fijación de los objetivos económicos y sociales y la discusión de las alternativas de acción más convenientes para alcanzarlos.

Proceso de planificación en la América Latina

En casi todos los países de la región, es común la formulación de planes globales que definen una política general de desarrollo. Estos planes se formulan atendiendo a la remoción de los principales obstáculos al desarrollo, detectados en los estudios y análisis de la situación económica del país, y también a esquemas interpretativos del proceso futuro. Entre estos esquemas se destacan los que acentúan la importancia de la substitución de importaciones, la aceleración del ritmo de industrialización, la elevación de la productividad agrícola, y ciertas reformas institucionales como la de la tenencia de la tierra.

Las metodologías utilizadas en la confección de los planes globales se orientan al análisis de tasas alternativas de crecimiento; evalúan la incidencia de cada una sobre las principales variables macroeconómicas (consumo público y privado, inversión pública y privada, importaciones, exportaciones, etc.); cuantifican los cambios que deben esperarse en dichas variables, y estudian las posibilidades reales de lograr las tasas de crecimiento consideradas. En consecuencia, los modelos globales determinan el ritmo de crecimiento de las variables macroeconómicas —en plazos que se extienden por lo común a un quinquenio—, tomando

en consideración situaciones internas y externas vigentes y previsibles dentro de ese período, e hipótesis explícitas e implícitas, sobre las condiciones que imperarían en un plazo más largo (diez o quince años).

Los planes globales constituyen también una base de referencia para determinar los comportamientos deseados de los principales sectores de producción en los plazos del plan. Mediante análisis que consideran las relaciones de interdependencia de los distintos sectores de producción (cuadros de relaciones intersectoriales, balances de materiales, mano de obra e insumos difundidos, etc.) y según los estudios de situación y perspectivas de estos sectores, se fijan las metas de producción bruta y su destino.

Los planes de los sectores se confeccionan de acuerdo con metodologías que responden en parte a lo descrito para los planes globales, ajustándose a las características específicas de cada sector. En éstos se detallan los proyectos de inversión necesarios para el crecimiento sectorial, la localización de la producción, los recursos del crédito y la política financiera requerida para el cumplimiento de las metas respectivas, las necesidades de mano de obra especializada, y, en general, el conjunto de acciones y medidas que aseguren un comportamiento acorde con las orientaciones básicas emanadas del plan global.

Entre estos planes sectoriales ocupan lugar destacado los de los llamados sectores sociales, principalmente los de salud y educación. Para estos casos los métodos de formulación son diferentes, pues es sumamente difícil establecer vinculaciones entre el crecimiento de estos sectores y las metas globales. La evolución deseada de los sectores sociales se inspira en general en la política del gobierno en estos aspectos y en las aspiraciones de la comunidad.

Además de los planes globales y sectoriales, que abarcan por lo común el mediano plazo, el proceso de planificación incluye otros que tienden a asegurar la ejecución de las acciones y medidas previstas en los primeros. Se destacan así los planes de inversiones públicas que reúnen y compatibilizan todos los aspectos de los planes referentes a la creación o conservación del capital a cargo de las entidades oficiales, y los planes de corto plazo —de uno o dos años— eminentemente operativos. Estos últimos permiten orientar la ejecución de los programas de modo tal que se mantengan dentro de las líneas trazadas en los planes de mediano plazo, y consideren a su vez los problemas que plantea la coyuntura.

El conjunto de planes mencionados se acompaña con balances que incluyen los relativos a los materiales, las materias primas, la mano de obra y el financiamiento, tanto en moneda nacional como en divisas.

Los balances financieros son particularmente importantes, pues establecen las posibilidades de cumplimiento de las metas desde este punto de vista y permiten analizar y proponer las medidas de índole financiera requeridas.[9]

En esencia, el método de planificación permite elegir objetivos que respondan a los propósitos que inspiran el desarrollo de los países y seleccionar los medios y recursos compatibles con los objetivos fijados. Esto no se realiza según la secuencia indicada, sino que es una operación simultánea en que intervienen las disponibilidades presentes y futuras de recursos y los objetivos y metas factibles de alcanzar, adecuándose unos a otros. En este contexto adquieren especial significación los planes de los sectores sociales, que merecen un análisis separado.

El sector salud en la planificación del desarrollo

Las relaciones entre los sectores sociales y el desarrollo económico y social han sido exploradas en el contexto del doble carácter que esos sectores tienen en el proceso de desarrollo. Por un lado, se reconoce que el bienestar, tanto individual como colectivo, es uno de los fines que persigue dicho proceso y, en consecuencia, el desarrollo debe ser capaz de aumentar el nivel de salud y mejorar la situación educativa de la población. Por otro lado, un elevado nivel de salud y de educación asegura una población apta para el trabajo y para satisfacer las diversas necesidades de mano de obra especializada de modo que se incremente la eficiencia de las actividades de producción.

Este tipo de relaciones entre los sectores sociales y el desarrollo se pone de manifiesto en la comparación de los indicadores representativos de los niveles de salud y educación y el ingreso por habitante, encontrándose correlaciones aceptables entre ambos tipos de índices.[10] El problema se complica si se quieren establecer relaciones entre el incremento de los indicadores globales del desarrollo y el aumento de los niveles de los sectores sociales. En otras palabras, qué aumento de los niveles de salud y de educación produce una determinada aceleración de la tasa de desarrollo; o por el contrario, cuánto se acelera el proceso

[9] Para ampliar la temática sobre las características de los procesos de planificación en América Latina, véase ILPES: *Discusiones sobre Planificación*. Editorial Siglo XX, México, D.F., 1966.

[10] Estas correlaciones no son tan claras si se hacen análisis de tipo histórico, pues las condiciones de los sectores sociales en muchos países subdesarrollados han mejorado en forma apreciable a pesar de su relativo estancamiento, principalmente a partir de la última guerra y en particular en el caso del sector salud.

de desarrollo frente a un incremento dado del nivel de los sectores sociales. Si se conocieran la naturaleza y los métodos para medir dichas "relaciones incrementales" se habría dado un paso decisivo para solucionar el problema de la articulación de los sectores sociales en la planificación del desarrollo.

Es conveniente, por lo tanto, enfocar otros aspectos de las relaciones entre salud y desarrollo, en un plano un tanto más pragmático, pero tal vez más fructífero, para plantear la articulación del plan de salud en el plan general de desarrollo. Puede ser útil estudiar el problema de la prestación de los servicios sociales y considerar principalmente aquellos que están a cargo del Estado, por ser los que más interesan a la formulación de los planes.

1. *Financiamiento de servicios de salud a cargo del Estado*

El nivel de prestación de un servicio público depende, como es el caso de cualquier otra actividad de producción, del capital destinado específicamente al servicio y de la disponibilidad de recursos que anualmente se asignan al mismo. La cuantía de ambos elementos, capital y recursos corrientes, se conforman a la capacidad de prestación de un servicio; la calidad intrínseca de cada uno de ellos, como la bondad de la combinación de ambos, determinan en gran parte la calidad y eficiencia de la prestación. La metodología de planificación de salud elaborada por la OPS y el CENDES (Centro de Estudios del Desarrollo)[11] facilita la combinación de recursos de una manera eficiente, a fin de encarar acciones de salud que respondan a la prioridad de los daños. En la aplicación de esa metodología se muestran los grandes avances que pueden realizarse en materia de prestación, dada una cuantía de recursos por combinar. El llamado plan mínimo —aquel que supone una asignación de recursos semejante a las del período histórico inmediato— generalmente tiene un efecto mayor en la elevación del nivel de salud que el logrado sin la racionalización de los servicios que impone la metodología citada.

El problema se concentra entonces en la determinación de los recursos corrientes y de capital que tienen que asignarse al sector por encima de los actuales, lo que responde al supuesto de que las metas del sector salud en un plan de desarrollo deben ser más ambiciosas que las comprendidas en un plan mínimo.

La asignación de recursos para los servicios públicos de salud depen-

[11] OPS: *Programación de la salud.* Publicaciones Científicas No. 111, Washington, D. C., 1967.

den en última instancia del volumen de ingresos públicos y de su distribución entre las diferentes actividades del Estado. En primer término, se pueden analizar los problemas más relevantes que afectan a los ingresos públicos en los países latinoamericanos.

a) *Ingresos tributarios*

Son numerosos los estudios que indican que los sistemas tributarios de casi todos los países latinoamericanos se caracterizan por una baja carga fiscal y por una relativa falta de elasticidad de las recaudaciones impositivas frente al crecimiento del producto monetario. La carga fiscal (porcentaje del ingreso fiscal corriente sobre el ingreso nacional neto) fluctúa entre 25% y 35% en los países desarrollados, mientras que en el caso de América Latina el análisis de 13 países arroja cifras superiores al 20% sólo en Argentina (24%), Ecuador (22%), Brasil (23,5%) y Venezuela (27%).[12] Estas bajas cargas fiscales limitan la posibilidad de aumentar en forma considerable los recursos para ampliar las operaciones de los servicios públicos, las que por otro lado están sometidas a una fuerte demanda por parte de la población.[13]

La falta de flexibilidad de los ingresos impositivos con relación al producto monetario significa que frente a un aumento de este último se produce un incremento menos que proporcional del primero y tiene, además, efectos adversos sobre la posibilidad de aumentar la asignación de recursos para los sectores sociales a cargo del Estado. Asimismo, si se trata de un país con estabilidad monetaria, conspira contra una participación, por lo menos constante, de los ingresos tributarios en el producto, y este deterioro agudiza la discrepancia entre la oferta de servicios públicos y las demandas de la población, en la medida en que se admita que éstas crecen en función del producto por habitante.

Si se trata de un caso con inflación, en el cual el producto monetario crece más que el producto real, además de lo expresado en el párrafo anterior, se tiene otro efecto adverso derivado de que los costos de los servicios tienden a seguir el movimiento general del nivel de precios, es decir, un encarecimiento progresivo, mientras que los ingresos fiscales se reducen relativamente, lo que afecta la posibilidad de atender a esos

[12] Cifras presentadas a la Conferencia sobre Política Fiscal, Santiago, Chile, diciembre de 1962, en el documento "La capacidad fiscal de países en desarrollo". Aparte de los mencionados, los países analizados son: Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y Perú.

[13] Debe pensarse que los porcentajes mencionados se aplican a niveles de ingreso nacional muy reducidos, lo que significa valores absolutos muy dispares si se consideran por habitante.

costos crecientes, y se compromete así la posibilidad de ampliación de la oferta de estos servicios. Podría pensarse en tratar de mantener los aumentos de costos de estos servicios por debajo del incremento del nivel de precios, lo que si bien es posible llevar a cabo en períodos cortos, tiene una influencia negativa en los aspectos cualitativos de la prestación de estos servicios como también en las posibilidades de expansión futura.

b) *Servicios públicos*

Los servicios públicos que no son gratuitos, sino remunerados por los habitantes que los utilizan, entre los que se destaca la provisión de agua potable, también están sujetos a serios problemas financieros que atentan contra su funcionamiento y expansión. En muchos países de la región estos servicios requieren el aporte de las rentas generales del tesoro para financiar nuevas instalaciones o aun para cubrir déficit de explotación. Las tarifas no son suficientes para atender los requerimientos financieros y, en general, una elevación considerable de las mismas se ve obstaculizada por razones que se inscriben en el problema inflacionario y en el de la distribución del ingreso.

Las medidas de estabilidad monetaria que persiguen muchos países latinoamericanos traen como consecuencia una limitación del incremento de las tarifas de los servicios públicos por debajo del movimiento del nivel general de los precios, lo cual es un medio para reducir el costo de vida, dado que la mayoría de estos servicios son de carácter indispensable. Esta situación tiene una repercusión financiera desfavorable, por la creación de déficit que deben sufragarse con recursos que podrían destinarse a otras actividades en las que se incluyen los servicios que se prestan en forma gratuita, es decir, que se financian a través del sistema impositivo.

Sin pretender quitarle importancia al factor inflacionario, se juzga que existen otros que van más al fondo de la cuestión y mantienen el sistema tarifario por debajo de lo que sería necesario para tener una situación financiera desahogada, como es, por ejemplo, la distribución del ingreso prevaleciente en la mayoría de los países del área. En el Cuadro No. 11 se muestra una estimación de la distribución del ingreso y se pone de manifiesto el carácter regresivo de la misma.

Como puede observarse en dicho cuadro, en 1960, el 50% de la población de la América Latina participaba solamente del 16% del ingreso, lo que arroja un ingreso anual por habitante de 120 dólares para este grupo económicamente menos favorecido. El 45% de la población tenía

CUADRO No. 11—*Distribución conjetural del ingreso en la América Latina, 1960.**

Categoría	Porcentaje de la población que compone	Porcentaje del ingreso total percibido	Promedio del ingreso anual por habitante	
			Relación porcentual con el promedio general	Dólares
I	50	16	30	120,00
II	45	51	110	400,00
III	3	14	470	1.750,00
IV	2	19	950	3.500,00

* CEPAL: *El desarrollo económico de América Latina en la postguerra.* Doc. E/CN.12/659/Add. 1.

un ingreso ligeramente superior al ingreso per cápita de la región y el 5% restante reunía el 33% del ingreso.

Esta distribución del ingreso, unida a un nivel absoluto de este indicador que se sitúa alrededor de los 400 dólares por habitante, deja a un amplísimo sector de la población con una capacidad muy baja para atender tarifas remunerativas desde el punto de vista de las empresas públicas. Los servicios públicos, que tienen un carácter eminentemente social, tienden a servir a la mayor proporción posible de población, y este objetivo, perfectamente legítimo, no permite que el sistema tarifario se adecúe solamente a los costos, lo que se traduce en formas deficitarias de explotación que provocan traslaciones de ingresos tributarios, resintiéndose con ello la posibilidad de asignar recursos a otras actividades públicas.

A este conjunto de factores debe agregarse una relativa ineficiencia en la explotación de los servicios que agrava el encarecimiento de los costos, problema por otra parte muy conocido y discutido, estrechamente vinculado a una excesiva burocratización de las actividades del Estado.

c) *Recursos del crédito*

Finalmente, debe considerarse este tercer tipo de ingreso —los recursos del crédito— que en el caso de los sectores sociales, se ha incrementado considerablemente en los últimos años con motivo de cambios en la política de préstamos de varios organismos financieros internacionales. Es posible, en consecuencia, recurrir a este tipo de recursos para construir y equipar hospitales, instalar fuentes y redes de distribución de agua, etc., aunque cabe aquí una consideración fundamental: estos recursos se limitan casi exclusivamente a la formación de

capital, lo que permite solucionar uno de los aspectos del aumento de la capacidad de prestación de los servicios, pero su influencia en materia de financiamiento de recursos corrientes es prácticamente nula, o no existe, lo que deja un amplio margen de los recursos totales necesarios para estos servicios en las condiciones que el financiamiento interno plantea.

El análisis de los principales tipos de problemas que confrontan los países latinoamericanos se ha centrado en la posibilidad de incrementar los ingresos públicos. Se puede discutir ahora el monto absoluto de ingresos fiscales y su distribución, de los cuales depende la asignación de recursos a un sector social.

d) *Ingresos fiscales y su distribución*

Es difícil establecer patrones generales en cuanto a la distribución de los recursos públicos en los países de la América Latina; sin embargo, se pueden observar ciertos hechos más comunes que limitan, en parte, la posibilidad de transformaciones bruscas de la composición del gasto público, por lo menos a corto plazo.

Mientras la situación fiscal de un país no sea desahogada, es difícil que las prácticas de distribución cambien en forma substancial. En general, se considera factible un cambio en la asignación de recursos si se hace sobre la base de aumentos persistentes de los mismos, de manera que se obtenga, a mediano plazo, una nueva estructura del gasto público más acorde con el desarrollo del país y con los propósitos que persiguen los servicios sociales. Para lograr esto, se deben vencer algunas dificultades que surgen del hecho de que una proporción, a veces importante, de ingresos públicos tienen asignaciones específicas y no pueden destinarse a otros usos sino mediante un cambio de la legislación vigente.[14] Además de este tipo de rigidez para cambiar la composición del gasto público y, por lo tanto, la asignación de recursos, existen otros que también resultan de leyes que determinan porcentajes fijos del gasto total para una institución o un sector definido.

En la mayoría de los países latinoamericanos, los sectores sociales a cargo del Estado confrontan los problemas referidos, en relación con el sistema de ingresos y gastos públicos, y, por lo tanto, en la fijación de

[14] A fin de ilustrar lo expuesto, se presenta el caso de los ingresos tributarios del Perú cuyo grado de afectación (relación entre los ingresos derivados de impuestos con afectación específica y lo recaudado por todos los impuestos) ha variado de la siguiente forma: 1957: 43,9%; 1958: 45,0%; 1959: 47,7%; 1960: 40,3%; 1961: 40,3%; 1962: 38,1%; 1963: 37,0%. Datos elaborados por el Instituto Nacional de Planificación del Perú, Dirección del Sector Público.

metas y en la asignación de recursos para el sector salud no pueden obrar independientemente de las condiciones que les imponen las situaciones descritas.

El proceso de planificación general, como el relativo al sector público, tiene entre sus propósitos no sólo alcanzar determinadas metas de crecimiento del producto y de otros indicadores económicos y sociales, sino modificar, en lo fundamental, al cabo de cierto tiempo, el sistema de condiciones bajo las cuales se desenvuelven las actividades económicas y sociales de un país. Esta modificación debe permitir, entre otras cosas, aumentar la eficiencia de las actividades, adecuarlas mejor a las necesidades de la población y de la producción y cubrir los déficit más apremiantes.

Por estas razones, la integración del plan de los servicios de salud en el plan de desarrollo tiene que partir de una base amplia que analice las "condiciones" que se prevén para el funcionamiento del sector público. Los elementos principales que intervendrán en dicho análisis sobrepasan el campo específico del sector salud para internarse en el que es propio de la política económica: la tasa de desarrollo, las decisiones en materia de distribución del ingreso, las reformas planteadas para el sistema impositivo, la política de tarifas de los servicios públicos, las medidas propuestas para remover la rigidez en la asignación de recursos, y otros factores. Aunque este tipo de análisis parece ajeno a las preocupaciones del planificador de un sector social es, en cierto modo, ineludible, pues se estima que de sus resultados surgen límites más o menos estrictos a las posibilidades de la prestación del servicio. Por lo tanto, podría afirmarse que gran parte de las metas realistas de un plan de salud y de la asignación de recursos correspondientes estarían prefijadas, sin la intervención del sectorialista, cuando se determinan o toman decisiones sobre los puntos planteados.

En consecuencia, la primera tarea que debe realizarse al articular el plan del sector salud en el plan de desarrollo es analizar la capacidad de prestación del servicio que resulta de las líneas de política, implícitas o explícitas en el proceso de desarrollo que se diseña.

Para ello es necesario investigar muy a fondo muchos campos aun vírgenes en la mayoría de los países latinoamericanos, como es el sistema de financiamiento del sector, distinguir sus diversas fuentes de recursos, y determinar el dinamismo "natural" de las mismas y el que adquirirían según las diversas alternativas de desarrollo en diferentes plazos. El sector salud de un país, por ejemplo, puede contar con recursos de las rentas generales del tesoro nacional, según impuestos sin afectación

específica y según otros previamente destinados al sector salud o a aspectos del mismo, pero puede también tener recursos que provengan de la venta de algunos de los servicios que presta. Asimismo, las provincias o municipalidades destinan, en general, parte de la recaudación de impuestos provinciales o municipales a acciones de salud en sus respectivas jurisdicciones. Pueden también existir líneas de crédito convenidas con organismos internacionales de financiamiento.

Todo este sistema de recursos debe ser analizado para determinar su dinamismo natural por un lado y el que resulte de las líneas que persiga el plan de desarrollo por otro, a fin de modificar o no los condicionantes básicos que delimitan, en última instancia, el volumen financiero asignable al sector. Este volumen financiero determina sólo un aspecto de la capacidad futura de prestación de servicios, pues ésta dependerá también de la utilización de los mismos dentro del sector, de la eficiencia con que se usen y de la posibilidad de movilizar los recursos reales, personal, insumos, etc., necesarios para llevar a cabo las actividades del mismo.

2. *Movilización de los recursos reales*

El enfoque fundamentalmente financiero contempla uno de los aspectos principales de la asignación de recursos, pero debe tenerse en cuenta que los recursos financieros tienen por objeto movilizar recursos reales que son los que se utilizan para prestar el servicio. La sola existencia de recursos financieros no implica la disponibilidad de recursos reales. Estos pueden adquirirse en muchos casos en el mercado como, por ejemplo, los elementos y materiales que se necesitan para el funcionamiento de los hospitales, pero otros como los recursos humanos especializados, los bienes de capital y ciertos equipos, deben formarse o instalarse, y esto puede requerir plazos más o menos prolongados y, en ciertas circunstancias, su escasez suele llegar a ser tan aguda que constituye el factor clave de la expansión de los servicios. El análisis de la disponibilidad presente y futura de recursos reales escasos tiene, a los efectos de integrar un plan de salud en un plan de desarrollo, una importancia similar a la adjudicada al análisis de los recursos financieros.

En primer término, hay que considerar básicamente la situación actual de los servicios. El plan de salud no puede prever un deterioro de dicha situación, lo que implica, generalmente, un incremento de los recursos reales en proporción similar al aumento vegetativo de las variables que definen la demanda. Este límite se modificará de manera considerable si se logran avances en la eficiencia de la prestación de los

servicios. Pero para que se apliquen en la práctica nuevas normas de trabajo que la eleven, es necesario romper con hábitos, tradiciones e inclusive con regulaciones legales. Un primer aspecto que debe considerarse es la posibilidad real y el tiempo que tomaría la aplicación de medidas que promuevan un aumento efectivo del rendimiento de los recursos reales. Sobre la base de un análisis de este tipo, que en definitiva cae en el campo de la racionalización administrativa, la previsión sobre la expansión de los servicios de salud estará en función de la posibilidad de obtener, en el futuro, una dotación creciente de los recursos físicos o humanos que presenten un grado mayor de escasez y de los que, por su papel estratégico, configuran elementos neurálgicos en las actividades de prestación.

A riesgo de simplificar excesivamente problemas de índole muy complicada, se debe intentar poner en claro lo expuesto, aceptando una distinción entre las actividades que lleva a cabo el sector salud: por un lado, aquellas que tienen por objeto ampliar la capacidad de prestación de los servicios y, por otro, las actividades de prestación propiamente dichas. Las primeras (A_j) comprenden la construcción de hospitales, la adquisición de equipos y la formación de personal especializado. Las que corresponden a la segunda categoría (P_i) incluyen el suministro de insumos corrientes para el funcionamiento de los centros asistenciales, para las campañas sanitarias y las horas-hombre por utilizar.

Se supone también que existe y se conoce el tipo de relaciones entre las actividades A_j y P_i, es decir que por cada nueva cama instalada en un servicio asistencial, se deberá contar anualmente con un volumen de recursos físicos y humanos dados, para que esa cama adicional funcione al máximo de productividad. De esta forma es posible elaborar un cuadro donde, mediante coeficientes, se establezca el tipo de relaciones apuntadas (Cuadro No. 12).

Un coeficiente, por ejemplo, a_{23} relaciona el incremento que debe tener la actividad de prestación P_2 frente a un incremento unitario del factor de ampliación de capacidad A_3, es decir,

$$a_{23}=\frac{P_2}{A_3}$$

Si P_2 se refiere a la actividad asistencial en un hospital general y A_3 representa una cama de este tipo de hospital, a_{23} es el incremento de la actividad asistencial que se logra con la adición de una cama. Este último incremento puede descomponerse a su vez en horas-médico, horas-lavandería, horas-laboratorio, etc.

Siguiendo un razonamiento semejante, el nivel de prestación de una actividad P_1 en el año futuro t sería:

$$P_1^t = P_1^o + a_{11} \sum_o^t A_1 + a_{12} \sum_o^t A_2 + a_{12} \sum_o^t A_3 + \ldots\ldots a_{1n} \sum_o^t A_n$$

siendo P_1^o el nivel de la actividad de prestación en el año base (el cual puede considerarse racionalizado) y los sumandos $\sum_o^t A_j$ las adiciones de los diferentes tipos de ampliaciones de la capacidad de prestación en el período 0-t.

CUADRO No. 12—*Relación entre las actividades para ampliar la prestación de servicios (A_j) y las actividades de prestación (P_i).*

P_i	A_j			
	A_1	A_2	A_3	A_n
P_1	a_{11}	a_{12}	a_{13}	a_{1n}
P_2	a_{21}	a_{22}	a_{23}	a_{2n}
P_3	a_{31}	a_{32}	a_{33}	a_{3n}
.				
.				
.				
.				
.				
P_m	a_{m1}	a_{m2}	a_{m3}	a_{mn}

El esquema presentado, sin constituir un modelo de los niveles de las actividades de prestación de los servicios de salud, permite obtener una idea del tipo de problemas con que hay que enfrentarse al determinar metas para el sector salud. Es evidente que éstas tienen una relación estrecha con los niveles de prestación o, más bien, son expresiones de los elementos P_1, mientras que los elementos A_j son los requisitos necesarios para la consecución de esas metas. El vínculo entre metas y requisitos está fundamentalmente esbozado según la estructura de producción de los servicios. Dicho de otra manera, los niveles de prestación de los servicios previsibles para el futuro dependen de las adiciones a la capacidad de prestación que se realicen durante un período.

En muchos planes de desarrollo, el énfasis en los sectores sociales está justamente en esas adiciones a la capacidad de prestación, que es

lo que se suele denominar inversiones en dicho sector. Más aun, ya se indicó que existe una tendencia creciente a facilitar recursos internos y especialmente externos para estos fines. Pero lógicamente, estas adiciones no sólo deben estar combinadas funcionalmente entre sí —el aumento de la disponibilidad de camas debe estar armonizado con el de profesionales y equipos— sino que, una vez aumentada la capacidad, deben existir recursos corrientes para hacerla funcionar, a fin de evitar pérdidas de rendimiento y desperdicio de recursos.

Esto implica que existe en la expansión del sector una cierta "organicidad" interna que establece cotas al crecimiento de algunas de sus partes si se toman decisiones sobre otras. El estudio a fondo de esta "organicidad" facilitará la fijación de recursos que atienda a una política del gobierno en materia de salud y, por otra parte, permitirá coadyuvar a la formulación de esa política pues podrá presentar un cuadro integral de la situación de los servicios y de sus perspectivas.

Aparece así otro punto de interés en la integración del sector salud en el plan de desarrollo. Es el que se refiere, por un lado, al análisis de las condiciones futuras de provisión de los factores que incrementan la capacidad de prestación de los servicios, y por otro, al estudio de las posibilidades de hacer funcionar la capacidad ya ampliada.

