

LA OBRA DE SALUD EN LAS AMERICAS

Avances logrados en el cuatrienio 1970-1973¹

Por el Dr. Abraham Horwitz,
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

¿Cuáles son los acontecimientos que caracterizan la obra de los Gobiernos con la colaboración de la OPS y de la OMS en el cuatrienio 1970-1973? El solo enunciarlos es una contribución a la historia de la salud en las Américas, así como a la de la cooperación internacional, toda vez que esta última por extenderse, institucionalizada, desde hace 72 años, tiene ya su propia tradición. La historia la entendemos no como narración sino, a la manera de Ortega y Gasset, como el "sistema de las experiencias humanas, que forman una cadena inexorable y única".² Porque la salud tiene que hacer con el destino de quienes se benefician o no con los preceptos que la inspiran, las acciones por las que se realiza y las motivaciones que garantizan su continuidad.

El período vio el fin de una década y el comienzo de otra, ambas singulares por simbolizar el propósito de todos los países del mundo—entre ellos los de nuestra Región—de fomentar el desarrollo y el bienestar de una manera sistematizada. Decíamos en el Informe Anual de 1971: "Llegados así al término de este decenio, tan rico en consecuencias y promiso en oportunidades, porque muchos son aún los que sufren y esperan, los Gobiernos han resuelto programar el que sigue hacia el alcance de metas que seguramente reflejarán el enorme caudal de experiencia, el espíritu de progreso y las aspiraciones sentidas de las Américas".³

He aquí el primer hecho digno de destacar: la decisión de organizar la labor continental en salud a manera de compromiso solidario. La evaluación en tres oportunidades del Plan Decenal de Salud Pública adoptado en Punta del Este,⁴ dejó enseñanzas, tanto derivadas de los éxitos como de los fracasos, que sirvieron de fundamento para planificar, con mucho mejor conocimiento de causa, los 10 años en curso.

La salud como un componente del desarrollo, un estimulante del crecimiento de la economía y no simplemente un sector pasivo, ha sido confirmada tanto en concepto como en la práctica. Igualmente, la tesis que las funciones sociales representan una inversión y no un simple gasto. En la actualidad ya no se acepta que el progreso sólo resulta del proceso ahorro-inversión. No son el producto nacional bruto y los indicadores similares, ajenos a una real justicia distributiva, los que auténticamente lo miden. Lo hace, más bien, el bienestar que experimentan personas, familias y sociedades y que se alcanza con la planificación del ingreso nacional. No parece razonable esperar, sin embargo, que la prevención y curación de enfermedades, la educación, entre otros sectores, interfieran con el aumento de lo que realmente los sustenta, vale decir, el crecimiento de la economía.

¹ Versión condensada de la Introducción del *Informe Cuatrienal (1970-1973) e Informe Anual (1973)*, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Documento Oficial de la OPS 131, págs. vii-xxiv, 1974. En la sección "Libros" de este número aparece un breve resumen del contenido de todo el volumen.

² "Brindis y problemas". En *Obras completas* (Tomo VI, 1941-1946), 6ª ed. Madrid. Revista de Occidente, 1946. pág. 43.

³ Documento Oficial de la OPS 116 (1972), xxii.

⁴ Organización de los Estados Americanos. *Documentos Oficiales de la OEA, Ser. H/XII.1* (1961), 30-32.

El Plan Decenal de Salud para las Américas 1971–1980, emanado de la III Reunión Especial de Ministros de Salud celebrada en Santiago de Chile en 1972⁵, se refiere a una serie de programas específicos, incluyendo la magnitud e importancia de cada problema, las estrategias para reducir su impacto y, cuando procede, los objetivos medibles. Por otra parte, el Informe sobre el cuatrienio 1970–1973 detalla las labores realizadas por los Gobiernos con la colaboración de la OPS/OMS. Su significado depende de las prioridades que cada país incluye en su política de salud. Si bien todos son de importancia en las Américas, hay algunos que aparecen con mayor frecuencia, por lo que nos limitaremos a mencionar hechos sobresalientes, en forma sucinta, ocurridos en el período que comentamos.

Ante la demanda creciente de servicios, sin incremento proporcional de los recursos, se ha reconocido lo inevitable de identificar los problemas, darles un orden de importancia de acuerdo con parámetros diversos, determinar para cada uno objetivos medibles y factibles e invertir de conformidad con este esquema, evaluando y reajustando periódicamente el proceso. En síntesis, la planificación de la salud se acepta hoy como necesaria, cualquiera la metodología que se emplee. Es evidente que se requiere de una más larga experiencia en lo que es un campo complejo pero esencial, uno que no sólo permite tomar las decisiones más racionales sino también coordinar toda la colaboración y las contribuciones internacionales.

Digna de todo encomio es la Declaración de los Señores Ministros de Salud del Continente, en su Plan Decenal, que la prioridad del esfuerzo colectivo la tiene el satisfacer el derecho de esos 120 millones de habitantes que hoy no tienen acceso ni a un servicio mínimo de salud. La cobertura es el instrumento para este cometido humanitario. Hay consenso que si no se enfoca como un problema diferenciado—lo que varios Gobiernos están ya haciendo—será difícil reducir este grave hecho negativo en la Región. Como es lógico, no deberían reducirse sino, más bien, procurar mejorarse las atenciones en cantidad y calidad de las que hoy se benefician, o podrían hacerlo, los 180 millones de habitantes del medio urbano y suburbano de los países.

La llamada “**estrategia rural**” requiere mención especial. Porque sus componentes constituyen la única solución inmediata para ese 37% de la población de las Américas a quien le asiste el mismo derecho para iguales servicios. La comunidad motivada y activa; los empíricos readiestrados en el uso de técnicas científicas sencillas; los auxiliares de salud debidamente capacitados para prevenir y tratar y, sobre todo, referir lo que no pueden ni deben hacer, y los graduados en su “internado rural”, constituyen los ejecutores del programa cuyo contenido deriva de la política nacional de salud. Cuando la naturaleza, el presupuesto y el clima lo permiten, hay supervisión de profesionales, especialmente de enfermeras. Algunos ejemplos reflejan la factibilidad de esta estrategia, como veremos más adelante. Confiamos que se multipliquen, con las consecuencias sociales esperadas.