Un plan de desarrollo puede ofrecer condiciones favorables para ampliar la capacidad y, al mismo tiempo, establecer restricciones para operar los servicios. Tómese el caso de acciones previstas en el sector educativo para fomentar las carreras médica y paramédicas de modo que pueda esperarse una mayor dotación de estos tipos de profesionales en el mediano plazo. Si al mismo tiempo existen restricciones severas para elevar el nivel de remuneraciones de estos técnicos a fin de incorporar un mayor número de ellos al servicio del Estado, o no es posible crear incentivos para mejorar su distribución geográfica, se tiene una contradicción que hay que subsanar pues es posible prever que no se contará con los recursos humanos suficientes para hacer funcionar los servicios al nuevo nivel de prestación.

De todo lo anterior puede desprenderse un hecho de capital importancia para la integración del sector salud en el plan de desarrollo: la asignación de recursos financieros como la de los recursos reales. En este sentido podría redefinirse el plan mínimo del sector como aquel que utiliza al máximo y con la mayor eficiencia los recursos reales existentes. Los planes alternativos cuyos objetivos se eleven sobre ese límite mínimo, exigirán una asignación de recursos financieros que sea compatible con la capacidad de prestación que resulte de la tasa de

incremento previsible para los factores de capacidad más escasos o más difíciles de formar.

Hasta aquí no se ha hecho mención de los plazos de los planes del sector salud y los planes generales de desarrollo. La integración de este sector en los planes de desarrollo comprende evidentemente tareas que se enmarcan en plazos medianos y largos, por una parte, y en plazos cortos, por otra. Los temas tratados en este documento son los factibles de armonizar en el mediano y largo plazo. Se estima que es casi imposible discutir la articulación del sector salud con los demás sectores y con el plan general cada año, a menos que surjan casos muy especiales de actividades que tienen un alto grado de complementación.

Si se tiene presente lo mencionado con relación a la "organicidad" de la expansión de los servicios de salud, se puede inferir que trazado un plan de salud, con sus programas según las diferentes actividades, con sus proyectos de inversión y de formación de personal capacitado, todos ensamblados entre sí, atendiendo a sus relaciones de complementación y a sus diversos períodos de maduración, debe evitarse en la mayor medida posible que este plan sea sometido a modificaciones surgidas de la situación inmediata, pues se compromete el éxito del plan en su conjunto, debiendo hacerse solamente los ajustes que aconseje la experiencia adquirida en la ejecución.

MARIO TESTA

Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función

INTRODUCCION

Aun después de varios años de experiencia en planificación en la América Latina, resulta difícil definir con exactitud la planificación, y en este caso, la referente a los recursos humanos.

Tal vez lo más sencillo sea hablar del cálculo de cuántas personas se van a necesitar para abastecer los servicios de salud, con qué capacidades y en qué plazos y luego comparar estos requerimientos con la posibilidad de su obtención.

Al pronosticar una situación social se corre el riesgo de comprometer durante mucho tiempo las actividades que se pronostican en una dirección equivocada. Un ejemplo claro de este riesgo es la situación actual de salud en la América Latina, a la cual se ha llegado como resultado de decisiones históricas que han conformado sus servicios de salud a dos tipos de limitaciones: 1) la construcción de edificios para propósitos específicos de atención médica y 2), la formación de cierto tipo de personal de salud, que no satisface las necesidades obvias de los países de la América Latina.

En este trabajo se presentan dos enfoques metodológicos: uno eco-

• El Dr. Testa es Director de la División de Investigaciones del Instituto Latinoamericano de Planificación en Salud de la OPS, Santiago, Chile.

• Documento de trabajo preparado por el autor, con la colaboración del personal del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, para la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

nómico y el otro político. El procedimiento que se emplea en el cálculo de las proyecciones, diferencia uno del otro.

En el enfoque económico por lo general se tiende a seguir el procedimiento econométrico, el cual se basa en las regularidades históricas y su supuesta constancia en el futuro.

En el enfoque político hay un margen de imprecisión mayor, porque presenta metas menos precisas dentro de una tendencia orientada hacia objetivos sociales definidos, lo cual significa que no es necesario realizar un examen demasiado minucioso de las regularidades pasadas, pero sí tener un concepto claro de los cambios que se deseen hacer.

Toda propuesta que surja del análisis, no importa el procedimiento empleado, debe estar sustentada por un examen de factibilidad, es decir, si lo que se propone es incrementar el rendimiento de la hora-médico, hay que implementar los requisitos de organización, administración, supervisión, provisión de insumos y equipo que se requieran para ello; si lo que se propone es aumentar la producción a través del trabajo de equipo, antes habrá que comprobar que existe el personal y que está disponible (móvil) para ese cambio; si lo que se intenta es aumentar el número de personas a formar, habrá que examinar la capacidad de producción —formal o no formal— de las instituciones existentes, o la posibilidad de crear otras si es que se dispone de una base suficiente de educandos probables, etc.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES

Con cualquier enfoque habrá que examinar los elementos que intervienen en el problema. A continuación se discuten dichos elementos según se originen de la demanda o de la oferta de servicios y de personal.

1. *Demanda*

En economía se entiende por *demanda* la función que relaciona mercancías o servicios requeridos con sus correspondientes precios. Al hacerlo extensivo a los estudios sociales vale aclarar su triple significado en lo que a salud se refiere.

Existe una *demanda económica* de servicios de salud que se ejerce individualmente, está respaldada por una capacidad y una voluntad de pago y dirigida a un mercado que dispone de una capacidad de oferta. Este mercado económico constituye el subsector privado de la salud.

Hay otra demanda de atención médica que podríamos llamar *demanda directa* que, a diferencia de la anterior, no está respaldada por una capacidad y/o voluntad de pagar el servicio recibido. Está dirigida a los establecimientos públicos que pueden atenderla o desestimarla, según la capacidad operativa con que cuenten.

Estos dos tipos de demanda o cualquier otra necesidad que no se exprese como tal,[1] pueden dar origen a una *demanda política*. Esta se ejerce colectivamente, por lo general a través de ciertos agentes especializados —partidos políticos o diversos grupos sociales, profesionales, etc.— quienes agregan las voluntades individuales, dirigiendo la tensión creada por una necesidad insatisfecha hacia el sistema político de decisión, el cual proporcionará o negará las normas y los recursos que requiere su satisfacción.

Para impedir que las demadas políticas se sigan solucionando como problemas de urgencia, conviene proyectar las demandas de atención médica y planificar las respuestas, para lo cual será necesario tomar en cuenta los siguientes factores:

a) *Población*

Deben conocerse las características demográficas con el mayor detalle posible en su composición actual y futura. No basta conocer el número total de la población. Es esencial conocer también su estructura por sexo, edad y áreas territoriales, y los elementos dinámicos que permitan la proyección: tasas de mortalidad y natalidad específicas, y migraciones internas y externas.

b) *Riesgos*

La composición de los riesgos que pueden afectar la población se obtiene de las tasas de mortalidad y morbilidad por causas. Es importante poder prever los cambios en los patrones actuales de las enfermedades, ya que las diferencias que generan en el volumen y tipo de la demanda son considerables.

c) *Necesidades*

Si bien toda demanda de personal de salud parte de una necesidad, no toda necesidad se transforma en demanda. Para que esto ocurra se requiere que la necesidad sea percibida como tal, hecho que en ciertas circunstancias no sucede. Por otra parte, la estimación de los requerimientos reales de personal, partiendo, por ejemplo, del cálculo de

[1] Por ejemplo, la contaminación atmosférica.

tiempo que se requeriría para atender adecuadamente determinados riesgos (mortalidad y morbilidad) presenta tantos inconvenientes que su aplicación resulta poco práctica.

La noción de necesidad es conceptualmente correcta, pero no es indispensable para los propósitos de planificación, ya que —por lo menos en las condiciones de la América Latina— se puede considerar como infinita. Esto quiere decir que no existen limitaciones a la demanda directa implícita en la noción de necesidad, trasladándose así el problema a la decisión de cuánto de esa demanda se puede y se desea satisfacer.

d) *Accesibilidad*

La accesibilidad puede ser de varios tipos: 1) *física,* que es la existencia, dentro de distancias aceptables, del personal que se necesita; 2) *económica,* o sea la posibilidad real de transformar una necesidad individual percibida en una demanda de servicios respaldada por una capacidad de pago; 3) *psicológica,* o sea el deseo de ejercer una demanda ante la percepción de una necesidad individual. Puede agregarse un componente cultural que transforme el deseo en el acto de ejercer una demanda.

La consideración de la accesibilidad física como factor de la demanda es convencional y debe entendérsela como facilitador o frenador de la misma.

e) *Crecimiento económico*

El crecimiento económico debe ser tomado en consideración al calcular el aumento futuro de la demanda de servicios de salud, como consecuencia del crecimiento del ingreso. Esto es importante en los países con un subsector privado de salud muy desarrollado.

f) *Situación alimentaria y nutricional*

La situación alimentaria y nutricional de una población es factor determinante de su estado de salud. Los estudios existentes sobre este problema,[2] especialmente los de la oferta de alimentos, señalan que en la América Latina hay una tendencia espontánea al deterioro. No es posible apreciar las consecuencias de este deterioro en términos de salud, pero sí se puede prever que resultará en un aumento de la demanda de servicios de atención médica.

---

[2] FAO: *Plan indicativo mundial para el desarrollo agrícola, hasta 1975 y 1985.* Roma, 1968.

g) *Cambios tecnológicos*

El empleo de una nueva tecnología es la expresión más concreta de un deseo de cambio y debe condicionar la orientación de la actividad de los centros de enseñanza e investigación. En los países subdesarrollados resulta más conveniente hablar de incorporación que de adquisición de nuevos conocimientos y técnicas, puesto que existe una considerable cantidad de conocimientos no utilizados y que sólo requieren ser puestos en práctica. Tal incorporación debe obedecer a un plan que tome en cuenta criterios de prioridad ya que, en general, existe la tendencia a incorporar técnicas muy sofisticadas porque son "modernas" (reemplazo de órganos) y dejar sin solución problemas urgentes (diarreas) que podrían ser solucionados con la aplicación de conocimientos y técnicas menos elaborados y costosos.

En cuanto a la investigación, debe estar más bien dirigida a la aplicación de conocimientos existentes a las necesidades actuales, que a generar otros nuevos.

h) *Cambios sociales*

Los cambios sociales constituyen, sin duda, el factor determinante más importante de la demanda de personal de salud en nuestros países. (Se examinan al comentar la situación actual de la América Latina.)

2. *Oferta*

Desde el punto de vista económico, *la oferta* es la función que relaciona la mercadería ofrecida con sus correspondientes precios. Con respecto a personal de salud, se entiende como la existencia, disponibilidad y capacidad de grupos de personas preparadas para trabajar en salud.

La oferta es el punto de partida obligado de cualquier plan de recursos humanos, ya sea en el campo de la salud o en cualquier otro sector. Debe empezarse por decidir las categorías de personal que se van a necesitar y luego conocer la oferta actual. Se sigue este procedimiento porque la función de oferta nacional debe girar en torno a las distintas categorías de personal que deben formarse en el país. Esto no es tan trivial como aparenta ser. En nuestros países hay exceso de oferta no capacitada; es fácil obtener porteros o choferes. Por otra parte, cuando el personal especializado que se requiere es muy escaso, se podrá traer del extranjero a un costo menor del que requeriría su formación en el país.

a) *Categorías de personal*

Es imposible elaborar *a priori* una lista de las distintas categorías de personal que deben estudiarse sin antes conocer las condiciones de salud de un país; sin embargo, a manera de ejemplo, las clasificaremos en los siguientes grupos: 1) los que trabajan principalmente en prevención; 2) los que trabajan principalmente en atención reparativa; 3) los que trabajan en rehabilitación; 4) los que trabajan en organización y administración; 5) los que trabajan en generación, manejo y análisis de información, y 6) los técnicos de apoyo.

Qué grupos, y dentro de cada uno de ellos, qué tipos de trabajadores se elegirán, dependerá, como se ha dicho, de las condiciones de salud del país.

Esta característica puede medirse por el tiempo que tarde en formarse el profesional, el auxiliar o el técnico, y es de gran interés porque sobre este hecho descansan los cálculos de modificación posible de la oferta.

b) *Cantidad*

Interesa conocer el número de trabajadores de cada uno de los tipos seleccionados para el estudio y también su proyección futura, en cuyo cálculo deben incluirse las pérdidas y los ingresos futuros.

El volumen de la oferta se reduce entonces a la existencia actual menos las pérdidas por muerte, retiro o migración. En los cálculos de estos componentes deben utilizarse los mejores métodos y fuentes de información disponibles; sus resultados serán más precisos cuanto mayor sea la desagregación con que se trabaje en cuanto a regiones geográficas y factores demográficos, pero esta precisión es costosa porque requiere información que crece geométricamente con la desagregación.

Al hacer el recuento de trabajadores debe señalarse su distribución por áreas y regiones geográficas, así como sus salarios y, si fuera posible, el ingreso promedio de las profesiones liberales.

c) *Adecuación a la función*

Este es el factor aislado más importante de la función de oferta de recursos humanos para la salud. Sus componentes principales son la *productividad del instrumento y la composición del mismo* en términos del personal que lo forma. En planificación se entiende por instrumento el conjunto de recursos que, en proporción determinada, sirven para cumplir una función específica.

El indicador clave para juzgar la adecuación es la productividad.

Conviene que la recolección de datos se haga por regiones y de manera que se disponga de patrones nacionales de comparación. En una productividad baja intervienen muchos factores, pero los dos imprescindibles de examinar son, la composición del instrumento y el contenido del adiestramiento.

También debe tenerse en cuenta la obsolecencia del conocimiento en algunos tipos de personal, en especial los de más alta calificación, o en los campos donde el avance tecnológico es más rápido, porque en algunos casos habrá que adiestrar de nuevo o mantener un flujo continuo de información que garantice un nivel apropiado de conocimientos. Se destaca aquí nuevamente el papel de los centros educativos, e incidentalmente el de los órganos nacionales de difusión especializada.

d) *Capacidad de adiestramiento*

Es necesario evaluar la capacidad de las escuelas existentes en cuanto a la formación de los diversos tipos de profesionales. Esto se puede hacer en forma superficial examinando la tendencia del número de graduados, o más a fondo, estudiando el rendimiento de las escuelas, particularmente los fenómenos de deserción y repitencia.

e) *Planes educativos*

La instrumentación de planes de educación en función de un desarrollo global equilibrado, podría hacer que en muchos países latinoamericanos la formación de ciertos tipos de personal de salud tropezase con una insuficiente oferta de estudiantes por el hecho de que éstos podrían haber sido orientados hacia otros campos. Este fenómeno debe ser tomado en cuenta, y los planes deben ser concebidos en forma integral y previo examen de toda la pirámide educacional. Será igualmente necesario tomar en cuenta la disponibilidad del personal docente requerido para hacer viables los planes, asunto que se discutirá más adelante.

ENFOQUES Y CASOS

1. *El enfoque económico*

Este punto de vista considera la existencia de un mercado de trabajadores de salud o, mejor dicho, tantos mercados como tipos de trabajadores haya. La concurrencia a esos mercados no sólo determina el precio de los recursos (salarios o costo de los servicios) sino también las

acciones conducentes a romper los "cuellos de botella" que surgen de las escaseces relativas.

Este enfoque presupone que la oferta debe adaptarse a la demanda, utilizando para ello los mecanismos de detección habituales en los mercados: precios y existencias.

Como el concepto de demanda que utilizamos aquí es el que definimos como demanda económica, se infiere que este enfoque adquiere su máximo relieve cuando el subsector privado es preponderante.

En el caso de recursos humanos cuya formación requiere tiempo relativamente prolongado, la adaptación de la oferta a la demanda se hace en plazos igualmente largos. Ello obliga a hacer pronósticos de la demanda con el fin de introducir, a su debido tiempo, las modificaciones que garanticen su satisfacción a precios que la población que requiere los servicios pueda pagar.

La noción de equilibrio entre oferta y demanda y la necesidad de tener la proyección de esta última, permite, generalmente, el reconocimiento de dos situaciones: 1) la oferta actual es igual a la demanda, y 2) la oferta es inferior a la demanda. En el primer caso habrá que cuantificar la oferta actual y proyectarla al futuro, considerando los diversos tipos de personal requeridos; en el segundo, no sólo hay que medir la oferta actual sino la insuficiencia de cada tipo de personal, lo cual implica medir también la necesidad del mismo; la proyección al futuro se haría después de sumar a la oferta actual el déficit estimado.

En la América Latina con frecuencia se observa un tercer caso, el de una oferta mayor que la demanda, debido a la mala distribución geográfica de los recursos. Sus consecuencias se examinan al estudiar la movilidad.

Para medir el exceso de la demanda se han propuesto varios métodos: 1) estimar la necesidad biológica; 2) establecer comparaciones con los países adelantados; 3) atenerse a la opinión de expertos; 4) formular normas, y 5) determinar la demanda total basándose en el precio que la población está dispuesta a pagar por los servicios de salud.

Si se considera que la situación actual es satisfactoria, o sea que la demanda es igual a la oferta, entonces se puede concluir que la proporción actual de personal con respecto a la población deberá mantenerse en el futuro, con los ajustes producidos por el cambio de estructura socioeconómica. Con este procedimiento es posible considerar tasas específicas, tales como pediatras respecto a niños, obstetras en relación con mujeres fértiles, etc. Esto es válido siempre y cuando los demás elementos involucrados no cambien.

a) *El caso de Formosa*

El marco conceptual de la investigación llevada a cabo en Formosa ha sido descrito por sus autores [3] en los siguientes términos: análisis cualitativo y cuantitativo de la oferta de trabajadores de salud; proyección de esta oferta; análisis de las demandas (económicas) actuales de servicios de salud en los sectores público y privado; proyección de estas demandas; prueba del equilibrio entre oferta y demanda, y medidas correctivas de los desequilibrios (incluyendo cambios en la oferta total, cambios en la "composición" de los trabajadores de salud y cambios en la productividad).

Utilizando encuestas de hogares, de estudiantes y de instituciones de adiestramiento, además de otras fuentes de información, se estudió la situación del siguiente personal: médicos, herbalistas, curanderos, enfermeras, parteras, dentistas, farmacéuticos y trabajadores en saneamiento. Se analizaron luego las bases biológicas de la demanda de atención médica en términos de morbilidad, mortalidad y natalidad, relacionándolas con el número de visitas médicas demandadas, y tomando en cuenta el nivel educativo, la urbanización, la edad y el estado económico de los usuarios.

El cálculo de la demanda de médicos en el sector privado se hizo mediante una ecuación de regresión a la cual se llega a través de un análisis estadístico multivariable. En el caso de otros trabajadores en salud, en general, se utilizaron métodos más simples, manteniendo proporciones (a veces con cambios menores) respecto a alguna base de población.

En el sector público la demanda de personal se relacionó con las instituciones en servicio y con aquellas cuyo desarrollo futuro estaba programado, y, por lo general, se calculó de acuerdo con el número de camas hospitalarias.

Las conclusiones de la investigación señalan que en Formosa habría una carencia de 1,000 médicos en 1973 y de 3,000 en 1983. Las alternativas analizadas son: 1) no hacer nada, lo que traería como consecuencia que el público pagaría más y recibiría una atención menos satisfactoria; 2) permitir la conversión rápida, no controlada, de escuelas de odontólogos y herbalistas en escuelas de medicina, con lo cual se pagaría lo mismo pero se tendría peor atención; 3) reactivar la Comisión de Educación Médica con poder de fijar normas mínimas para el ejercicio médico y adiestrar 1,000 médicos "básicos" adicionales en diez años, con

[3] Baker, Timothy D., y Peman, Mark: *Health Manpower in a Developing Economy. Taiwan, a Case Study in Planning.* The Johns Hopkins Monography in International Health, 1967.

lo cual se mantendría el precio del servicio y mejoraría su calidad; 4) incrementar la eficiencia, para lo cual habría que aumentar los salarios de los médicos en el sector público, y 5) adoptar un conjunto de medidas tendientes a utilizar a su máximo la capacidad de las escuelas.

El estudio tiene otras conclusiones y proposiciones, pero creemos que lo dicho es suficiente a manera de ejemplo.

b) *El caso de Perú*[4]

El estudio sobre recursos humanos en salud realizado en Perú es un buen ejemplo tanto de las posibilidades como de las limitaciones de la planificación de recursos humanos cuando no se dispone de información detallada sobre la demanda de atención médica.

Como en los estudios de Taiwan y Colombia, la oferta de recursos humanos y sus características fueron determinadas por medio de un censo especial realizado en 1964. Entre los hallazgos principales no esperados debe mencionarse una alta tasa de fuga del ejercicio profesional de dentistas, farmacéuticos, parteras y, en menor grado, de médicos. Esto fue especialmente notable entre los recién egresados, y se debió principalmente a un aumento considerable en la ofterta de estos profesionales durante los últimos años. No teniendo buenas posibilidades de empleo dentro del sector, emigraron o se dedicaron a otras actividades.

Se hicieron proyecciones de la oferta hasta 1974 y 1984. Se aumentó la oferta de 1964 de acuerdo con las tendencias actuales de la formación de nuevos profesionales, para luego ir ajustándola con arreglo a las diferentes hipótesis de pérdida.

Sin posibilidades de realizar una encuesta nacional sobre la utilización de los servicios médicos, fue necesario estimar la demanda aprovechando varios estudios parciales sobre la materia. Con los datos obtenidos se diseñó un modelo de la demanda de atención médica y hospitalaria según el grado de urbanización y según el subsector privado y el público. Este modelo se relacionó después con el número de profesionales en ejercicio para determinar su ingreso y rendimiento medios. Los resultados más importantes del análisis de la demanda fueron: a nivel nacional, el peruano medio consultó al médico 1,4 veces al año; sin embargo, el capitalino utilizó los servicios de atención médica diez veces más que el residente en poblaciones de menos de 10,000 habi-

---

[4] Hall, Thomas L.: *Health Manpower Planning. The Peru case Study.* Division of International Health. The Johns Hopkins University, School of Public Health, Baltimore, Md., 1967.

tantes; la atención mostró bajos índices de rendimiento según los patrones modernos; los gastos por salud representaron aproximadamente el 4,2% del producto nacional bruto; el perfil de recursos humanos mostró un marcado desequilibrio entre el número de profesionales de alto nivel y el número de personal técnico y de mando intermedio; más de la mitad de los recursos humanos en salud incluía personal administrativo o de servicio, con un consecuente gasto administrativo muy elevado.

Las metas del plan nacional de salud sirvieron de base a la primera proyección de la demanda. Según el modelo de demanda empleado, se observaron los siguientes cambios: aumento substancial de la atención ambulatoria y de los servicios de salud pública, y aumentos más modestos en la atención odontológica y hospitalaria; aumento considerable en el rendimiento, sobre todo en el del subsector público; mejoramiento de las relaciones entre las diferentes categorías de recursos humanos en los establecimientos públicos, y persistencia de la relación observada en 1964 entre la demanda del sector público y la del privado.

Como elemento de importancia en el estudio, se calculó lo que costaría satisfacer la demanda proyectada, y esto se confrontó con los recursos económicos potencialmente disponibles para el sector salud. Al observar que esta primera proyección presentaría ciertos problemas por su elevado costo, se recurrió a un modelo de demanda menos costoso y con más énfasis en la salud pública y la atención ambulatoria.

Al final, se analizaron los cambios que habría que efectuar en las diversas políticas de formación de personal, de distribución geográfica, etc., a fin de concretar la proyección seleccionada.

2. *El enfoque político*

Entre el enfoque político y el económico existe una coincidencia básica y una diferencia fundamental. La coincidencia consiste en que ambos presuponen la necesidad de que exista un equilibrio entre oferta y demanda, sin lo cual surge un conflicto; la diferencia estriba en la forma en que se estima la demanda, basándose en la libre elección del consumidor o en la intervención en nombre del bien público.[5]

Esta diferencia tiene consecuencias prácticas ya que en el enfoque político ni la existencia de mercados de trabajadores de salud ni el mecanismo de precios se considera como principal indicador de las necesidades existentes; además, el manejo de la situación tiende a

[5] No debe identificarse la libre elección del consumidor con democracia, salvo el caso de distribución igual del ingreso y la riqueza.

acentuar la posibilidad de modificaciones en la demanda y no solamente la adaptación de la oferta.

En suma, el concepto de demanda implícito en este enfoque corresponde a lo que hemos llamado demanda política y demanda directa de atención; en consecuencia, este enfoque adquiere relevancia en los países en que el subsector público es preponderante.

Por último, este enfoque obliga a tomar en cuenta otros elementos intra y extrasectoriales que determinan el funcionamiento del sector salud. Esto quiere decir: 1) que la planificación de recursos humanos para la salud se considerará como parte del proceso general de planificación de salud; 2) que se hará una hipótesis explícita sobre cada aspecto del problema, correspondiente o no, pero con implicaciones sobre salud; [6] 3) que la exploración se hará sobre una serie de decisiones que operan a través de ciertos instrumentos de política claramente identificados. El resultado de la exploración revelará, básicamente, las consecuencias de seguir una u otra serie de decisiones, en términos de personal formado frente al requerido, costo de cada alternativa, etc., además de los resultados correspondientes a la planificación en sentido amplio (inversiones, gastos corrientes, capacidades ociosas, productos, beneficios obtenidos, etc., etc.).

Creemos pertinente hacer algunas aclaraciones en torno a los tres puntos mencionados.

La ubicación de la planificación de los recursos humanos para salud en el contexto más amplio de la planificación de la salud tiende a señalar dos hechos, particularmente en el caso de la América Latina: en primer lugar, la existencia de una problemática que rebasa el hecho conceptualmente simple de la formación de más personal para trabajar en salud; en segundo término, el reconocimiento de la insuficiencia de la interpretación económica y, en consecuencia, el refuerzo del enfoque político para llenar las lagunas inevitables en aquella interpretación.

No está demás apuntar aquí que es necesario hacer estas afirmaciones, un tanto obvias, porque existe la tendencia a tratar la planificación de los recursos humanos como una entidad separada, independiente de

[6] Esto significa que para los parámetros tecnológicos (por ejemplo, el número de consultas por hora o por especialidad médica) se harán experimentos que mantendrán la constancia de ese parámetro o lo variarán en la proporción que los especialistas consideren posible. Para los parámetros políticos, esto es, aquellos cuyo valor depende de una decisión de alguna autoridad (por ejemplo, los salarios en el sector público), se hacen experimentos con distintos valores que representan otras tantas políticas factibles. Debido al gran número de combinaciones habrá que hacer un estudio previo de sensibilidad para identificar los parámetros médicos.

la planificación global de la salud. Esta tendencia tiene su origen en países desarrollados cuyos problemas se centran, específicamente, en una escasez relativa de recursos humanos, que no tienen dificultades en la generación de insumos y capital, y cuya organización social tiende a crear mercados que se aproximen lo más posible al modelo económico liberal. Esas no son las condiciones de trabajo de la América Latina y, en consecuencia, las hipótesis de trabajo resultantes de esa situación deben examinarse críticamente.

El segundo punto se refiere a la necesidad de hacer explícitas las hipótesis contenidas en cualquier proyección. Al hacerlo, no sólo se recogen las opiniones más autorizadas en cada campo particular, sino que se comprueban las del investigador. A través de los resultados obtenidos se puede comprobar, en parte, la coherencia del sistema de hipótesis utilizado.

Por último, sobre aspectos que pueden someterse a alguna autoridad, hay que operar en base a las decisiones de ésta. Corresponde entonces pensar en el sistema de decisiones que configuran una intención política de orientar la marcha del sector salud en cierta dirección. Esas decisiones operan en base a instrumentos de política —de tipo económico, educativo, normativo, etc.—que deben estar claramente identificados en el análisis, ya que es a través de ellos que toda teorización tiene alguna probabilidad de transformarse en acción concreta.[7]

El caso de Colombia

El estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia [8] es una amplia investigación que, a través de encuestas de población y de médicos, así como del análisis de información previamente existente, ha conseguido reunir un valioso conjunto de datos sobre población, mortalidad, morbilidad, médicos, enfermeras, educación médica, educación en enfermería, instituciones de atención médica y factores socioeconómicos. En el capítulo que en el mencionado estudio se dedica a aplicación y usos, se hace referencia a la posibilidad de utilizar los resultados en planificación. Estos resultados sólo constituyen una parte de la información requerida con tal propósito, y tratan los siguientes aspectos: 1) identificación del sujeto de la programación, con

[7] Para una discusión amplia sobre el enfoque político de la planificación, véase el documento de CEPAL: *El cambio social y la política de desarrollo social en América Latina.* E/CN.12/826, febrero de 1969.

[8] Véase el *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. I. Metodología.* Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1967.

población por edad y sexo, características socioeconómicas, distribución geográfica y proyecciones; 2) definición del problema en base a mortalidad, según varias distribuciones y tendencias; morbilidad según incidencia, prevalencia y distribución por causas, gravedad, edad, sexo, áreas geográficas y características socioeconómicas, y factores asociados; 3) determinación de recursos disponibles según la delimitación del sector salud y la cuantificación de los recursos humanos y materiales y sus tendencias (incluido el análisis del gasto), además de la organización y funcionamiento de los servicios; 4) demanda de servicios clasificada como potencial, efectiva y satisfecha; 5) cobertura de servicios según edad, sexo, áreas geográficas y características socioeconómicas y su relación con diferentes períodos; 6) definición de política general que considere el impacto económico de la enfermedad, el efecto de la atención médica en la rehabilitación y la prolongación de la vida de los pacientes y los costos de atención médica; 7) definición de política sectorial que contemple la racionalización técnico-administrativa y el establecimiento de prioridades; 8) determinación de objetivos y fijación de metas que requiere toda la información mencionada hasta aquí, y, por último, 9) evaluación.

En este estudio no se evalúa la situación futura, como se hace en el de Formosa, como es lógico, ni se proponen soluciones alternativas. Se requiere, por lo tanto, ponerlo en efecto y al día para obtener resultados prácticos. Sin embargo, es interesante ver que se señala su posible aplicación dentro de un sistema amplio de planificación que toma explícitamente en cuenta la definición de políticas generales y sectoriales.

ALGUNOS PROBLEMAS CENTRALES

1. *Movilidad*

Hay dos aspectos de la movilidad que interesan al planificador: la geográfica y la social. En la primera existe una movilidad interna y otra externa. La externa o internacional habitualmente tiene la conocida dirección de los países periféricos a los centrales (centrípeta). Sus causas han sido bastante analizadas, y se han propuesto soluciones paliativas para la misma.[9] Esta movilidad externa tiene períodos de agravamiento por situación de coyuntura (situación de la Universidad Argentina en 1966) que también operan en sentido inverso (decisión

[9] *Migration of Health Personnel, Scientists and Engineers from Latin America.* Publicaciones Científicas No. 142, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1966.

de Estados Unidos de cambiar la edad de los inmigrantes que podían ser enrolados en el ejército norteamericano para ir a Vietnam, 1967). La movilidad interna se refleja en los conocidos índices de concentración de recursos humanos en las ciudades más importantes, particularmente en las capitales. La movilidad del personal especializado de salud, tanto la interna como la externa es, por tanto, predominantemente centrípeta, lo cual no es de extrañar pues varios siglos atrás el progreso también significaba pasar del área rural a la capital de provincia, y de ésta a la capital de imperio. Esta movilidad centrípeta tiene dos consecuencias importantes: la distribución desigual de la riqueza al sacar de las zonas más desprovistas los elementos más valiosos de su capital humano, y el aumento de nuestra dependencia cultural al internalizar valores que nos son impuestos desde afuera, o que absorbemos voluntariamente en el momento en que somos culturalmente independientes.

El segundo aspecto de la movilidad que interesa estudiar es la movilidad social de los distintos tipos de personal porque constituye una motivación poderosa para elegir o no una carrera. Como ejemplo podrían citarse dos casos extremos: el del médico y el de la enfermera. El médico aparece siempre en posiciones privilegiadas en la escala social, aun cuando su situación económica no vaya pareja con esa posición; en cambio, las enfermeras ocupan una posición inferior en esa misma escala. Y lo lamentable es que esta discrepancia se refleja en el número de postulantes para cada carrera y luego en el exceso o escasez de ambos profesionales.

2. *Productividad*

La productividad del recurso humano, como se ha dicho, es el mejor indicador para juzgar la adecuación a la función. Ello lleva implícito la hipótesis de que un trabajador de salud adecuado a su función realiza un mayor número de actividades por unidad de tiempo. Este problema merece un examen más cuidadoso, ya que todos los factores que influyen en la productividad deben ser tomados en cuenta simultáneamente. Estos factores se refieren, por un lado, a la noción de instrumento,[10] y por otro, a la demanda de atención existente. Cuando hay una demanda suficiente, la productividad es función de la composición del instrumento. Esto quiere decir que lo que debe examinarse es la adecuación del instrumento a la función que debe cumplir.

La productividad debe ser analizada a nivel de cada institución, con lo cual se obtienen patrones internos de comparación. Cuando la pro-

[10] Véase más adelante "Función de producción".

ductividad de un instrumento es baja, en comparación con instrumentos similares de la misma área, región o país, deberá examinarse si existe una demanda suficiente. En caso de que el problema no radique en la demanda, deberá estudiarse entonces la composición instrumental y luego, la provisión de insumos y el sistema administrativo. De estos aspectos, la composición instrumental es, a nuestro parecer, el de más imperativa dilucidación.

3. *Función de producción*

Los economistas entienden por función de producción la relación entre los factores que intervienen en la generación de un producto y la relación entre la composición de estos factores y el producto obtenido. Esta segunda relación corresponde a la productividad del instrumento; la primera a la composición instrumental, la cual no sólo incluye los diferentes tipos de personal y sus proporciones, sino también el capital y el equipo empleados. Creemos que este concepto es de suma importancia en el sector salud porque actualmente existe un indudable desplazamiento del subsector privado hacia el público y la tendencia en este último es a reforzar el trabajo de equipo con instrumentos más o menos complicados.

En el análisis de esta función se utiliza el procedimiento de "instrumentalización" con el cual se miden los recursos humanos o materiales destinados a una actividad específica. Esta medición se hace en términos reales y monetarios [11] en el caso de cada institución estudiada.

Uno de los aspectos más importantes de la función de producción es su "normalización", la cual conlleva la idea de composición óptima o composición de rendimiento máximo. Esta idea es extraordinariamente significativa porque desplaza la atención de la relación entre tipos de personal y población hacia la relación entre los distintos tipos de personal y las funciones específicas que deben cumplir. La normalización de la composición instrumental en una región se hace eligiendo la que tiene mayor productividad, solicitando la opinión de expertos, o determinándola experimentalmente; no debe basarse en comparaciones internacionales.

El cambio de las funciones de producción de salud es una de las áreas más ricas para el sanitarismo de nuestros países. Requiere investigaciones e imaginación.

---

[11] *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud (Informe del CENDES)*. Publicaciones Científicas No. 111, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1965.

INVESTIGACION OPERACIONAL Y MODELOS

Lo descrito hasta aquí implica la consideración de un sinnúmero de variables de salud que por la complejidad de las relaciones que mantienen entre sí y con otras variables fuera del sector, deben ser manejadas dentro de un sistema coherente. Esto no podría hacerse con los medios tradicionales con que cuentan las ciencias naturales. Tampoco sería posible llevar a cabo experimentos sociales controlados en los cuales se aislen los componentes y se estudien separados de su contexto, siendo, por otra parte, difícil pensar simultáneamente en todas las interrelaciones y sus modificaciones posibles.

Las herramientas que pueden utilizarse en el estudio de estos problemas derivan de las matemáticas, algunas de cuyas ramas se adaptan ya al estudio de fenómenos sociales, como el que estamos considerando. En realidad, más que de matemáticas deberíamos hablar de lógica, ya que las computadoras no sólo ofrecen cálculos fríos, sino también las conclusiones de un razonamiento riguroso.

Una de esas herramientas es el análisis de sistemas, cuyas características Reinke [12] ha descrito de la siguiente manera: a) reconocimiento de los elementos del sistema; b) identificación de las relaciones entre los elementos; c) establecimiento de metas; d) desarrollo de un modelo analítico; e) consideración de modificaciones alternativas del sistema, y f) selección de una de esas alternativas.

Cuando se piensa en el gran número de alternativas de política que se pueden y se deben estudiar para tener una variedad de posibilidades viables entre las cuales elegir, conviene modificar el método para explorar algunas de esas alternativas. A este efecto se prepara un programa de computación eléctronica que contenga el modelo analítico señalado en el punto d). Las modificaciones alternativas del sistema se estudian haciendo experimentos en los cuales se van cambiando los datos según las decisiones que se puedan tomar, dentro de un conjunto de hipótesis de funcionamiento, no sometido a decisión. La selección de una alternativa se hace examinando los resultados obtenidos, cuyas metas no han sido predeterminadas. Este método, conocido como simulación en Estados Unidos y como experimentación numérica en la América Latina, ha sido utilizado en nuestros países más que todo en estudios económicos, aunque también ha servido de base, en experimentos de laboratorio, al estudio de fenómenos sociales y políticos.

[12] Reinke, William A. "Decision Theory, Systems Analysis and Operation Research" en *Survey of Health Planning*. Editado por W. A. Reinke, Johns Hopkins Univ., Baltimore, Md., 1969.

Estos modelos de experimentación numérica dan amplio margen para incorporar distintas opiniones sobre el funcionamiento del sistema de salud, explorar las consecuencias probables de introducir cambios tecnológicos o en las funciones de producción, así como formular políticas. Los resultados se expresan en términos de incompatibilidad, tales como grandes discrepancias entre la necesidad y la disponibilidad de personal, costos, consecuencias probables de un cierto conjunto de decisiones, etc.

La pormenorización que se puede hacer en esta experimentación depende del conocimiento que se tenga del funcionamiento del sector, tanto en lo que corresponde a la epidemiología de las enfermedades, como a la actitud de las personas, o a la organización administrativa del mismo. Para diseñar un modelo de este tipo se requiere la colaboración de diversos especialistas, entre los cuales es imprescindible contar con epidemiólogos, matemáticos, especialistas en computación y analistas de sistemas, además de administradores y, posiblemente, otros especialistas en campos como sociología y política.

Para proceder a la construcción de estos modelos, sólo se requiere una descripción cuidadosa del funcionamiento de todo el sistema de salud, que es traducida por el equipo de especialistas mencionados al lenguaje que las computadoras pueden elaborar, pero la descripción en ese lenguaje no difiere esencialmente de la descripción literaria hecha por quienes conocen el sector. Lo que se dice es lo mismo, sólo que en otro lenguaje.[13]

Este método puede utilizarse para explorar cualquiera de los dos enfoques mencionados, pero es especialmente adecuado para considerar el enfoque político, que es difícil de procesar con cualquier otro procedimiento.

ALGUNAS SOLUCIONES PARCIALES

1. *Adiestramiento en servicio*

Por regla general, los países de la América Latina tienen una gran capacidad instalada aplicable al adiestramiento práctico en servicio, mientras que los recursos para una instrucción académica formal son

[13] Para una mayor discusión, véase Varsavsky, Oscar: *La matemática de las ciencias sociales; Los modelos matemáticos y las predicciones en ciencias sociales,* y *Modelo para planificación a mediano y largo plazo* (este último por el equipo de modelos matemáticos). CENDES, Venezuela, 1968.

limitados. Una adecuada combinación de ambos elementos, que garantice la máxima utilización de los recursos, podría subsanar las urgentes carencias que existen en algunas categorías de personal y que no pueden ser satisfechas solamente mediante adiestramiento académico formal. Por otra parte, tal decisión facilitaría la solución del problema de la absorción local y de la adecuada distribución del personal así formado y reduciría al mínimo el riesgo de migración. Su ejecución requiere de una adecuada supervisión para mantener un nivel cualitativo aceptable, así como la puesta en práctica de mecanismos justos de incorporación y de ascenso en el trabajo. El hacer estimaciones acertadas de la capacidad de adiestramiento en servicio, plantea dificultades a los planificadores, las cuales, sin embargo, no se deben considerar como insuperables.

2. *Expansión de centros de adiestramiento formal*

La expansión de los centros de adiestramiento formal en los países latinoamericanos debe ser precedida por la decisión de hacerla en forma centralizada o descentralizada. En favor de la primera estaría el hecho de que la formación de un centro de enseñanza y difusión cultural requiere una masa crítica de especialistas de diversas disciplinas difícilmente alcanzable en muchas provincias. Por otra parte, el desarrollo centralizado, si bien puede resultar más económico, favorece una distribución centrípeta del personal formado. Las ventajas de la descentralización estriban en el compromiso que se adquiere con la realidad regional,[14] lo cual ayuda a satisfacer las necesidades locales y retener el personal en la periferia, a la par que estimular la formación de polos de desarrollo. El tamaño de los países y la escasez o abundancia relativa de profesores serán elementos de juicio claves en la dilucidación del dilema. Como medida general se podría intentar adoptar un sistema integrado de formación que concentre las actividades de especialización e investigación y descentralice el adiestramiento de acuerdo con las necesidades y capacidades operativas regionales.[15]

3. *Salarios*

El establecimiento de salarios diferenciales adecuados para retener al personal de salud en los puestos y en las regiones en que más se

[14] Siempre que no se establezca una escuela de sociología en los Lagos del Sur Argentino, o una facultad de derecho en la Pampa.

[15] Para un análisis de la universidad en América Latina, véase el capítulo V del documento de CEPAL: *Educación, recursos humanos y desarrollo en América Latina.* E/CN.12/800, mayo de 1968.

necesita, sigue siendo uno de los instrumentos primordiales cuando la política sobre recursos humanos se formula dentro del marco de referencia de los gobiernos representativos y del capitalismo liberal, ya que influye en la movilidad centrípeta nacional e internacional. Una de las funciones del gobierno en el Estado moderno es "corregir" las desviaciones producidas por el mecanismo de mercado, lo cual significa, de hecho, la regulación de precios, en este caso del recurso humano.

Además de poner freno a la movilidad, las escalas de salarios diferenciales pueden corregir la composición de personal que forma el equipo de salud.

4. *Origen social y regional de los educandos*

Se debe estudiar y tomar en cuenta el origen de los alumnos en cuanto a clase social y área geográfica, ya que es más fácil comprometer a un profesional o técnico con la región y con la clase social de donde proviene. Para el caso pueden otorgarse becas diferenciadas según las necesidades, o reservarse cupos especiales.

5. *Prestigio y función social*

Si bien es cierto que el prestigio va muchas veces ligado a cierto nivel social, y sobre todo a una posición económica desahogada, también es cierto que se puede aumentar el prestigio profesional o la imagen social de una profesión dada, utilizando los medios de comunicación de masa para hacer propaganda a su favor. Lo que hay que tender aquí es a destacar la función social que dicha profesión puede tener. Desde luego que esto, que podría llegar a constituirse en un verdadero "enfoque social", que completaría los enfoques económicos y políticos, requiere de ciertas condiciones muy especiales en cuanto a los valores que una sociedad adopta como propios. El problema se plantea aquí en un nivel general, y no sólo para el sector salud, como una disyuntiva entre una actitud de solidaridad y otra de competencia.

SITUACION DE LA AMERICA LATINA

El cambio social es uno de los elementos que deben ser tomados en cuenta en toda programación futura. Cualquier examen de la situación que no contemple las diversas proposiciones de cambio planteadas, carece de sentido histórico. No todas las proposiciones tienen el mismo signo ni la misma intención, pero puede afirmarse que todas ellas se

centran en torno a dos factores y sus posibles alternativas: la distribución interna del ingreso y de la riqueza, y la dependencia exterior. Y estos dos factores determinarán las necesidades futuras de personal para salud, ya que condicionan, por una parte, el volumen de la demanda y, por la otra, definen las prioridades correspondientes; lo primero, incorporando a la vida social y económica grandes masas de población que aun no han tenido acceso a ella; lo segundo, porque la independencia cultural de los centros mundiales de poder permitirá concebir y llevar a la práctica las soluciones que más convengan a los requerimientos específicos de cada país.

En el campo económico es necesario decidir entre la introducción de técnicas que requieren inversiones predominantes de capital y aquellas que hacen mayor uso de mano de obra. En los países latinoamericanos, los precios relativos generalmente son menores para la última, por lo cual habría que favorecer lo que los economistas llaman su "utilización intensiva" frente al capital. Sucede lo contrario en los llamados "países del centro", en los cuales el precio relativamente menor del capital aconseja la "utilización intensiva" de éste y no de la mano de obra. En salud, en general, la disyuntiva de la "utilización intensiva" de uno u otro elemento no existe en el mismo grado que en el terreno económico. Sin embargo, hay que elegir entre problemas que deben recibir prioridades, y muchas veces éstas se otorgan a aquellos cuya solución requiere uso de aparatos más complicados o habilidades más difíciles de adquirir, siendo, por tanto, más atractivos porque las actividades que generan están mejor remuneradas o dan mayor prestigio.

Por último, debemos mencionar la organización del sector salud, y al hacerlo nos referimos a la participación de instituciones públicas, semipúblicas o privadas en la conformación de la oferta del sector. Este es otro de los elementos que se encuentran en una situación de gran fluidez, ya que los cambios de la situación de poder (cambio social) unidos al encarecimiento progresivo de ciertos servicios, están obligando al replanteo de la organización de todos los sectores de servicios. La tendencia general es hacia la pérdida de importancia relativa del subsector privado y la consiguiente ampliación de las coberturas a partir de los subsectores públicos o semipúblicos (seguro social).

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

La participación de directores de las escuelas de salud pública del Continente, de representantes de los servicios de salud de los países y

de miembros de organismos internacionales en esta reunión, hace aconsejable meditar sobre el papel de cada uno de estos grupos en la planificación de la salud y, por ende, de sus recursos humanos.

Creemos conveniente favorecer la relación estrecha de las escuelas de salud pública con la situación real del país o de la región donde operan, para evitar la disociación entre comunidad e instituciones docentes que, lamentablemente, se registra en otros campos de la educación superior. Esta relación debe hacerse comprometiendo a las escuelas en el proceso de planificación de salud, particularmente en el estudio de métodos adaptados a las necesidades locales concebidas con mentalidad nacional. Esto, que parece muy vago, al menos insinúa una línea de acción. Como es obvio, muchas de las tareas a desarrollar dependerán de la capacidad operativa de cada escuela, pero las áreas de investigación, introducción de métodos de administración moderna, supervisión de la enseñanza descentralizada y, por supuesto, formación de personal especializado, caen indudablemente bajo su responsabilidad.

La investigación que se menciona no puede ser definida con precisión; dependerá de la situación local y, como hemos dicho, de la capacidad de la escuela. No todas ellas podrán elaborar un modelo de experimentación numérica para estudiar los problemas de recursos humanos u otros que sean considerados prioritarios, pero tampoco es imprescindible hacerlo. En aspectos que revisten mayor complejidad, es posible hacer un esfuerzo regional que sea adaptable luego a las condiciones locales.

Por otra parte, la necesidad de explorar las situaciones actuales pone por delante una tarea de recopilación de información de formidable magnitud. Los esfuerzos que se están realizando en varios países serán la base de su perfeccionamiento. Es aconsejable, sin embargo, que antes de comenzar una operación de recolección de datos que va a requerir mucho tiempo y dinero, se tenga un esquema claro del análisis que se piensa realizar, con la idea de que la información se traduzca en proposiciones concretas de acción. Creemos que ésta es también función de las escuelas de salud pública.

Los servicios de salud tienen que ser los propulsores y, en buena medida, los ejecutores del proceso de planificación, ya que en sus manos se concentran los instrumentos de política necesarios para implementar las decisiones que se tomen. Entre sus responsabilidades cabe destacar la de proveer mecanismos que permitan absorber efectivamente los recursos humanos que se preparen. Este aspecto va desde la consideración de la migración centrípeta y sus frenos posibles, hasta las normas

sobre precios de los servicios y los recursos humanos o materiales en los subsectores público, semipúblico y privado.

En cuanto al papel de los organismos internacionales, no puede ser otro que el de promotor de estas ideas, facilitando con sus recursos la puesta en marcha de las mismas.

GUILLERMO ARBONA

Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo

INTRODUCCION

Definir y delimitar el llamado "sector de salud" es tarea que muchos han intentado y muy pocos han logrado con general aceptación, ya que tales definiciones suelen ser muy limitadas o extremadamente prolijas.

En un trabajo escrito con Janer,[1] nos referimos a la definición de salud incorporada a la constitución de la Organización Mundial de la Salud: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Decíamos entonces: "esta definición que ha ido rápidamente ganando aceptación, lleva implícito que la salud no es exclusivamente un problema médico o sanitario. Es cierto, no obstante, que al hacer extensivo a todas las personas los beneficios afines a la medicina, a la psicología y a la provisión de condiciones sanitarias esenciales al logro más completo de la salud, ningún gobierno podría cumplir plenamente su responsabilidad con la salud de su pueblo, a menos que adoptara medidas de carácter social y económico, además de las de carácter médico y sanitario. Por lo tanto, al igualar salud con felicidad y bienestar, la definición de la Organización Mundial de la Salud podría interpretarse como que todos los problemas que afectan a las poblaciones humanas están relacionados con la salud y, por lo tanto, son de interés para todo funcionario de salud. Esta conclusión es lógica ya que los problemas humanos, sean

• El Dr. Arbona es Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

• Documento de trabajo presentado en la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

[1] Janer, J. L., y Arbona, G.: "La importancia de la demografía en la planificación de la salud y el bienestar en la América Latina".

éstos de índole individual o colectiva, con frecuencia dimanan de las acciones del hombre en busca de su felicidad".

La salud, como la educación y la producción, es fundamental en el proceso de desarrollo. Desde luego, el mejoramiento de la alimentación, vivienda, vías de comunicación, servicios sociales, acompaña al proceso de desarrollo.

La interdependencia de la salud con educación y productividad en el proceso de desarrollo ha sido ampliamente reconocida. Es muy difícil concebir una población de bajos niveles educativos y productivos que tenga un alto nivel de salud y, a la inversa, una con alto nivel educativo que no goce de un alto nivel de salud. El desarrollo es positivo cuando la salud, la educación y la producción progresan en forma sincronizada. Logros extraordinarios en solo uno de estos tres factores pueden acarrear problemas en el desarrollo, por lo menos temporalmente; ejemplo de esto son: el aumento de la población atribuido al éxito del sector salud, como resultado de la lucha contra las enfermedades transmisibles y del tratamiento efectivo con productos químicos y biológicos, sin un mejoramiento semejante en los niveles de educación y producción; y el incremento de oportunidades de producción que no pueden ser aprovechadas por falta de recursos humanos competentes.

FUNCIONES DEL SECTOR

En la discusión de las funciones específicas del sector se han utilizado algunas de las ideas de Leavell y Clark,[2] que, con algunas modificaciones, se presentan a continuación.

1. Cualquier enfermedad o estado patológico en el hombre, es el resultado del proceso dinámico que sigue a una serie de sucesos en el medio ambiente y en el hombre, desde su comienzo hasta que el individuo afectado regresa a la normalidad o establece un estado de equilibrio con la enfermedad, defecto, incapacidad o fallece.

2. Dicho proceso es el efecto de múltiples causas que afectan la interacción del individuo, el agente etiológico y el medio ambiente. El proceso puede afectar al individuo, a la familia y a la comunidad.

3. La prevención efectiva requiere tomar medidas lo antes posible para interrumpir el proceso. Corresponde a la epidemiología el estudio

[2] Leavell, H. R., y Clark, E. G.: *Preventive Medicine for The Doctor in His Community—An Epidemiological Approach.* 3a. ed., McGraw-Hill, New York, 1965.

de la interacción entre el individuo, el agente etiológico y el medio donde ocurren las reacciones.

4. No obstante los adelantos logrados en los últimos años —especialmente los relacionados con las enfermedades transmisibles— los conocimientos sobre la historia natural de las enfermedades y las condiciones que afectan la salud son limitados, y la prevención no siempre es, aún teóricamente, posible. Las medidas ideadas para la interrupción del proceso son de naturaleza y finalidad diferentes. Las hay que promueven un estado general de bienestar físico, emocional y social que, a su vez, se traduce en una alta resistencia contra la enfermedad; otras, van dirigidas a la prevención específica de ciertas enfermedades contra las cuales se conocen medios de salud individual y salud ambiental efectivos, y otras que interrumpen el proceso mediante el tratamiento del individuo afectado. Se reconoce, en términos generales, que cuanto más precoz es el diagnóstico de la dolencia o enfermedad, más efectivo será el tratamiento y menor la incapacidad. Finalmente, se han creado métodos para la rehabilitación del incapacitado.

5. El campo de la salud concierne a todos, es complejo y en él participan individuos de diversas profesiones; utiliza muchas y costosas instalaciones físicas al igual que cuantiosos recursos económicos. Se requiere habilidad administrativa para dirigir y coordinar las actividades con miras a crear un sistema efectivo.

6. La participación inteligente del público interesado es esencial al éxito de la empresa. Cuando se trata de enfermedades transmisibles, es posible obtener grandes logros con relativamente poca participación del individuo; en otras condiciones patológicas, su participación es imprescindible.

El sector salud utiliza conocimientos, métodos y destrezas que le son propios. Los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, son funciones exclusivas del sector. En la promoción de salud, la educación del individuo y de la familia es generalmente compartida con otros sectores. La escuela, por ejemplo, tiene responsabilidad en la educación sanitaria del niño; la rehabilitación, hasta donde incluye tratamiento médico, compete al sector salud; la reeducación de la persona corresponde principalmente a educación, y el reempleo, a producción o a las servicios sociales.

En cuanto al medio ambiente, la interdependencia con otros sectores es aun mayor. Es responsabilidad reconocida del sector salud inspeccionar el medio ambiente físico, a fin de descubrir los riesgos que puedan

existir para la salud y hacer las recomendaciones del caso para su eliminación o reducción. En ocasiones, algunas de estas medidas pasan a ser de la competencia de otros sectores. En lo que se refiere al medio ambiente emocional y social, aun no se conocen a fondo los factores que influyen en él.