Salud maternoinfantil

El 63% de los habitantes de la región de América Latina son mujeres en edad fértil y niños menores de 15 años. Representan de por sí una prioridad. Planificar la familia—o como otros dicen, estimular la paternidad responsable—es un objetivo de la **atención maternoinfantil y del bienestar**. La creación del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población ha significado una importante contribución para dicho propósito y nuestra Organización ha asesorado en la realización de los proyectos correspondientes que han permitido expandir el cuidado de madres y niños. Se ha tenido presente al respecto que al término de esta década el Hemisferio Occidental tendrá 100 millones más de seres humanos.

⁵ *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial de la OPS 118 (1973).*

Cabe citar la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez,⁶ publicada en este cuatrienio y llevada a cabo en 15 ciudades de 10 países. La riquísima información que contiene sobre el análisis multicausal de 35,000 defunciones es la mejor argumentación documentada para la prioridad que el Plan Decenal le asigna a todo lo relacionado con la higiene materno-infantil. Hemos señalado que las tasas de mortalidad de los menores de cinco años, en especial la de los menores de un año, son el indicador más sensible del grado de desarrollo de un país. Ello se debe a que reflejan una constelación de factores de orden económico y social, los que actúan sinérgicamente. Se confirma de manera indiscutible la sinergia entre infección y estado nutricional. Por otro lado, la lactancia materna, el nivel de educación de la madre, la disponibilidad de agua potable en el hogar, influyen de manera directa para disminuir la incidencia de enfermedades diversas, del retraso mental y de la mortalidad en los niños.

El cuatrienio ha visto una preocupación mucho mayor de los Gobiernos por el **recién nacido**. La Investigación en referencia comprobó el enorme subregistro de niños no viables. Por otra parte, muchas opiniones y técnicas preconcebidas que dominaron durante años la atención obstétrica están siendo modificadas radicalmente por estudios de fisiopatología del desarrollo humano. El punto focal de las labores de nuestra Organización en este campo es el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, con sede en Montevideo, Uruguay.

Nutrición

Hay conciencia que la **nutrición**, resultante de una alimentación equilibrada, sólo puede abordarse racionalmente en las comunidades como un sistema. Hay consenso sobre lo complejo de esta empresa de formular y ejecutar políticas de alimentación y nutrición, pero lo hay también sobre la gravedad de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. Los fundamentos de dicha política fueron formulados en 1969.⁷ En el cuatrienio, por acción conjunta de UNICEF, OPS/OMS, FAO, UNESCO y CEPAL, se han diseñado los métodos para reunir y analizar toda la información necesaria y transformarla en decisiones específicas como parte del plan nacional de desarrollo. Las labores de promoción y asesoría en Centroamérica y Panamá han estado a cargo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y en los países del Caribe, del Instituto de Alimentación y Nutrición, administrados ambos por nuestra Organización. La política de la OPS/OMS en el campo de la nutrición, aprobada por los Gobiernos, contiene los componentes que siguen:

- Evitar pérdidas de proteínas de origen animal mediante el control de enfermedades de vacunos, porcinos y ovinos, sea que se transmitan o no a los seres humanos. Cabe destacar el programa de inmunización contra la fiebre aftosa, que durante el cuatrienio ha cobrado particular intensidad y extensión en la zona infestada, que comprende toda Sudamérica. Incluye la vacunación cada cuatro meses de 200 millones de bovinos, con una inversión, para los próximos cuatro años, de 350 millones de dólares, de los cuales el 80% proviene de los recursos nacionales y el resto del Banco Interamericano de Desarrollo. El punto focal de esta empresa es el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, situado en Río de Janeiro, Brasil, que administra la OPS. Con el mismo propósito se persigue el control de la brucelosis, tuberculosis bovina, rabia, hidatidosis y leptospirosis. Esta labor se realiza desde el Centro Panamericano de Zoonosis, con sede en Buenos Aires, Argentina.

- La preparación de mezclas de proteínas vegetales de un valor nutritivo similar al de la leche, cuyo prototipo es la Incaparina. Formulada por el INCAP y en pleno uso en Guatemala, la idea ha estimulado a otros países a preparar fórmulas autóctonas, algunas de las cuales están en etapa de industrialización.

⁶ *Publicación Científica de la OPS 262 (1973).*

⁷ *Elementos de una política de alimentación y nutrición en América Latina. Publicación Científica de la OPS 194 (1969).*

• La inducción de proteínas animales mediante la alimentación de algunas especies con subproductos de cultivos agrícolas, como son la pulpa de café, residuos del trigo, melaza, torta de soja, harina de semilla de algodón y otros. Estos ensayos se efectúan en el INCAP y en diversos centros científicos de la Región.

• El enriquecimiento de alimentos con sustancias específicas, como el azúcar con vitamina A, el yodo en la sal, flúor en el agua y hierro en la harina de trigo.

• El uso de alimentos como incentivo para acciones de prevención y curación de las enfermedades. Desde la creación del Programa Mundial de Alimentos (PMA) se han realizado, con nuestra cooperación, 44 proyectos de salud, la mayor parte en el último cuatrienio. Sus propósitos están guiados hacia la protección de grupos vulnerables, vale decir, embarazadas, madres lactantes y niños; la construcción y organización de la infraestructura de salud; la formación de recursos humanos, y el cuidado de la salud en empresas para el incremento de la economía. En síntesis, el PMA, asociado con la OPS/OMS, al colaborar con los Gobiernos, está siendo, de manera original, un genuino catalizador del bienestar de los habitantes en las Américas.