Debe tenerse siempre presente que en el esfuerzo por mejorar el nivel de salud en una comunidad, intervienen en forma compleja todos los sectores en que se divide la actividad humana. Tomemos como ejemplo la alimentación: si la comunidad tiene un buen nivel nutricional, esto significará crecimiento y desarrollo óptimo de su población, en lo físico, en lo social y posiblemente en lo mental, y ausencia de enfermedades carenciales y mayor resistencia a otras enfermedades. Es, pues, del interés del sector salud que todas las familias dispongan de la cantidad y calidad de alimentos que necesitan para su subsistencia, y que la producción y distribución de los mismos no se convierta en instrumento de trasmisión o en factor etiológico de enfermedad.

Por otro lado, la producción y distribución de alimentos constituyen la principal fuente de empleo en la América Latina, y en muchos de sus países es la principal fuente de exportación. La alimentación envuelve a todo el complejo socioeconómico de un país.

A continuación se dan a conocer algunas medidas propuestas por la CEPAL [3] para el mejoramiento de la alimentación:

1. Instrucción dietética e información del consumidor, con el objeto de mejorar no sólo la alimentación, sino también el mercado para los productores internos de algunos alimentos.

2. Legislación sobre normas de calidad, manipulación, clasificación de los alimentos, etc.; organismos de inspección para hacer cumplir esa legislación.

3. Producción y elaboración, con subvenciones del Estado, de ciertos productos que mejoran la alimentación de los niños y de las madres lactantes.

4. Adquisición pública de excedentes alimenticios, y distribución de los mismos a familias de bajos ingresos, a escolares y otros.

5. Ayuda financiera y técnica a las industrias elaboradoras de alimentos.

6. Control de precios (para favorecer al productor y al consumidor).

[3] CEPAL: *El cambio social y la política de desarrollo en la América Latina.* Documento E/CN.12/826, febrero de 1969.

7. Adopción de subsidios generales para la producción de alimentos (*Idem.*)

8. Asignación de aranceles aduaneros especiales para la importación de alimentos.

9. Compras y ventas por intermedio de almacenes cooperativos o estatales, con el fin de reducir la diferencia de precios entre el productor y el consumidor.

10. Ayuda técnica y material a los agricultores, incluso la extensión agrícola, oferta de semillas, fertilizantes e implementos; créditos a bajo interés, etc.

11. Construcción y regulación de mercados y mataderos.

12. Promoción de pesquerías y de industrias derivadas de la pesca.

13. Reforma del régimen de tenencia de la tierra.

14. Colonización y apertura de nuevas tierras al cultivo.

15. Inversión pública en infraestructura rural para promover la producción y comercialización de alimentos (incluso sistemas de riego, carreteras rurales, electrificación, extensión de las líneas telefónicas y telegráficas, etc.).

Todas estas medidas son del interés del sector salud, aunque solo tres son de su directa incumbencia.

A la larga, el sector salud se define con mayor claridad en el momento en que se hacen las decisiones y se asignan las responsabilidades. Cuando se decide qué se va a hacer, dónde, cuándo y cómo, se define específicamente la función que le corresponde al sector. Por fortuna una de las características del sector es su capacidad de aumentar, al igual que reducir, sus responsabilidades sin perder de vista el objetivo final.

EVOLUCION Y TENDENCIAS

Los avances socioeconómicos más significativos ocurridos en la América Latina durante los años que siguieron a la firma de la Carta de Punta del Este, en 1961, han sido dados a conocer en varias publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana,[4, 5] y en el informe de la CEPAL antes

[4] Horwitz, Abraham: Una visión de las condiciones de la salud en las Américas, *Bol. Of. San. Pan.*, junio, 1969.

[5] *Coordinación de los servicios médicos—Discusiones Técnicas, XVII Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., septiembre-octubre de 1966).* Publicaciones Científicas Nos. 154 y 154-A (Suplemento), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1967 y 1968, respectivamente.

citado. De estos informes se ha dependido mayormente en la preparación de esta parte del trabajo.

Es necesario señalar que la América Latina no es un ente con características comunes. Toynbee ha señalado que la América Latina sólo tiene dos cosas en común: casi un lenguaje y el deseo de nivelar sus condiciones socioeconómicas con las de países más desarrollados. La América Latina está constituida por distintos países, en distintas etapas de desarrollo y con regiones totalmente distintas entre sí. De ahí que las generalizaciones estén fuera de lugar.

1. *Aspectos demográficos*

Se calcula que la América Latina tendrá 284 millones de habitantes en 1970 y 379 millones en 1980, si bien las variaciones en las tasas de mortalidad y natalidad pueden alterar las cifras de 1980 en unos 14 millones.

El número de personas en la fuerza trabajadora (15 a 64 años de edad) llegará a 153 millones en 1970 y a 205 millones en 1980. No habrá cambios significativos en el número de personas mayores de 65 años, pero el de menores de 15 años aumentará. Es en este grupo donde se producirán las variaciones por las tasas de mortalidad y natalidad.

Se estima que, en 1980, del 50% al 55% de la población residirá en núcleos urbanos de 20,000 habitantes o más, y del 25% al 30% en ciudades de 500.000 habitantes y más. En el informe de la CEPAL se señala, además, que se producirá una reducción considerable de las diferencias entre las características socioculturales de la población urbana y la rural, y como consecuencia se incrementará la demanda por más y mejores servicios de salud.

2. *Educación*

Uno de los asuntos que recibió especial atención en la Carta de Punta del Este fue la educación. Los datos disponibles señalan un progreso muy significativo, el cual se espera continúe durante la década del 70. En 1965, el número de escolares entre las edades de 7 a 17 años era de más del 80% en seis países; de 60% a 80% en ocho, y menos de 60% en seis. La proporción de jóvenes entre 15 y 17 años de edad matriculados en escuelas secundarias era más del 30% en seis países; de 15% a 30% en diez, y menos del 15% en cuatro. En cuanto al grupo de 20 a 24 años, la matrícula en institutos de enseñanza superior era mayor de 5% en cinco países; entre 2% y 5% en diez, y menor del 2% en cinco.

3. *Producción*

El aumento de la producción preocupa a todos los pueblos de la América Latina. En 1964 el ingreso anual per cápita en 19 países latinoamericanos, variaba de la siguiente manera: en dos, era menos de 200 dólares; en diez, entre 200 y 400 dólares; en tres, entre 400 y 600 dólares; en uno, entre 600 y 800 dólares, y en tres, más de 800 dólares. Hay que tener presente las limitaciones de este tipo de comparación.

Refiriéndose a la producción y crecimiento económico de los países latinoamericanos, el informe de la CEPAL sumariza la situación de la siguiente manera:

"En el primer decenio para el desarrollo, algunos de los países que pugnaban por escapar de la pobreza alcanzaron las metas de crecimiento que se les había fijado, o no llegaron a ellas por circunstancias fortuitas o factores que estuvieron fuera de su control. Por lo demás, los países que registraron tasas altas de crecimiento en el ingreso por habitantes, en los niveles educativos, etc., no están mucho más cerca que otros del avance sostenido hacia la prosperidad y la justicia social establecida sobre bases amplias que respondan a las esperanzas puestas en el término 'desarrollo'.

"Uno de los objetivos que más se han subrayado es el de 'eliminar la diferencia' entre los países industrializados de ingresos altos y el resto del mundo; pero actualmente se reconoce que pocos países de ingresos bajos han logrado reducir siquiera esa diferencia . . ."

Se reconoce que uno de los factores que con mayor fuerza tiende a mantener esta situación es el predominio que, en un número considerable de países latinoamericanos, tiene el crecimiento anual de la población sobre el incremento económico.

4. *Salud*

Las condiciones de salud de la América Latina han mostrado un mejoramiento gradual por muchos años, pero este proceso presenta un aumento acelerado desde la firma de la Carta de Punta del Este, en 1961. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana resume la situación en la siguiente forma:

"Las Américas son un continente en transición en el sentido de que las grandes enfermedades cuarentenales, las pestilencias del pasado, prácticamente han desaparecido, las endemias están en franca disminución y se advierten las enfermedades crónicas, cardiovasculares, mentales y el cáncer entre las cinco primeras causas de muerte en un número importante de países.

"El Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este, en el cual se establecen objetivos medibles para cada problema, representa el marco de referencia de todas las actividades que realizan hoy los Gobiernos y los organismos internacionales que los asesoran. Es una verdadera estrategia para la salud en el contexto del desenvolvimiento económico y social.

"No todo lo que los Gobiernos se propusieron en agosto de 1961 al suscribir la carta se ha cumplido, pero el progreso es sustancial."

a) *Expectativa de vida*

La expectativa de vida en los países de la América Latina en 1960 era de 60,7 años, y en 1966 llegó a 62,5; la meta de incremento fijada para este período en Punta del Este fue de tres años. Los países varían grandemente en cuanto a la expectativa de vida. En algunos es comparable a la de los países más desarrollados; en seis países (datos para los años 1960-65), era de 65 o más años; en ocho, variaba entre 55 y 64 años; en otros ocho, entre 44 y 55, y sólo en dos era de menos de 45 años.

b) *Mortalidad*

La reducción en la mortalidad infantil no ha llegado a la meta esperada en Punta del Este. La tasa promedio de Meso América bajó de 71,3% a 63,4%; la de América del Sur, de 83,9% a 73,6%, o sea que sólo se logró aproximadamente la mitad de la meta señalada. El aumento en la expectativa de vida se debe en buena parte a la reducción de la mortalidad en individuos mayores de un año. En cuanto al grupo de uno a cuatro años de edad, se alcanzó el 99% de la meta en Sur América, y 67% en Meso América.

Según los datos disponibles, se ha logrado una reducción progresiva en la mortalidad general, notándose una disminución más rápida entre la población urbana que en la rural.

Los avances alcanzados y los niveles de salud existentes en los países más desarrollados son indicativos de lo que se puede lograr, siendo, por tanto, posible reducir aun más la mortalidad infantil en todos los países del Continente, ya que hasta los más avanzados tienen todavía una alta mortalidad infantil. Las tasas de mortalidad para otros grupos de edad están más cerca de la de los países más desarrollados, aunque sigue existiendo una diferencia significativa.

c) *Morbilidad*

El registro de la morbilidad y la incapacidad que la acompaña es muy incompleto en la América Latina y no se presta a comparaciones con

los países más desarrollados; se tiene la impresión, sin embargo, de que las tasas de morbilidad y sus secuelas son considerablemente más elevadas en los países latinoamericanos.[6]

A pesar de que la información sobre morbilidad es escasa, se advierten progresos notables en relación con enfermedades específicas. Más de 60 millones de personas en América Latina viven en zonas libres de malaria, y más de 58 millones en zonas donde se lleva a cabo un programa activo, aunque todavía existe el riesgo de contraer la enfermedad. El número de defunciones por malaria fue de 43,000 en 1952 y de sólo 2,000 en 1968.

La morbilidad por tuberculosis ha aumentado a pesar de que la mortalidad por la misma ha descendido a la tercera parte de lo que era hace veinte años. Probablemente, el mayor número de casos tuberculosos se deba a un mejor registro de la enfermedad y a la reducción de las tasas de mortalidad, resultante de los nuevos métodos de tratamiento.

d) *Saneamiento ambiental*

En los últimos años se han invertido en la América Latina aproximadamente 250,000,000 de dólares en abastos de agua y en sistemas de alcantarillado. El abastecimiento de agua ha recibido atención muy especial; cerca de 100,000,000 de personas contarán con agua potable en 1970. El objetivo de la Carta de Punta del Este en este renglón se habrá cumplido en las áreas urbanas, no así en las zonas rurales donde la meta era llevar agua potable al 50% de la población; para 1970 se espera haber llegado sólo al 20%. Los problemas de alcantarillado y otros medios requeridos para la disposición de desperdicios son serios, y posiblemente están en estrecha relación con la migración de la población hacia las zonas urbanas, lo cual también agrava el problema de la vivienda en las grandes ciudades. La industrialización continuará trayendo problemas de contaminación de aire, suelo y agua, a menos que se intensifiquen las medidas preventivas de inmediato.

e) *Servicios de salud y atención médica*

El Director de la OPS, en uno de sus informes, señaló que más de 30 millones de personas en la América Latina no tienen acceso a los servicios de salud. En casi todos los países de la América Latina se habla del aumento en la demanda de estos servicios. Los pueblos están cada día más conscientes de lo que éstos significan en el bienestar del individuo,

[6] Hay una serie de estudios que han sido, y continúan siendo en este sentido, fuente de información. Son ejemplos de ello, el estudio de recursos humanos en Colombia y el estudio sobre mortalidad urbana auspiciado por la OPS.

y están cada día más convencidos de que el servicio de salud es un derecho y no un acto de benevolencia. Los que se dedican a la conservación y restauración de la salud así también lo creen; les compete, por lo tanto, analizar todos los factores envueltos en la prestación de servicios, y planificar para que la oportunidad de ejercer el derecho exista.

La disponibilidad de camas de hospital de todas clases en Meso América en 1966 era de 2,6 por 1,000 habitantes, y en América del Sur, de 3,4; en Estados Unidos y Canadá era de 8,8. No hay datos que ayuden a apreciar la calidad de los hospitales y de los servicios que en ellos se prestan. Se puede afirmar, sin embargo, que entre ellos se cuentan los rudimentarios con escaso personal y los más modernos y mejor equipados y operados.

Desde 1961 hasta la fecha no ha habido aumento en la disponibilidad de camas de hospital, pero se ha observado una mejor utilización de las mismas, evidenciada por la reducción en el número de días de la estadía promedio, el aumento del número de admisiones por cama al año y el aumento del índice de ocupación.

En cuanto a la construcción de centros de salud para hacer llegar los servicios a la población de pequeños núcleos urbanos y a la zona rural, ha habido algún progreso. Se estima, sin embargo, que 31 millones de habitantes en la América Latina no tienen fácil acceso a un servicio de salud mínimo. La concentración de personal y hospitales en las zonas urbanas está fuera de proporción con relación a la población; y aún considerando la necesidad de concentrar servicios altamente especializados en los centros urbanos, la distribución de recursos no puede calificarse como razonable.

f) *Organización y financiamiento de los servicios*

La contribución de los gobiernos centrales al sostenimiento de las actividades de salud refleja, hasta cierto punto, la disponibilidad de recursos económicos para la operación de servicios de salud. Hay que considerar que en los países más extensos y de mayor población, los estados, provincias o departamentos, y muchas veces los municipios, dedican parte de su presupuesto a salud. También hay que tener en cuenta los gastos de otras agencias gubernamentales, los del seguro social y los de la medicina privada. En 1965, de 18 países, 10 destinaron menos del 5% del erario nacional a salud; en seis, este porcentaje osciló entre 5% y 10%; en uno, entre 10% y 15%, y en otro, sobrepasó el 15%. El porcentaje menor fue 2,8 y el mayor 16,2.

El patrón de organización de los servicios de salud en los países de la

América Latina tiene ciertas similitudes. En casi todos hay un ministerio de salud o un ministerio de salud y asistencia social desde donde se dirigen los servicios nacionales preventivos y algunos curativos. En algunos países el gobierno nacional dirige todos los servicios; en otros tiene funciones normativas, asumiendo la responsabilidad de la dirección el gobierno del estado, de la provincia o del departamento. En ciertos países el municipio es directamente responsable.

Las funciones de los ministerios nacionales y estatales generalmente están relacionadas con la salud ambiental, los servicios individuales de salud a la población económicamente necesitada y los servicios de salud, como el control de enfermedades transmisibles, salud de la madre y el niño, educación del público, etc. Todos los servicios están financiados por el gobierno.

Los sistemas de seguro social han sido creados por los gobiernos y operan con cierta autonomía. Son financiados con aportaciones de los trabajadores y los patrones, más subsidios gubernamentales. Su función es la prestación de servicios individuales curativos a los asegurados, en su gran mayoría trabajadores de la industria y oficinistas, y, en algunos países, a sus familiares. Algunos sistemas de seguro social prestan servicios de medicina integral e incorporan medidas de medicina preventiva.

La medicina privada se ocupa también de la prestación de servicios de medicina curativa y sirve a aquellos individuos que pueden sufragar el costo directamente. Fuera del seguro social, son pocos los seguros de salud en la América Latina. Muchas personas de bajo nivel económico, que bien se podría decir que no pueden pagar por la medicina privada, lo hacen probablemente sacrificando otras necesidades. La escasez o inexistencia de servicios públicos, las largas esperas en las consultas o el trato impersonal que en ellas reciben, obligan a personas que por sus escasos recursos debieran recurrir a los servicios de salud de la comunidad, a utilizar la medicina privada.

En cuanto a financiamiento, disponibilidad de personal, hospitales y otros recursos, la medicina privada está mejor provista. Su clientela se limita a personas que pueden pagar, o sea que sirve a la élite del país.

El seguro social se considera el segundo mejor provisto. Además del subsidio gubernamental, cuenta con la aportación directa o indirecta de trabajadores y patrones. El seguro social sólo atiende a los asegurados.

Los económicamente necesitados deben recurrir a los servicios gubernamentales. En los países de la América Latina este grupo constituye la gran mayoría. Por lo general, la aportación per cápita de los gobier-

nos a estos servicios es una fracción de lo que cuesta la medicina privada o el seguro social. El servicio gubernamental es el peor provisto de recursos, lo que resulta en pobre calidad y, en ocasiones, en ausencia total de los mismos.

Esta situación es mucho más complicada de lo que es posible describir en este trabajo; algunos ejemplos ilustran el desperdicio de esfuerzo a que conduce.

Un gran número de médicos trabajan a tiempo parcial con el gobierno y con el seguro social, a veces con más de un contrato en cada caso, además de ejercer la práctica privada. Sólo transportarse de una oficina a otra en las grandes ciudades les toma una cantidad de tiempo útil considerable. Generalmente trabajan con el gobierno en la mañana, con el seguro social en la mañana o en la tarde, y ejercen su práctica privada en las últimas horas de la tarde y en las primeras de la noche. Esto explica que aun hospitales grandes carezcan de servicios médicos durante las tardes y noches.

En algunos países el seguro social tiene sus propios hospitales. No es raro hallar en una población un hospital del seguro frente a uno del ministerio, cuando uno sólo podría rendir el servicio necesario.

g) *Recursos humanos*

En 1966 se informó que en la América Latina había un promedio de seis médicos por cada 10,000 habitantes, con una gran variación entre un país y otro. Esta relación es más o menos la mitad de la existente en países desarrollados.

Los recursos para la prestación de servicos de salud, tanto colectivos como individuales, son muy limitados. Un país tenía menos de dos médicos por 10,000 habitantes, y en solo cuatro la relación era de más de seis. Toda Latinoamérica tenía tres enfermeras graduadas por 10,000 habitantes, lo cual representa menos de la décima parte de la relación existente en los países desarrollados; y la relación de enfermeras prácticas era de 7,6, menos de la quinta parte de la disponible en los países desarrollados.

La información ofrecida en relación con médicos y enfermeras se aplica por igual a odontólogos, personal de saneamiento, laboratoristas y otro personal asociado. De hecho, la escasez de personal auxiliar o asociado es relativamente mayor que la de personal médico propiamente dicho. Se presenta, pues, la situación en la cual el escaso personal profesional está asignado a posiciones y actividades que pueden ser desempeñadadas más económicamente por personal auxiliar si éste existiera en número suficiente.

En los últimos años se han creado nuevas escuelas de medicina, y se han organizado programas para el adiestramiento de personal auxiliar en varios países. No fue posible obtener datos sobre el futuro número de graduados o sobre la relación del personal profesional y el auxiliar.

PERSPECTIVA FUTURA

Es un hecho que la comunidad tendrá una mayor participación en la prestación de servicios de salud. La mayoría de los países latinoamericanos pasan o han pasado ya por la etapa de las enfermedades transmisibles, durante la cual la participación del individuo fue más bien de carácter pasivo. Al pasar a la etapa de las enfermedades degenerativas y metabólicas de larga duración, que implica la práctica de la prevención secundaria, es obvio que su participación continua adquiera mayor importancia. Además, como la población reconoce cada día más los beneficios que recibe de los servicios de salud y aumenta la demanda de los mismos, sin ser posible una expansión adecuada, se hace necesaria la participación inteligente de los interesados para determinar el establecimiento de aquellos servicios de mayor utilidad. En el futuro los servicios de salud dejarán de ser asunto que compete mayormente a los proveedores; llegarán a ser más y más de la competencia de la comunidad, del proveedor y del consumidor por igual.

Las condiciones de salud de los pueblos de la América Latina continuarán mejorando durante la próxima década, con un posible aumento en el ritmo de mejoramiento. Es posible reducir la mortalidad general y especialmente la mortalidad infantil que, aun en los países mejor desarrollados, es alta. Es posible reducir la morbilidad, especialmente la de las enfermedades transmisibles que aun son causa de endemias en algunos países. La aceleración de esta parte del proceso requiere una mejor utilización de los recursos disponibles y futuros.

El mejoramiento de los servicios para promover el bienestar y reducir el sufrimiento que produce la enfermedad, requiere de asistencia médica de buena calidad, la mejor que pueda obtenerse con los recursos disponibles. Esto podrá lograrse extendiendo los servicios a toda la población mediante un sistema de tipo regional, pero el sistema deberá funcionar de tal manera que el individuo pueda recibir el servicio dentro del mismo, por el personal capacitado.

El crecimiento de la población, una mejor educación y los cambios de actitud de la población, y la urbanización, entre otros factores, resul-

tarán en un aumento en la demanda y en la necesidad de servicios. Los recursos disponibles, sin embargo, no son suficientes, y su ritmo de crecimiento tampoco indica que lo serán en el futuro. Es de esperar, en este sentido, una crisis o la agudización de la situación donde ya existe. Se pueden considerar varias alternativas en la acción a tomar.

La organización de recursos en la prestación de servicios de salud surgió cuando las enfermedades transmisibles todavía constituían el principal problema de salud. Hasta dónde se justifican los tres sistemas existentes en la mayoría de los países, es asunto que hay que esclarecer. ¿Deben integrarse éstos en un servicio nacional de salud, deben coordinarse mejor, deben desintegrarse en muchos otros sistemas? ¿Cómo se deben organizar y administrar estos sistemas para lograr una distribución equitativa de los servicios y procurar un mejoramiento continuado en la salud?

El crecimiento económico en la América Latina no augura grandes recursos económicos adicionales en el futuro mediante los métodos hasta ahora usados en financiamiento. ¿Qué otras fuentes se pueden explorar?

La utilización de personal auxiliar de los países en desarrollo es mínima comparada con la de los países más desarrollados. Esto es resultado, en parte, de la actitud de los médicos y, en parte, de su capacitación. Por otro lado, la única manera de ampliar y mejorar los servicios de salud es mediante la utilización de un gran número de auxiliares. ¿Cómo se podrá lograr esto?

ABRAAM SONIS y HUGO BEHM ROSAS

Papel de las escuelas de salud pública en la educación médica

RESPONSABILIDAD EN LA FORMACION DE MEDICOS

Las escuelas de salud pública tradicionalmente se mantuvieron al margen de las facultades de medicina en lo que atañe a la formación de médicos. Como resultado de un proceso complejo, las facultades de medicina resistían la incorporación de la salud pública, tanto desde el punto de vista conceptual como institucional, en tanto que las escuelas de salud pública reaccionaban aislándose cada vez más.

En los últimos años, como consecuencia de considerarlas como elementos de un mismo sistema, se registra una creciente integración entre ambas que parece ser una tendencia de gran vigencia futura.

La relación de las escuelas de salud pública con las facultades de medicina, si bien asume características decisivas cuando su dependencia es universitaria, debe existir igualmente, sea cual fuere el ámbito administrativo a que pertenecen. Una escuela de salud pública, por el hecho de depender de un ministerio de salud pública, no pierde su responsabilidad en lo referente a la educación médica de pregrado.

La relación de las escuelas de salud pública con las facultades de medicina, por otra parte, debe visualizarse en el amplio contexto de las transformaciones que está sufriendo la educación médica así como la salud pública y su enseñanza.

En pocas palabras se podría decir que los cambios ocurridos en los

• El Dr. Sonis es Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; y el Dr. Hugo Behm Rosas es Director de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

• Documento de trabajo presentado en la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

últimos años en el campo de la educación médica están dirigidos a formar un tipo de profesional diferente del que se ha venido formando. Dentro de este proceso, es posible que lo más importante sea orientar la enseñanza en función de las características del médico que se pretende formar.

Hasta hace poco, las facultades de medicina no definían explícitamente el tipo de médico que querían obtener; el egresado salía preparado para atender la patología del individuo enfermo, en servicios hospitalarios o en clínicas privadas, según sus recursos, como si este individuo fuera un ente aislado de la sociedad donde vive, y como si la sintomatología que lo aquejaba, fuese el centro de gravedad de la salud. El tipo de médico que se tiende a formar hoy día es, por el contrario, el de un médico líder de un equipo de salud, con conocimientos de la patología y de la realidad sanitaria de la comunidad en que vive y en la cual debe actuar, apto para el manejo de los recursos comunitarios que contribuyen al mantenimiento y a la recuperación de la salud, con un concepto integral de ésta, con una conciencia clara de su misión como universitario, y con capacidad para administrar y adiestrar al personal que trabaja a sus órdenes.

En la formación de este tipo de médico, las escuelas de salud pública, si bien no tienen la responsabilidad primordial, deben desempeñar un rol importante por ser, en muchos casos, los centros donde mayor desarrollo han adquirido los conceptos y las técnicas que sirven de base a la nueva orientación. Como ejemplo de tal aseveración podrían mencionarse las siguientes áreas:

1. El enfoque del fenómeno salud-enfermedad con criterio científico requiere que se tengan suficientes conocimientos de estadística y epidemiología. Para el enfoque de la salud y la enfermedad como epifenómenos del ambiente en el cual el individuo se mueve, es indispensable el conocimiento epidemiológico, cuya mejor puerta de entrada en la educación médica son las escuelas de salud pública. No se nos escapa tampoco la importancia que las ciencias sociales tienen en este asunto, dada la utilidad que para el profesional tiene el conocer la sociedad y el hombre que atiende, y entender y participar eficientemente en las organizaciones sociales que son los servicios de salud.

2. Para el nuevo tipo de médico es fundamental conocer el sistema de atención médica en el cual deberá actuar, así como tener una idea clara de las instituciones que operan en el campo de la salud y de su funcionamiento, a fin de aprovechar todos los recursos comunitarios para la

atención de la salud. Esto evitará que solo unos cuantos médicos se dediquen a la administración de servicios y que la gran mayoría de ellos se mantenga totalmente ajena al manejo del sistema de atención del cual forman parte y del que constituyen los niveles operativos.

3. Hace ya algún tiempo se viene sosteniendo que uno de los problemas más serios de la medicina actual y que tiene su base en la educación médica, radica en la fragmentación de los conocimientos como consecuencia de su creciente complejidad.

La tendencia hacia la especialización, que ha permitido profundizar los conocimientos en la medicina y que ha hecho posible una mejor atención médica, lleva en sí un riesgo que repetidamente se ha hecho notar y que es la fragmentación en la visión del hombre y del enfermo, así como el aislamiento del médico dentro de los límites de su especialidad.

Tal tendencia, que sin duda ha de continuar en el futuro y que quizá sea necesario que continúe, debe ser contrabalanceada por enfoques de síntesis que consideren al hombre y a su ambiente como un todo. Probablemente el sanitario sea uno de estos enfoques de síntesis que permite visiones conjugadas de la realidad que se consideran indispensables para evitar la fragmentación señalada. La comprensión de la importancia de la interacción hombre-sociedad podrá poner a cubierto al médico de las visiones unilaterales, tan comunes hoy; quizá pueda evitarse así que el estudiante y, más adelante, el médico, se ocupen sólo del órgano enfermo. Este enfoque debe adquirirse desde el comienzo de la carrera.

4. La demanda creciente de servicios médicos por parte de núcleos cada vez más amplios de población; el aumento de la expectativa de vida sin agregar vitalidad a los años adicionales que se viven; el incremento de las afecciones crónicas y degenerativas, y el aumento del costo de la atención médica, son algunos de los muchos factores que han obligado a dar énfasis a la medicina preventiva.

El éxito obtenido en la prevención de las enfermedades transmisibles da base para proyectar hacia las no transmisibles la idea de una prevención eficiente y a bajo costo. Sin embargo, la tecnología médica moderna no siempre significa una medicina preventiva con un rendimiento de nivel aceptable.

La nutrida experiencia de casi todas las escuelas de medicina revela que no es fácil implementar la enseñanza de los aspectos preventivos; en la mayoría de los casos su enseñanza como materia separada de la

clínica la transforma en un barniz que el alumno no internaliza y que nunca aplica en su práctica posterior. Su enseñanza durante toda la carrera, marca una etapa intermedia que creemos se está cumpliendo en la actualidad, y que deberá ser seguida por una integración de la enseñanza de aspectos preventivos y colectivos con los curativos e individuales de la medicina.

La participación de las escuelas de salud pública en esta integración puede resultar muy importante dado que, en gran medida, la misma debe apoyarse en un enfoque epidemiológico de la afección en cada paciente. Creemos que este enfoque clínico-epidemiológico señala una orientación básica para la medicina del futuro a través de investigaciones que abren la posibilidad a enfoques más integrales de la patología así como de su prevención. Por otra parte, la aplicación de estos enfoques preventivos a la totalidad o a la gran mayoría de la población, que es el campo de actividad de la salud pública, también debe ser presentada en forma integrada a los estudiantes de medicina en las unidades hospitalarias.

Además de las consideraciones anteriores, debe tomarse en cuenta que en el *continuum* que es la formación y perfeccionamiento de los cuadros profesionales de salud, la vinculación de los distintos grupos facilita un programa integral de largo alcance, fortalece la formación de grupos académicos funcionales y estimula el perfeccionamiento de la enseñanza y de los mismos profesores.

En la consecución de los fines señalados, sería recomendable que las escuelas de salud pública realizaran, entre otras, las siguientes actividades:

1) Dictar cursos o unidades de enseñanza destinados a la formación y perfeccionamiento de los docentes de las escuelas de medicina, en especial de los profesores de medicina preventiva, medicina social u otras disciplinas similares.

2) Participar en el proceso de revisión y perfeccionamiento de los programas de formación de médicos y otros profesionales del sector salud, de modo que ellos lleven a la producción de profesionales adecuados en cantidad y calidad a las necesidades del país.

3) Fomentar y participar en investigaciones que contribuyan a: a) definir las necesidades de profesionales y otros grupos técnicos en el sector salud; b) precisar los objetivos de la educación de estos profesionales, determinando las características que deben tener los egresados de acuerdo con las condiciones actuales y futuras (deseables) de la atención

médica en el país; y c) evaluar el logro de estos objetivos e impulsar el continuo perfeccionamiento de los planes educacionales pertinentes.

4) De un modo más general, participar en la definición de una política de formación y perfeccionamiento de los recursos humanos en el sector salud, y determinar las responsabilidades que las distintas instituciones deben asumir en ella.

No cabe duda que estas modificaciones de la educación médica repercutirán en la docencia de postgrado de la salud pública que hasta ahora ha debido, en gran medida, suplir las deficiencias formativas previas.

La experiencia de las distintas escuelas de medicina revela que los alumnos pueden adquirir, a nivel de pregrado, conceptos a los cuales el curso de salud pública debería dedicar parte de su tiempo. Una vez que los médicos se hayan formado bajo planes de estudio actualizados, la enseñanza de postgrado de la salud pública podrá y deberá orientarse hacia la profundización de técnicas que hoy no es posible encarar por falta de tiempo.

RELACIONES ESTRUCTURALES CON LAS FACULTADES DE MEDICINA Y LA UNIVERSIDAD

No resulta fácil discernir sobre fórmulas operativas eficaces en relación con este tema, dado que los aspectos conceptuales y administrativos se influyen mutuamente. En gran medida, la organización futura de las escuelas deberá acomodarse a las modificaciones que surjan de los cambios en la enseñanza, y el éxito que se alcance con tales cambios dependerá de lo adecuado que resulten las estructuras. Además, el distinto panorama que presenta cada una de las facultades y universidades no permite fijar directivas o fórmulas de aplicación común. Se estima conveniente, por lo tanto, señalar algunos conceptos generales.

La departamentalización, que ha tomado tanto auge en los últimos años, tiene un valor relativo si la juzgamos aisladamente. Pierde sentido si no resulta, por una parte, de una redefinición de los fines y funciones de la universidad ante la sociedad y, por la otra, del consiguiente cambio de actitudes y de la plena conciencia que de su rol tienen los integrantes de la universidad. Requiere, asimismo, una conducción de la universidad en la cual tengan participación responsable todos los componentes de la comunidad universitaria de acuerdo con la idiosincrasia de cada uno de ellos.

En líneas generales, las experiencias que se decida poner en marcha deberán coincidir con la realidad de cada caso y estar de acuerdo con el tamaño, la estructura, la organización y las características político-culturales de cada organismo universitario en particular. No presenta el mismo panorama una universidad de reciente creación que otra de larga tradición y estructura cristalizada, ni tampoco una institución que agrupa miles de alumnos que otra pequeña. Lo que es inevitable es la puesta en marcha de nuevas experiencias en todas y cada una de ellas.

Quizá éste sea uno de los casos en los cuales la apreciación de la coyuntura adquiere un valor fundamental. Las características y el estado por el cual pasa cada una de las instituciones, adquieren una importancia fundamental en la puesta en marcha de los cambios. Daría la impresión de que en las universidades con gran número de alumnos, ubicadas en grandes ciudades, la departamentalización de toda la universidad presentaría inconvenientes casi insuperables, y la vía operativa parecería ser la departamentalización de las facultades.

La existencia de problemas administrativos, políticos o estratégicos, obliga, en muchos casos, a introducir los cambios de un modo paulatino. La incorporación de determinadas disciplinas (epidemiología, demografía, etc.) en forma de asignaturas, puede transformarse en un factor contrario al cambio estructural si lleva implícita la creación de una nueva cátedra, ya que vendría a reforzar así la estructura tradicional de las instituciones.

La falta de ortodoxia en lo que se refiere a una modificación óptima del plan de estudios, así como la necesidad de proceder a la promoción de cambios sin alteraciones drásticas y mientras la enseñanza prosigue, obliga a ensayar esquemas prácticamente originales en cada uno de los casos. Esto tiene especial aplicación si lo referimos a la ubicación de una escuela de salud pública como organismo docente de postgrado que al mismo tiempo tiene responsabilidad en la docencia de pregrado en una escuela de medicina.

En efecto, en los últimos tiempos ha habido una tendencia a unificar las escuelas de salud pública con las cátedras de higiene y medicina preventiva en departamentos responsables de la enseñanza, tanto en el pre como en el postgrado. Si bien las experiencias son recientes, esta combinación parece señalar la vía operativa más indicada para el futuro, dado lo promisorio de los resultados que se comienzan a apreciar en las facultades que las han puesto en práctica. Se comienza a romper la barrera entre la enseñanza de pre y postgrado, se intercambian experiencias en un equipo multiprofesional y multidisciplinario, hay flexi-

bilidad y permeabilidad para el mejor uso de recursos comunes, y se definen políticas de docencia, investigación y formación académica en un contexto más amplio y más estimulante.

Quizá, para las escuelas de salud pública, ello signifique pérdida de independencia y de agilidad administrativa en el manejo de las actividades de postgrado, pero, aparte de que pueden tomarse precauciones que permitan un manejo eficiente del departamento, estimamos que el precio vale la pena, comparado con los beneficios que se pueden obtener.

Para aquellos casos en que la solución arriba descrita aun no es posible, restan todos los mecanismos de coordinación. Lo importante es que las escuelas de salud pública sientan la necesidad e impulsen estas relaciones de trabajo sin mantenerse enquistadas en lo que fueron sus funciones tradicionales.

Un punto crítico en este campo lo constituye la necesidad de formar personal docente capaz de llevar a cabo las tareas señaladas. La enseñanza de la epidemiología para una visión práctica de la medicina preventiva, la multicausalidad en el estudio de la patología, la enseñanza del fenómeno salud-enfermedad en relación con todas las variables del medio, etc., exigen una interrelación estrecha entre materias básicas y clínicas así como con disciplinas que forman la salud pública. Quizá el trabajo más importante en todo este proceso sea la formación de personal de alto nivel necesario para encarar con éxito este cambio, y ello deberá realizarse a través del trabajo conjunto de los docentes de todas las disciplinas, cualquiera sea su campo. En el hospital docente del futuro, que será asiento de todas las disciplinas que confluyen en una escuela de medicina, incluso las básicas, tendrá su lugar el especialista en las distintas orientaciones de la salud pública (administración, estadística, epidemiología), integrado al resto del equipo de salud, no sólo en la docencia sino también en trabajos de investigación y en los programas de terreno.

El problema, en la práctica, concierne, pues, a los mecanismos que puedan establecer mejores relaciones funcionales entre los docentes de la escuela de salud pública y las escuelas de medicina, haya o no integración. Entre estos procedimientos adquiere importancia la discusión conjunta de los fines y funciones de la universidad en general, y en particular de las facultades y escuelas del sector salud frente a la sociedad. En el mismo sentido, cabe señalar la elaboración conjunta de los planes de enseñanza que, en cuanto definen objetivos precisos derivados del estudio de la situación nacional, permiten visualizar el fin perseguido más allá de la barrera de la especialización.

La formación y el perfeccionamiento de los docentes con esta visión global, de conjunto, encuentra sus posibilidades de realización a través del propio desarrollo de un programa de enseñanza médica integrador. Los docentes clínicos y de salud pública que acompañen a los alumnos en una práctica en equipo que se extienda del hospital docente a la comunidad o a hospitales rurales, están aprendiendo, tanto como ellos, a trabajar en equipo para una medicina integral.

RELACIONES CON OTRAS ESCUELAS Y PROFESIONES

Estas relaciones se dan en un marco de gran amplitud y de distintos niveles y, aun para el más general de los enfoques, debemos hacer una primera distinción entre aquellas especialmente conexas por compartir una base biológica común, como medicina, odontología, enfermería, farmacia, etc., y aquellas otras con las que encontramos áreas de convergencia, tales como las ciencias sociales, políticas, económicas o exactas.

Por supuesto que la ya citada departamentalización de facultades y universidades, constituye la base y fija el marco dentro del cual se deben considerar estas relaciones. Asimismo, y más allá del problema de las estructuras y de la organización, lo que debiera unir a los universitarios no son solamente los aspectos comunes de sus respectivas disciplinas, sino la internalización de los fines y las funciones generales de la universidad, pudiendo ser éste uno de los productos más interesantes del proceso de cambio que están experimentando las universidades.

1. *Relación con disciplinas conexas*

Desde el punto de vista de la salud, el problema debe enfocarse teniendo como directiva central la formación del equipo. Por largos años en salud pública se ha insistido en la necesidad de ejecutar las actividades a través del equipo de salud, y con toda razón se insiste también en que no debe hablarse del médico sino del equipo que se necesita.

La experiencia demuestra que el intento de formar equipos con personal adiestrado de acuerdo con los criterios tradicionales hoy en vigencia, resulta sumamente difícil dado el encasillamiento y la deformación profesional con que egresan los alumnos de las distintas carreras.

El estudio de las distintas instituciones que se desenvuelven en nuestro campo, revela claramente en qué medida la gran mayoría de los problemas que surgen y que dificultan el cumplimiento de las activi-

dades, se deben a una patología institucional cuyo origen reside en la deformación profesional de sus componentes, difícil de corregir una vez producida, dada su rigidez. Las modificaciones que se buscan favorecerán, por el contrario, la adaptación al trabajo en equipo. No cabe duda que un médico que egrese identificado con los objetivos que hoy se pretenden para la educación médica, buscará y aprovechará todas las posibilidades de trabajar en equipo, y lo mismo puede decirse de las otras profesiones.

Por supuesto que esta formación de médicos, enfermeras, odontólogos, etc., naturalmente aptos para el trabajo en equipo, significa modificaciones fundamentales en la enseñanza. Una vez más, formación de recursos humanos y manejo de los servicios, aparecen como un sistema que debe ser visto integralmente. Tal como se especifica más arriba, las modificaciones que deben realizarse en los hospitales para transformarlos en centros de salud comunitarios, transforman de por sí el ámbito de trabajo de los estudiantes, llevándonos a un tipo de enseñanza en la cual la integración en equipo, además de producirse naturalmente, es condición básica para su realización.

2. *Relación con disciplinas convergentes*

Huelga insistir en la importancia que las ciencias sociales, económicas, políticas, etc, tienen en las actividades de salud y, en consecuencia, en la enseñanza de las profesiones responsables del cuidado de la misma.

La experiencia de los últimos años muestra no sólo la prevalencia de los factores económicos, sociales o políticos en el nivel de salud de una región, sino también, desde un punto de vista muy concreto, su importancia en la ejecución de los programas del sector salud. Muchos de ellos han fracasado por no tener en cuenta —y esto se ha dicho hasta el cansancio— las condiciones que influyen sobre el marco en el cual se desenvuelven las actividades de salud, indispensables para una visión global de los problemas. Lo que importa señalar es que estas condiciones no deben ser vistas como exteriores al sistema salud, sino como constituyentes de la realidad con la cual debemos trabajar.

Como factor promisorio cabe señalar el gran interés que los especializados en esta materia empiezan a mostrar por el sector salud y el número creciente de trabajos interdisciplinarios que comienzan a aparecer. Sin embargo, estos profesionales han sido educados en el criterio parcial que caracteriza la formación profesional actual, y su integración al campo de la salud requiere adaptación previa. Múltiples procedimientos se están poniendo en práctica a fin de concretar esta

adaptación: desde seminarios y cursillos, hasta la realización del curso básico de salud pública, pasando por trabajos de investigación en común. Esto está siendo complementado por estudios formales que numerosos médicos especializados en salud pública realizan en estas disciplinas a fin de concretar las áreas comunes.

La necesidad de introducir las ciencias sociales en la enseñanza de la medicina, ha llevado en ocasiones a su incorporación en forma de asignaturas en los planes de estudio, lo cual si bien significa un sensible adelanto, no puede ser sino un primer paso que debe ser substituido rápidamente por una enseñanza verdaderamente integrada, objetivo que se espera lograr en los próximos años. Las experiencias en marcha son realmente reveladoras de interesantes posibilidades al respecto; sólo nos permitimos subrayar que este trabajo de integración de los planes de estudio debe basarse en experiencias concretas y prácticas llevadas a cabo en áreas particulares y, reconocida la falta de ortodoxia, debe ser objeto de revisiones periódicas, a medida que se vayan observando los resultados. Quizá debamos recordar, a riesgo de parecer insistentes, que la formación de los docentes aptos para poner en marcha experiencias de este tipo, con la imaginación, el conocimiento y la dedicación que las mismas requieren, constituye el punto clave en el éxito de los cambios buscados.

ESCUELAS DE SALUD PUBLICA, UNIVERSIDAD Y DESARROLLO

El rol de las escuelas de salud pública en relación con el desarrollo, debe ser considerado dentro del cuadro general de las relaciones de la universidad con la sociedad y sus problemas. La escuela de salud pública, al formar parte de una universidad, incrementará las posibilidades de cumplir con su responsabilidad y, al mismo tiempo, contribuirá a que el organismo universitario se incorpore a la solución de los problemas de la comunidad a la cual pertenece. En el marco que señala esta doble relación, nos permitimos incluir algunos matices que juzgamos interesantes:

1. Han sido materia de discusión las posibilidades reales del sector salud para mejorar el nivel de salud de una población, dado el valor que tienen en la determinación del mismo los factores socioeconómicos condicionantes.

Por un lado, existe una corriente de opinión que insiste en la importancia que tiene una programación adecuada, una óptima distribución

de recursos y una ejecución eficiente de las actividades, en el mejoramiento del nivel de salud de una población.

Otra corriente de opinión, por el contrario, afirma que son los factores condicionantes los fundamentales, y que lo que pueda conseguirse exclusivamente del sector salud no es significativo, sobre todo en aquellos países o áreas con niveles de ingreso muy bajos.

En el momento de asumir una posición, el especialista en salud pública no puede ignorar los conocimientos y las técnicas a su disposición, los cuales debe utilizar al máximo, tratando de obtener todo el provecho posible de los recursos a su cargo; pero también debe estar consciente de las limitaciones que existen para solucionar los problemas desde el sector salud. Ante este planteo, hay consenso en que el mejoramiento del nivel de vida, consecuencia de la promoción económico-social, es indispensable para asegurar mejores condiciones de salud.

Las escuelas de salud pública, por lo tanto, deberán contribuir a este proceso, formando profesionales que, a la vez que posean un alto nivel técnico, contribuyan a transformar las universidades en un factor promotor del desarrollo.

2. Como el desarrollo económico-social es fundamentalmente un cambio de estructuras, se ha dicho, y con razón, que todo el proceso puede considerarse como un conflicto entre los partidarios de una sociedad rígida y cerrada y los que abogan por una sociedad abierta y de gran movilidad que posibilite los cambios. Este conflicto se plantea en todos los sectores y la opción, sea explícita o no, es inevitable.

Para quienes se desempeñan en el campo de la salud, optar por una sociedad abierta significa contribuir a solucionar los problemas de salud al favorecer las modificaciones que llevan al mejoramiento del nivel de vida de la población. La coherencia consigo mismo exige, pues, del sector salud, una alianza natural con quienes en sus respectivos sectores comparten lo que se ha dado en llamar la "coalición modernizante."

3. Si la universidad ha de jugar un papel de primera línea en el desarrollo de un país, cada una de sus escuelas debe cumplir funciones significativas en el área de su incumbencia, ya sea asesorando o investigando aquellos aspectos que son esenciales para el éxito de todo el proceso.

En el caso particular de la salud pública, los programas pueden adquirir gran valor si éstos significan el desencadenamiento de un proceso de desarrollo comunitario. Programas de salud que persigan como único objetivo la reducción parcial de los indicadores que señalan las

malas condiciones de vida y de salud de una región, dejando a un lado la solución de condiciones responsables de estos indicadores y de los estrangulamientos o rigideces que impiden un cambio en las estructuras, son programas destinados al fracaso aunque obtengan éxitos temporarios. Por tanto, la importancia de los programas de salud, deberá ser medida, no sólo por los resultados cuantitativos que se obtienen, sino por los cambios cualitativos que introducen o producen en la comunidad, los cuales promueven tanto su organización como su desarrollo.

4. Las acciones de la universidad tienen grandes repercusiones en la comunidad nacional por la jerarquía intelectual de quienes forman parte de ella, en virtud de lo cual, el efecto de demostración que pueden alcanzar tomas de posición, actitudes y formas de trabajo que la universidad desarrolle, adquieren gran trascendencia dentro de la sociedad. El hacer suyos los objetivos del desarrollo económico-social, el tratar de alcanzarlos por la suma de esfuerzos de numerosas disciplinas sin que interfieran diferencias políticas o ideológicas, puede servir de ejemplo claro de cómo pueden unirse los esfuerzos en pro del objetivo común.

Las ciencias de la salud, por ser un campo especial de confluencia de disciplinas que se relacionan tanto con el conocimiento biomédico como el social —en el cual diversos profesionales trabajan organizadamente al servicio del bienestar de la comunidad y de cada uno de los individuos que la componen— deben formar a sus alumnos teniendo en cuenta estas directivas, haciendo posible en esta forma que sus egresados se conviertan en verdaderos líderes de los cambios que se propician en la comunidad en la cual actúan.

GUILLERMO RESTREPO

Desarrollo de la América Latina y responsabilidad de las escuelas de salud pública en la formación de personal

INTRODUCCION

La historia de la humanidad revela cómo el concepto filosófico del Estado está determinado por las condiciones socioeconómicas y culturales de una comunidad en un momento dado. Podríamos asegurar que la imposición y realización de una etapa modifica el ambiente ecológico de tal manera que hace necesaria la aparición de otra, puesto que en su avance va dejando atrás la misma revolución que la provocó. Para algunos, este fenómeno social ha sido continuo, progresivo y fruto de la dinámica social interna de algunos sistemas; para otros, es función de los hombres realizar el cambio, dirigiendo las comunidades hacia una meta determinada, de acuerdo con las estructuras vigentes y con sus propias concepciones políticas. Es así como en el siglo XX asistimos a una orientación diferente donde las funciones del Estado han cambiado; y aun en aquellas sociedades en donde se sigue considerando el individualismo como la principal política filosófica de su orientación, los gobiernos toman, cada vez más, acciones conducentes a reglamentar la vida en sociedad, a organizar los recursos y, en conjunto, la comunidad, con miras al bienestar de todos los ciudadanos del país. Si lo anterior

• El Dr. Restrepo es Director de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

• Documento de trabajo presentado en la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

es un hecho, más cierto aun es que los sectores salud y educación han servido de punto de avance en el proceso cada vez más agresivo de la socialización. Por lo tanto, los distintos enfoques en la formación de profesionales de la salud deben surgir del análisis cuidadoso de esta situación, teniendo en cuenta su estado actual y los cambios que en ella se deben efectuar.

Basándonos en lo expuesto, consideramos que la preparación del personal de salud debe cubrir los siguientes niveles: 1) Formación de postgrado; 2) educación continuada; 3) formación de pregrado, y 4) formación de personal intermedio y auxiliar.

FORMACION DE POSTGRADO

En la estructura de los programas docentes del nivel de postgrado, deben tenerse en cuenta una serie de aspectos muy importantes, algunos de ellos ya expresados por mí en la Quinta Reunión de Directores de Escuelas de Salud Pública, y como considero que siguen teniendo plena vigencia, me parece pertinente repetirlos:

"Indudablemente que en el contexto de la enseñanza de la medicina preventiva y de la salud pública se están operando cambios de gran importancia en la mayoría de las escuelas de medicina. Por ello, deseo hacer un breve análisis de lo que, a mi juicio, han sido, son y serán las escuelas de salud pública, y de la importancia que tienen en la formación de profesionales de la salud.

"En un primer momento, dada la organización y filosofía generales de los estudios, la universidad formaba fundamentalmente un tipo de profesional para aplicar sus conocimientos al nivel del individuo o de la empresa privada. Por lo tanto, en la formación del médico, el estudio de la clínica y de algunas ciencias básicas biológicas constituyó el elemento fundamental, por no decir único, de su preparación.

"A medida que el Estado fue modificando un tanto su filosofía, de simple acción policíaca a la de reglamentación de actividades humanas en los distintos campos, se hizo necesaria la vinculación del médico a las actividades públicas. Dado que estos profesionales no estaban capacitados para llevar a cabo la nueva labor encomendada, surgió la necesidad de prepararlos en escuelas especiales, donde adquirieran por primera vez conocimientos básicos sobre administración, epidemiología y estadística, además de otra serie de materias que les permitiera organizar los programas y entender la enfermedad como fenómeno de masa. Sur-

gieron entonces los cursos de Magister o Maestro y Licenciado que, con pocas variaciones en su forma y contenido, se adoptaron en la mayoría de las escuelas de salud pública de la América Latina.

"Pero el proceso que había dado lugar a este fenómeno no se detuvo, y las políticas sociales fueron haciéndose cada vez más agresivas, hecho que, al ser reconocido por las universidades en sus distintos niveles, dio como resultado, en una segunda etapa que actualmente vivimos y que cada día se perfecciona más, la incorporación en los planes de estudios médicos, odontológicos, de veterinaria, de enfermería, además de las materias que enseñan a reconocer y tratar la patología a nivel individual, aquellas de diagnóstico y tratamiento de la patología de la comunidad, base fundamental de la especialidad en salud pública.

"Es interesante observar que en muchas escuelas de medicina, el contenido y el tiempo dedicados a la enseñanza de estadística, epidemiología, sociología, etc., durante los años de educación profesional, igualan o superan los del tradicional programa de Magister. Materias como bacteriología y parasitología no sólo se dictan de una manera racional, sino con una gran orientación hacia el reconocimiento epidemiológico del problema y sus posibles soluciones.

"Lógicamente, los sanitaristas no han sido ajenos a estos hechos, y los distintos seminarios de enseñanza de la medicina preventiva han recomendado incorporar en los planes de estudio de las diferentes facultades la medicina preventiva y la salud pública, como materias básicas en la preparación de los médicos generales que necesita un país.

"Desde luego, la función que las escuelas de salud pública cumplen en esta segunda etapa, es completamente distinta a la realizada en la anterior. La orientación que se le dé a los cursos en este período debe tomar en cuenta las diferencias fundamentales entre el profesional que se forma hoy día y el de hace cinco, diez o más años. Por esta razón los planes de estudios deben ser dinámicos y flexibles.

"En una tercera etapa, cuyo paso desde la anterior debe ser muy gradual, las escuelas de salud pública deben preparar un tipo de profesional a un alto nivel, cuya función fundamental sea la de servir como docente, investigador o ejecutivo de categoría superior. La realización de este tipo de función requiere una gran agilidad por parte de las escuelas; es decir, una revisión constante de sus planes de estudio y un cambio completo en la metodología de la enseñanza. Esta debe dejar de ser del tipo fundamentalmente teórico y convertirse en una docencia práctica de pequeños grupos, dirigidos por profesores y con acceso a laboratorios, hospitales y centros de salud."

Otros hechos de importancia que deben tenerse en cuenta, son los cambios sociales y culturales que están ocurriendo en la América Latina. Estos no se analizan en este trabajo por constituir temas de otras ponencias.

A nuestro modo de ver, el objetivo docente más importante de las escuelas de salud pública lo constituyen los programas de postgrado. Estos tienen como fin preparar los altos dirigentes de la salud pública de un país, quienes, a su vez, deben estar debidamente capacitados para poder establecer las políticas a seguir, administrar los servicios de salud, realizar las investigaciones requeridas por el país y preparar el personal necesario en los niveles inferiores.

Para mayor claridad, los programas de postgrado podrían dividirse en las siguientes etapas:

1) Un año de formación básica teórico-práctica (Magister) con un contenido de 45 créditos; [1] y 2) un segundo y tercer años de residencia o doctorado, que consisten en una combinación de programas académicos regulares, rotaciones bajo tutoría, e investigación.