En el cuatrienio se han refinado los métodos para el diagnóstico nutricional y se han planteado nuevos conceptos en la epidemiología de la desnutrición, derivados de investigaciones del pasado reciente. Los adelantos en el conocimiento de la interrelación entre nutrición e infección han significado valiosos aportes para una mejor comprensión de la patogenia y el tratamiento de la desnutrición proteicoenergética de niños, así como de sus múltiples efectos.

La formación de profesionales en ciencias de alimentos y nutrición humana y animal y en bioquímica y tecnología de alimentos ha continuado en forma creciente en los últimos cuatro años. Ellos han realizado en gran medida los avances para disminuir los estragos de la desnutrición por defecto y por exceso de ingestión.

La crisis económica mundial, agravada en las postrimerías del cuatrienio 1970-1973, está teniendo—y puede tener—consecuencias cada vez más serias en la producción, distribución, consumo y utilización de alimentos. No es del caso analizarla en detalle; basta sólo mencionar el aumento del precio del petróleo, el de los fertilizantes y plaguicidas y el de otros elementos esenciales. Por ello cobran particular realce y urgencia la formulación y ejecución de una política nacional de alimentación y nutrición en la forma en que la hemos enunciado.

Las consecuencias de lo que la OPS ha realizado—siempre al servicio de los Gobiernos—se podrían medir en salud materno-infantil. Sin embargo, la magnitud y complejidad de este problema—que estigmatiza al mundo en desarrollo—exige aún de mucho más esfuerzo e inversión para alcanzar esa “masa crítica de efectos” que aceleren la disminución de las tasas de enfermedad y muerte, en especial de madres y de menores de cinco años. Deseamos, con fervor, que esta tarea de por sí ímproba, si bien primordial, no encuentre obstáculos todavía más complejos, derivados de la inflación económica que a todos nos afecta.

Ingeniería y ciencias del ambiente⁸

Al hablar del renacer de la **ecología**, ocurrido con vigor inusitado en los últimos cinco años, dijeron los Ministros de Salud en su Plan Decenal: “Como nunca en el pasado las decisiones de Gobiernos, instituciones y personas tienen consecuencias que trascienden, con mucho, los efectos inmediatos. Procede pensar y actuar ecológicamente, modificar nuestros juicios de valor y nuestra conducta si queremos evitar o limitar el daño del medio humano y de la salud en las comunidades.

⁸ En la sección “Reseñas” de este número (págs. 341-361) aparece el texto íntegro del capítulo, con el mismo título, publicado en el *Informe Cuadrienal (1970-1973) e Informe Anual (1973) del Director de la OSP, Documento Oficial de la OPS 131* (págs. 46-66), 1974.

“La verdad es que la calidad de la vida deriva de este continuo intercambio e interrelación de los seres humanos con su ambiente, un verdadero metabolismo social en el que participan todas las variables que es dado suponer, inducidas o producidas por el hombre y la naturaleza. Ante tanta diversidad—una miríada de factores en constante modificación—se comprende lo encontrado de las opiniones nacionales o entre las naciones respecto a problemas, prioridades, técnicas e inversiones. Es esencial que los países o las regiones cuenten con una política, es decir, con un enunciado de lo que se proponen hacer, de los hechos que fundamentan este cometido y de cómo llevarlos a la práctica”.⁹

A manera de síntesis de todo lo relacionado con los problemas del ambiente, creemos que el cuatrienio se caracteriza porque los Gobiernos le han dado prioridad a aquellos de mayor frecuencia y significado social. Han tomado en cuenta las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización y los objetivos del Plan Decenal de Salud 1971–1980. En efecto, es la provisión de agua potable, urbana y rural, la disposición de desechos y residuos por métodos higiénicamente aceptables, lo que ha beneficiado al mayor número de personas con las inversiones correspondientes. No obstante, con visión del futuro, hay preocupación por todos los riesgos que emanan del medio humano—con frecuencia por obra de los hombres—los cuales hay que identificar y controlar, armonizando el bienestar con el desarrollo.

Se ha hecho ostensible la necesidad de un sistema de vigilancia de contaminantes que permita advertir oportunamente una concentración de cualesquiera de ellos que pueda afectar la salud y el bienestar. Esta responsabilidad se le ha asignado a la OMS en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, celebrada en Estocolmo, Suecia, en 1972.

Las actividades de la OPS/OMS, directas o en asociación con otros organismos internacionales, sean técnicos o de crédito, se realizaron de acuerdo con estas normas y esperamos que continúen en progreso durante esta década y las siguientes.

Enfermedades transmisibles

En el Plan Decenal de Salud 1971–1980, las **enfermedades transmisibles** se clasifican entre aquellas que son susceptibles de prevención por inmunizaciones y las que requieren de otros métodos para reducir su incidencia, con el fin de controlarlas o erradicarlas.

En cuanto a las primeras, dos hechos son relevantes en el período 1970–1973: 1) La decisión de los Gobiernos de organizar los programas con miras a “niveles útiles” de inmunidad. 2) La institucionalización de los sistemas de vigilancia epidemiológica para algunas enfermedades, a fin de generalizarlos a todas las que son frecuentes.

Entre las acciones promovidas o realizadas por la OPS/OMS en este campo, queremos mencionar las siguientes:

El último caso autóctono de **viruela** ocurrió en abril de 1971 y la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, con base a la opinión de expertos, aceptó la erradicación de la enfermedad en las Américas.¹⁰

El promedio anual de casos de **poliomielitis**, comparando el período 1960–1963 con el de 1970–1973, muestra marcadas reducciones que reflejan el número de vacunaciones. Igual puede concluirse para el **sarampión**, si bien, dado el costo de la vacuna, las inmunizaciones han sido de menor cobertura nacional y continental que en poliomielitis.

La **tos ferina**, el **tétanos** y la **difteria** siguen teniendo una alta prevalencia por falta de programas regulares de vacunación. Preocupa el hecho de que la producción de antígenos no

⁹ Documento Oficial de la OPS 118 (1973), 7.