Primer año (Programa de Magister)

El objetivo fundamental de este programa es formar personal profesional que dirija los programas de salud a nivel local e intermedio.

Creemos que con un curso similar al de Magister se debe iniciar la formación de postgrado en el campo de la salud pública para aquellas personas que tengan una preparación universitaria en ciencias biológicas, tales como médicos, veterinarios, odontólogos, nutricionistas, enfermeras y biólogos, ya que son estos profesionales los que deben, por su preparación previa, elevar el nivel de salud de las comunidades, mediante acciones directas de servicio a la comunidad en prevención y recuperación de la salud. Forman ellos el equipo de salud, el cual se caracteriza por un trabajo con objetivos comunes, ejercido a diferentes niveles, según el aporte que cada cual esté capacitado para hacer.

Profesionales como ingenieros, economistas, administradores, educadores, sociólogos, prestan su colaboración al sector salud como asesores en diferentes funciones, pero en ningún momento forman parte del equipo de salud y, por lo tanto, no se justifica que sigan cursos de Magister.

Es también nuestro parecer que la realización de cursos con un grupo tan heterogéneo de profesionales, con una formación tan distinta, podría

[1] En la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia un "crédito" equivale a 16 horas teóricas ó 48 prácticas.

bajar el nivel académico de los mismos, cuando se trata de ciertas áreas tan fundamentales para la salud pública como es la epidemiología. Cuando su número lo justifique, podrían establecerse cursos breves de información y suministro de un lenguaje mínimo para una mejor relación interdisciplinaria.

En cuanto a su diseño general, este programa no debe seguir un esquema rígido, sino más bien tener en cuenta la preparación de cada profesional y las funciones que va a cumplir. Aun persiguiendo iguales objetivos, las diferentes profesiones del sector biológico deben conservar su individualidad; cada uno deberá desempeñar una función específica de acuerdo con su profesión básica, ya que ni el grupo ni el curso homogeinizan la formación universitaria previa. Cada cual debe tratar de superarse en su propia profesión, es decir, que los médicos sean cada vez mejores médicos, los odontólogos mejores odontólogos, las enfermeras mejores enfermeras, sin que esto lleve a pensar que, por arte de magia, un curso de uno, dos o tres años puede capacitar a unos para realizar las funciones de los otros.

Por lo anterior se deduce que la integración de cursos a nivel de Magister debe tener ciertas bases. Se deben establecer los objetivos de formación de cada uno de los profesionales; estudiar su preparación básica y las funciones que han de realizar; estructurar luego los programas de acuerdo con estos dos aspectos y si en un momento dado las materias coinciden, se pueden integrar; si no, no es necesario ni conveniente hacerlo.

La docencia en un programa de Magister debe seguir una secuencia lógica y para ello sugerimos la realización de tres etapas académicas, la primera de las cuales incluiría anatomía y fisiología de la comunidad, con un total de 15 créditos, y se dedicaría al estudio de la estructura de las comunidades y su funcionamiento a través de materias tales como ecología, ciencias sociales, y estadística.

La segunda etapa se destinaría al diagnóstico de la situación de salud, y estaría configurada por 8 créditos y en materias como demografía y epidemiología.

En la tercera etapa, de tratamiento de la situación de salud, se estudiaría administración general, administración pública, administración de salud, administración de atención médica y hospitalaria y planificación de salud, con un total de 22 créditos.

Las materias arriba mencionadas pueden agruparse de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Materias básicas fundamentales que deben constituir el aporte que

los especialistas en salud hacen al sector público, y en las cuales éstos deben ser la autoridad máxima. A su cargo debe estar la investigación de problemas de salud, con la asesoría que sea requerida de otros especialistas. Este grupo lo constituyen fundamentalmente la epidemiología y la bioestadística.

b) Materias en las que se estudia el sector público, la visión general de la comunidad, su manejo, sus problemas, su evolución; son materias que forman al individuo en campos conceptuales y de gerencia en el sector público. Incluyen las administraciones general, pública, sanitaria, de atención médica y hospitalaria y la planificación de la salud, la psicología social, la sociología y la antropología cultural, dictadas al más alto nivel posible y por especialistas en los campos respectivos.

c) Materias de información, cuya función es mostrar su trascendencia en los problemas públicos, ubicar a los estudiantes en un contexto general de tiempo y espacio y establecer un lenguaje mínimo de comunicación con otros sectores del desarrollo; un ejemplo lo constituye la economía.

Cada materia debe ser analizada y ubicada en uno de estos tres rubros para no perder de vista en ningún momento en cuál debe ser puesto el énfasis en cada una, de acuerdo con lo que de ella se espera. Esto nos indicará también en qué forma debe ser dictada y qué tipo de docente debe tenerla bajo su responsabilidad.

La preparación del especialista en salud pública no debe encomendarse exclusiva o casi exclusivamente a docentes médicos o paramédicos. Es conveniente incorporar paulatinamente los aportes de diferentes disciplinas científicas y técnicas necesarias en salud pública, mediante la participación autorizada de los respectivos profesionales: psicólogo, antropólogo, sociólogo, estadístico, educador, ingeniero, administrador, economista. Quien domina una disciplina por haberse preparado expresamente para ella es un canal más idóneo para hacer docencia en ese aspecto que aquel médico, odontólogo, veterinario o enfermera que, marginalmente a su profesión, ha dedicado su afán de aficionado a manejar algunas facetas de esas ciencias o técnicas o que, mediante algunos cursillos, ha logrado adquirir una perspectiva de la ciencia en determinados aspectos, pero no los fundamentos de la misma.

Claro está que la participación de científicos extramédicos requerirá un adecuado proceso de inducción, con el fin de que su aporte sea funcional en el equipo docente interprofesional encargado de la formación del especialista en salud pública. Pero en esto los beneficios resultarían mayores que los riesgos y las dificultades.

Es de trascendental importancia que las escuelas estimulen continuamente la preparación del personal docente; por lo tanto, la distribución del tiempo contratado debe ser adecuada para dar la oportunidad a cada uno de los profesores de mejorar y profundizar en los aspectos de su especialidad. Como ejemplo de lo anterior, en el plan de desarrollo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, las 2.000 horas laborables por cada docente de tiempo completo-año, se distribuyen en la siguiente forma: [2] docencia, 405 horas; preparación docente, 810 horas; investigación, 500 horas; asesoría, 197 horas, y administración, 88 horas.[3] La docencia se ha divido en teórica y práctica, así: docencia teórica, que comprende conferencias y clases magistrales, 25%; y la práctica, con trabajos de grupo y prácticas de campo, 75%. De modo que de las horas dedicadas a la docencia, 101,25 son teóricas y 303,75, prácticas, que corresponden a un total de 12,66 créditos, de éstos la mitad son teóricos y la otra mitad, prácticos.

Queremos también señalar que para que la docencia práctica se pueda programar y organizar bien, es necesario disponer de una biblioteca adecuada que contenga un mínimo de 10 libros por alumno, y una buena hemeroteca; además, debe contar con no menos del 7% del presupuesto total de la escuela, incluso gastos de administración.

Formación posterior al Magister

Hasta este momento existen en las diferentes escuelas cuatro tipos de programas en salud pública posteriores al de Magister, a saber:

a) *Internados.*[4] En estos programas se sitúa al graduado en un lugar de trabajo, seleccionado de acuerdo con las normas de la institución docente y bajo la supervisión de personal de servicio, pero que ofrece su colaboración en la preparación de personal. Estos programas pueden diseñarse con un contenido fundamental de salud pública, clínico o mixto.

b) *Residencias.* Las residencias son programas constituidos por rotaciones de los alumnos por diferentes servicios, departamentos o instituciones con una secuencia lógica, con objetivos específicos a cumplir en cada una de las rotaciones y con una supervisión adecuada. En las

[2] Esta distribución se ha hecho de acuerdo con los conceptos dados por la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia.

[3] De los programas docentes.

[4] Este programa de internados no tiene relación alguna con el que bajo el mismo nombre se realiza en las escuelas de medicina a nivel de pregrado.

residencias se prefiere la selección de instituciones docentes a las de servicio.

c) *Programas académicos regulares.* Estos programas de cursos avanzados, se rigen por un sistema similar al utilizado en el curso de Magister, pudiendo obtenerse en ellos créditos adicionales en uno o dos años más, en materias y aspectos específicos del interés del estudiante.

d) *Investigación.* Como programa básico de un segundo o de un tercer año, se ofrece en algunas instituciones docentes el adiestramiento en investigación, con una tutoría adecuada y con financiación propia. Hay programas docentes que combinan, en diferentes proporciones, dos o más de estos tipos.

Segundo año

El objetivo fundamental de este período sería formación de personal profesional capaz de dirigir los programas de salud a nivel nacional o seccional. En su desarrollo el residente realizaría rotaciones por instituciones docentes y servicios de salud pública en donde estaría en contacto con programas docentes, de servicio y de investigación, relacionados con el campo de la medicina preventiva y de la salud pública al cual haya decidido dedicarse. Estas rotaciones estarían estrechamente supervisadas por un coordinador-tutor de residentes de la escuela y variarían de acuerdo con los intereses del residente; así, por ejemplo, si se dedicara a epidemiología, rotaría por la sección de epidemiología de la escuela de salud pública, por los servicios de epidemiología a nivel local, departamental y nacional, los servicios de medicina interna y pediatría, y los de enfermedades crónicas e infectocontagiosas del Hospital Universitario.

Ademas de lo anterior, cada residente diseñaría un proyecto de investigación y lo realizaría parcial o totalmente durante el año, con la asesoría del personal docente de la escuela y muy especialmente del coordinador-tutor de residentes.

Cada residente tomaría un total de 20 créditos adicionales en materias relacionadas con campos específicos de su interés.

El coordinador-tutor suministraría y discutiría con el residente la bibliografía del campo de su especialidad.

Tercer año

Este programa tendría como fin primordial formar personal profesional en salud encargado de dirigir los programas de salud a nivel

nacional y hacer investigación y docencia. Abarcaría adiestramiento en la docencia. El residente tendría responsabilidades docentes en la escuela de salud pública, supervisado por el coordinador tutor. Además, tomaría créditos en materias de pedagogía en una facultad de educación y atendería cursos regulares en la escuela de salud pública en materias relacionadas con su especialización.

Además de lo anterior, durante el segundo y tercer años, el residente asistiría y participaría en las actividades científicas más importantes de la escuela de salud pública y de la facultad de medicina.

EDUCACION CONTINUADA

Consideramos ésta una labor muy importante de las escuelas de salud pública, y es nuestra opinión que debe realizarse en dos grandes campos, a saber:

a) Educación continuada para salubristas que deseen profundizar en áreas específicas del conocimiento, para un mejor rendimiento en su especialidad. Este tipo de formación puede hacerse mediante un sistema como el de créditos, con el ofrecimiento de cursos electivos.

b) Cursos cortos, llamados a satisfacer necesidades básicas en el adiestramiento de personal en un país determinado. No se pretende que con estos cursos los profesionales dejen su especialidad, sino que realicen mejor las funciones que les han sido encomendadas. Este es el caso de cursos cortos para médicos de diversas especialidades que son directores de hospitales pequeños cuyo manejo no requiere la dedicación de un especialista en administración hospitalaria.

FORMACION DE PREGRADO

Según la estructura de las escuelas, sus funciones y su origen, la educación de pregrado en salud pública puede estar encomendada directamente a ellas. No queremos juzgar sobre la conveniencia o inconveniencia de este sistema, el cual, como ya se dijo, depende mucho de las condiciones particulares de cada institución y país. De todas maneras, consideramos recomendable que las escuelas de salud pública ejerzan asesoría y orientación científica en los departamentos de medicina preventiva de las distintas facultades de medicina del país respectivo, a fin de que sus programas armonicen mejor con la educación de postgrado, y rindan mayor utilidad al país.

FORMACION DE PERSONAL INTERMEDIO Y AUXILIAR

En principio, no es recomendable que las escuelas de salud pública asuman, como tarea propia, la preparación de personal a nivel intermedio y auxiliar. Sólo en circunstancias especiales se recomienda que ellas acepten esta responsabilidad.

Consideramos que el gastar recursos de una escuela para esto, implica mala utilización del personal docente y, por lo tanto, derroche de recursos. A nuestro juicio, este personal se debe preparar a un nivel más periférico, y los esfuerzos docentes de las escuelas, que han de ser de un alto nivel académico, se deben concentrar en la formación de personal directivo.

Este planteamiento no significa que las escuelas queden completamente desligadas del problema del adiestramiento a nivel intermedio y auxiliar. Por el contrario, les corresponde jugar un papel importante, cual es el de asesorar los organismos que tienen esa responsabilidad. Igualmente, deben actuar como catalizadores para estimular la preparación adecuada de este personal, en la calidad y cantidad requeridas.

AREAS DE DEMOSTRACION

Finalmente, estimo conveniente hacer algunas observaciones, basadas en nuestra experiencia, sobre las llamadas áreas de demostración.

Por varios años la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia tuvo el Municipio de Barbosa como localidad piloto para las actividades docentes. La evaluación de esta experiencia puso de relieve los siguientes hechos:

1. Disponer de un sitio específico para adiestramiento ofrece ventajas como la de concentrar los esfuerzos, sistematizar las comunicaciones, realizar modelos coherentes, establecer situaciones de demostración, llevar a cabo investigaciones operativas, etc.

2. Nuestra experiencia nos ha demostrado que, en definitiva, las desventajas sobrepasan con mucho los beneficios. Entre los aspectos negativos pueden señalarse los siguientes:

a) El área de demostración no es representativa de todas las situaciones socioculturales y de salubridad del país, con lo cual se deforma

la visión objetiva de los estudiantes que se ven privados del conocimiento de diferentes tipos de condicionamiento.

b) Esta falla se acentúa cuando la docencia concentra allí recursos que no son reproducibles en condiciones normales en otras localidades.

c) La constante exposición de la población piloto a la acción del personal de la entidad docente, profesores y alumnos, genera sentimientos de experimentalismo en ella, simultáneos a otras actitudes contradictorias como las del paternalismo y rechazo.

La Escuela de Salud Pública de Medellín, por lo tanto, suprimió a Barbosa como localidad específica docente. Adoptó, en cambio, la política de variar los sitios de práctica, utilizando localidades representativas de las distintas modalidades existentes en el país, lo que ofrece, además, la ventaja de exponer a docentes y alumnos a situaciones reales y estimular su capacidad de solución de problemas prácticos.

Asimismo, hemos iniciado una rotación de docentes por servicios de salud pública a diferentes niveles y por variados períodos de tiempo, de acuerdo con las necesidades de la escuela y con los requerimientos del Ministerio de Salud Pública. Este programa se desarrolla, a nuestro modo de ver, con éxito, puesto que reúne la teoría con la práctica y mantiene a los docentes en estrecha relación con los programas de los servicios de salud.

Funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socio-económicos en la América Latina

DEFINICION DEL SECTOR SALUD Y ACTIVIDADES ESPECIFICAS QUE LE COMPETEN

Al iniciar la discusión sobre este tema, los participantes consideraron necesario intentar una definición del sector salud, que sea lo suficientemente amplia como para ser aplicada a diversos países y situaciones y que permita adoptar criterios operacionales apropiados a cada conjunto de circunstancias. Estos también deberán ser susceptibles de revisiones periódicas que garanticen su vigencia dentro del marco del acentuado dinamismo que caracteriza a la mayoría de los países en desarrollo en la América Latina.

Teniendo en cuenta tales premisas, se acordó definir el sector salud como el sistema constituido por el conjunto de instituciones, organizaciones y personas, de carácter público o privado, directamente responsables de las actividades de conservación, restitución y promoción de la salud, concebida ésta con criterio operacional para cada conjunto de circunstancias que determine la ecología respectiva.

Se acordó también que en cada situación, los países deberán completar dicha definición indicando, en primer lugar, las instituciones, organizaciones o personas que forman el sistema y, en segundo, el criterio de salud que servirá de base a la definición.

El cumplimiento de las actividades del sector salud así definido, exige —particularmente en los países en desarrollo— que éstas sean expresadas en una política de salud que forme parte del plan de desa-

• Relato Final de la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1969.

rrollo socio-económico del país y sea la resultante de una planificación y coordinación a nivel central o nacional.

En la implementación de tal política de salud, se consideró que el sector debe ejecutar las siguientes actividades:

1. Elaboración del plan nacional de salud.
2. Diagnóstico permanente y actualizado de las condiciones de salud.
3. Elaboración y evaluación de los programas específicos de acuerdo con las prioridades establecidas en el plan nacional de salud.
4. Ejecución de las actividades que integran tales programas, juzgándose de utilidad enumerar las siguientes, sin que su orden indique prioridades:
   a) prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación del paciente;
   b) promoción de la salud;
   c) administración de los servicios donde estas actividades se llevan a cabo;
   d) definición de la calidad y cantidad de personal necesario para la ejecución de tales actividades y participación en su capacitación, y
   e) promoción y realización de investigaciones conducentes a un mejor conocimiento de los problemas de salud y de la forma más indicada de resolverlos en cada comunidad.

El grupo estuvo de acuerdo en que algunas de las actividades mencionadas —capacitación de personal, por ejemplo—, son de carácter intersectorial; otras, tales como nutrición o higiene de la vivienda, sin ser exclusivas y específicas del sector, son fundamentales para la salud. Se aceptó unánimemente que en estos casos es función del sector salud promover la ejecución de dichas actividades, así como participar en la fijación de sus metas en lo concerniente a salud y, si es preciso, coordinar su ejecución, de acuerdo con lo que aconsejen las circunstancias.

Hubo consenso en que los indicadores de salud son esenciales en la planificación, ejecución y evaluación de acciones del sector, así como en el establecimiento de relaciones entre el nivel de salud y el nivel de vida. Basándose en la experiencia de los últimos años, el grupo concluyó que, si bien los indicadores tradicionales mantienen su utilidad y, por lo tanto, es necesario aumentar su confiabilidad y asegurar su flujo permanente, ellos no reúnen todas las condiciones deseables en un buen indicador. Al expresar esta reserva, el grupo opinó que podrían ser más útiles si se aplicaran en función de regiones dentro de cada país y con

referencia a grupos de diferentes niveles socio-económicos. Se destacó, además, que los indicadores tradicionales guardan estrecha relación y están en gran parte determinados por las condiciones generales de vida de la población, razón por la cual su variación no puede ni debe tomarse como medida absoluta de la eficacia de las acciones del sector salud.

Dado que el factor salud está íntimamente ligado al desarrollo socio-económico y que la efectividad de muchas de las acciones de salud depende de cambios de comportamiento en los individuos y en las comunidades, se destacó la importancia de desarrollar tipos de indicadores que permitan medir cambios cualitativos de conducta frente a la enfermedad y a las actividades del propio sector. Se recalcó, igualmente, la importancia de desarrollar e incrementar el uso de indicadores con los cuales se puedan conocer el grado y los patrones de utilización de los servicios de salud y de atención médica. Se mencionaron experiencias en las cuales, mediante la observación periódica de una muestra representativa de la población, se logró conocer su proporción enferma y cómo utilizó ésta los servicios de salud a su alcance.

Como otra alternativa, el grupo consideró el uso de un juego de indicadores capaces de medir la evolución de problemas de salud reducibles o controlables —v.g., enfermedad o muerte evitable— y de expresar, con mayor sensibilidad, los adelantos logrados por la acción directa del sector salud.

AVANCES MAS SIGNIFICATIVOS DEL SECTOR SALUD EN LA DECADA DE 1960

En lo que respecta a avances del sector salud en la América Latina, el grupo señaló que la década de 1960 se distinguió por la marcada aceptación del concepto de interacción salud-desarrollo y la convicción de que el sector salud no puede, por sí solo, resolver su problemática. El grupo subrayó como positivo el paso de un concepto puramente económico del desarrollo, a otro más amplio que toma en cuenta factores de tipo social, entre ellos la salud.

En segundo lugar, el grupo destacó el avance que significa la consideración del sector salud como un sistema integral en virtud de la tendencia a eliminar separaciones tradicionales, tales como la división entre sector público y privado, docencia y servicio, medicina preventiva y curativa, etc. Ello define mejor el concepto de atención integral de la salud, pues conlleva una idea más completa del sector y sus responsa-

bilidades, así como de la incorporación al mismo de todas las actividades de salud, incluso la atención médica. Esto ha producido un acercamiento entre los profesionales encargados de la administración de programas y los responsables de la prestación directa de servicios. Esta circunstancia también ha fomentado relaciones inter-disciplinarias, beneficiosas para el sector porque incorporan al equipo de salud a otros profesionales, además de los tradicionalmente ligados al mismo, lo cual implica un mejoramiento en el estudio de los problemas y en su planteo.

Seguidamente se comentaron los cambios que se están produciendo en la educación médica y en la capacitación de personal en el campo tradicional de la salud pública, así como los estudios sobre formación y utilización de recursos humanos en salud. La trascendencia de éstos exige su inclusión entre los avances de la década, si bien aun no es dable cuantificar su impacto.

En cuanto a la introducción y uso de métodos para mejorar el rendimiento del sector, el grupo se refirió particularmente al desarrollo de la planificación en salud y a la tendencia a la formulación de planes regionales y nacionales de salud. Señaló, igualmente, el progreso logrado en la cobertura del medio rural y en el saneamiento del medio, en especial la provisión de agua mediante la participación de la comunidad, y la erradicación o reducción de ciertas enfermedades transmisibles cuyo control no depende del mejoramiento del nivel de vida de la población.

Se mencionaron adelantos que, aunque de difícil cuantificación, pueden ser significativos en el futuro. Entre otros, cabe destacar la importancia que se ha dado a la participación activa de la comunidad en la prestación de servicios y a la investigación epidemiológica y administrativa, y la actitud crítica que tiende a sustituir conceptos tradicionales por otros de mayores perspectivas y que se traducirán en mejoras importantes en el sector salud.

CARACTERISTICAS DEL CUADRO ACTUAL DE SALUD. EXPERIENCIAS Y TENDENCIAS UTILES EN LA DEFINICION DE ESTRATEGIAS FUTURAS

El grupo señaló que, no obstante los adelantos alcanzados durante la década del 60, un alto porcentaje de la población de la América Latina sigue sin tener acceso a los servicios de salud. Si bien esto es especialmente cierto para las comunidades rurales, también resulta

válido para las áreas urbanas si se considera que el costo de los servicios y las variaciones en la calidad de la atención médica, así como la subutilización de los recursos al alcance del sector salud, tienden a agravar la situación. Esto significa que el mejoramiento de la productividad y la distribución equitativa de servicios y costos constituyen campos de actividad de singular importancia para el futuro.

Se destacó la repercusión que la atomización de las instituciones responsables puede tener en la prestación de servicios de salud, y hubo consenso en que, sin una buena coordinación y sin normas uniformes, es difícil mejorar la eficiencia del sector.

Por otra parte, se subrayó el hecho de que los procesos de urbanización e industrialización en la América Latina han creado áreas desigualmente desarrolladas, y como consecuencia de ello se encuentran en un mismo país, región o aun localidad, perfiles de patología característicos de regiones subdesarrolladas junto a otros propios de sociedades industrializadas, lo cual complica la situación que debe confrontar el sector salud.

En cuanto a los recursos humanos, se destacó el desajuste cuantitativo existente en las diversas categorías de personal, en particular la escasez de personal intermedio. La solución de este problema es indispensable si se desea, dentro de las circunstancias predominantes, extender las acciones de salud a toda la población.

Habida cuenta de los problemas señalados y considerando los adelantos y las experiencias alcanzados durante la última década, se señalaron algunas tendencias positivas que pudieran ser útiles en la orientación de la estrategia futura del sector salud. En primer lugar, los participantes destacaron la creciente tendencia a emplear una metodología adecuada en la racionalización de las decisiones del sector. El grupo estimó que toda estrategia que aspire a mejorar y ampliar los servicios de salud, deberá estimular dicha tendencia, ya que en la práctica ésta se traducirá en más y mejores planes nacionales de salud.

La participación creciente del Estado en la conducción de las actividades de salud fue destacada como una tendencia de gran significación. Igualmente lo fue el establecimiento de disposiciones que confieren al Estado la autoridad necesaria para asumir la responsabilidad del sector y propender al establecimiento de un sistema de salud que, financiado por contribuciones proporcionales a los ingresos, haga una distribución equitativa de servicios en función de las necesidades y no de la capacidad de pago de cada cual, asegurando con ello, para todos los habitantes, un nivel similar en cuanto a calidad y cantidad de prestaciones.

Se dio especial atención a los cambios que vienen ocurriendo en las escuelas de profesiones de la salud en cuanto a la formación de nuevos profesionales, y se estimó digno de encomio el acercamiento cada vez mayor entre las instituciones de enseñanza y los organismos responsables de la prestación de servicios. Este acercamiento debe ser estimulado dedicando especial atención al desarrollo conjunto de investigaciones que suministren bases objetivas para orientar las tareas del sector salud.

Considerando que en varios países es posible evitar un gran número de muertes mediante la aplicación de técnicas eficientes y de bajo costo, como la vacunación, el grupo recomendó que se mantenga y se acentúe el uso de tales técnicas, ya que la disminución o erradicación de las enfermedades evitables, fuera de mejorar directamente las condiciones de salud del país, liberan recursos que pueden ser utilizados en otros rubros.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que, en términos generales, resulta difícil establecer las posibilidades reales de los planes de salud y su impacto en el proceso de desarrollo, siendo más difícil aun juzgar cuáles son los programas que en ese sentido ofrecen mayores posibilidades. Sin embargo, se coincidió en que las condiciones estructurales que plantea el subdesarrollo imponen serias limitaciones al sector salud y exigen de él un alto grado de realismo. En el sentir del grupo, esto significa que deben evitarse aquellos patrones de consumo y demanda que no se adapten a las características socio-económicas de la mayoría de la población. Se señalaron situaciones en las cuales una alta y costosa tecnología sólo beneficia a pequeños núcleos de población y no responde a los intereses y al bienestar de toda la comunidad; por el contrario, resta posibilidades a programas más realistas y de mayor impacto.

Por último, se llamó la atención sobre la correlación existente entre la estructura de salud —considerada como la proporción en que determinados grupos de enfermedades afectan a una población—, las características demográficas y la participación de los distintos sectores económicos en la generación del producto y en la consecuente ocupación de mano de obra. Si bien se estimó que dichas correlaciones aparecen laxas, es posible que a través de ellas pueda hallarse una mejor orientación para hacer más factibles los programas de salud. En consecuencia, tendrían mayores probabilidades de éxito aquellos programas que externamente tienden a fortalecer estas correlaciones, en tanto que internamente se adaptan mejor a las condiciones de organización y administración del sector salud en las distintas áreas.

NECESIDAD DE UNA POLITICA DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Los participantes consideraron innecesario discutir la importancia de este tema dado el énfasis concedido a la planificación del desarrollo de los recursos humanos en los últimos años. Partiendo de la aceptación tácita de dicha importancia, señalaron que la planificación del desarrollo de recursos humanos debe hacerse de acuerdo con la política de salud de cada país y como parte de un plan de salud que responda a dicha política.

En lo que respecta a la definición de una política de desarrollo de recursos humanos para el sector, el grupo consideró que debe:

1) ser la expresión de una política general de salud y formar parte de un plan nacional de salud dentro del contexto general de los planes de desarrollo socio-económico;

2) estar fundamentada en el análisis de la situación de partida y de la organización futura del sector salud;

3) comprender todo el personal profesional, técnico y auxiliar del sector, tanto en el subsector público como en el privado, e incluir la definición de tipos y la delimitación de niveles de funciones y responsabilidades;

4) tomar en cuenta, hasta donde sea posible, los cambios previsibles en las variables que influyen en las estimaciones;

5) ser flexible, dinámica y susceptible de revisiones periódicas que permitan hacer ajustes cuando ocurran cambios imprevistos;

6) asignar, conjuntamente con la especificación de las metas, las responsabilidades que corresponden a cada una de las instituciones encargadas de la formación de personal;

7) tener en cuenta, como factor determinante, las posibilidades de ocupación y la distribución geográfica del personal existente y del que se proyecta formar.

La formulación de una política de desarrollo de recursos humanos así concebida, exige la labor conjunta de las instituciones que forman el sector salud y aquellas responsables de la enseñanza; en lo posible, deberá tener en cuenta la opinión de la comunidad. Los participantes estimaron que cada vez que sea necesario, la iniciativa conducente a la formación de organismos mixtos con tal propósito, debe partir de las escuelas de salud pública.

El grupo señaló que en la formulación de una política de recursos humanos es necesario contar con: a) un análisis de la situación de salud

tal que permita establecer la magnitud y la estructura de la demanda de servicios y su tendencia, tomando en cuenta la necesidad de incorporar aquellos grupos de población que no tienen acceso a los servicios de salud; b) un inventario de los recursos humanos disponibles, con referencia a cantidad, categorías, nivel de adiestramiento y grado de utilización; c) un análisis de la capacidad instalada para la formación de personal de salud, así como de la calidad, orientación general, organización y contenido de la enseñanza que se imparte, y d) un cálculo de la capacidad docente potencial que tome en cuenta la posibilidad de adiestramiento en servicio y la necesidad de educación continuada del personal.

El grupo señaló que en el análisis de la capacidad docente se debe considerar la posibilidad de utilizar, con objetivos específicos, centros internacionales y, con relación a éstos, sugirió la conveniencia de que la OPS, en colaboración con los países, continúe e intensifique los esfuerzos por mantener al día y difundir la información necesaria, a fin de evitar duplicaciones inútiles o subutilización de los recursos.

El grupo estuvo consciente de que en la mayoría de los países de la América Latina los planes de salud no están completamente estructurados y no existe una política explícita de desarrollo de recursos humanos. También consideró que la recolección de la información básica mencionada requiere tiempo y recursos no siempre disponibles de inmediato. Sin embargo, señaló que en tales circunstancias se debe iniciar una política de desarrollo de recursos humanos con la información disponible, y establecer metas provisionales y aproximadas que puedan ser revisadas a medida que se vayan completando los estudios y ampliando la información. En cuanto a la fijación de tales metas, el grupo creyó conveniente llamar la atención sobre la falacia a que puede llevar la interpretación superficial y el uso rutinario de valores preestablecidos en cuanto a la relación personal-población y el empleo aislado de la extrapolación de tendencias que tiene el riesgo de perpetuar las deficiencias y distorsiones presentes.

DIRECTIVAS PARA LA FORMACION DEL PERSONAL DEL SECTOR SALUD

Los participantes estuvieron de acuerdo en que los programas para la formación del personal del sector salud requieren un replanteamiento total que debe comenzar con el estudio y la definición de las funciones que dicho personal debe ejecutar. Una vez establecidas estas funciones

procede clasificarlas por niveles de complejidad y responsabilidad y asignarlas a las diversas categorías de personal de acuerdo con la disponibilidad de las mismas, con la posibilidad de adiestramiento y teniendo en cuenta, además, la necesidad de ampliar al máximo posible la cobertura de los servicios dentro de un nivel adecuado de calidad. Sería de desear que todos los países pudieran definir los tipos y categorías de personal de acuerdo con sus características y necesidades y tomando en consideración la oferta potencial de personal, la eventual competencia con otros sectores y la capacidad de absorción por parte de los servicios, de acuerdo con su política de personal y sus posibilidades presupuestarias. También señalaron la necesidad de reorientar la demanda social por educación de las diferentes categorías y niveles de personal, la cual, en el momento actual, no siempre responde a las necesidades de la comunidad.

El grupo coincidió en que sería necesario, por otra parte, determinar el rendimiento del equipo de salud, el grado de utilización de los servicios por parte de la población y los efectos que sobre las instituciones docentes tienen el creciente cúmulo de conocimientos, los cambios de las condiciones de salud, y la política nacional de salud vigente.

Se hizo hincapié en que procesos como el descrito pueden y deben, eventualmente, llevar a la delegación de funciones de un nivel o categoría de personal a otro, a la determinación de nuevos tipos de personal y a la aplicación de nuevos programas y técnicas de enseñanza.

Se destacó que este proceso no debe ser de la responsabilidad exclusiva de las instituciones docentes, sino que habrá de surgir del esfuerzo mancomunado de ellas y de las del sector salud propiamente dicho. La identidad de propósitos y responsabilidades, así como la necesidad de aprovechar al máximo los recursos, exigen la fusión de actividades docentes, asistenciales y de investigación en los establecimientos de salud, y ello implica, a su vez, la adecuación de estos últimos a tal propósito, lo cual requerirá, entre otras medidas, estudios tendientes a identificar las causas de rigidez o resistencia en las instituciones y en el comportamiento de las personas, que, de una manera u otra, obstaculizan el proceso de cambio.

El grupo indicó que la amplitud y características de un programa de esta naturaleza, requieren el uso de instrumentos tales como encuestas, análisis de sistemas e investigación operacional, así como la disposición favorable para poner en marcha las decisiones que permitan llevar adelante los cambios propuestos.

Al insistir en que todos estos estudios y actividades deben ser llevados

a cabo con la participación de todos los sectores interesados, los participantes reafirmaron la conveniencia de una coordinación eficiente a nivel de un organismo central que garantice la coherencia de las acciones. Dada la importancia y complejidad de las investigaciones sugeridas, se destacó la necesidad de que la OPS promueva programas multinacionales que, con su asistencia y la participación de varias escuelas de salud pública, permitan aunar esfuerzos y unificar principios metodológicos.

RESPONSABILIDAD EN EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD FRENTE A LOS CAMBIOS SOCIO-ECONOMICOS

Establecidas las necesidades y las características de una política de formación de recursos humanos para la salud, el grupo entró a examinar las responsabilidades de las escuelas de salud pública en la implementación de tal política.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que es responsabilidad particular de las escuelas de salud pública promover, en la medida necesaria, la formulación de planes para el desarrollo de recursos humanos para la salud, y participar activamente en las investigaciones requeridas para fundamentarlos.

En lo que respecta a las responsabilidades docentes propiamente dichas, se señaló que las escuelas deben seguir formando, a nivel de post-grado, el personal profesional de salud encargado de la administración de los servicios y de otras actividades específicas de salud pública, e iniciar la formación de personal de un nivel superior al ofrecido por los actuales cursos de maestría, licenciatura o sus equivalentes, con la finalidad de satisfacer tanto las necesidades de la docencia en salud pública y medicina preventiva y social como la investigación y la planificación y conducción de los programas en escalas de más alta responsabilidad. El grupo también indicó como responsabilidad de las escuelas, su participación en actividades tendientes a mejorar la preparación en salud pública y a incrementar el compromiso social de los profesionales de salud en general. Las escuelas de salud pública deben contribuir a la formación de otros profesionales (sociólogos, economistas, etc.), a fin de que puedan llevar a cabo con éxito las actividades de salud que demandan su concurso.

Se aceptó que el adiestramiento de personal técnico y auxiliar corresponde a los servicios de salud o a las escuelas técnicas. Sin embargo, en

este caso no se estimó posible ni conveniente adoptar normas rígidas. A este respecto, el grupo insistió en que, si se acepta que la política de formación de recursos humanos debe ser formulada de manera integral, las escuelas de salud pública no pueden ni deben dejar de lado su función normativa en cuanto a los programas de adiestramiento de personal no profesional en salud pública y que, en ciertas circunstancias, tal como lo ha sido en el pasado, su iniciativa en la ejecución de tales programas puede ser, no sólo deseable, sino necesaria.

PROBLEMATICA ACTUAL DE LAS ESCUELAS DE SALUD PUBLICA DE LA AMERICA LATINA

Los participantes aceptaron que toda discusión sobre las responsabilidades de las escuelas de salud pública debe hacerse de acuerdo con las realidades que genera el proceso de cambio que, en función del desarrollo, viven la sociedad, el sector salud y la universidad. Ello lleva, necesariamente, a un profundo replanteo de sus funciones y de los objetivos de sus programas docentes, para lo cual es indispensable, como punto de partida, analizar la problemática que las escuelas de salud pública de la América Latina confrontan en la actualidad. Este análisis deberá comprender todos los elementos implicados y constituir una verdadera acción de crítica constructiva que los participantes, como primeros interesados, estuvieron de acuerdo en cumplir.

En tal sentido, y al referirse a la enseñanza en cursos de post-grado para profesionales de las ciencias de la salud, el grupo señaló que la mayoría de los programas se conforman a un patrón común que limita las posibilidades de diversificación y flexibilidad. Se subrayó la inconveniente rigidez que resulta de la constante y generalizada aplicación del concepto tradicional de "asignatura" y de su estrecha relación con la estructura según la cual se organizan los recursos docentes de las escuelas.

Se mencionó como problema importante y de inmediata atención la evaluación y el perfeccionamiento continuo de los programas de enseñanza, a fin de mantenerlos en estrecha relación con los cambios en las funciones asignadas al personal adiestrado. Fue motivo de especial señalamiento la ausencia de una definición adecuada y permanentemente actualizada de los objetivos educacionales de cada programa, hecha a partir de un análisis de las funciones que se espera desarrollen los alumnos al finalizar sus cursos.

En general, se consideró que la enseñanza de los cursos era excesivamente teórica, no contaba con la participación activa de los alumnos y estaba poco centrada en el análisis y solución de problemas reales.

Se mencionó el limitado uso de la investigación como instrumento para mantener un nivel científico adecuado entre el profesorado y para estimular el espíritu creador de los alumnos.

Como posibles causas de los problemas mencionados, los participantes subrayaron la escasez de personal docente; la inadecuada preparación pedagógica del mismo; las bajas remuneraciones que se le ofrecen, y su limitado compromiso, muchas veces inexistente, con acciones directas de servicio. Como otra de las causas de lo inadecuado de muchos programas, se señaló el déficit de recursos materiales y financieros, particularmente la dificultad de mantener una biblioteca actualizada y contar con auxiliares modernos de enseñanza.

En cuanto a los alumnos, se mencionaron problemas que se originan en la calidad de los candidatos y en los métodos que se utilizan para seleccionarlos. Un bajo índice de interés por la salud pública entre los egresados de las escuelas profesionales podría estar condicionando, según apreciación de los participantes, la calidad no siempre satisfactoria de los candidatos que aspiran a seguir dicha carrera. Tanto en el tipo de candidatos que se presentan como en la selección de los mismos, el grupo señaló la interferencia de circunstancias y el uso de criterios que no siempre responden a las necesidades del sector ni toman en cuenta la capacidad profesional de los candidatos.

Los participantes señalaron que algunas veces las autoridades del sector salud no asignan a los egresados funciones para las cuales fueron adiestrados. Esto no sólo afecta el rendimiento de los mismos, sino que indirectamente frustra los propósitos de las escuelas. También se mencionó la poca importancia que hasta ahora las escuelas han concedido a los programas de educación continuada.

Seguidamente el grupo entró a considerar los problemas derivados de la participación de las escuelas de salud pública en el proceso de mejoramiento de la enseñanza de las ciencias de la salud a nivel de pregrado. Hubo acuerdo en que hasta ahora casi todos los esfuerzos han estado dirigidos al fortalecimiento de la enseñanza de medicina preventiva y social a ese nivel. Ante la necesidad de integrar progresivamente las ciencias de la salud, tanto en su enseñanza como en su aplicación, se consideró que las escuelas de salud pública tienen limitaciones que provienen de su propia falta de integración, tanto interna como con el resto del sistema educacional de ciencias de la salud.

RECOMENDACIONES PARA UN MEJOR CUMPLIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES

Revisadas las responsabilidades de las escuelas de salud pública en cuanto al desarrollo de recursos humanos para la salud frente a los cambios socio-económicos en la América Latina, y analizados los problemas que impiden o limitan el adecuado cumplimiento de las mismas, el grupo consideró oportuno enunciar algunas recomendaciones tendientes a colocarlas en condiciones de cumplir eficientemente con sus funciones.

En primer término, se recomendó revisar la estructura de las escuelas a fin de eliminar la rigidez que las caracteriza y que impide tanto la flexibilidad como la integración de los planes de estudio. Igualmente importante en el planteamiento de la reforma estructural, se consideró la integración progresiva de las escuelas de salud pública con el resto de las instituciones educacionales de las ciencias de la salud y con aquellas directamente responsables de la prestación de servicios.

En segundo lugar, se sugirió que los planes de estudio estén basados en una adecuada definición de objetivos educacionales que tome en cuenta las funciones que los egresados deberán desempeñar; que se insista en la participación activa de los alumnos en el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de las prácticas de terreno, análisis y solución de problemas reales y desarrollo de proyectos de investigación. En relación con la calidad de la enseñanza, se mencionó la necesidad de desarrollar y emplear procedimientos adecuados de evaluación continua y periódica de los programas, que permitan establecer en qué medida se alcanzan los objetivos educacionales, y efectuar oportunamente los reajustes que resulten necesarios.

Entre otras, se mencionaron las siguientes modalidades, como medios para mejorar e incrementar la eficiencia de los cursos: a) organización de cursos de corta duración que puedan ser repetidos varias veces al año y que beneficien a un mayor número de estudiantes a un costo unitario menor; b) uso en algunos casos del sistema de créditos, con lo cual se pondrían los cursos al alcance de personas que no pueden alejarse de sus responsabilidades de servicio por tiempo prolongado, y c) aplicación de encuestas a los egresados, las cuales servirían para evaluar la eficacia de los cursos, e incorporarían a los egresados al proceso de perfeccionamiento continuo de la función docente.

Los participantes recomendaron la organización de programas de formación y perfeccionamiento para profesores, y al mismo tiempo se

instó a que se les estimule y ofrezcan facilidades para introducir métodos modernos de enseñanza. Igualmente, recomendaron que la OPS continúe respaldando dichos programas con becas, y suministrando a las instituciones la información necesaria sobre los centros más adecuados para este propósito. Se reconoció, asimismo, la conveniencia del intercambio de profesores entre las distintas escuelas, siempre que esté debidamente programado y su duración sea tal que permita la adquisición mutua de nuevas experiencias.

El grupo concedió particular atención a la necesidad de elevar el nivel de la salud pública como especialidad, y buscar los medios que la hagan atractiva al elemento mejor calificado entre los profesionales de ciencias de la salud. Asimismo, reconoció la necesidad de mejorar los sistemas de selección, a fin de escoger los individuos con mayor capacidad profesional y con una vocación más definida hacia la carrera sanitaria.

Se recomendó particularmente el desarrollo de programas de educación continuada que mantengan al día a los egresados en los nuevos conocimientos y técnicas. A tal fin, las escuelas podrían ofrecer periódicamente cursos formales o programas de adiestramiento en servicio, diseñados y supervisados por ellas.

En cuanto a la necesidad de una mayor relación de la enseñanza con los problemas que plantean los servicios, el grupo sugirió los siguientes mecanismos: a) participación del personal de los servicios de salud en la enseñanza y, a la inversa, del personal docente en actividades de servicio; b) participación de comités mixtos en la planificación, desarrollo y evaluación de las actividades docentes; c) investigación conjunta en problemas de interés mutuo; d) representación oficial de los servicios de salud en los organismos directivos de las escuelas y, a la inversa, de éstas en la dirección de los servicios, y e) utilización de los servicios de salud en la enseñanza práctica de los alumnos, pero con suficiente cautela para evitar la concentración artificial de recursos que pueden alejar al alumno de los problemas y sus soluciones como se presentan en la realidad.

Los participantes prestaron especial atención a la responsabilidad que cabe a las escuelas de salud pública en la enseñanza de pregrado en las escuelas de medicina y en otras profesiones de las ciencias de la salud. Consideraron que en este aspecto la tarea principal es lograr que los dirigentes y el cuerpo docente de las escuelas profesionales adopten actitudes que favorezcan la formación de profesionales con un sentido integral de la salud y sus problemas. Contribuiría también a

ello la preparación de personal docente para las cátedras o departamentos de medicina preventiva y social, y la organización de actividades que hagan ver a los profesores clínicos la importancia de su compromiso con la salud de la comunidad. Se recomendó también la participación conjunta del personal de las escuelas de salud pública y de los profesores de pregrado en actividades de enseñanza, investigación y servicio. Por último, se recalcó la conveniencia de que las escuelas de salud pública colaboren y participen en las actividades de las asociaciones de escuelas de medicina, odontología, enfermería, etc.

En lo concerniente a una mayor participación de las escuelas en las actividades de investigación, el grupo opinó que ello debe ser definido por una política explícita que promueva el desarrollo de proyectos de investigación orientados a conocer los principales problemas de salud de cada país; la evaluación de técnicas y conceptos en uso; la adquisición, la introducción y la evaluación de nuevos conocimientos que contribuyan al mejoramiento de la administración de servicios de salud. Los participantes consideraron que en la determinación y desarrollo de tal política, las escuelas deben coordinar esfuerzos con los de las otras instituciones docentes y con los servicios de salud correspondientes, con el objeto de identificar aquellos temas que requieren ser investigados, y de aplicar a su estudio todos los recursos disponibles, evitando duplicaciones.

Como un campo totalmente abierto a la investigación en los países de la América Latina, el grupo señaló el desarrollo de programas experimentales que permitan definir normas administrativas y técnicas que aseguren la mayor productividad y eficiencia posibles en las condiciones que prevalecen en los países en desarrollo. Tales normas y técnicas substituirían las existentes, producto muchas de ellas de experiencias realizadas en condiciones y con recursos muy diferentes a los que prevalecen en dichos países. Otra área de investigación necesaria y factible son los ensayos con nuevas estructuras y métodos pedagógicos dentro de las escuelas.

Con referencia a la participación de la comunidad en los servicios de salud y en las instituciones de enseñanza, el grupo señaló que, si bien ello se ha venido haciendo en relación con los primeros, resulta mucho más complejo para los segundos. Teniendo en cuenta el profundo compromiso que debe haber entre la universidad y la comunidad a la cual sirve, se sugirieron algunas medidas prácticas de vinculación, entre otras, estimular la actitud de compromiso social en los profesores y los alumnos y realizar encuestas que recojan la opinión de la población

sobre sus necesidades de salud y la clase de atención que recibe. Los resultados de estas encuestas, así como el análisis sistemático de la opinión pública sobre salud, expresada a través de los medios de comunicación de masas, podrían servir de base, junto con otros criterios, a las revisiones periódicas de los programas de enseñanza.

Con el fin de que las escuelas asuman su responsabilidad frente al proceso de desarrollo de los países, el grupo consideró conveniente recomendar su contribución activa en las tareas de: a) crear conciencia de las condiciones de subdesarrollo y sus factores determinantes, como el marco de referencia dentro del cual se han de plantear los problemas y programas de salud; b) despertar un sentido crítico ante las deficiencias estructurales socio-económicas asociadas al subdesarrollo; c) impulsar los cambios requeridos por el sector salud; d) adaptar el conocimiento tecnológico existente a las condiciones prevalentes en los países de la América Latina mediante la investigación científica, de tal manera que el mismo resulte aplicable, con el máximo de beneficio; e) hacer uso óptimo de los recursos disponibles, y f) programar las acciones de salud y de seguridad social de acuerdo con las necesidades del individuo y no con su capacidad de pago.

El grupo consideró necesario, seguidamente, discutir la posición de las escuelas de salud pública frente a los cambios que actualmente se suceden en las universidades. Los participantes señalaron que tales cambios justifican, una vez más, la necesidad de replantear, no sólo las funciones, objetivos y la estructura interna de las escuelas, sino también su ubicación dentro del sistema educacional. Se acordó unánimemente que al analizar esto último, habría que tomar en cuenta: a) la participación creciente de las escuelas de salud pública en la enseñanza de pregrado; b) el desarrollo alcanzado en algunas escuelas de medicina por los departamentos de medicina preventiva y social y su proyección hacia la enseñanza de post-grado; c) la creación en las universidades, de departamentos de administración, ciencias sociales y estadísticas, y d) la tendencia cada vez mayor a la integración de recursos y de planes de enseñanza con miras a la organización de divisiones de ciencias de la salud en lugar de facultades o escuelas separadas. El grupo opinó que en el análisis de estos factores se podría hallar la solución más satisfactoria para cada situación; además, los participantes quisieron dejar establecido que, en su criterio, tales factores han respondido, en gran parte, a las inquietudes inducidas por las mismas escuelas de salud pública y que son exponente de su influencia y del impacto que su filosofía y existencia han provocado. El grupo consideró, por tanto,

que es el mismo proceso dinámico que han desencadenado las escuelas de salud pública el que las coloca frente a una nueva etapa de su desarrollo, siendo lo más importante, que las funciones que les han sido asignadas, así como aquellas que se presenten en el futuro como importantes para la salud de la comunidad, sean cumplidas con el más alto sentido de responsabilidad y con la máxima eficiencia posible.

ANEXO

PARTICIPANTES EN LA SEXTA CONFERENCIA DE DIRECTORES DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA DE LA AMERICA LATINA

Dr. Jorge Andrade
Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos
Oficina Sanitaria Panamericana
Washington, D. C., Estados Unidos

Dr. Guillermo Arbona
Profesor, Departamento de Medicina Preventiva y Social
Universidad de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico

Dr. Rolando Armijo
Asesor Regional en Salud Pública
Oficina Sanitaria Panamericana
Buenos Aires, Argentina

Dr. Hugo Behm
Director, Escuela de Salubridad
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Dr. David Bersch
Secretario General
Ministerio de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Dr. Paulo José Brindeiro
Escuela Nacional de Salud Pública
Río de Janeiro, Brasil

Dr. Jorge Ernesto Calderón Martínez
Jefe de Planeación
Ministerio de Salud Pública
Medellín, Colombia

Dr. Claudio Hernán Cerón Paz
Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Ricardo Cibotti
Director, Programa de Capacitación
Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social de las Naciones Unidas
Santiago, Chile

Dr. Humberto Córdoba Wiesner
Jefe, Unidad de Evaluación
Ministerio de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Dr. Salvador Díaz
Escuela de Salubridad
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Dr. Jofre Díaz Guzmán
Profesor de Administración Sanitaria
Escuela de Salud Pública
Universidad Central de Venezuela
Caracas, Venezuela

Dr. Luis Fernando Duaye Ramírez
Sub-Director Encargado
Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Mario Escalona
Director, Escuela de Salubridad
"Carlos J. Finlay"
Ministerio de Salud
La Habana, Cuba

Dr. George Gillespie
Asesor Regional en Fluoruración
Oficina Sanitaria Panamericana
Washington, D. C., Estados Unidos

Dr. Francisco Henao Machado
Subdirector, Escuela Nacional de
Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Abraham Horwitz
Director, Oficina Sanitaria Pana-
mericana
Washington, D. C., Estados Unidos

Dr. Alberto Lari
Profesor, Escuela de Salud Pública
Lima, Perú

Dr. Hugh R. Leavell
Asesor, Oficina Sanitaria Panameri-
cana
Washington, D. C., Estados Unidos

Dr. José Nine-Curt
Jefe, Departamento de Medicina
Preventiva y Social
Universidad de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico

Dr. William Mejía Vargas
Jefe, Sección de Estadística
Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Pablo Murillo
Jefe, Servicio Seccional de Salud
Nariño, Colombia

Dr. Luis Carlos Ochoa
Vice-Ministro
Ministerio de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Dr. Antonio Ordóñez Plaja
Ministro
Ministeria de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Dr. Alberto Osores
Profesor, Escuela de Salud Pública
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Dr. Aníbal Osuna
Director, Escuela de Salud Pública
Universidad Central de Venezuela
Caracas, Venezuela

Dr. Humberto Posada
Profesor, Escuela Nacional de Salud
Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Reinaldo Ramos
Profesor, Escuela Nacional de Salud
Pública
Río de Janeiro, Brasil

Dr. Guillermo Restrepo Ch.
(*Presidente*)
Director, Escuela Nacional de Salud
Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Rodolfo Santos Mascarenhas
Director, Facultad de Higiene y Salud Pública
Universidad de São Paulo
São Paulo, Brasil

Dr. Abraam Sonis (*Relator General*)
Director, Escuela de Salud Pública
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Dr. Mario Testa
Director, División de Investigaciones
Centro Panamericano de Planificación de Salud de la OPS
Santiago, Chile

Dr. Julio León Trejos
Jefe, Sección de Administración de Salud
Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Emiro Trujillo Uribe
Oficina de Planeación y Desarrollo
Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Luciano Vélez Arroyave
Jefe, Sección de Epidemiología
Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Dr. Ramón Villarreal
Jefe, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos
Oficina Sanitaria Panamericana
Washington, D. C., Estados Unidos

Dr. Francisco Yepes Luján
Jefe, Oficina de Administración de Recursos Humanos para la Salud
Ministerio de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Reseñas

Libros

Training Methodology. Part IV: Audiovisual Theory, Aids, and Equipment. An Annotated Bibliography. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service. Publication No. 1862. Part IV. U.S. Printing Office, Washington, D.C., 20402. 1969. 80 págs.

Es ésta la cuarta de una serie de publicaciones de referencia bibliográfica sobre temas de actualidad relacionados con métodos de adiestramiento. El contenido de las cuatro publicaciones reúne el material seleccionado entre unas 6,000 referencias sobre el tema, la mayoría de ellas correspondientes a artículos o libros publicados entre enero de 1960 y marzo de 1968.

La presente entrega está dedicada al uso de medios audiovisuales en programas de adiestramiento. Contiene referencias sobre teoría, métodos, y equipos audiovisuales, y dedica capítulos separados al uso de computadoras, televisión, radio, teléfono, cine, cintas fijas, transparencias y otros instrumentos. Cada referencia va seguida de un breve resumen de la obra citada.

Las tres primeras publicaciones de la serie llevan los siguientes títulos: *Training Methodology. Part I: Background Theory and Research; Part II: Planning and Administration; Part III: Instructional Methods and Techniques.*

La valiosa información contenida en esta serie será de gran utilidad a aquellas personas interesadas en consultar la bibliografía básica sobre los temas educacionales arriba mencionados. (*Dr. Jorge Andrade.*)

IV Seminario Nacional de Educación Médica y II Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina. Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med. Publicación No. 4. Caracas, Venezuela, abril 1969. 173 págs.