¹⁰ Resolución XVII. Documento Oficial de la OPS 127 (1974), 18–19.

parece ser suficiente para satisfacer la necesidad de los menores de cinco años. Se identificaron enfermos de **fiebre tifoidea** con cepas resistentes al cloranfenicol, con la consecuente gravedad y la alta letalidad. Se iniciaron ensayos de vacunas con gérmenes muertos para administración por vía oral. En 1973 se notificó un caso de **cólera**, cuyo origen no pudo precisarse y que no logró difundirse.

Estos son algunos de los antecedentes que revelan que los Gobiernos tienen que intensificar sus actividades para alcanzar las metas del Plan Decenal y reducir la mortalidad y morbilidad específicas. Las labores de la OPS/OMS se han concentrado en asesorar en la producción de biológicos, promover los sistemas de vigilancia epidemiológica, y colaborar en la organización de los programas, así como en aportar o gestionar vacunas, equipos y otros elementos con este fin.

Mención especial merece la **tuberculosis**, en la que el uso del BCG es uno de los métodos para su control. Como se ha señalado, la mortalidad es la décima parte de lo que era hace 20 años en la región de América Latina, pero es aún 10 veces más alta que en los E.U.A. y el Canadá. Por otro lado, las medidas modernas de control dan prioridad a la vacunación con BCG, al tratamiento ambulatorio y al diagnóstico microscópico. En este sentido, queremos señalar la publicación del manual¹¹ que ha sido ampliamente distribuido en el Continente. La OMS ha estimado que el programa enunciado representa una inversión no mayor de 15 centavos de dólar por persona/año. En estas condiciones, las metas del Plan Decenal son factibles. El problema reside en la cobertura y en las acciones asignadas a la infraestructura de salud.

La creación del Centro de Adiestramiento e Investigaciones sobre **Lepra** y Enfermedades Afines, gracias a la generosidad del Gobierno de Venezuela, en 1972, le ha dado ímpetu a las acciones derivadas del conocimiento actual. La nueva entidad es también uno de los Centros de Referencia de la OMS en dicho campo.

Sólo el 66.9% de los enfermos diagnosticados en la Región como promedio, está bajo control. Este solo dato muestra lo que queda por hacer. Es evidente el subregistro y la necesidad de hacer los mayores esfuerzos para disminuir la frecuencia total y hacer desaparecer las formas graves.

Hemos sostenido en repetidas oportunidades que en el Hemisferio Occidental se ha llegado a un estado en que no se puede justificar por argumento alguno la suspensión ni el menor ritmo de acciones contra la transmisión de la **malaria**. Lo que queda por hacer, aunque sea más complicado, es menos de lo que ya se ha hecho, si bien el costo puede ser superior.

No pueden discutirse los progresos en la última década, tanto en mortalidad como en morbilidad y en la liberación de enormes regiones para la producción. No es fácil medir el cambio de actitud de los habitantes transformando su visión pesimista de la vida, de mera existencia, en una en la que procede luchar para alcanzar aspiraciones. Se buscan nuevos mecanismos para interrumpir la transmisión. Que este esfuerzo de varios talentos en el mundo está ocurriendo lo revela el Simposio Interamericano de Investigaciones sobre Malaria (El Salvador, 1971)¹² el que copatrocinamos.

Los Gobiernos, con la colaboración internacional, han logrado que 133,504,000 habitantes estén libres del riesgo del paludismo al 31 de diciembre de 1973. Esta cifra representa el 68.3% de la población total que vive en las áreas originalmente maláricas. La meta del Plan Decenal para 1971-1980 es alcanzar el 90.7%.

En términos del número de países, en 12 se ha llegado a la erradicación y ocho la obtendrán en un futuro cercano. En los 14 restantes, los problemas aparentes son de resistencia de

¹¹ *Guía para el diagnóstico de la tuberculosis por el examen microscópico. Publicación Científica de la OPS 277 (1973).*

¹² *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene (Supplement)*. Vol. 21, No. 5, Parte II, septiembre de 1972.

algunos de los vectores principales a los insecticidas en uso, lo que se ha paliado recurriendo a algunos más efectivos aunque de mayor costo. Estos y otros factores explican las áreas de las Américas en las que el avance es lento o el proceso se ha estancado.

La investigación está produciendo resultados muy promisorios. Entre ellos, el desarrollo de métodos de inmunización activa; los nuevos conocimientos sobre los mecanismos de resistencia a los insecticidas; las técnicas de control de origen biológico y genético, así como las experiencias combinando varios de estos procedimientos.

Para darle cima a esta empresa parece indispensable complementar las inversiones nacionales con capital exterior, lo que hemos promovido para erradicar la malaria en los términos aceptables. Si así ocurre, esperamos que tanto Gobiernos exportadores de capital como otros bancos internacionales procedan de igual manera. Es de conveniencia reanalizar periódicamente la estrategia para reducir y finalmente eliminar las consecuencias de la malaria para los seres humanos y las comunidades que habitan.

Los 374 casos de **fiebre amarilla** selvática notificados por seis países durante el cuatrienio y la frecuencia de las epidemias de **dengue**, que ha aumentado en los últimos 10 años, sirven de base a la reiterada decisión de los Cuerpos Directivos de nuestra Organización y a lo que estatuye el Plan Decenal 1971-1980: "Erradicar el *Aedes aegypti* en los países y territorios aún infestados y evitar su penetración en aquellos donde ha sido eliminado".¹³

Afortunadamente, desde 1964 no se ha identificado caso alguno de fiebre amarilla urbana. A diferencia de la malaria, la resistencia a los insecticidas en uso es menos intensa y existen preparados de sustitución que son eficaces. El problema fundamental es de fondos para programas sistematizados que cubran todas las áreas en que el mosquito está presente. Los expertos que constituyen el Comité Asesor de la OPS sobre Vigilancia del Dengue en las Américas así lo han expresado. Sus recomendaciones, entre las que se incluye el *Boletín informativo*, se están llevando a la práctica.

Las investigaciones para producir una vacuna contra esta enfermedad, ya iniciadas, han puesto de relieve algunas de las dificultades, entre ellas, un conocimiento básico inadecuado, substratos limitados e inestabilidad genética. No obstante, parece probable que un preparado polivalente pueda ser desarrollado, pero ha de requerir varios años.

Los Gobiernos del Brasil y Colombia, con nuestra colaboración, han continuado produciendo vacuna 17-D de un sólido poder inmunizante, que se distribuye gratuitamente a los países. En 1973 la producción sobrepasó los 15 millones de dosis. De aplicarse oportunamente podrían evitarse todos los enfermos de fiebre amarilla selvática. Urge continuar progresando para erradicar el *Aedes aegypti*.

En el momento actual, muchas proteínas esenciales pueden ahorrarse con programas de prevención de la **fiebre aftosa** y de las **zoonosis** de mayor incidencia. Pensamos, sin embargo, que los Gobiernos deberán, durante el decenio—en que se espera un incremento de 100 millones de habitantes—, ampliar sus objetivos y realizar las acciones concomitantes que incluyan la salud animal en todos sus aspectos. Se estima que América Latina tiene dos veces más el número de ganado bovino que los E.U.A., pero su producción media de carne es dos veces menor. Esta situación se debe a enfermedades múltiples de los animales, alimentación y manejo inadecuados y mala calidad genética o ecológicamente inapropiada.

Ya hemos aludido a la vasta empresa continental guiada a controlar la fiebre aftosa mediante la inmunización sistematizada, destacando el papel catalizador de los créditos del Banco Interamericano de Desarrollo y el valor del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa como punto focal de la misma. Las investigaciones en busca de vacunas de efecto mayor y

¹³ Documento Oficial de la OPS 118 (1973), 109.

más prolongado son dignas de señalar. Lo es también el nuevo laboratorio para la producción y el control de dichos preparados, cuyas funciones docentes y de demostración han de redundar en un éxito creciente de los programas.

De igual significado han sido los cursos de planificación en salud animal llevados a cabo anualmente por el Centro Panamericano de Zoonosis. Además, la organización de programas de control de brucelosis, tuberculosis bovina y rabia, con aportes de los Gobiernos y apoyo financiero del BID o del PNUD.

Hechos como estos muestran la relación de dependencia entre salud y agricultura, la necesidad de una acción conjunta cuidadosamente planificada para reducir la desnutrición e incrementar la economía. Entre las actividades que la OPS/OMS ha realizado, colaborando con los Gobiernos, nos atreveríamos a decir que lo dominante ha sido destacar la trascendencia de las zoonosis, proyectar su control, estimular las inversiones e iniciar la obra para alcanzar los objetivos preestablecidos, todo ello enriquecido por la educación y la investigación.

He aquí algunas consideraciones sobre varias de las **enfermedades transmisibles** prevalentes en las Américas. Que en conjunto son un problema de alta incidencia no puede discutirse. Que el progreso de la ciencia y de la técnica es notable para comprender el origen, la evolución y las consecuencias de las mismas es digno de indicar. Que los Gobiernos le han dado cada vez más la importancia que tienen para la salud y el desarrollo, es igualmente cierto. De aquí que la cooperación internacional se haya ido modificando en el transcurso de los años recientes. Se ha concentrado más en las áreas de programación que de ejecución, en las de formación de recursos humanos, en la producción de biológicos y el control de su calidad; en la incorporación de las acciones de control o erradicación al sistema de salud; en la obtención de antígenos que garanticen el diagnóstico etiológico y, en forma limitada, en la dotación de drogas, equipos, instrumentos y materiales que resultan esenciales para suplementar la inversión nacional, y en años recientes, en la vigilancia epidemiológica sistematizada. Se explica así que en el decenio pasado y en lo que va del actual, el destino de los aportes de la OPS/OMS ha variado a tono con los factores que hemos mencionado.

Desarrollo de recursos humanos

Transcribimos del Plan Decenal de Salud 1971-1980—el que ha sido incorporado a la política de la Organización¹⁴—la doctrina que inspira toda nuestra gestión en el **desarrollo de recursos humanos**: “Reiteramos nuestro apoyo a la reforma en la enseñanza de las ciencias de la salud que patrocinan la OPS y la OMS. Esa reforma se caracteriza por ser integral, en cuanto a unidad de objetivos para realizar la salud como función biológica y social; multidisciplinaria, en el sentido que analiza los fenómenos normales y patológicos del individuo y de las comunidades con el aporte simultáneo y sistematizado de los principios y técnicas que explican su origen y concurren a la prevención o curación cuando así procede; multiprofesional, porque procura preparar y capacitar en la universidad—en un proceso gradual en el que se coordinan las ciencias básicas, clínicas y sociales—a los profesionales y técnicos de salud.

“Es de hacer notar que en la actualidad los programas de enseñanza son reflejo y dependen de la estructura en que está dividida la institución docente, sean cátedras o departamentos. Esa división ha contribuido en muchos casos a transmitir una imagen parcelada de la salud, opuesta a la que deriva del conocimiento sistematizado. De lo que se trata, precisamente, es de organizar la enseñanza y el aprendizaje con base a problemas y no a disciplinas,

¹⁴ Resolución XIII de la XXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS. *Documento Oficial de la OPS 119* (1973), 15-16.

en cuya explicación participarán los docentes, cualquiera la unidad a que pertenezcan, procurando mostrarle al estudiante todos los aspectos que dan lugar a una función normal o patológica. Con otras palabras, facilitarles la síntesis que les revele lo que ocurre en la naturaleza y no obligarlos a crearla.

“Para llevar a la práctica esta política hemos recomendado una más estrecha acción de los organismos de salud, públicos y privados, con las universidades, por medio de la regionalización docente-asistencial”.¹⁵

Entre las medidas concretas, los Señores Ministros le dieron atención especial al problema rural. Destacaron el papel de auxiliares capacitados con adecuada supervisión, el llamado “internado rural” para todas las profesiones de la salud. Ante el enorme desequilibrio entre la proporción de profesionales y auxiliares con relación al de técnicos—45 % y 42 % de los primeros y segundos, respectivamente, y sólo 12 % de los últimos—la enseñanza debe ser multiprofesional, según el Plan Decenal.

De todo lo anterior se desprende que es indispensable planificar los recursos humanos para la salud.¹⁶ Mientras los países que así lo resuelvan formulan sus planes, hay algunos hechos puestos en evidencia en el período 1970-1973, que han dado lugar a acciones nacionales con la colaboración internacional. Las medidas propuestas para paliar esta situación comportan:

- La integración o coordinación multiprofesional en las llamadas divisiones o facultades de ciencias de la salud.
- La simplificación del proceso de aprendizaje y el aumento de la potencialidad del sistema, de manera que permita la enseñanza de diversos profesionales en grados de complejidad correspondientes a sus obligaciones en la sociedad.
- La expansión de la formación vocacional en la educación secundaria por medio del bachillerato diversificado o del adiestramiento técnico de grado intermedio.

También se han recomendado y se están ejecutando, entre otros, programas que inicien o refuercen la regionalización docente-asistencial, y que extiendan y mejoren la preparación de profesores de auxiliares que van a residir en el medio rural con responsabilidades preventivas y curativas claramente definidas.

Para facilitar el aprendizaje por métodos de autoinstrucción y evaluación, hemos participado en la creación de los Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) en Rio de Janeiro y en México, que comenzaron sus actividades en 1972 y 1973, respectivamente. Iniciados para la formación de los médicos, se han enriquecido con enfoques similares para odontólogos y enfermeras. En vista del objeto que persiguen, se ha hecho evidente que mientras mayor el número de universidades participantes mejor será la calidad de los medios y materiales audiovisuales que produzcan. Podemos concebir un “Programa Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud”, de crecimiento progresivo por asociación de instituciones docentes de los países de las Américas.

La política aprobada por los Cuerpos Directivos se fundamenta, entre otros principios, en los de interdisciplinariedad. La relación que existe entre los fenómenos que dan lugar a funciones normales o anormales en los seres vivos no puede ser analizada por asignaturas aisladas. Reconocemos que un número creciente de profesores en las Américas concuerdan con este modo de pensar y de concebir los procesos vitales, individuales y colectivos, guiando así la educación y la investigación para formar las nuevas generaciones de profesionales. Estamos conscientes que la visión que significa la “interdisciplinariedad” deberá irse realizando progresivamente en el Continente. Pensamos que es parte de la misión de un organismo

¹⁵ Documento Oficial de la OPS 118 (1973), 14.

¹⁶ Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. Publicación Científica de la OPS 279 (1974).

internacional como la OPS el estar atento a esta evolución del pensamiento, difundir sus fundamentos y contribuir a su materialización. De esta manera hemos estado procediendo, reflejo de lo cual son los CLATES y las demás actividades de "instrumentación" de la educación en ciencias de la salud. Así comprendemos también la idea de asociar, de ser posible, todas las instituciones de la Región en un programa de tecnología educacional que pueda ser adaptado a la política y al sistema de salud de cada país.

Entretanto, han sido muy valiosos el programa de libros de texto, intensificado durante el cuatrienio 1970-1973, alcanzando a 20 las publicaciones puestas a disposición de los estudiantes; los ensayos para suministrarles, a un costo muy inferior al comercial, instrumentos indispensables para el diagnóstico clínico; el modelo para organizar la función de enfermería y orientar el régimen docente, que se espera se aplique en este decenio; la formación de auxiliares en ese campo—en número de 60,000, lo que, sin embargo, representa aún sólo el 50% de la meta esperada—así como la de auxiliares dentales y asistentes en salud animal; el adiestramiento de 2,600 parteras empíricas en 1973 y la capacitación de empíricos en técnicas científicas determinadas, con éxito singular en varios países; los programas de perfeccionamiento de profesionales en pediatría clínica y social y en ciencias del ambiente, estos últimos asociando no menos de 36 universidades de las Américas, y otros similares; la revista *Educación médica y salud*, que se ha transformado en ocho años en el órgano de difusión de las experiencias docentes en el Continente, y el estudio sobre *La educación médica en la América Latina*,¹⁷ distribuido en 1972, que representa la primera investigación sistematizada regional sobre el estado actual de la preparación de los médicos y que sugiere líneas de acción a tono con la doctrina aprobada por los Cuerpos Directivos de la OPS.

Mención especial merece la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), situada en São Paulo, Brasil, la que en el cuatrienio ha difundido sus servicios bibliográficos en la Región, distribuyendo cerca de 36,000 artículos en 1973. Proyectamos una auténtica red panamericana de información biomédico-social, cuyos puntos focales serían BIREME y la Biblioteca Nacional de Medicina de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. Esta última ha puesto a nuestra disposición el sistema computarizado de resúmenes de trabajos científicos conocido como MEDLINE, el que fue instalado recientemente en el Brasil. En el futuro, este servirá de base para el programa continental mencionado, que incluye, con igual grado de importancia, la educación de los usuarios y la formación de los bibliotecarios en técnicas modernas.

Decíamos en el Informe Anual de 1971: "Sorprende que la incorporación de las ciencias sociales en el currículo de la formación del médico sea reciente. La personalidad, conducta, actitudes y creencias de los seres humanos, como miembros de familias y de comunidades, influyen en la dinámica de la salud y de la enfermedad."¹⁸ Se acepta hoy en muchas universidades la importancia que estas tienen como complemento para lograr una buena preparación de los profesionales en salud. Hemos enunciado algunas de las razones, todas las cuales emanan de la necesidad de analizar las sociedades como el substrátum que induce la frecuencia de las enfermedades, de origen económico, biológico, y de cualquier otra etiología. Con este enfoque, nuestra Organización ha realizado actividades de colaboración y de investigación.

El perfeccionamiento de graduados también ha sido motivo de nuestra preocupación especial. Recientemente, en algunos departamentos de medicina preventiva se han iniciado programas que también preparan graduados, aunque este proceso puede que no sea suficiente.

¹⁷ *Publicación Científica de la OPS 255.*

¹⁸ *Documento Oficial de la OPS 116 (1972), xvi.*

Por esta, entre otras razones, seguimos postulando la conveniencia de que existan instituciones específicamente dedicadas a quienes deben aprender la forma de organizar los recursos de que dispone una sociedad para satisfacer las aspiraciones en lo que respecta a prevenir o tratar oportunamente las enfermedades, prolongar la vida y fomentar el bienestar. La coordinación entre las distintas entidades que se esfuerzan en este sentido ha sido y seguirá siendo preocupación de la OPS/OMS.

El axioma "la medicina, un estudio de toda la vida" lo hacemos extensivo a la salud. Por ello, los profesionales de las llamadas "ciencias de la vida" deben ser los agentes de la modernización continua de sus conocimientos, siempre cotejados con su experiencia. Así podrán estimular el pensamiento original y la creación científica y tecnológica, lo cual es uno de los propósitos del llamado "Programa de estudios avanzados en salud". Pensamos que la diversidad de conceptos y métodos para caracterizar la salud y la enfermedad explican el por qué se facilitará esta etapa de la educación de graduados.

La proposición de asociar institutos científicos de calidad reconocida en el Continente o en otras Regiones del mundo fue largamente analizada durante el cuatrienio por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS, así como por la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Sus objetivos fueron aprobados, determinándose que la Organización los lleve a la práctica.

Entre 1970 y 1973 se adjudicaron 4,810 becas para estudios académicos, observación de programas, técnicas o investigaciones y para cursos, estos últimos en grupo, patrocinados por la OPS/OMS. Un alto porcentaje de los profesionales tuvieron oportunidad, al regresar a su país de origen, de aplicar directamente o difundir mediante la educación y la demostración los conocimientos adquiridos.

Las actividades de educación analizadas en su amplia gama, que va desde la formación de auxiliares hasta la de investigadores de problemas complejos, se llevan a cabo en todas las estructuras de nuestra Organización. El hecho es que se ha destinado con este fin entre el 35 y el 40% del presupuesto total en el cuatrienio 1970-1973, que se ha caracterizado por una significativa intensificación de todo lo que tiene que hacer con educación y adiestramiento. Cooperamos para que en el Plan Decenal se estableciera una doctrina docente visionaria y realista, la que ha de inspirar a las universidades y otros centros afines en este y en los próximos decenios. Con base a esta hemos patrocinado o fomentado una serie de iniciativas para propósitos específicos. El proceso en su conjunto se vuelca y se revitaliza por el intercambio activo de docentes, investigadores y especialistas en las variadas disciplinas que concurren a la prevención y a la curación. Se ha gestado en salud un auténtico mercado común intelectual en las Américas, que es la mejor garantía para el progreso sostenido.

Atención médica en la Región

Sintetizamos en lo que sigue algunas de las características del estado actual de la **atención médica** en la Región, lo que equivale a la política de la OPS/OMS. Hay una tendencia evidente hacia la asociación de las instituciones—una reacción natural ante la disociación y multiplicidad de las mismas—en lo que ha dado en llamarse "sistemas de salud." Con este fin se propone un régimen descentralizado de acciones de prevención, curación y rehabilitación que se ejecutan en la comunidad, a un nivel intermedio, y se completan con los centros nacionales de mejor calidad, de especialización y de investigación.

Se trata de una verdadera reforma de la organización del hospital, en el cual el paciente es el núcleo de todo el sistema. En esta reorganización de los hospitales se ha hecho evidente la inadecuada distribución de funciones de los profesionales y sus colaboradores. El caso más

conspicuo es el de las enfermeras, que con frecuencia se dedican a labores que podrían desempeñar otros miembros del personal con menor formación e ingresos. Este antecedente ha inducido la creación de la "administración de unidades" a nivel de las salas, lo que le da mayor eficiencia a la dirección técnica y a la acción coordinada de los profesionales que así pueden dedicarse a su responsabilidad principal: el cuidado del paciente.

Durante el cuatrienio se iniciaron estudios programados sobre el diario vivir, incluida la noche, en 90 hospitales, los que han revelado deficiencias para las cuales las enfermeras, que los hicieron con nuestra colaboración, han formulado recomendaciones y propuesto procedimientos *ad hoc*. Estimamos este ejercicio muy valioso para el bienestar de los enfermos. El esquema seguido es de aplicación en toda la Región y confiamos que los servicios nacionales de salud lo apliquen como parte de un sistema de "vigilancia de la atención hospitalaria." Otra actividad para elevar la calidad del trabajo institucional de salud en las Américas es el mantenimiento e ingeniería de hospitales. La labor realizada se concreta en la preparación de profesionales y técnicos, formulación de manuales prácticos, organización de los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo e investigación.

Se estima que el 90% de los directores, de los 13,855 hospitales de la región de América Latina que tienen la misión de cautelar los fondos y devolverlos en acciones de salud a las comunidades, no se han beneficiado de una educación formal en organización y administración de sistemas de salud. En términos de capital de operación, los cálculos indican una cifra de 3,000 millones de dólares al año. Esta suma posiblemente no está reduciendo las tasas de enfermedad o de duración de los tratamientos que se esperan, porque estas responsabilidades no siempre se asignan a los que se han capacitado para ejercerlas de acuerdo con los conocimientos y los métodos modernos.

Este planteamiento sirve de base a la intensa actividad desarrollada en el cuatrienio en cursos de administración moderna de hospitales. Han sido cortos y concentrados, con la suficiente conceptualización y énfasis en lo pragmático. De ellos ha surgido la necesidad de formar a todos los directores, actuales y futuros, encargados tanto de la inversión como de curar enfermedades y evitar sufrimientos. Es una iniciativa, cuya organización y financiamiento estudiamos, que corresponde a las actividades del "Programa de Estudios Avanzados en Salud."

Otros programas generales y específicos

En **salud mental**, nuestra función se concentró en mejorar la calidad de la asistencia y extender la cobertura, cooperar para establecer normas de prevención primaria y secundaria, y en la investigación y control del alcoholismo y otras drogas que producen dependencia. En **salud dental** cabe destacar que la población que consume agua fluorurada aumentó de 10 a 20 millones de personas en el cuatrienio, lo que, a más de asesoría, ha incluido 11 cursos en seis países en los que se adiestraron 420 ingenieros. El auxiliar dental ha sido ampliamente aceptado en la Región. Tres seminarios internacionales sobre **prevención de accidentes de tránsito** permitieron el análisis, con un enfoque ecológico, de esta grave epidemia provocada por los hombres. Las recomendaciones de dichas reuniones son de valor para promover una mejor coordinación en el seno de los Gobiernos, mejorar la información, modernizar la legislación y reducir los efectos catastróficos de esta enfermedad social.

Con inversiones muy modestas, nuestra Organización ha colaborado en programas de control del **cáncer** y de **enfermedades cardiovasculares**, así como en los de protección contra las **radiaciones**, especialmente rayos X.

Es distintivo de la **educación para la salud** moderna el que se concentre en seres humanos y que prograse a tono con sus decisiones. Estas son reflejo de su conducta consciente, ra-

zonada y plena de convicción de que su salud es esencial para su propia realización, la de su familia y la de la colectividad de la que son parte. Las Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo en 1973 versaron sobre este tema, y los documentos y el Informe Final,¹⁹ contienen ejemplos y valiosas recomendaciones a los Gobiernos y a todos los estudiosos de esta cuestión.

Se incluye en el Plan Decenal de Salud el concepto de **información para decisión**, cabe decir, el flujo y análisis oportuno de los datos para programar y modificar el curso de las acciones en busca de objetivos preestablecidos. La complejidad para organizarlo es evidente, y mucho más aún para todos los problemas de salud. El comienzo de esta iniciativa de la Organización tuvo lugar en el cuatrienio en aquellos países cuyos Gobiernos expresaron un interés concreto.

No hay sistema de información viable sin **estadísticas** demográficas, vitales, de morbilidad y mortalidad y de recursos que sean confiables, oportunas y completas. El progreso de las Américas en los últimos 20 años es evidente, pero en la mayoría de los países aún no es suficiente. El Comité Asesor sobre Estadísticas de Salud de nuestra Organización recomendó, entre otros métodos, las encuestas, las áreas de registro y la investigación para complementar las cifras disponibles. Un ejemplo conspicuo son los estudios de mortalidad en los adultos y en la niñez,²⁰ el último de los cuales fue publicado en este cuatrienio. La labor durante el mismo período en estadísticas es sustancial, mas al ritmo de producción de 200 estadísticos de nivel intermedio y de 800 auxiliares por año, la demanda de este decenio no será satisfecha. A los existentes, será necesario agregar seis nuevos centros de preparación. Asimismo, el uso de la computación electrónica en salud ha aumentado gradualmente en la Región. Dado el costo de la inversión, es indispensable formar programadores y capacitar a los administradores en el empleo de este recurso.

Una nueva encuesta sobre el estado de la **investigación** biomédica en la América Latina y la región del Caribe, auspiciada por la OPS, tuvo lugar en 1972. Esta complementa los hallazgos contenidos en el valioso documento *Política de la investigación científica en la América Latina*.²¹ Los puntos salientes de este análisis se detallan en el Informe de la Duodécima Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas.²² Junto a los avances, que son evidentes, se mencionan las barreras que restringen una mejor evolución tanto en la búsqueda de nuevos conocimientos como de soluciones para problemas definidos. En 1972 se hizo una evaluación de los programas de investigación patrocinados o ejecutados directamente por nuestra Organización en colaboración con Gobiernos y centros científicos de las Américas.²³ Al término de este período se encontraba en preparación un nuevo análisis. El marco de referencia de toda esta labor está contenido en el Plan de Salud 1971-1980.

Conclusión

Hemos comentado algunos de los acontecimientos que caracterizan la obra de los Gobiernos, en el cuatrienio 1970-1973, en los que nuestra Organización ha colaborado. Una visión global indica progresos evidentes que corresponden a otros tantos efectos de prevención o tratamiento y, por ello, a menores angustias. Los hay también relacionados con

¹⁹ "Servicios de salud comunitarios y participación de la población". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXXVI. No. 1, enero de 1974.

²⁰ *Publicaciones Científicas de la OPS 151* (1968) y *262* (1973), respectivamente.

²¹ *Publicación Científica de la OPS 119* (1965).

²² *Health Research in Latin America. Publicación Científica de la OPS 275* (1973).

²³ *Research in Progress* (Documento RD/11/5).

un mejor conocimiento o concepción sobre problemas y soluciones, a fin de cumplir, en lo que queda de este decenio, con los objetivos que los Gobiernos establecieron para el Continente. Lo que queda por hacer es aún de magnitud y se refleja en los indicadores que definen el grado de salud de los habitantes y sus comunidades. Mas hemos vigorizado, sin duda, nuestro respeto por la condición humana al destacar que la prioridad de toda la labor de las Américas está en darle a quienes no tienen acceso a un servicio mínimo de salud, la oportunidad y la posibilidad de contar con el mismo. No aceptamos en salud la discriminación ni la compasión, dado que la reconocemos como un derecho. Robert Burns expresó en su lenguaje poético nuestros sentimientos profundos al decir: "Todo lo que hiera a la sociedad o a cualquier individuo en ella—esa es mi medida de iniquidad. Todo lo que mitiga el pesar o aumenta la felicidad de otros—ese es mi criterio de bondad."