Este volumen, cuarto en la serie de publicaciones de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, contiene en seis capítulos, información sobre los antecedentes de los eventos que le sirven de título, discursos pronunciados en la sesión inaugural y en la de clausura, cuestionarios e informes sobre los dos temas presentados, reglamento del seminario, nómina de participantes y directorio.

En las conclusiones del informe conjunto sobre el tema I, "Formación del médico general y su papel dentro de la organización médica venezolana", se destaca la importancia que en la etapa de pregrado de la educación médica

tiene la enseñanza a nivel de consultorios externos, consulta domiciliaria, servicios de emergencia, centros periféricos de salud, medicaturas rurales, etc. Más adelante, el informe dice que "la incorporación de médicos generales a la docencia contribuiría a lograr un giro favorable en la actitud de profesores y estudiantes en la formación de los futuros médicos generales". También señala que todos los participantes estuvieron de acuerdo en que es necesario que el médico general tenga la oportunidad de seguir cursos de actualización y perfeccionamiento y que éstos sean preparados por las universidades, en colaboración con las instituciones interesadas y tomando en cuenta las características que se espera del médico general y la problemática médico-asistencial y sanitaria del país.

El informe analiza los factores que en Venezuela limitan el ejercicio de la medicina general, y hace recomendaciones dirigidas a mejorar esta situación.

En el informe conjunto del tema II, "La formación del personal técnico de nivel medio en medicina" se intenta definir el "equipo de salud" y se agrupa a sus integrantes en cuatro niveles según la duración y las características de su educación y adiestramiento.

El informe indica, en términos generales, que la universidad no sólo tiene la responsabilidad de formar personal académico superior, sino también personal técnico, si bien considera que la participación de otros organismos en esta última tarea es indispensable. Menciona algunos factores que, a juicio de los participantes, han motivado que la atención universitaria se haya concentrado, hasta ahora, en el desarrollo de profesiones académicas.

El informe objeta la creación de escuelas o departamentos que se dediquen exclusivamente al adiestramiento de personal técnico, y señala la necesidad de elevar el prestigio de las carreras intermedias mediante mejores remuneraciones, más oportunidades de trabajo, adecuada información y orientación vocacional efectiva.

La publicación que motiva esta reseña viene a sumarse a las que con similar orientación ha venido publicando la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, y constituye un material de interés para los educadores médicos de países latinoamericanos, interesados por igual en la solución de problemas análogos a los tratados. (*Dr. Jorge Andrade.*)

Noticias

ESTUDIOS SOBRE RECURSOS HUMANOS Y EDUCACION MEDICA

El Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, en su interés por colaborar con los gobiernos y las instituciones de educación superior de la Región en la solución de los problemas que confronta la formación de recursos humanos para la salud, ha venido dando mayor impulso a la ejecución y promoción de estudios especiales. En 1969 se prestó particular atención a varios de ellos. Se continúo colaborando en la ejecución del *Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica en la Argentina,* habiéndose logrado la compatibilidad de los objetivos de los subproyectos y la elaboración de un esquema que los relaciona entre sí y con otras actividades de salud. Se completó la recolección en el terreno de la Investigación Colaborativa Internacional sobre Utilización de los Recursos de Atención Médica. Se inició el catastro nacional de recursos en operación y una lista básica de recursos humanos, incluyendo médicos, odontólogos y enfermeras. En relación con el estudio de las instituciones docentes, se cumplieron las siguientes actividades: 1) Se obtuvo información de las facultades sobre la Investigación sobre Educación Médica y Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Se completó el análisis de la información obtenida, si bien se continúa la comprobación de los datos, particularmente los de las facultades de mayor tamaño; 2) se realizó una encuesta entre las facultades de odontología, habiéndose utilizado una versión adaptada del cuestionario para las facultades de medicina; se elaboró un plan de tabulación, y se inició el análisis respectivo, y 3) se llevó a cabo un estudio de las escuelas y cursos de enfermería en el país (115 escuelas y 39 cursos de auxiliares). Con la ayuda de un cuestionario, se recolectó información sobre las características de los cursos que se dicta, sobre la organización técnica y administrativa de las escuelas, sobre su profesorado, etc. Los datos obtenidos se están revisando, y se ha elaborado un plan de tabulaciones y análisis.

Se iniciaron las actividades dirigidas a poner en marcha un proyecto para el *Estudio y Desarrollo de Recursos Humanos en el Caribe.* Las acciones se orientaron hacia el planeamiento inicial del estudio en el Caribe de habla inglesa y estuvieron representadas por la participación en la Primera Conferencia de Ministros de Salud del Caribe y en las reuniones del comité *ad-hoc* y del permanente, designados por la Conferencia. Se iniciaron los preparativos para la celebración de la II Conferencia de Ministros de Salud del Area del Caribe, en 1970. La Fundación Milbank Memorial colabora en el financiamiento de este programa.

Un asesor temporero de la OPS participó en la reunión de la segunda fase de la Encuesta sobre Recursos Humanos en la Frontera Estados Unidos/ México, la cual se celebró en El Paso, Texas, durante los días del 22 al 24 de mayo de 1969.

Se progresó en la ejecución del *Estudio Experimental de Servicios de Salud, Funciones y Adiestramiento del Personal Auxiliar en Colombia.* Este estudio se lleva a cabo con la activa participación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y del Ministerio de Salud Pública de ese país y con la colaboración de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América y del Departamento; intenta experimentar en tres áreas rurales, previamente seleccionadas, un nuevo sistema de atención de salud basado en la delegación de algunas funciones de personal profesional al auxiliar, y definir sus consecuencias en la cobertura de los servicios de salud y en los programas de formación de personal.

Algunas de las actividades realizadas en 1969 fueron: 1) revisión y actualización del plan general de operaciones y determinación de la secuencia de las acciones; 2) establecimiento de los criterios de evaluación y diseño e impresión de las formas de recolección de datos estadísticos; 3) formulación de los programas de adiestramiento e impresión de los respectivos manuales; 4) en el área de Cáqueza, adquisición de equipo adicional, adiestramiento de personal para la encuesta sobre actitudes de la población y desarrollo de dicha encuesta, y selección del personal que tendrá a su cargo el programa, y 5) en las áreas de El Carmen de Bolívar y Restrepo, actualización de la información sobre recursos, adelanto en la formulación de los respectivos programas y diseño de la muestra para la encuesta sobre actitudes de la población.

Se completó el *Estudio sobre Escuelas de Medicina de Latinoamérica,* mediante el cual se intenta hacer el análisis descriptivo de la estructura administrativa, organización, personal docente, alumnado, plan de estudios y presupuesto de todas las escuelas de medicina en América Latina.

Las metas previstas fueron totalmente cumplidas. Se terminó el análisis general y la tabulación de los datos obtenidos de las escuelas de la América Latina, los cuales fueron publicados en el documento "Educación Médica" presentado en las reuniones del Consejo Directivo de la OPS, de los Jefes de Zona y en la del Centro de Información sobre Educación en Ciencias de la Salud.

Se estudian a fondo las instituciones de Argentina, Brasil y México. En el análisis específico de estos países se contó con la colaboración de consultores a corto plazo.

Se terminó la recolección y codificación de la información para el *Estudio sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social,* dirigido al estudio de la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la medicina; abarca medicina cuantitativa, epidemiología, ciencias de la conducta, medicina integrada, administración y organización de servicios.

El *Estudio sobre Actitudes de Estudiantes de Medicina* ha continuado su desarrollo. El mismo pretende analizar los factores que facilitan o impiden la incorporación de conocimientos y actitudes favorables por parte de los estudiantes de medicina, con especial referencia a la medicina preventiva y social. El procesamiento previsto empezó en 1969 con el análisis de algunos datos, y aun continúa.

El Estudio sobre las Escuelas de Salud Pública en la América Latina, investigación descriptiva de las escuelas de salud pública, similar al de las facultades de medicina, fue completado, y el informe final de la encuesta fue publicado en el Vol. 3, No. 3 de esta revista, y presentado como documento de trabajo a la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública.

Además de los proyectos de investigación ya descritos y con el propósito de obtener información más concreta para la reglamentación del programa de "Becas institucionales", que está siendo preparado por el Departamento, se realizó un *estudio de evaluación del programa de becas de la Fundación Milbank Memorial* en los últimos cinco años. Se cumplieron las etapas de diseño de la investigación, elaboración de cuestionarios y su distribución a los becarios. Se visitó la Fundación, y se tuvieron discusiones con funcionarios de la misma en relación con esta evaluación. Se inició el procesamiento de datos de los cuestionarios retornados.

PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO DE LA OPS

Este programa, que ha sido objeto de notas informativas en números anteriores de *Educación Médica y Salud,** adquirió durante 1969 un desarrollo ampliamente satisfactorio, habiéndose adherido al mismo, mediante la firma de cartas-convenios con la OPS, un total de 108 universidades latinoamericanas.

En forma sucinta se presentan a continuación las principales actividades relacionadas con dicho programa:

Se llevaron a cabo encuestas entre el profesorado para la recomendación de profesores que integren los comités de expertos y para señalar los libros de más acogida en la docencia en las siguientes asignaturas: histología, embriología, ginecología, obstetricia, clínica quirúrgica y psiquiatría.

Se celebraron las primeras reuniones de los comités de medicina interna y de morfología; esta última cubrió las áreas de anatomía, histología y embriología. A estos dos comités asistieron un total de 15 profesores, quienes elaboraron recomendaciones para la reestructuración de los programas de enseñanza y la selección de los textos en sus asignaturas respectivas. Un asesor temporero colaboró en la preparación del documento "La enseñanza

* *Educación Médica y Salud,* Vol. 2, No. 1 (enero-marzo) 1968; Vol. 3, No. 2 (abril-junio) 1969.

de la morfología en América Latina", el cual sirvió de base a las discusiones del comité de expertos sobre el tema.

Se seleccionaron los textos *Fisiología Humana,* de B. A. Houssay, *Manual de Farmacología,* de Kuschinsky y Lüllmann, y *Pediatría,* de W. Nelson, de acuerdo con las recomendaciones de los respectivos comités de expertos.

Para fines de mayo de 1970 ya se había cumplido con la distribución de los cuatro primeros textos, a saber, *Patología,* de S. A. Robbins; *Bioquímica,* de J. Laguna; *Fisiología,* de B. Houssay, y *Farmacología,* de Kuschinsky. El número de copias distribuidas fue, respectivamente, de 14.448, 13.892, 9.905 y 9.162; y las fechas de distribución inicial, octubre de 1968, enero, agosto y octubre de 1969.

Para la misma fecha las facultades habían vendido a sus alumnos alrededor del 60% de los textos recibidos. El 80% de estas ventas se hicieron al contado, y el resto a plazos. Prácticamente no se ha utilizado el procedimiento de alquiler.

Se publicaron en folletos separados, y se distribuyeron, los informes sobre enseñanza de los seis primeros comités reunidos en las asignaturas siguientes: patología, bioquímica, fisiología, farmacología, pediatría y medicina preventiva y social.

Las reuniones de los Comités de Microbiología y Parasitología han sido planeadas para los meses de julio y septiembre de 1970, respectivamente, y en noviembre se iniciará la distribución y venta del texto de *Pediatría,* de W. Nelson.

SEMINARIOS SOBRE DEFINICION DE OBJETIVOS EDUCACIONALES Y DISEÑO DE PLANES DE ESTUDIO

La obra de Benjamin S. Bloom, *Taxonomy of Educational Objectives,** ha atraído el interés de numerosos educadores por la posible aplicación de sus conceptos, y otros de ellos emanados, a la definición de objetivos educacionales, que al ser expresados en términos de cambios de comportamiento de los alumnos y de acuerdo con criterios operacionales previamente establecidos, permitan, por una parte, planear las actividades docentes de acuerdo con dichos objetivos y, por la otra, medir el grado en el cual éstos son alcanzados.

El Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, atento a las necesidades de la educación médica en las Américas, ha visto en este proceso la oportunidad de contribuir a la adopción de una metodología que garantice el éxito del esfuerzo que actualmente llevan a cabo muchas escuelas de medicina en la revisión de sus planes de estudio y en su adecua-

* Bloom, Benjamin S., Editor: *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook 1, Cognitive Domain.* David McKay Co., Inc., New York, 1968, 207 págs.

ción a las necesidades de las comunidades a las cuales sirven, así como a los avances de la ciencia y de la tecnología modernas. Con tal propósito en mente, se han venido realizando seminarios que ofrecen a sus participantes, bajo una apropiada asesoría, la oportunidad de discutir principios generales en cuanto a los determinantes de los planes de estudio y la metodología más apropiada para su diseño.

Hasta la fecha se han realizado dos de tales seminarios; el primero tuvo por sede la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia, y congregó directivos y profesores de ocho de las nueve facultades de medicina de ese país. El segundo tuvo lugar en el mes de mayo de 1970, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pernambuco, Recife, Brasil, con la participación exclusiva de profesores de esa Facultad.

Estos seminarios están formados por grupos que no exceden de veinte participantes, y se desarrollan teniendo en cuenta los principios generales de la dinámica de pequeños grupos, satisfaciendo, incidentalmente, el propósito de adiestrar a los participantes en la aplicación de tales principios, en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Durante los seminarios se discuten las necesidades y características de la colectividad y de los alumnos que deben ser tomadas en cuenta en el diseño de los planes de estudio; se presentan las bases para la definición de objetivos educacionales en términos de cambios de comportamiento de los alumnos y los criterios operacionales que deben ser considerados al hacer tal definición; se ejecutan ejercicios de definición de objetivos educacionales a diversos niveles; se presentan y discuten los principios que rigen el aprendizaje y la organización del conocimiento, y se hacen ejercicios de aplicación de tales principios a la determinación de los métodos de enseñanza más apropiados para el logro de cada objetivo; por último, se discuten las implicaciones prácticas y los mecanismos de decisión requeridos por el proceso de revisión del plan de estudios de una escuela de medicina.

La experiencia adquirida parece señalar que el procedimiento descrito es un buen instrumento para adiestrar a personal docente de las escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud en el uso de una metodología cuyos resultados prácticos pudieran ser de gran alcance.

A medida que se cuente con mayor número de personal adiestrado en la conducción de estos seminarios, se irán ofreciendo a las escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud que se muestren interesadas.

CURSO BASICO DE SALUD PUBLICA EN PANAMA

Entre el 4 de mayo y el 5 de junio de 1970 se realizó por primera vez en la República de Panamá, bajo el patrocinio del Ministerio de Salud de ese país y de la OPS, un curso básico de salud pública para funcionarios en servicio

en ese Ministerio. La experiencia fue muy halagadora, y se espera que sea la iniciación de un programa de adiestramiento intensivo.

Participaron en el curso 18 médicos y tres enfermeras graduadas; de ellos, la mitad trabaja en diversas comunidades del interior de la República (áreas sanitarias y centros de salud).

El profesorado estuvo representado por altos funcionarios del Ministerio de Salud (30 en total). La planificación y coordinación del curso estuvo a cargo del Dr. Ovidio Beltrán Reyes, Profesor de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Carabobo, Venezuela, quien actuó como Consultor de la OSP/OMS; y del Dr. Oscar Soto Cadenillas, Jefe de la Oficina de Adiestramiento del Ministerio de Salud de Panamá.

El curso se dividió en 48 sesiones, con un total de 168 horas de actividades docentes. Se siguió la orientación general adoptada en cursos similares realizados en la República de Venezuela; sin embargo, la metodología varió grandemente por cuanto se aplicaron los principios de la dinámica de grupo, estimulando así la participación activa de los alumnos. Enriquecieron el proceso de aprendizaje prácticas intra y extra-murales.

La evaluación del curso se llevó a cabo mediante la aplicación de cuestionarios especiales, al comienzo y al final del curso; la opinión de los participantes se obtuvo en forma anónima al final de cada actividad. Los resultados obtenidos fueron altamente favorables por cuanto de 18 respuestas, 15 consideraron el curso muy útil, y tres, útil; ninguno lo consideró poco útil o innecesario. El método de docencia fue considerado muy bueno por 14, bueno por tres, y uno no contestó. Ocho participantes consideraron innecesario agregar nuevos temas en cursos similares, y 15 opinaron que no debía eliminarse ninguno de los tratados. En cuanto al tiempo de duración, la mitad de los participantes estimaron que debería mantenerse igual; la cuarta parte que debería prolongarse, y el resto, que debería acortarse.

A media que se desarrolló el curso, se distribuyó material didáctico resumiendo los aspectos fundamentales tratados en cada sesión, y, además, numerosas publicaciones de la OSP/OMS. La encuesta final mostró que 88% de los participantes habían encontrado el material muy satisfactorio.

NUEVA POLITICA DE ASISTENCIA DE LA FUNDACION W. K. KELLOGG

La Fundación W. K. Kellogg continuará colaborando con las instituciones latinoamericanas en el desarrollo de programas de educación y servicio a la comunidad en el área de las ciencias de la salud—medicina, odontología, enfermería, salud pública y administración hospitalaria. De un modo general, dicha asistencia es ofrecida a través de subvenciones para proyectos experimentales basados en nuevos enfoques en educación o servicio y relacionados con el mejoramiento de la salud. Como ejemplo se cita la asistencia

a programas de adiestramiento en medicina y odontología de la comunidad, a cursos para el adiestramiento de personal auxiliar y a programas de educación continuada y de postgrado en ciencias de la salud. La Fundación Kellogg no provee asistencia para investigación ni para construcción.

De acuerdo con la política recientemente establecida, la Fundación Kellogg no seguirá otorgando directamente becas individuales, pero las subvenciones a instituciones podrán incluir partidas destinadas al adiestramiento avanzado de personal, dentro de un programa específico. Estas becas serán administradas por la institución que recibe la colaboración de la Fundación, y podrán ser utilizadas para adiestramiento en los Estados Unidos o en la América Latina. Esto implica un cambio substancial en la práctica hasta ahora seguida por la Fundación, la cual consistía en la adjudicación y administración directa de becas para adiestramiento exclusivo en los Estados Unidos.

Publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana

No. 163 Directorio de psiquiatras de América Latina, 1968. (679 páginas). Precio: $2,00.

Esta publicación bilingüe (español-inglés) contiene los nombres y direcciones de 3,445 psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y otros profesionales que se ocupan de la psiquiatría y de la salud mental. Constituye un primer intento de registro del personal que trabaja en estas actividades en la América Latina.

No. 166 Hechos que revelan progreso en salud. 1968. (64 páginas). Precio: $0,50.

En esta publicación se comparan las condiciones de salud de los países del Hemisferio a mediados de la década de la Alianza para el Progreso, con las metas establecidas en la Carta de Punta del Este (1961) y reafirmadas en la Declaración de los Presidentes de América (1967).

Numerosos cuadros y gráficas destacan lo realizado y lo que queda por hacer para mejorar la situación de los habitantes de las Américas en materia de salud. Sus capítulos comprenden datos sobre población, salud en la niñez, enfermedades transmisibles, nutrición, saneamiento del medio, servicios de salud y personal de salud. Contiene también datos sobre el aumento de la expectativa de vida y reducciones en la mortalidad.

No. 167 Principios básicos para la orientación del paciente. 1968. 64 (páginas). Precio: $0,50.

Ofrece esta publicación un método de adiestramiento clínico a corto plazo para enfermeras que se dedicarán al cuidado institucional de enfermos mentales. Podría servir de guía al personal docente de enfermería psiquiátrica, y de fuente de referencia en esta disciplina a las estudiantes de enfermería. Destaca la importancia que la enfermería tiene en el cuidado integral del paciente.

Nota: En el número de abril-mayo-junio de 1969 (Vol. 3, No. 2) aparece una lista de publicaciones anteriores. Estas, al igual que las que aparecen en esta relación, pueden ordenarse a la siguiente dirección: Oficina Sanitaria Panamericana, Departamento de Comunicaciones Científicas, 525—23rd Street, N.W., Washington, D. C. 20037, E.U.A.

No. 173 Clasificación Internacional de Enfermedades-Suplemento de Adaptación para Indice de Diagnósticos Hospitalarios y Clasificación de Causas de Morbilidad. 1968. (50 páginas). Precio: $0,50.

Este suplemento, junto con el Volumen I de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Octava Revisión en español, reemplaza la Publicación Científica No. 52 de la Organización Panamericana de la Salud como código para la elaboración de índices de diagnósticos en registros hospitalarios y para la clasificación de causas de morbilidad. Traducción al español de la obra publicada por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

No. 174 Bibliografía sobre nutrición, alimentación, salud pública y ciencias afines para uso en las escuelas de nutrición y dietética de Latinoamérica. 1969. (457 páginas). Precio: $2,00.

Comprende una lista selectiva de libros de texto, boletines, folletos, películas, revistas y otro material de consulta sobre temas de nutrición, alimentación, salud pública y ciencias afines. Incluye las referencias suministradas por 11 escuelas de nutrición y dietética de América Latina y 52 escuelas de salud pública y universidades de los Estados Unidos que preparan especialistas en estas materias. También incluye referencias sugeridas por nutricionistas latinoamericanos; por la Biblioteca Nacional de Medicina y la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos y por otras bibliotecas localizadas en Washington, D. C., y Nueva York, entre ellas, las de la OPS/OMS, la FAO y la Unión Panamericana.

La selección se ha hecho principalmente de material en español, portgués e inglés, clasificado por temas o materia, a saber: ciencias básicas, ciencias sociales y económicas, ciencias de salud pública, ciencias de la nutrición y la alimentación, y ciencias pedagógicas.

No. 176 Enfermería — Recopilación de trabajos, No. 3. 1969 (189 páginas). Precio: $1,50.

Como en recopilaciones anteriores, en la selección de estos trabajos se ha tenido en cuenta la utilidad que puedan tener en los servicios de enfermería de la América Latina y el interés que puedan despertar entre las enfermeras del Continente.

Algunos de los artículos tratan sobre enfermería psiquiátrica, y otros, sobre investigación en enfermería, sobre la importancia de la educación continua, la atención individual, la pedagogía médica y la coordinación de servicios hospitalarios.

No. 178 Tercer Seminario sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva y Salud Pública en Escuelas de Medicina Veterinaria. 1969. (126 páginas). Precio: $1,10.

Contiene el informe final y 16 de los trabajos presentados en el seminario en referencia, celebrado en Lima, Perú, en marzo de 1967, y auspiciado por la OPS, con la colaboración del Gobierno del Perú.

Versan los trabajos sobre los siguientes temas: medicina veterinaria y salud pública; epidemiología y bioestadística; enseñanza de la higiene de los alimentos y producción animal; capacitación y adiestramiento, y medios audiovisuales.

No. 180 Comité Técnico Asesor en Enfermería, Primer Informe. 1969. (23 páginas). Precio: $0,50.

Esta publicación contiene el informe final de la reunión del Comité Técnico Asesor en Enfermería, reunido en la sede de la OPS en 1968, y en la cual se trataron los siguientes temas: sistema de personal de enfermería; planificación, investigación y estudios; publicaciones y libros de texto, y servicios de asesoramiento en enfermería. Cada tema va acompañado de una serie de recomendaciones que podrían servir de guía a futuras actividades en este campo.

No. 189 Symposium on Education in Veterinary Public Health and Preventive Medicine. 1969. (152 páginas). Precio: $2,00.

Reúne esta obra en inglés los trabajos presentados en dicho simposio, auspiciado por la OPS y llevado a cabo en St. Paul, Minnesota, Estados Unidos, en 1968. Sus discusiones giraron sobre los principios básicos de los planes de estudio según las necesidades de los veterinarios de salud pública. Los trabajos fueron coordinados bajo los siguientes títulos generales: programas de enseñanza que traten de las necesidades presentes y futuras; enseñanza de la epidemiología, bioestadística, higiene de los alimentos, salud ambiental y medicina veterinaria en la comunidad; programas de adiestramiento en el terreno; adiestramiento en la prevención de desastres; comunicaciones biomédicas, y evaluación del aprendizaje del estudiante.

No. 192 Libros sobre nutrición para las ciencias de la salud. 1969. (23 páginas). Precio: $0,50.

Esta publicación contiene el informe de la reunión de un grupo técnico, celebrada en Washington, D. C., en 1969. Tuvo ésta como fin definir las áreas de mayor déficit de publicaciones en cuanto a contenido y existencia

en español y/o portugués; preparar una lista selectiva de textos y libros de consulta para instituciones interesadas; recomendar a la OPS líneas de acción en cuanto a la preparación, traducción y distribución de publicaciones, con miras a mejorar la situación existente, y elaborar criterios para la selección de textos y otro material para la enseñanza de nutrición.

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

Los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizados en 1955 y 1956 bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, recomendaron la creación de una organización que reuniera las escuelas de medicina del Hemisferio. Esta recomendación recibió formal aprobación en las dos primeras Conferencias de Escuelas Médicas Latinoamericanas convocadas por la Unión de Universidades de América Latina. La primera, celebrada en Ciudad de México en 1957, recomendó "la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas"; y la segunda, en Montevideo, en 1960, propuso "estimular a través de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de todos los países de América, la creación de una Federación Panamericana de Escuelas de Medicina".

Invitados por la Asociación Americana de Escuelas Médicas, representantes de escuelas de medicina de países latinoamericanos se reunieron en Montreal (noviembre de 1961), durante la 72a. Reunión Anual de dicha Asociación y decidieron establecer un Comité Organizador para elaborar el proyecto de la Federación. Este Comité se reunió en Cali, Colombia, en abril de 1962, y preparó el plan de organización de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, aprobado en sesión plenaria de la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, realizada en Viña del Mar, Chile, el 29 de noviembre de 1962.

Se estableció entonces un Comité Administrativo Interino encargado de poner en funcionamiento la Federación y tomar medidas para la formación de los organismos directivos correspondientes. Finalmente, el 15 de agosto de 1964, al iniciarse la Cuarta Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, en Poços de Caldas, Brasil, se llevó a cabo la instalación del Consejo de la Federación, se eligió la Mesa Directiva y se formó el Comité Administrativo con carácter permanente. Su actual Presidente es el Dr. Rubens Maciel, del Brasil, y su Director Ejecutivo, el Dr. José Félix Patiño, de Colombia.

La Federación "es un organismo de carácter exclusivamente educacional y científico que se propone contribuir, en forma organizada y progresiva, al perfeccionamiento de la educación médica en las Américas". Desde sus comienzos ha contado con la valiosa cooperación de las Fundaciones Milbank Memorial, Kellogg y Rockefeller, y ha actuado en perfecto entendimiento con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En sesión plenaria celebrada el 7 de octubre de 1965, el Consejo Directivo de la OPS, en su XVI Reunión, "resolvió reconocer la Federación como organismo no gubernamental representativo de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Américas".

La Dirección Ejecutiva de la Federación funciona en Bogotá, Colombia (Carrera 7ª No. 29–34).

FEDERACION PANAMERICANA
DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA