

INDEXED



SEMINARIO SOBRE LEPRA

*Documentos de trabajo
Conclusiones y recomendaciones*

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Washington, D. C., E. U. A.
1963

SEMINARIO SOBRE LEPROA

Cuernavaca, Morelos, México
12-19 de agosto de 1963



Publicaciones Científicas No. 85

Agosto de 1963

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington 6, D. C., E.U.A.

SUMARIO DE MATERIAS

	Página
LISTA DE PARTICIPANTES.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vii
 Documentos de trabajo	
EL PROCESO DE PROGRAMAR EN SALUD Y SUS RELACIONES CON EL DESARROLLO ECONÓMICO— <i>Dr. Abraham Horwitz, Director, Oficina Sanitaria Panamericana</i>	1
CONCEPTOS EPIDEMIOLÓGICOS GENERALES Y SU APLICACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN, PROGRAMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE PROGRAMAS DE CONTROL DE LA LEPROA— <i>Dr. Philip E. Sartwell</i>	9
EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD— <i>Dr. Fabio Londoño</i>	16
FORMACIÓN PROFESIONAL Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL— <i>Dr. José M. M. Fernández</i>	27
Conclusiones y recomendaciones	35

LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

Dr. Carlos María Brusco
Dr. Ernesto T. Capurro
Dr. José M. M. Fernández

BRASIL

Dr. Reynaldo Quagliato
Dr. José Martins de Barros
Dr. Orestes Diniz
Dr. Fausto Gayoso Castelo Branco
Dr. Wandyleck del Favero

COLOMBIA

Dr. Fabio Londoño
Dr. Jaime Pérez Archila

COSTA RICA

Dr. Delfín Elizondo

ECUADOR

Dr. Edmundo Blum Gutiérrez

EL SALVADOR

Dr. Gerardo Mariona Baires

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr. Philip E. Sartwell
Dr. John H. Hanks
Dr. Edgard B. Johnwick

GUATEMALA

Dr. Mario Roberto Cordón

HONDURAS

Dr. Eduardo Fernández

MÉXICO

Dr. Miguel E. Bustamante
Dr. Rodolfo Acedo Cárdenas
Dr. José Barba Rubio
Dr. Miguel Chávez Núñez
Dr. Enrique Escobedo Valdés
Dr. Alejandro Guevara Rojas
Dr. Miguel Ángel Larre
Dr. Fernando Latapí
Dra. Blanca R. Ordóñez
Dr. Carlos Ortiz Mariotte
Dra. Gloria Pérez Suárez
Dra. Obdulia Rodríguez
Dr. Amado Saúl Cano
Dr. Jorge Vega Núñez
Dr. Jorge Vilchis Villaseñor

NICARAGUA

Dr. Jorge García Esquivel

PANAMÁ

Dr. Alberto Espinosa

PARAGUAY

Dra. Amelia Aguirre de González
Dr. René Leguizamón

PERÚ

Dr. José Neyra Ramírez

REPÚBLICA DOMINICANA

Dr. Guillermo Herrera

TRINIDAD Y TABAGO

Dr. R. M. F. Charles

URUGUAY

Dr. James P. Whitelaw

VENEZUELA

Dr. Carlos Sisirucá
Dr. Pedro Guedez-Lima
Dr. Rafael Albornoz Martínez

GUAYANA BRITÁNICA

Dr. C. C. Nicholson

MARTINICA

Dr. E. Montestruc

SURINAM

Dr. S. J. Bueno de Mesquita

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA
REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD PARA LAS AMÉRICAS

Dr. Abraham Horwitz, Director
Dr. Luis Marino Bechelli
Dr. Alfredo N. Bica
Dr. Raúl Cantuarias
Dr. Jorge Castillo Franke
Dr. Paulo Cerqueira Pereira
Dr. Joir Gonçalves da Fonte
Dr. Celio de Paula Motta
Dr. Mario Galdós Larrú
Dr. José Luis García Gutiérrez
Dr. Ruperto Huerta
Dr. Norman Kliwadenko
Dr. Víctor Martínez Domínguez
Dr. Juan Antonio Montoya
Dr. Enrique Pereda
Dr. Guillermo Samamé

SEMINARIO SOBRE LEPRO

Introducción

Bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana y con la colaboración del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, del 12 al 19 de agosto de 1963, se celebró en la Ciudad de Cuernavaca, Estado de Morelos, un Seminario sobre Lepra, en el que participaron especialistas en lepra y salud pública de los siguientes países y territorios: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela, Guayana Británica, Guayana Francesa, Martinica y Surinam.

El propósito de este Seminario fue el intercambio de ideas y experiencias acerca de la planificación, programación y organización de actividades de control de la lepra en los países del hemisferio occidental.

El Seminario celebró una sesión inaugural, siete sesiones plenarias, ocho sesiones de grupos de trabajo y una sesión de clausura. La sesión inaugural se celebró el 12 de agosto de 1963. Ocuparon el estrado presidencial, el Subsecretario de Salubridad de México, Dr. Miguel E. Bustamante, el Gobernador del Estado de Morelos, Teniente Coronel Norberto López Avelar, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz, quienes dieron la bienvenida a los participantes; el Dr.

Horwitz, además, se refirió a los propósitos del Seminario y a sus alcances.

En la primera sesión plenaria, que presidió con carácter provisional el Dr. Ruperto Huerta, Secretario General del Seminario, se dio a conocer el reglamento interno, de conformidad con el cual se procedió a la elección de la mesa directiva del Seminario, la que quedó constituida como sigue: Presidente, Dr. Miguel E. Bustamante (México); Vicepresidente, Dr. José M. M. Fernández (Argentina); Relator General, Dr. Orestes Diniz (Brasil); Secretario General, Dr. Ruperto Huerta (OSP/OMS).

El mismo 12 de agosto se constituyeron los grupos de trabajo y se eligieron sus funcionarios. En calidad de secretarios técnicos de los grupos, actuaron funcionarios designados por la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Programa consistió de cuatro temas, a saber: 1) Planificación de las actividades de control de la lepra; 2) Programación de las actividades de control de la lepra; 3) Organización de las actividades de control de la lepra, y 4) Formación profesional y adiestramiento de personal. La exposición de estos temas precedió a las discusiones de grupo. Estas conferencias, que estuvieron a cargo de personalidades de reconocido prestigio, se presentan a continuación.

Documentos de trabajo

EL PROCESO DE PROGRAMAR EN SALUD Y SUS RELACIONES CON EL DESARROLLO ECONOMICO*

Dr. ABRAHAM HORWITZ

*Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud para las Américas*

Es propio de la condición humana la tendencia a sistematizar, vale decir, a disponer ideas, principios esenciales o hechos, de modo que guarden conexión o dependencia racional. Un sistema es un conjunto de cosas que, ordenadamente relacionadas entre sí, contribuyen a determinado objetivo.

Los hombres tienden a sistematizar para satisfacer determinadas necesidades, sean de orden espiritual, biológico o material. Lo que motiva esta inclinación de los seres humanos es un sentimiento de trascendencia, un afán de perpetuarse, cuyas consecuencias son por lo común constructivas, creadoras, pero pueden ser destructivas.

Sea en búsqueda de la verdad—cual es el propósito de la investigación científica—o con el fin de servir directamente al bienestar de la humanidad, los hombres han tenido que relacionar sus ideas, sus acciones y su conducta en sistemas que han permitido un intercambio de opiniones y experiencias porque son un verdadero lenguaje. En todas las épocas de la evolución humana esta tendencia es notoria. Los acontecimientos más trascendentales, los que estimularon la imaginación y el espíritu de empresa, así como los que motivaron la organización social, derivaron de un pensamiento racional o se concretaron en sistemas que facilitaron la interpretación de los hechos y la investi-

gación de los fenómenos desconocidos en su esencia.

En el curso de este siglo, en especial desde la Segunda Guerra Mundial, esta tendencia se ha ido acentuando, porque la vida en sociedad se ha hecho mucho más compleja. Sin pretender un análisis en profundidad de esta situación, es evidente que, gracias a la acción concertada de la ciencia y de las artes, han resultado técnicas que satisfacen las aspiraciones materiales de los seres humanos, han contribuido a prolongar su vida y a estimular su sentimiento de trascendencia. El problema esencial de nuestra época lo define Fromm al decir que “el hombre tiene que ser restablecido en su lugar supremo en la sociedad, no siendo nunca un medio, no siendo nunca una cosa para ser usada por los otros o por él mismo . . . la economía tiene que convertirse en la servidora del desenvolvimiento del hombre. El capital debe servir al trabajo, las cosas deben servir a la vida” (1).

El hecho concreto es que se han diferenciado claramente en el mundo países que han logrado un desarrollo pleno, es decir, un estado en el cual las técnicas modernas han contribuido al bienestar, logrando crear una economía estable cuyos ingresos son superiores al crecimiento de la población. Dos tercios de los habitantes del mundo—la humanidad sumergida de Myrdal—viven en subdesarrollo, en franco desequilibrio entre necesidades y aspiraciones y recursos para

* Presentación en la Tercera Sesión Plenaria del Seminario sobre Lepra, 14 de agosto de 1963, Cuernavaca, Morelos, México.

satisfacerlas. En la ciencia económica es recurso todo aquello que puede ser utilizado para producir bienes y servicios. Se les suele calificar como trabajo, capital y recursos naturales.

Ante el grave desequilibrio entre lo que las sociedades quieren para su bienestar y lo que disponen para lograrlo, se ha hecho indispensable crear un sistema que permita armonizar ambos factores en forma de beneficiar al mayor número de seres humanos en el menor lapso posible, con los recursos existentes. Han surgido como imprescindibles la planificación y la programación.

El proceso de planificación ha sido definido de distintas maneras. Para el Profesor Dimock, "la planificación, en su forma más simple, es lo que los franceses llaman 'prévoyance'—mirar hacia el futuro. Se aplica a los individuos tanto como a los grupos, tales como familias, instituciones sociales, empresas y gobiernos. . . . La planificación es la antítesis de la improvisación; la planificación es la previsión sistemática, más la retrospectión correctiva; es un concepto dinámico que conlleva decisión y acción. En su forma más simple, la planificación también es universal, porque todos los individuos y grupos la usan con diferentes grados de intención consciente. Dondequiera que haya administración, habrá también planificación; y mientras más problemas y factores haya, más atención tendrá que darse a la planificación" (2).

De una manera general, toda actividad humana, ya sea individual o de grupo, es preconcebida y obedece a un plan previamente trazado. En ocasiones, éste sólo existe en el subconsciente de los hombres y por lo tanto sólo se evidencia a través de sus actitudes y de su conducta. De esta consideración se deduce que el concepto de planificar no está siempre relacionado con la consecución de objetivos concretos. Se formula un plan también como una intención, como una proposición, como un esquema, en síntesis, como una sucesión armónica de ideas que puede no tener expresión práctica inmediata, vale decir, como un sistema.

Valgan algunas definiciones. Conviene, con este fin, establecer una distinción entre tres diferentes niveles que indican diversos grados de especificación en el proceso de planificación. Un plan incluye toda acción propuesta dentro de una función especial considerada en su conjunto, como es el caso de la salud. Un programa abarca todas las actividades encaminadas a la realización de un objetivo especial o un grupo de objetivos íntimamente relacionados. Un proyecto es un componente específico de un programa que debe llevarse a cabo dentro de un período determinado.

Puede decirse propiamente que un plan persigue la consecución de una finalidad última; un programa se propone el logro de unos objetivos, y un proyecto tiende a la obtención de un fin inmediato y específico (3).

Esta serie de fases, dentro de una misma función, comporta la descentralización en la ejecución de las acciones.

La revolución industrial reveló la importancia de la planificación y de la programación. En la medida que la producción de bienes de capital y de consumo se ha ido diversificando e incrementando, gracias a los esfuerzos científicos y a las técnicas consecuentes, se ha hecho indispensable determinar cuidadosamente todas las etapas que conducen a la obtención de los diversos productos, en la cantidad y de la calidad requeridas por las comunidades. Cabe reconocer que la industria privada ha tenido el liderato en el perfeccionamiento y la aplicación de una metodología eficiente de planificación y programación. Los incentivos, como las finalidades, son obvios, lo que no invalida el aporte para el conocimiento de la organización y administración racional de toda institución, cualesquiera sus propósitos. Hay en todo este proceso una actitud que, cualquiera su motivación, es digna de considerar cuando se compara la situación del sector público en materia de planificación y programación.

La diferencia es notoria. Los organismos públicos no han revelado, en los países en desarrollo, una tendencia similar al realizar

las actividades propias de sus diversas dependencias. Es frecuente observar que no se precisan metas por alcanzar en relación con los funcionarios, los elementos y los fondos de que se dispone. Se estima el presupuesto como la expresión de un plan y de un programa. Sin embargo, es habitualmente un enunciado de medios para llevar a la práctica actividades generales, y no de recursos para alcanzar metas definidas. En realidad, los presupuestos reúnen una serie de "ítems" que no es simple traducir en efectos sociales. En síntesis, no son "presupuestos por programa". No hacen excepción las funciones de protección, fomento y reparación de la salud, que son de la responsabilidad de los Ministerios de Salud.

En América Latina, en años recientes, ha surgido la conveniencia de planificar y de programar en el sector público. Se ha hecho evidente la urgencia de determinar lo que procede hacer para satisfacer las exigencias de mejoramiento rápido de los grupos humanos, y los recursos con que se cuenta. El desnivel entre ambos factores es ostensible. Mientras la población crece a una tasa anual promedio de 2,9%, el ingreso medio por persona lo hace en una proporción del 1%. Podría estimarse que éste es de \$120 por persona en alrededor de la mitad de la población actual, donde se concentran las más altas cifras de morbilidad y de mortalidad; de desnutrición e ignorancia; de vivienda insalubre y de saneamiento ausente; de reproducción elevada.

La estructura social muestra una seria irregularidad en lo que respecta a ingresos y consumo. ". . . mientras el 50% de la población tiene dos décimos aproximadamente del consumo total de las personas, en el otro extremo de la escala distributiva el 5% de los habitantes disfrutan de casi los tres décimos de aquel total, según aquellas estimaciones conjeturales" (4). A pesar de la alta cuota de analfabetismo—sobre 40 millones de personas mayores de 15 años—hay conciencia entre los habitantes respecto a las conquistas de la civilización y a lo que puede la técnica moderna para propender a su bienestar. De ello se han impuesto

precisamente por la difusión de los medios de comunicación. La demanda por mejores condiciones de vida sigue en aumento. Para satisfacerla, lo racional es estimular el crecimiento de la economía y redistribuir los ingresos de una manera más equitativa. El proceso es muy complejo y tanto más difícil de realizar cuanto mayor la sobrecarga emotiva y la presión política y social. No obstante, se conoce la forma de llevarlo a la práctica; se han determinado las reformas indispensables, tanto de orden tributario como fiscal e institucional y agrícola. Se conoce, asimismo, lo que procede hacer para promover el ahorro y la capitalización, para utilizar adecuadamente el crédito internacional y para influir sobre la organización social de manera de asegurar una mayor movilidad, ensanchando el campo de las oportunidades de acción para los dotados y los preparados; además, para lograr una distribución mejor de la riqueza y del ingreso. Cabe destacar la labor señera de la CEPAL, que ha logrado revelar la realidad latinoamericana y los caminos más racionales para fomentar el progreso.

El plan de desarrollo contiene el lenguaje en el cual se definen los términos de crecimiento de la economía y de mejoramiento del bienestar en sus distintos componentes. Cada programa detalla las técnicas y procedimientos que se emplearán, sobre la base de los recursos existentes, para cumplir metas definidas en un período dado. Es una forma de sistematizar.

Un documento histórico, a pesar de su data muy reciente—la Carta de Punta del Este—expresa los objetivos de la Alianza para el Progreso, un movimiento de las Américas para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes de manera que les permitan alternar en el concierto del mundo, como lo reclama su tradición cultural y su valor espiritual. Y este afán tan laudable ha traído serias responsabilidades frente a fenómenos políticos y sociales muy complejos.

En materia de salud, la Carta establece los objetivos que siguen: "Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida

al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades" (5). La Resolución A.2 se refiere a un Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso.

Para llevar a la práctica dichos objetivos se ha hecho indispensable determinar en el sector público, vale decir, en el Estado, los técnicos y los recursos con que se cuenta, así como los que serían necesarios en cada período, y el financiamiento de todas las actividades. Con otras palabras, formular el programa de salud y sus proyectos específicos.

De igual importancia es una revisión, a tono con el tiempo de hoy, del concepto de salud y del significado de las funciones para el medio social. Entre el ideal y la práctica se ha ido produciendo una gran distancia. Predicamos la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social; un ideal que procuramos para todos los miembros de cada sociedad. Sin embargo, el panorama de la morbilidad y de la mortalidad en la América Latina nos revela lo que queda por hacer con recursos escasos para una población creciente (6). En lo que respecta a salud mental, si bien se han producido algunos progresos en la atención

de enfermos en instituciones especializadas, no se han modificado substancialmente los conceptos en materia de prevención. Y esta situación es tanto más grave cuanto que la modernización de las sociedades a que conduce su tecnificación trae consigo conflictos en los individuos que modifican sus juicios de valor y su conducta en las relaciones sociales. Afectan su salud mental. "Es un signo, en nuestro sentir, del tiempo actual, con un predominio de los valores económicos sobre los espirituales; un tiempo, en las expresiones de Schweitzer, 'acostumbrado a moverse en medio de consideraciones estéticas, históricas y materiales'" (7).

Lo que procede resaltar es el significado de la salud para el desarrollo; el carácter de inversión—y no de gasto—que tienen los fondos que se erogan para la aplicación de las técnicas de prevención y de curación; su contribución al incremento de las riquezas naturales cuando tienden a mejorar el ambiente. Sirvan de ejemplo, la provisión de agua, la erradicación del paludismo, que compromete extensas zonas agrícolas. Por sobre todo, su carácter vital al mejorar las condiciones de vida, lo que debe representar el fin mediato e inmediato de todo el proceso de desarrollo económico. Más que de los capitales en sí, éste dependerá esencialmente de la capacidad e inventiva de los seres humanos para transformarlos en bienestar y en progreso. Y para ello es indispensable una población sana, en condiciones de crear, producir, invertir y consumir.

Será frecuente en los países una verdadera competencia por los recursos en el momento de su distribución en los Gobiernos. Prioridad tendrán aquellos problemas que más beneficien simultáneamente al bien común y al bienestar. Y ello hay que demostrarlo en un lenguaje homogéneo, cualquiera que sea el carácter de las actividades. Con este fin hay que formular los programas para cada función del sector público y el plan nacional de desarrollo que muestre, de una manera armónica, los ingresos esperados, las inversiones y los efectos sociales.

En lo que respecta a salud, los argumentos tendrán relación—a base de las informacio-

nes existentes o estimadas—con la magnitud considerable de los daños, su repercusión en la economía, la escasez de los medios y su bajo rendimiento. En esencia, con el resultado de sus acciones, lo que explica la demanda social. Porque no es simple argumentar en términos económicos ante las angustias y los impulsos que provocan la enfermedad y la muerte.

Al destacar la necesidad de revisar el concepto de salud a tono con el tiempo de hoy, hemos querido sugerir un análisis objetivo y racional. El ha de reforzar su significado espiritual, más que el de cualquiera otra actividad pública y privada. Ha de revelar, asimismo, la necesidad de programar las funciones para atender a los problemas prevalentes—en términos de morbilidad y mortalidad—y para beneficiarse de todas aquellas otras que contribuyen, directa o indirectamente, al bienestar y que son patrocinadas por el Estado. En este proceso, el hombre es el objeto, el fin y la medida de todas las cosas.

Contamos hoy con métodos para cuantificar los problemas, las técnicas de prevención y curación y sus efectos sociales. Podemos formular planes y programas de salud y participar activamente en el debate para distribuir los recursos. Es lógico que los programas están destinados fundamentalmente a aquellas personas que consultan a los servicios del Gobierno, si bien las medidas que modifican el ambiente físico benefician a toda la población, cualquiera que sea su ingreso. Es, asimismo, evidente que quienes están en condiciones de satisfacer sus necesidades en materia de prevención y curación de las enfermedades pueden y deben seguirlo haciendo en el sector privado del ejercicio de la medicina.

Como lo señala muy acertadamente Prebisch, "América Latina no tiene por delante soluciones fáciles. Planificar significa un método riguroso—aunque no rígido—para atacar los problemas del desarrollo, una disciplina continuada en la acción del Estado. Es una serie de actos de previsión, de anticipación de las necesidades futuras, de vinculación racional de la forma de satis-

facierlas con los escasos recursos disponibles" (8).

La Alianza para el Progreso y su ley orgánica, la Carta de Punta del Este, han destacado el valor de la planificación y de la programación como un sistema para realizar el desarrollo económico y social. Los Gobiernos se han comprometido a formular los planes generales con sus programas sectoriales. Es más, se ha determinado que estos documentos son necesarios para la obtención de créditos en el mercado internacional de capitales, como catalizadores de la economía. Se ha recomendado, asimismo, la creación de Juntas o Comisiones de Planificación del Desarrollo que tendrían la responsabilidad de disponer, en un todo armónico, las necesidades y recursos del país que dependen del Estado, para un período determinado de tiempo, y además, la de ofrecer las soluciones alternativas de manera de facilitar las decisiones del poder político.

Iguales proposiciones se aplican al sector salud. Como dijimos, la Carta establece los objetivos que hay que cumplir en las Américas y las bases para un plan decenal. Le corresponde a cada Gobierno traducirlos en realidades nacionales y realizarlas a tono con las posibilidades de la economía, la calidad y cantidad de técnicos y la colaboración de las comunidades. En igual sentido se pronunció la Conferencia de Ministros de Salud, que actuó como Grupo de Estudio para Tareas de Programación, de acuerdo con la Resolución A.4 de la Carta (9).

Por mandato de sus Miembros, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud los están asesorando en el delicado proceso de preparar planes y programas de salud, con énfasis en la formación de técnicos en planificación. Cabe señalar el Primer Curso dictado en el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia y la Escuela de Salud Pública de dicho país y la Oficina Sanitaria Panamericana. Asimismo, el programa docente que se desarrolla en el Instituto Latinoamericano de Planificación

Económica y Social, en acción conjunta con nuestra Organización, cuyo Segundo Curso debe iniciarse en septiembre próximo. Además, el organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, gracias a la contribución de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos, al cual asistieron varios especialistas de la América Latina y participaron en la enseñanza diversos miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Durante estos dos años, alrededor de 80 administradores de salud se han impuesto de las bases y metodología de la planificación, lo que han empezado a aplicar, en grado variable, en sus países de origen. La mayor parte de ellos están organizando las unidades respectivas en los Ministerios de Salud, las que tienen o tendrán un enlace con las Juntas Nacionales de Desarrollo. Es evidente que hay que intensificar el proceso docente porque se requiere de un número mucho mayor de profesionales capacitados en esta disciplina. Ellos, a su vez, deben dar a conocer las etapas para formular el programa a los funcionarios de más alta jerarquía de los Servicios de Salud de cada país. Cada uno deberá reunir la información correspondiente a su sector de trabajo, analizarla de acuerdo con índices establecidos y participar activamente en la formulación del plan general. Sólo así podrán responsabilizarse de su ejecución.

Otra de las iniciativas de la Oficina Sanitaria Panamericana ha sido la preparación de una Guía de Planificación en Salud, solicitada a expertos del Centro de Estudios de Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, de la Escuela de Salud Pública de la misma Universidad y de la propia Oficina. Será publicada en el año en curso.

La asesoría a los Gobiernos se ha reflejado en la formulación de programas específicos o destinados a un área determinada o de extensión nacional. Hay conciencia de que estamos en las primeras fases de una empresa compleja. Porque es evidente que todos los métodos propuestos revelan la necesidad de investigación. Por otra parte, cabe perfeccionar las técnicas de planifica-

ción integral, vale decir, las que permiten mostrar las necesidades totales de una sociedad, las prioridades y la forma de invertir los recursos de manera de beneficiar simultáneamente a varios sectores.

Algunos Gobiernos han determinado los problemas de salud sobre la base de los datos existentes, les han dado un orden de importancia y descrito los posibles caminos a seguir para resolverlos. En síntesis, han definido una política de salud, la que representa de por sí un instrumento valioso y un real progreso para formular un plan nacional con sus programas y proyectos para cada área geográfica y funcional. Un plan de salud no es un fin en sí mismo. Es sólo una etapa en una actividad continua que conduce a invertir, de la manera más efectiva posible, recursos limitados en problemas prevalentes, en cada uno de los cuales intervienen numerosas variables. La planificación es un proceso que comporta un examen y revisión de las metas alcanzadas, del rendimiento o eficacia de las técnicas empleadas y de las prioridades. Como los seres vivos, las sociedades son entidades sujetas a variación y a evolución, las que, en buena medida, derivan de la presencia y las acciones de los hombres.

Al insistir que un plan es sólo una etapa de una actividad continua queremos indicar que, al prepararlo, no deben interrumpirse los programas de salud en marcha en el país, en especial aquellos cuyo beneficio para los habitantes y para la economía es obvio. Deben quedar, sin duda, incluidos en el plan nacional, una razón más para no interrumpirlos.

Todo método de planificación conduce a asignarle un valor a los daños y a las acciones para evitarlos o limitarlos, así como a precisar las metas que se cumplirán—dentro de cada prioridad—con los medios disponibles. Es un proceso de tasación, de evaluación. Nótese que nos referimos a las acciones de salud y no a la salud en sí, que por ser inherente a la vida humana, no tiene precio. La planificación se transforma así en una sistematización, lo que equivale a un verdadero lenguaje que permite comprensión

y comparación con otras actividades, de orden económico o social, que integran el desarrollo.

El diagnóstico tiene por objeto conocer la situación en el área en que se realizará el programa, identificar los factores causales, determinar las posibilidades de modificar favorablemente el estado existente. La programación propiamente dicha conduce a proponer medidas alternativas, aunque no mutuamente excluyentes, a fin de que el poder político pueda decidir respecto a las inversiones que se solicitan por medio del "presupuesto por programa".

Es evidente que la formulación de un plan se facilita tanto más mientras mejor es la información existente sobre problemas, servicios y rendimientos. Mientras más completas las estadísticas vitales y de salud, mayores las posibilidades de planificar y evaluar. Lamentablemente, dista mucho de ser ésta la situación en la América Latina. Si bien los progresos de los últimos años son de significado, aún la certificación de las causas de muerte por médico no se hace en más de un 50% de los casos. Basta sólo citar este hecho para probar nuestro aserto. No obstante, es posible formular un plan con datos incompletos, porque siempre pueden hacerse estimaciones por muestreo y extrapolar. Por otra parte, hay una valiosa experiencia acumulada en los países del Continente que permite complementar los datos, reconocer los daños, asignar prioridades, determinar metas, invertir los recursos. Es evidente que, en estas condiciones, es indispensable la evaluación cuidadosa de los resultados de un primer plan para fijar las metas más en acorde con la realidad.

La organización administrativa es tan importante como la concepción de un plan y su traducción en programas y proyectos específicos. La experiencia demuestra que toda acción en medicina individual y colectiva se concreta en la aplicación de una norma técnica por medio de un procedimiento administrativo. En la América Latina hay una marcada disociación en los progresos de las disciplinas biológicas y las prácticas administrativas para ponerlas al

servicio de los habitantes. Por razones diversas, éstas son débiles y por ello no se obtiene de los recursos todos los efectos que es dado esperar. Se ha hecho indispensable mejorar los métodos en todos los niveles en que se realiza un programa de salud. Es más, aun con los medios precarios de que hoy se dispone, esta única acción conduciría a rendimientos muy superiores.

Sostenemos que las acciones de prevención y curación de las enfermedades han sido más bien impuestas que derivadas de una demanda consciente de las sociedades. No envuelve esta afirmación una crítica, toda vez que los problemas que han merecido atención preferente han sido de real impacto social. No obstante, es dado suponer que si las comunidades estuvieran informadas, si comprendieran que lo que se persigue es para su bienestar, que cada uno de sus miembros tiene algo que contribuir para el bien común; en suma, si se las motivara para organizarse en la consecución de las metas que señala cada programa, se podría garantizar una continuidad en la acción y en los efectos. No le hemos dado a la colaboración voluntaria—cualquiera el nivel económico—la importancia que se merece en la América Latina. Hemos pecado de un escepticismo que responde más a impresiones que a realidades. Lo esencial es respetar los valores de la cultura que se reflejan en las tradiciones, en las costumbres, en la manera de vivir de las familias y de las colectividades. Siempre será posible, por persuasión, modificar actitudes negativas y vaciar el rico potencial que se despierta en los seres humanos cuando adquieren conciencia de lo que puede significar su vida para los demás.

Más sencillo, e igualmente indispensable, será concitar la colaboración de todos los grupos profesionales de la salud, sea que trabajen en organismos del Estado o en la práctica privada. A los médicos, cualquiera que sea su especialidad, les cabe una responsabilidad particular por la esencia de su misión en la sociedad: el cooperar activamente al cumplimiento de los objetivos del plan de salud y difundir sus conceptos y sus consecuencias. Como hombres cultos, cons-

cientes del momento que viven las Américas, les incumbe el deber moral de colaborar para que se ensanche el campo de las oportunidades y sus habitantes puedan realizarse de acuerdo con su capacidad. Que no permanezcan muchos de ellos, como hoy, al margen de la corriente de la vida. Que adquieran un

sentido de propósito nacional, de participación real, y no simbólica, cualitativa y no sólo cuantitativa, en la cultura y en el progreso que ésta engendra.

¡No debiera la América Latina seguir a paso lento ante la presión de su riqueza intelectual y espiritual!

REFERENCIAS

- (1) Fromm, Erich: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1960. Pág. 294.
- (2) Dimock, Marshall Edward: *Business and Government*. Nueva York: Henry Holt, 1953. Edición revisada, pág. 735.
- (3) Organización Panamericana de la Salud: *Informe del Grupo Asesor sobre Planificación en Salud*. Documento mimeografiado TFH/5. Washington, D.C., 1963. Anexo 3, pág. 3.
- (4) Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: "Hacia una dinámica del desarrollo latinoamericano". Décimo Período de Sesiones de la Comisión Económica para la América Latina. Documento E/CN.12/680, 14 de abril de 1963. Pág. 6.
- (5) Unión Panamericana: *Alianza para el Progreso*. (Documentos Oficiales Emanados de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, Punta del Este, Uruguay, 5-17 de agosto de 1961.) OEA Documentos Oficiales, OEA/Ser.H/XII.1 (Esp.), 1961. Págs. 10-11.
- (6) Organización Panamericana de la Salud: *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960*. Publicaciones Científicas No. 64. Washington, D.C., 1962.
- (7) Organización Panamericana de la Salud: *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Publicaciones Científicas No. 81. Washington, D.C., 1963. Pág. 3.
- (8) Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: "Hacia una dinámica del desarrollo latinoamericano". Décimo Período de Sesiones de la Comisión Económica para la América Latina. Documento E/CN.12/680, 14 de abril de 1963. Pág. 24.
- (9) Organización Panamericana de la Salud: "Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio". *Bol Ofic Sanit Panamer* 55: 1-49, 1963.

CONCEPTOS EPIDEMIOLOGICOS GENERALES Y SU APLICACION EN LA PLANIFICACION, PROGRAMACION Y ORGANIZACION DE PROGRAMAS DE CONTROL DE LA LEPROA

DR. PHILIP E. SARTWELL

*Profesor de Epidemiología, Escuela de Higiene y Salud Pública,
Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos*

La invitación a participar en este Seminario sobre planificación de las actividades de control de la lepra en las Américas, constituye para mí un privilegio y un honor.

Sus organizadores, reconociendo que mi experiencia sobre lepra se limita a una ligera familiaridad con lo publicado al respecto y a un conocimiento de segunda mano de lo que están haciendo algunos de mis colegas de la Escuela de Higiene de la Universidad de Johns Hopkins, no me han pedido que me ocupe de la enfermedad. Más bien desean que trate de la ciencia epidemiológica, por su gran contribución al conocimiento y control de las enfermedades en general.

Los clínicos que, con frecuencia, me consultan sobre asuntos de epidemiología consideran ésta un campo esotérico, tan sólo accesible a los iniciados. Es tentador el adoptar esta actitud y colocarse en un pináculo, como el sumo sacerdote de un culto cuyos misterios no pueden penetrar los simples mortales. Dicha actitud sería, desde luego, del todo impropio. De hecho la epidemiología consiste en el empleo del sentido común y del método científico en una clase de problemas. Desde luego, abundan las posibilidades de engañarse y por tanto, hay que avanzar con cautela, pero la observación epidemiológica no se halla en modo alguno más allá de la competencia de cualquier clínico competente que tenga suficiente interés en trabajar y tenga deseo de hacerlo; la recompensa que obtenga puede ser grande. Basta tan sólo indicar los trabajos de Snow, Budd, Lurman, Panum y, en nuestros días, los de Pickles, médicos

generales todos ellos que hicieron contribuciones significativas a la epidemiología. Además, las impresiones clínicas en que se basan la mayor parte de las investigaciones epidemiológicas se deben a personas familiarizadas con los aspectos clínicos de la enfermedad, es decir, a médicos clínicos.

Sin embargo, el progreso del estudio epidemiológico de las enfermedades en los últimos 30 años se ha logrado, en gran parte, mediante el trabajo de un grupo o equipo de investigadores. Esto se debe, por una parte, a la complejidad creciente de esta ciencia, y, por otra, al deseo de beneficiarse de la especial competencia de quienes trabajan en los más diversos campos científicos. Por tanto, un grupo constituido para estudiar la prevalencia de la lepra, tendría que incluir un leprólogo que tenga un conocimiento cabal de los aspectos clínicos de la enfermedad; un epidemiólogo; una persona capacitada para preparar y examinar frotis para la identificación de los bacilos de la lepra, y un bioestadístico para ayudar en los cálculos, proporcionar datos acerca de la población en peligro, decir de qué manera se debe obtener una muestra de esa población y colaborar en el análisis de los datos una vez obtenidos. Se necesitará, desde luego, personal auxiliar de administración, oficina y ayudantes técnicos.

La epidemiología puede definirse como el estudio de la distribución y de la dinámica de las enfermedades en las poblaciones humanas. Su objetivo, al igual que el de las demás ciencias médicas, es acrecentar el conocimiento de los procesos mórbidos. Sus

éxitos en el campo de las enfermedades infecciosas, del que nos ocupamos aquí, han sido muchos.

El proceso de transmisión o contagio es un concepto de naturaleza epidemiológica y surgió mucho antes de que los microbiólogos identificaran algunas de las bacterias patógenas para el hombre.

La epidemiología puede también explicar la historia natural de cualquier enfermedad, con una amplitud mayor, incluso que la que puede alcanzar el clínico especializado en dicha enfermedad. Un factor esencial del estudio epidemiológico de una enfermedad es conocer todas las modalidades de la misma, el espectro de sus manifestaciones. El epidemiólogo está tan interesado en las formas subclínicas y leves como en el cuadro clínico total, y dedica mucho tiempo a la identificación de esas formas que se denominan infecciones no aparentes. Por lo general y por obligación, el clínico se enfrenta con las manifestaciones de mayor gravedad, que se traen ante su atención en busca de tratamiento. Con frecuencia son etapas finales de un proceso patológico que ha abortado o revertido sin alcanzar una fase avanzada. El conocimiento pleno de la enfermedad exige que se preste tanta atención a las infecciones no aparentes como a las que presentan la totalidad de los síntomas de dicha enfermedad. Si no se supiera que hay una forma no aparente de infección en la poliomiélitis, y sólo se pudieran observar casos paralíticos, difícilmente se comprendería dicho estado o se llegaría a controlarlo, porque el número de infecciones no aparentes es varias veces mayor que el de la forma paralítica. Lo mismo podría decirse de una enfermedad microbacteriana crónica, con muchos puntos de semejanza con la lepra, la tuberculosis. En realidad, son pocas las infecciones humanas carentes de formas no aparentes, y esas corresponden casi siempre a las zoonosis, como la rabia, por ejemplo. Tal vez la lepra tenga formas no aparentes; ahora bien, hay etapas de esta enfermedad en que no hay manifestaciones clínicas.

Casi todo lo que sabemos sobre la transmisión de las enfermedades se aprendió por métodos epidemiológicos, como es lo relativo al papel de los huéspedes y a los factores ambientales que favorecen la difusión de la enfermedad. Se sabe qué personas son susceptibles a la enfermedad, su edad, sexo, raza y otras características especiales. También se conoce la influencia de la pobreza, de la nutrición defectuosa, del hacinamiento, la exposición a los artrópodos portadores de enfermedades, el agua, los alimentos y el aire sobre las enfermedades. El conocimiento de lo que estos factores significan en relación con la lepra está considerablemente más rezagado que el relativo a la mayoría de otras enfermedades de igual alcance. Esto se debe a las peculiares dificultades que presenta la lepra.

La epidemiología tiene también una tarea menos ambiciosa, si bien importante, que realizar. Permite conocer la frecuencia de la enfermedad en lugares y en épocas distintas, y entre los más diversos individuos. De hecho, el progreso a que antes nos hemos referido deriva precisamente de la síntesis de esta clase de observaciones. Además, estas valoraciones constituyen la única forma de hallar la significación de una enfermedad en relación con la de otra y así establecer un orden de prioridad en materia de salud, para aprender dónde y cómo buscar casos de la enfermedad y para evaluar el grado de eficacia de una campaña preventiva. Este sistema de medición epidemiológica, empleado en la forma indicada, es una herramienta esencial tanto para el funcionario de salud como para el médico clínico.

El primer paso en la planificación de un programa de control de una enfermedad dada es conocer, tan exactamente como sea posible, su frecuencia en los distintos sectores de la colectividad. En determinadas circunstancias y en relación con unas cuantas enfermedades, las tasas de mortalidad son también una guía en dicho sentido. Por razones obvias, no es la lepra una enfermedad sobre la que, por lo general, se cuenta con estadísticas de mortalidad apro-

piadas. Esto limita los criterios cuantitativos a dos parámetros: la incidencia y la prevalencia.

La primera es la tasa de nuevos casos de una enfermedad, por unidad de población, en determinado período, por lo general un año. La prevalencia es el número de casos que hay en una colectividad, por unidad de población y en un momento determinado.

La incidencia es, teóricamente, más valiosa que la prevalencia. Por desgracia, no se tiene datos suficientes de incidencia de casi ningún lugar, ni de casi ninguna enfermedad crónica.

Un ejemplo corriente de la utilidad de las estadísticas oficiales de notificación con el objeto de hallar la incidencia de una enfermedad, lo ofrece la tuberculosis. Ni siquiera en colectividades organizadas desde el punto de vista médico, en donde la notificación de los casos de tuberculosis es obligatoria desde hace más de medio siglo, se puede confiar todavía en las tasas de incidencia de tal enfermedad, para fines comparativos. Prueba de esto es que en Estados Unidos más del 20% de las muertes por tuberculosis, según el certificado de defunción, nunca fueron notificadas como tales casos durante su vida. En segundo lugar, la definición de lo que es un caso notificable de tuberculosis varía entre límites muy amplios. En algunos lugares un niño con reacción tuberculino-positiva, pero sin manifestaciones clínicas, se notifica como un caso; mientras que en otros lugares, rara vez se notifica un caso mientras no tenga esputos bacilo-positivos. La notificación se limita, por lo general, a los casos activos, pero no es fácil establecer de manera uniforme dónde comienza la actividad de una enfermedad. Una tercera variable que, sin duda, afecta a la incidencia, es la intensidad con que se hace la búsqueda de casos, por medio de catastro radiológico colectivo y otros procedimientos, en las distintas colectividades. Otra dificultad es determinar, en cada caso, el tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad. El reconocimiento de un caso durante un cierto período no implica que la enfermedad

comenzase dentro de tal período; el comienzo pudo haber sido mucho antes. No es fácil determinar el período desde el comienzo hasta la notificación de la enfermedad, y está sujeto a un amplio margen de error. Por tanto, aunque se quisiera utilizar con regularidad la incidencia como índice de la frecuencia de la tuberculosis, hay que tener en cuenta numerosas variables.

Por estos motivos el cálculo de la prevalencia ha mostrado ser más valioso que el de la incidencia en lo que respecta a las enfermedades crónicas. Puede lograrse con rapidez y cuando se recurre a un solo estudio, es posible emplear métodos fidedignos y uniformes. Hay que reconocer, sin embargo, que tiene la falla de no dar información directa sobre la significación clínica de los casos hallados.

Las observaciones de la frecuencia de una enfermedad tienen un propósito fundamental y no se reúnen para llenar informes de carácter administrativo, sino con el propósito, directo o implícito, de establecer algún tipo de comparación, la que puede no dar resultados de evidencia inmediata; pero, si las observaciones han de tener valor alguno, permitirán comparar la frecuencia de la enfermedad entre diferentes grupos de población, a edades distintas, en diversos países o provincias, o bien acusarán tendencias en la enfermedad, es decir, la comparación de la frecuencia en distintos períodos.

Este hecho, que todas las mediciones de la frecuencia de una enfermedad sólo tienen valor en cuanto permiten hacer comparaciones, es la clave de cómo estas mediciones deben hacerse. Es necesario comenzar por convenir en la definición del estado patológico. A menudo se requiere un cierto compromiso entre los puntos de vista de varios grupos, para sentar una definición que puedan usar todos ellos. La definición debe ser tal que pueda aplicarse en el campo bajo diversas condiciones. Debe, además, establecer un equilibrio apropiado entre dos cualidades: sensibilidad y especificidad. Si los criterios con respecto a cada caso son

demasiado estrictos, no se pueden emplear en los estudios de campo, sino sólo en el ámbito de un hospital especializado; si tales criterios son demasiado amplios, permitirán abarcar un número excesivo de personas que no padecen la enfermedad.

Al mismo tiempo que se establece la definición de la enfermedad, hay que considerar qué tipo de clasificación de los casos será útil y posible hacer en el campo. Tratándose de la lepra, sería de desear la clasificación de los casos, al menos, en lepromatosos y no lepromatosos.

Sería de desear también una clasificación provisional de los casos en cuanto a su gravedad o a la extensión de sus complicaciones; tener alguna idea de la duración de la enfermedad, de la actividad actual de las lesiones y de si el caso ha sido previamente reconocido y tratado. En una encuesta, sin embargo, puede que no sea posible llegar a precisar algunos de estos puntos en grado que justifique los esfuerzos hechos para ello.

En los estudios de campo cuyo objeto es permitir hacer comparaciones precisas sobre la prevalencia de una enfermedad entre distintos grupos, es necesario a menudo tomar ciertas medidas para garantizar dicha comparabilidad. El establecer criterios de diagnóstico es sólo el primer paso. Quienes trabajan en la encuesta deben ser adiestrados cuidadosamente en el uso de los métodos que deben emplear. Después se organizan pruebas de campo en las que, en condiciones "ciegas", cada trabajador hace observaciones sobre el mismo conjunto de individuos. Se comparan los hallazgos, sujeto por sujeto, para ver si, de hecho, hay acuerdo. Este paso es particularmente necesario si en la medición entra un elemento de juicio subjetivo, como ocurre en la interpretación de una lesión de la piel. Además, una vez comenzado el estudio, conviene hacer, de cuando en cuando, nuevas comprobaciones para cerciorarse de que los datos recogidos por los observadores siguen siendo comparables. Idealmente, todos los exámenes debiera hacerlos un solo individuo, lo cual no siempre es posible.

Una modificación útil de este plan, que

creo aplicó el Dr. Gay Prieto, consiste en que, trabajadores parcialmente adiestrados, hagan un examen selectivo destinado a separar todos los casos sospechosos, y en que, después, el experto se limite al examen de este grupo seleccionado y a hacer la clasificación final.

Al mismo tiempo que se identifican los casos, interesa conocer algunas de sus características tanto demográficas como sociales. Debe registrarse la edad y el sexo, aunque es de esperar cierta inexactitud, en cuanto a la edad, si se trata de poblaciones analfabetas o primitivas. Siempre se anotará el lugar de residencia. Que deban registrarse otros datos, distintos de los ya señalados, dependerá del propósito de la encuesta. En lepra podrían incluirse el grupo étnico, la ocupación, el estado civil, el tamaño y la composición de la familia, y si hay o no en ésta otros casos.

La necesidad de definiciones cuidadosas, en lo que ya se insistió al referirnos al estado clínico, se aplica también a todas estas características. Las definiciones que se adopten deberán ser fruto del acuerdo de diferentes grupos de investigadores, si se quiere que sus hallazgos coincidan. Como ejemplo, considérese el término "contacto", muy usado en la acepción de persona expuesta a un caso de la enfermedad. ¿Quiere decir esto contacto directo en el hogar, o se refiere también a otras formas más distantes de exposición? ¿Se alude a los contactos con cualquier caso, o sólo a los que se hallan en la proximidad de un caso activo? ¿Debe ser el contacto prolongado o restringirse a alguna ocasión durante la vida del individuo? Pueden multiplicarse los ejemplos en que surge la necesidad de definir los términos con precisión.

Nos referiremos ahora al otro aspecto, a menudo olvidado, de una encuesta. Se trata de la población dentro de la cual se hallan los casos. El conocer la población, es esencial para que los datos tengan valor significativo. Si se pretende hacer un estudio de un pueblo, debemos conocer el número de sus habitantes distribuidos según su edad, sexo y otras características de importancia para

el propósito de la encuesta. Sólo así se sabrá en qué medida se estudió dicha población y en qué sectores no se pudo examinar el mayor número de personas. Esto puede tener extraordinaria importancia para la interpretación de los hechos. El censo de la población debe preceder al estudio.

A menudo se toma la decisión de hacer una encuesta a partir de una muestra de la población, en vez de examinar ésta en su totalidad. No se intentará ir más allá en lo que al muestreo respecta, excepto añadir que éste sólo se puede hacer apropiadamente si antes se ha hecho un censo de toda la población o, por lo menos, de las familias, y se toma como unidad de muestreo una aldea, una manzana urbana, una familia o casa, o, en ocasiones, un individuo. Sea cual fuere la unidad que se escoja, el propósito del muestreo es hacer generalizaciones a partir de los resultados obtenidos, vale decir, estimar la prevalencia de la enfermedad en todo un distrito, región o grupo étnico mediante el examen de una muestra parcial. Las ventajas del muestreo son evidentes, porque un estudio de prevalencia que podría ser tarea imposible, si se intentara llevar a cabo en la totalidad de una población, resulta a menudo factible gracias al muestreo. Además, puede ponerse más cuidado en el examen y hacer acopio de más información acerca de los individuos observados. También es posible, si se desea, obtener una muestra de un sector restringido de la población; así se puede limitar el examen a personas de determinada edad o a un cierto grupo étnico. La decisión respecto al tamaño de la muestra dependerá de que se tenga, con anterioridad, al menos, un cálculo aproximado de la frecuencia de la enfermedad en la población, y se haya determinado el margen de error que puede tolerarse en el muestreo.

La enumeración de los casos nos proporciona lo que, en el lenguaje comercial, se denominan datos del "numerador", mientras que el recuento total de la población examinada nos da datos del denominador, o sea la base de población de la que se derivan las tasas de prevalencia de la enfermedad.

Indicaré, aun a riesgo de redundancia, que es de escasa utilidad saber que se hallaron 200 casos de lepra en un grupo étnico y sólo 50 en otro, a menos que se sepa también el número de personas que fueron examinadas en cada uno de los dos grupos, y que pueda establecerse, por comparación, la tasa real de prevalencia. El grupo a que corresponden los 200 casos puede, en realidad, tener una prevalencia inferior a la del que tenía tan sólo 50 casos.

No debiera ser necesario añadir que deben llevarse registros individuales, sistemáticos y fidedignos, en formularios bien concebidos. Estos formularios debieran ser objeto de ensayo previo en el campo. En realidad, habría que ensayar cuidadosamente el método general de encuesta y corregir sus deficiencias de planeamiento que, inevitablemente, se advierten en una prueba piloto.

El esfuerzo que supone reunir a un grupo de médicos y llevarlos a una localidad, por lo general remota, el diseñar una muestra de la población y realizar un considerable esfuerzo para persuadir al pueblo a que participe en la encuesta, justifica el deseo de que los resultados así obtenidos sirvan para más de un propósito. Por el método de encuesta pueden estudiarse numerosas afecciones crónicas; por ejemplo, tuberculosis, tracoma, frambesia y ciertas deficiencias nutricionales. Puede aprenderse mucho sobre la historia de una población con respecto a muchos agentes infecciosos por medio de muestras de suero sanguíneo y de la determinación de sus anticuerpos a dichos agentes. Puede estudiarse también la prevalencia de agentes patógenos intestinales. Sin embargo, cada nuevo aspecto que se agrega a los exámenes representa un problema y gasto nuevos y hace más complicada la organización de la encuesta. Por lo tanto, el número de pruebas debe mantenerse dentro de límites prudentes.

Al llegar al análisis de los datos surgirán muchas preguntas. Vale la pena mencionar algunas. ¿En qué grado ha sido examinada la población o la muestra elegida en el estudio? ¿Hay evidencia de que el grupo

examinado es representativo; tiene, por ejemplo, mayor proporción de niños o de mujeres que la población general, y en consecuencia un déficit de adultos varones que pueden trabajar lejos del hogar y son por tanto difíciles de alcanzar? ¿Es posible que individuos que tienen la enfermedad de que se trata hayan procurado evitar examen médico más veces que las personas sanas, quizás por miedo a las consecuencias del descubrimiento de la enfermedad? ¿O están quizás más inclinados a hacerse examinar las personas que sospechan tener la enfermedad, con la esperanza de recibir tratamiento? Hay veces en que la participación de ciertos grupos puede ser inhibida por creencias o costumbres locales. La gravedad de estos obstáculos puede atenuarse si se los preve a tiempo, mediante la familiarización con la cultura local, una campaña educativa preliminar y efectuando tenaces esfuerzos para contar con la participación del 100% de la población si es posible. Los residentes de una colectividad que están hospitalizados deben aparecer tanto en el numerador como en el denominador de las tasas totales de su colectividad, con más razón que en las correspondientes a la colectividad en donde está situado el hospital.

Antes de comparar la prevalencia correspondiente a los distintos grupos, es importante cerciorarse de que dichos grupos no difieren entre sí de manera tal que invaliden toda suerte de comparación. Por ejemplo, la edad se hace sentir en todas las enfermedades y por tanto, sería inútil comparar entre dos colectividades, una de las cuales tiene una proporción de niños mucho mayor que la otra, a menos que la comparación se refiera a grupos específicos de edad o a tasas de edad ajustadas.

Acaso sea oportuno en este momento exponer en forma resumida algunos de los principios discutidos.

1. Al planear el control de una enfermedad en una población, es necesario conocer antes la frecuencia de aquélla.

2. Además de punto de partida y de justificación de las medidas de control, los estudios para

determinar la frecuencia de una enfermedad pueden dar información importante acerca del carácter de la enfermedad, de sus modalidades en las poblaciones y en el área en donde se encuentra. Esta información puede ser de extraordinaria importancia para identificar las personas susceptibles y el ambiente en que la enfermedad puede prosperar. Incluso puede dar origen a hipótesis totalmente nuevas sobre la naturaleza de la enfermedad.

3. Todas estas medidas se toman con un propósito fundamental, implícito, que es el de la comparación. Para hacer una comparación cuantitativa se ha de emplear la misma unidad o módulo en las distintas operaciones. Esto implica, en epidemiología, el contar por anticipado con una definición de la enfermedad y de sus distintas formas; emplear métodos similares de examen y que los examinadores estén capacitados para llevar a cabo una labor uniforme.

4. La encuesta de prevalencia ofrece el método más factible y seguro para determinar la frecuencia de una enfermedad común en una región, con numerosos casos desconocidos y no hospitalizados y en donde métodos sencillos de examen permiten su diagnóstico y clasificación.

5. Los métodos de muestreo son muy útiles en las encuestas de prevalencia, siempre que se apliquen de una manera tal que garanticen el examen de una muestra representativa de la población en la cual estamos interesados.

6. Si se pretende atacar la enfermedad teniendo como base la colectividad, se deben censar y clasificar tanto la población donde los casos se originan como los casos mismos.

La mayor parte de este análisis se refiere a encuestas transversales de prevalencia, porque este tipo de estudio es el más eficaz para calcular la frecuencia de una enfermedad crónica. Mas no por esto se ha de suponer que carecen totalmente de interés otras formas de estudios epidemiológicos. De éstos, las observaciones longitudinales son las más valiosas. El estudio longitudinal consiste en la identificación de los individuos de una población seleccionada, en su clasificación de acuerdo con sus características, en relación con sus condiciones específicas y personales y en la observación sistemática posterior de las personas seleccionadas para hallar la tasa a que enferman o cómo pasan de una a otra etapa de la enfermedad. Así,

por ejemplo, podemos clasificar grupos de personas sanas de acuerdo con su sensibilidad a la tuberculina o a su exposición presente a la tuberculosis y seguir examinándolos regularmente durante varios años para precisar la influencia que ambos factores tienen en el riesgo de contraer dicha enfermedad.

Los estudios longitudinales son mucho más difíciles y costosos que los estudios transversales de prevalencia y exigen, además, tiempo, sobre todo si se refieren a una enfermedad crónica. Sólo se pueden hacer cuando la incidencia de la enfermedad es bastante alta.

Otra posibilidad, importante para demostrar una hipótesis, es el estudio de los casos bajo control. Se investigan los casos de una enfermedad según ciertos atributos que se supone contribuyen a su frecuencia; simultáneamente, y en igual forma, se estudia lo que ocurre con una serie bajo control. Un buen ejemplo de este sistema es la investigación de una serie de casos de cáncer del pulmón en comparación con un grupo control, para averiguar si la enfermedad

abunda más entre los que fuman muchos cigarrillos que entre los que forman el grupo control. En tales estudios la selección del grupo control es el punto clave para obtener una significativa respuesta a las preguntas planteadas.

La epidemiología desempeña, en resumen, un papel esencial en la planificación de las actividades de control de cualquier enfermedad. Dicho papel debe reconocerse y han de ponerse en práctica medidas oportunas para incorporar a las campañas, desde el comienzo, la observación epidemiológica; en caso contrario, no se contará con un punto de referencia que permita comparar hallazgos posteriores. Necesitamos, por tanto, el estudio epidemiológico para responder a la pregunta "cuánto". Pero también lo necesitamos para responder a las preguntas "quién", "dónde", "cuándo" y, por último, "por qué", o sea, cuál es la prevalencia de la enfermedad, qué clase de personas contraen ésta, cuál es su distribución geográfica, cómo aumenta o disminuye y cuál es la explicación de estos hallazgos en función de los factores huésped y ambiente.

EL PROCESO DE ORGANIZACION EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD

DR. FABIO LONDOÑO

Jefe de la Sección de Lepra, Ministerio de Salud Pública, República de Colombia

GENERALIDADES

Una organización, entendida en su acepción más amplia, es un ordenamiento de entes con funciones coherentes que tiende, en conjunto, a la obtención de objetivos comunes de conservación y progreso, en la medida en que esto no es posible por la acción independiente de cada uno de ellos.

Esta definición implica que toda organización, para ser tal, requiere reunir las siguientes características:

- a) Que exista un ordenamiento o estructuración entre los entes que la constituyen;
- b) Que cada ente tenga funciones determinadas;
- c) Que haya coordinación entre los elementos de la organización, y
- d) Que el todo persiga un objetivo común.

Estos postulados no implican necesariamente que los componentes de una organización deban tener conocimiento racional o instintivo de sus funciones o de los propósitos que su agrupación persigue. Existen, en efecto, organizaciones que cumplen a cabalidad las premisas anteriores y que están constituidas por entes inanimados. Por ello, una de las maneras de clasificar las organizaciones podría ser agrupándolas según los impulsos que les dan origen y posibilitan su acción. De acuerdo con este punto de vista, habría cuatro clases de ellas:

- 1) Las constituidas por entes sin vida, en cuya formación y funcionamiento sólo intervienen fuerzas físicas;
- 2) Las formadas por entes vivos, pero carentes de instinto y de voluntad y que son regidas por la energía derivada de reacciones químicas;

3) Las que surgen de los impulsos instintivos de los seres vivos que las constituyen, y

4) Las que tienen su origen en la inteligencia y la voluntad del hombre.

Aun cuando los cuatro tipos de organización tienen como cualidad común la de evolucionar, condicionando de esta manera el progreso del conjunto, el proceso evolutivo no es igualmente intenso en cada una de ellas. Así las pertenecientes al primer grupo, se caracterizan, fuera de no obedecer a impulsos biológicos, por la lentitud de su evolución, lo que garantiza la relativa inmutabilidad del cosmos.

Dentro de la estructura del átomo, ejemplo de organización regida por fuerzas físicas, la disposición y número de sus elementos constitutivos confiere a la materia sus propiedades específicas. Cuando éstos cambian, como puede suceder de manera natural o artificial, asistimos a la transformación de una materia en otra o a la conversión de la materia en energía.

Otro ejemplo de organización no debida a fuerzas biológicas lo constituye nuestro sistema solar, entre otros, en el cual cada planeta cumple, con su masa, la función de conservar el equilibrio del sistema.

Hasta tal punto están determinadas las funciones de los planetas que Neptuno y Plutón fueron descubiertos sin ayuda del telescopio, únicamente por medio de estudios matemáticos, que determinaron la necesidad de que en tal posición existiese un planeta de determinada masa.

Los entes vivos carentes de instinto y voluntad, tales como los vegetales—incluidos los hongos y las bacterias—se organizan

mediante la fuerza resultante de las reacciones químicas que se producen entre sus elementos constitutivos y los elementos del medio ambiente en el cual están colocados.

Los factores ecológicos, eminentemente variables, inducen en ellos comportamientos diferentes que los llevan a nuevos y mejorados patrones de organización con el consiguiente adelanto biológico que ello supone. Es decir, que las organizaciones vegetales conducen al perfeccionamiento de las especies mediante la evolución inducida por las cambiantes condiciones del medio.

La naturaleza es pródiga en ejemplos para demostrar por una parte la extraordinaria capacidad de organización de los vegetales y por otra, su constante evolución, inducida por factores ecológicos. En el primer caso no se trata simplemente de la agrupación de vegetales de la misma familia, sino de organizaciones de plantas diferentes y aun de éstas con animales, organizaciones en las cuales, por ejemplo, unas plantas crean la sombra necesaria para el desarrollo de otras, y éstas proporcionan con sus restos orgánicos parte del alimento necesario para las primeras.

La evolución que experimentan los vegetales, de acuerdo con los diferentes sistemas de organización originados en las diversas condiciones del medio, significa la adaptación necesaria para su supervivencia y para su progreso.

Los animales se organizan impulsados por su instinto enriquecido a través de los tiempos por las experiencias de sus antepasados.

Innumerables son los ejemplos de organizaciones animales dentro de las cuales cada ser cumple fatalmente funciones tendientes al logro de propósitos comunes. Bastaría, como ilustración, mencionar las elaboradas organizaciones de las abejas y las hormigas, tan estudiadas y por ende tan conocidas, en las cuales se ha podido determinar la función que cumple cada uno de sus componentes, y los propósitos de supervivencia que persigue la acción coordinada de los seres que las constituyen.

El estudio de las organizaciones creadas

por el hombre movido por la necesidad consciente de lograr óptimas condiciones de vida para el género del cual forma parte, constituye el propósito de esta conferencia. Esta revista panorámica es únicamente la necesaria introducción al estudio propuesto, con la cual se quiere demostrar que las organizaciones no son invenciones del hombre, sino que tienen hondas raíces naturales y que constituyen, de acuerdo con la experiencia extraída del comportamiento de los entes inanimados y de los seres vivos diferentes del hombre, una necesidad para la supervivencia y el progreso.

EVOLUCION DE LAS ORGANIZACIONES HUMANAS

La historia de las organizaciones humanas es muy oscura en sus orígenes, pero hay indicios para suponer que ellas tuvieron su primera representación en la familia, originada como fenómeno biológico entre las especies subhumanas gregarias. De allí parte un lento pero continuo proceso de evolución social inducido por la inteligencia del hombre, que conduce a las diversas y complejas organizaciones contemporáneas. Este proceso, estudiado entre otras ciencias por la arqueología, la antropología física y la antropología social, no ha sido uniforme sino que, por el contrario, ha tenido épocas en que su progresión ha sido extraordinariamente lenta, y otras en que las transformaciones se han producido de manera vertiginosa. En todos los casos el progreso se ha logrado debido a la mayor complejidad y al mayor volumen de las organizaciones, a las cuales el hombre ha introducido gradualmente factores nacidos de nuevos conocimientos, nuevas ideas y nuevas creencias. Ello no quiere decir que haya habido paralelismo en la evolución de las organizaciones humanas y que todas las existentes hoy participen del común denominador de la complejidad funcional y estructural. En pleno siglo XX subsisten innumerables comunidades arcaicas, superadas en cuanto se refiere a organización social, por muchos órdenes de insectos. Sin embargo, para los

propósitos del presente estudio, al hablar de organizaciones humanas contemporáneas, nos referiremos a las que han evolucionado de manera notable y que constituyen el patrón de nuestra época.

Al estudiar los factores que han producido la transformación de las organizaciones, hemos tomado como punto de partida a la familia, constituida, en cuanto a las relaciones biológicas, por el ayuntamiento sexual. Dentro de esta organización de vida errante, obligada por las circunstancias a llevar una existencia casi tan salvaje y móvil como la de los rebaños de búfalos y ciervos, las funciones eran muy simples: el hombre cazaba para obtener el sustento y la mujer lo seguía para satisfacer la necesidad de procreación. Pero he aquí que, bajo esta apariencia de identidad animal-hombre, surgen las potencialidades de éste y ayudado por utensilios de su propia invención y fabricación, domestica las plantas, y ya arraigado a la tierra, como consecuencia de lo anterior, puede procurarse una morada permanente y hábitos de vida regular, favorables a una mayor educación. Como expresión material de este nuevo estado aparece la aldea cuya representación funcional es la sociedad.

Pero para que una agrupación de individuos, base de toda sociedad, pueda convertirse en tal, se hace necesario el desarrollo de una serie de intereses e ideas comunes y la creación de métodos para vivir y trabajar juntos. Es así como surge la conciencia de grupo y la adaptación de la conducta a la vida en comunidad.

Dentro de esta estructura las funciones son ya más complejas, y aparece la especialización en una forma simple. El hombre fabrica utensilios de trabajo y se dedica a la caza, mientras la mujer cuida los vástagos y desarrolla faenas agrícolas ya que "la domesticación de las plantas parece en gran parte obra femenina; en lugar de quitar la vida, como el cazador, la mujer la nutría de la tierra, como en su propio vientre".¹

Acompañando a estos cambios, que no por

simples dejan de ser importantes, hace su aparición un componente que ha de formar parte principal de las organizaciones a través de todos los tiempos: el sentido del futuro. No se trata simplemente de la tendencia animal a guardar alimentos para el invierno, sino de una abstracción intelectual que lleva al hombre a sumar a la satisfacción de sus necesidades inmediatas el propósito premeditado de trascender los límites de su propia vida. Esta actividad imprime a las acciones del hombre, dentro de las organizaciones, el carácter de esfuerzos vinculados, o mejor, comprometidos con el destino del género humano.

Son innumerables las ideas, creencias y conocimientos que se van sumando a esta primitiva organización social para transformarla en las organizaciones estratificadas del presente. Pero no todos estos elementos implican progreso, y es así como las ideas de dominio y expansión y el ansia de poder y de riqueza llevan a la formación de organizaciones dentro de las cuales hay libres y esclavos, déspotas y sometidos.

El advenimiento de las organizaciones modernas sólo se opera cuando, superadas las ideas que prevalecieron hasta mediados del siglo XIX, se produce el unánime reconocimiento de la dignidad humana. Este hecho introduce a las organizaciones modernas su mayor factor de complejidad y convierte en estructuras conscientes a las que en muchos casos eran casi mecánicas. Si se parte de la consideración de que el hombre es un sujeto con derechos, cualquier organización moderna, por pequeña que sea, es más compleja que la vasta organización que fue necesaria para construir la pirámide de Queops. En ella sólo existía una relación humana: la relación autoritaria de amo a esclavo. En contraste, un hombre libre dentro de una organización hace necesario que se establezcan complicados mecanismos en sus relaciones con sus jefes, compañeros y subordinados. De allí que se haya dicho que una "organización como entidad social democrática encierra en sí todos los conflictos y oportunidades para la colaboración que cabe esperar de cualquier grupo de

¹ Mumford, Lewis: *Las transformaciones del hambre*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1960.

individuos conscientes de sí mismos".² Con esto se da por aceptado que el hombre debe conservar su individualidad aun dentro de las más complicadas estructuras y no convertirse en presa indefensa, o en juguete de grandes fuerzas impersonales. Esta idea debe estar presente de manera constante en la mente del hombre para evitar el peligro de que, como consecuencia de su relativa pequeñez, comparado con las grandes organizaciones contemporáneas, sufra un nuevo género de esclavitud: la del hombre como engranaje inconsciente en la maquinaria de las organizaciones.

Es necesario desterrar la idea expresada por Max Weber de que la organización en gran escala constituye la suprema expresión de la eficiencia del hombre, lograda mediante la despersonalización del individuo y gracias a un mayor hincapié en la importancia de las reglas y las normas uniformes de conducta.

Si el dilema consistiese en escoger entre despersonalización y progreso material, por una parte, y exaltación de la individualidad y pobreza, por otra, no vacilaríamos en aconsejar el retorno a la pequeña unidad familiar de explotación agrícola dentro de la cual el ser humano puede desarrollar todas las potencialidades de su personalidad.

Para que el hombre no sea el inconsciente motor de acciones estereotipadas, se hace necesario que conozca los fines de las organizaciones de las cuales forma parte, y conserve la capacidad de dar iniciativas que sean tenidas en cuenta como el producto del interés que un ser consciente de las funciones que desarrolla, tiene por los fines que persigue.

Resultaría paradójico que al tiempo que se construyen máquinas con cierta capacidad de discernimiento, se convirtiese al hombre en el repetidor automático de acciones cuya finalidad desconoce. Por otra parte, de nada valdría la supresión del látigo como argumento material para obligar al esclavo a desarrollar una labor de cuya utilidad no

está compenetrado, si este género de deshumanización es trocado por aquel que convierte al hombre en un autómatas que obra únicamente por reflejos condicionados.

Es necesario que las funciones que el hombre desarrolla dentro de las organizaciones tengan su aceptación consciente y que, en vez de conducirlo a la despersonalización, lo hagan sentir dueño de su individualidad y colaborador voluntario en el logro de un propósito común.

Esta omnipresencia del hombre en las organizaciones se hace extensiva a cada uno de los individuos que integran una comunidad cuando aquéllas persiguen un fin útil a ésta. Porque es necesario dejar sentado que la mal llamada masa forma parte integrante de las organizaciones que tienen como propósito beneficiarla. Es por ello que no puede llamarse masa a ese conjunto de personas integrantes de una comunidad que son individualmente conscientes de que forman parte como beneficiarios de una organización y de que, al mismo tiempo, tienen funciones dentro de ella. Si ponemos como ejemplo a una organización de salud pública, vemos cómo, por una parte, hay una relación entre el cuerpo de la organización y la comunidad y, por otra, cómo sin el concurso de los componentes de ésta, no es posible alcanzar los objetivos que se persiguen. Lo mismo sucede en el caso de los gobiernos como organizaciones: éstas no llegan al último de los burócratas, sino que se extienden hasta donde se halla el último de los gobernados.

Hasta aquí hemos visto cómo la libertad del individuo, manifiesta en nuestra filosofía y en nuestras orientaciones sociales, la aceptación de la naturaleza consciente de la colaboración humana, y la participación de la comunidad en el funcionamiento de las organizaciones, las han convertido en entidades sociales extraordinariamente complicadas. Pero además, ellas forman parte de una estructura social más vasta, por lo cual deben procurarse metas adicionales para no ir en contra del sistema social dentro del cual están ubicadas. Esto quiere decir que fuera de los objetivos para los cuales fueron

² Pfiffner, John M. y Sherwood, Frank P.: *Organización administrativa*. México, D. F.: Hermanos, 1960. 602 págs.

creadas, las organizaciones deben perseguir otros, tales como el bienestar de sus integrantes, el aprovechamiento máximo de los recursos, etc.

Pero fuera de estos factores de orden doctrinario, hay otros que han contribuido al aumento en el volumen y a la complejidad de las organizaciones. Tal es el caso de las comunicaciones.

Gracias a los adelantos experimentados a este respecto, es posible que existan organizaciones extendidas por grandes territorios geográficos y compuestas por gran cantidad de individuos, ya que el control de ellas puede ser realizado con efectividad.

Si se trata de una organización industrial, se hace factible la utilización de materia prima proveniente de sitios muy lejanos y la distribución de productos en regiones muy extensas. El volumen de producción en organizaciones de este género, baja los costos y convierte en antieconómicas a las organizaciones pequeñas que quisieran competir. Esto ha conducido a la reducción del número de las empresas industriales y al aumento extraordinario de su volumen. Por otra parte, siempre dentro del ejemplo de las organizaciones industriales, los nuevos medios de comunicación han permitido el ensanche de los mercados y han obligado a la ampliación de las empresas al posibilitar el desarrollo de vastas campañas publicitarias.

Si tomamos como ejemplo una organización de salud pública, nos encontramos ante un hecho similar. La facilidad en las comunicaciones ha vinculado una mayor cantidad de personas a los programas, ya que, por una parte, el personal encargado de desarrollar las acciones sanitarias tiene mayores facilidades de trasladarse de un lugar a otro y mayores posibilidades de penetrar a sitios antes inaccesibles y, por otra, los integrantes de la comunidad están más informados de las actividades que se están desarrollando en su beneficio y de la utilidad de colaborar con ellas, gracias a la acción de la propaganda.

Este aumento en el volumen, ha traído aparejada la multiplicación de los niveles de

autoridad. Pero éste no ha sido el único factor; a él es necesario agregar la diversidad de funciones que desarrollan los integrantes de las organizaciones y la estructura democrática de éstas. En las organizaciones del pasado, estos niveles, del más alto al más bajo, eran relativamente pocos ya que las funciones sencillas y no diferenciadas, permitían que una sola persona supervisara de manera efectiva la actuación de muchos. Hoy, esto es técnicamente imposible ya que, aun cuando la especialización ha hecho aún más sencilla la labor que debe desarrollar cada individuo, la diversificación de las funciones ha aumentado de manera extraordinaria.

Ya hemos visto que la estructura democrática que caracteriza a las organizaciones humanas contemporáneas ha influido en la complejidad de ellas, y específicamente, en el aumento de los niveles de autoridad como consecuencia de la substitución de la relación dueño-esclavo por el complicado mecanismo de las relaciones humanas.

Queda esbozado de esta manera el desarrollo de las organizaciones creadas por el hombre con el voluntario propósito de encontrar formas de asociación que le permitan recorrer el camino de su evolución psico-social. Si va a lograr ese objetivo, o si, por el contrario, va a rebajar su dignidad convirtiéndose en un inconsciente e incondicional servidor del monstruo que ha creado, ello dependerá de que perciba siempre su propia significación en el conjunto más amplio y más trascendente del cual forma parte.

Por otra parte, es necesario que luche por prevenir otro tipo de peligros: los que se originan en la suplantación de lo instintivo y biológico por lo intelectual. Es ya bien sabido que los impulsos intelectuales pueden superar, dentro de una organización, a los biológicamente congénitos, y así, una persona trabajará más por alcanzar el éxito dentro de la función que le ha sido asignada que para satisfacer sus impulsos sexuales. Este género de suplantaciones puede conducir a la aparición del "hombre post-histórico", epíteto creado por Seindemberg

para designar al hombre del futuro, en el cual la vida instintiva iría perdiendo fuerza a medida que su inteligencia consciente fuera conquistando mayor dominio.

El resultado de este proceso sería el dominio de la inteligencia despersonalizada, con la cual el hombre aplicaría a todos los organismos vivos, sobre todo a sí mismo, las mismas reglas que ha aplicado al mundo físico. Al establecer de esta manera un comportamiento predecible, permitiría producir una sociedad similar a la de ciertos insectos que no han cambiado en sesenta millones de años. Es decir, que por el camino de una evolución errónea, las organizaciones retornarían a un primitivismo carente de lo que éste tiene de atrayente: la plena libertad del hombre. Para evitar que se cumplan estas predicciones, no debemos olvidar que una de las funciones de la inteligencia consiste en tomar en cuenta los peligros provenientes de la confianza excesiva en ella.

TEORIA DE LA ORGANIZACION

Las organizaciones humanas, de cuya evolución nos hemos ocupado de manera muy general, son de variada naturaleza como consecuencia de la diversidad de objetivos que ellas persiguen. Por otra parte, siendo producto de la inteligencia del hombre, variarán en la medida en que existan conceptos y teorías diferentes acerca de cuál deba ser su estructura y su dinámica. Sin embargo, puede afirmarse que los conceptos generales que rigen la organización de cualquier actividad, tienen un contenido sempiterno que es universal. Sobre esta base haremos un resumen de los principios que rigen las organizaciones antes de ocuparnos del proceso de la organización en las actividades de salud pública.

De acuerdo con Gulick, la base fundamental de toda organización es la división del trabajo. Es más, él considera que es la razón misma de ella. Esto es muy explicable si tenemos en cuenta que al hablar de organización nos estamos refiriendo a la asociación de un grupo de individuos que desarrolla acciones destinadas a alcanzar un

objetivo común. Por lo tanto, cada uno de ellos tendrá que ejecutar una determinada función y de allí resulta la división del trabajo.

El segundo elemento necesario en toda organización es la coordinación. Esta se puede realizar, o bien a través de órdenes de los superiores a los inferiores en forma descendente, o bien mediante el desarrollo de una unidad de objetivos, de modo que cada trabajador quiera, por su propia iniciativa, realizar su tarea dentro del conjunto.

Parece que la mejor manera de realizar la coordinación es ejercitando los dos métodos simultáneamente. Ello hace necesario que haya una autoridad ejecutiva dirigente, ya que en la práctica la unidad de acción que implica la coordinación, sólo se puede conseguir cuando hay una autoridad superior capaz de determinarla. De tal manera que la dirección es consecuencia de la necesidad de coordinar las actividades para que el objetivo de la organización sea atendido efectivamente.

A estos principios, que constituyen la base de la organización, se agregan otros que sin ser fundamentales en las organizaciones simples, se tornan necesarios cuando éstas adquieren complejidad. Entre los más importantes tenemos: el alcance del control, la unidad ejecutiva y la homogeneidad.

El principio del alcance del control se basa en la imposibilidad de que un solo hombre tenga un número ilimitado de contactos intermediarios. Surge entonces la necesidad de que el ejecutivo sólo tenga bajo su dirección inmediata a pocas personas, las cuales dirigirán a otras, y éstas, a su vez, tendrán personal a su cargo, hasta llegar al último hombre de la organización. A esta consecuencia del límite de control se la llama Principio de Jerarquía.

El principio de la unidad ejecutiva consagra la idea de que un trabajador sólo puede atender las órdenes de un solo superior. Dentro de una organización puede haber, de acuerdo con lo visto anteriormente, muchas personas que den órdenes, pero una persona determinada sólo debe recibirlas de un solo superior.

La homogeneidad es un principio de organización que establece la conveniencia de que un determinado grupo dentro de ella sólo desarrolle trabajos homogéneos, por procesos uniformes y con propósitos únicos. Esto aumenta la eficiencia y facilita la dirección.

Construidos sobre estas bases, existen diferentes tipos de organización determinados por la clase de relaciones entre jefes y subordinados. Entre ellos hay unos denominados simples, que son el de línea o militar y el funcional, y otros denominados complejos, entre los cuales el más importante es el tipo Estado Mayor, conocido también como "Staff". En el primero la autoridad emana por delegación de una a otra de las personas que están colocadas en la escala jerárquica, es decir, que la autoridad se encuentra en línea recta descendente, desde la dirección superior hasta el personal de grado inferior en la línea jerárquica.

El tipo funcional, es aquel en el que la autoridad se ejerce de acuerdo con la especialización de funciones. Es decir, que un grupo de trabajadores que ejerce una actividad especializada es supervisado por una misma persona.

El tipo Estado Mayor se basa en el concepto de que la autoridad se divide en dirección y estudio, lo que implica que los que deciden se encuentren asesorados por autoridades que estudien, hagan planes y organicen. El Estado Mayor surgió como una necesidad por la complejidad cada día más grande de los conocimientos, lo que impedía que una sola persona pudiera abarcarlo sin ser un genio. El ejecutivo debe entonces rodearse de personas que ejerzan la función de pensar por él, en aquellos aspectos en los cuales la necesaria limitación de la capacidad humana no le permite profundizar.

En resumen, podríamos decir que la teoría de la organización se concreta a la posibilidad de que un director, con una adecuada asesoría, logre coordinar y verificar todas las subdivisiones del trabajo, en tal forma que el todo tienda armónicamente a la consecución del objetivo propuesto. Sobre esta

base veremos cómo se han venido aplicando los principios de organización a las actividades de salud pública.

EL PROCESO DE ORGANIZACION EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA

La salud pública como actividad organizada tiene muy corta tradición. Es cierto que desde la más remota antigüedad se han venido desarrollando actividades que han redundado en la conservación de la salud colectiva, pero ellas no han sido producto de una organización formal que tuviese esa única finalidad. Es decir, que las acciones sanitarias eran inconscientes, y que a pesar de que mediante ellas se conseguían resultados benéficos para la salud de la comunidad, el propósito de tales acciones no era específicamente el de obtener dichos resultados. Porque, si bien es cierto que en tiempos remotos pudo haber esbozos de organizaciones sanitarias, éstas no perduraron ya que limitaron su acción a las épocas de epidemia. Sólo hasta el siglo XIX se hace consciente la necesidad de organizar servicios de salud. Una de las primeras organizaciones creadas con estos fines fue la Junta Nacional de Vacuna, fundada en Inglaterra en 1837. A partir de este momento puede decirse que las organizaciones sanitarias se han desarrollado de manera vertiginosa.

Al contrario de lo que ha sucedido con muchas organizaciones humanas, las de salud pública no han sido el producto de la evolución de organizaciones anteriores, sino que surgieron para llenar una necesidad no satisfecha con anterioridad. Esta necesidad se hizo perentoria cuando con el advenimiento de la revolución industrial, se produjo una notable migración humana hacia los centros. La población de las ciudades de más de cien mil habitantes, que en los albores del siglo XX sólo llegaba a 16 millones, aumentó a 314 a mediados del siglo. Esta situación creó graves problemas sanitarios y forzó a los gobiernos a organizar los servicios tendientes a evitar una hecatombe. Es así como surgen, de manera que podemos calificar de prodigiosa, diversas

organizaciones encargadas de "prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad".

El desarrollo de tales organizaciones ha pasado por diversas etapas, en cada una de las cuales la mayor capacidad de servicio se ha logrado merced a una mayor complejidad. Su estructura y dinámica han tenido como patrón los mismos principios administrativos que rigen el funcionamiento de otras organizaciones. Es así como los servicios de salud de la mayoría de los países, se organizaron sobre el esquema de una cabeza visible, de la cual se desprendía la vasta pirámide que cubría todo el territorio del país y que terminaba en el último de los ciudadanos, ya que en esta organización, más que en cualquier otra, el individuo, como parte integrante de la comunidad, está involucrado dentro de la estructura.

La diversidad de problemas de los que debía ocuparse esta organización, hizo que la subdivisión del trabajo creara múltiples niveles e innumerables funciones. La cabeza directiva, pese a los adelantos de las comunicaciones y a la delegación de funciones y atributos de supervigilancia, comenzó a perder el control de la organización. La necesidad impuesta por las normas administrativas de participar en todas las decisiones de alguna importancia, le hizo perder la visión de conjunto necesaria para establecer prioridades y planificar actividades. No era posible que una compleja y vasta organización siguiese teniendo una dirección única, y que ésta tuviese la capacidad de estar compenetrada de los más pequeños problemas y, al mismo tiempo, tuviese la perspectiva panorámica.

Era necesario encontrar nuevos patrones de organización que permitiesen, sin desmedro en la eficiencia, delegar lo que nunca se había delegado: responsabilidad.

Esta necesidad no se hacía sentir sólo en las organizaciones de salud pública, y fue así como en el curso de la Segunda Guerra Mundial la administración militar de Estados Unidos tropezó con los mismos obstáculos. De acuerdo con las normas existentes,

todos los problemas convergían a Washington con el perjuicio consiguiente para la agilidad en el cumplimiento de las funciones exigidas por la guerra.

Se juzgó entonces oportuno poner en práctica un concepto administrativo que tenía algunos antecedentes en las organizaciones industriales, pero que distaba mucho de ser una política unánimemente aceptada. Nos referimos a la descentralización. Este sistema administrativo invirtió la corriente del papeleo, pasándolo de Washington a los lugares de la campaña, y tuvo un éxito enorme en la administración de las finanzas, los suministros, el personal, etc.

Terminada la guerra, el evangelio de la descentralización se difundió rápidamente convirtiéndose en tema obligado de todos los tratadistas y estudiosos de los problemas administrativos. De aquí que dijera alguien: "La verdad es que estamos respirando descentralización".

La nueva doctrina afectó también a las organizaciones de salud pública, principalmente en aquellos países que, como la mayor parte de los latinoamericanos, adolecen de centralismo.

Colombia, en donde impera un rígido centralismo político que hace que hasta el nombramiento del alcalde del más alejado de los pueblos dependa en última instancia de la voluntad del Presidente de la República, no sólo no fue una excepción, sino que la salud pública fue escogida como actividad piloto para experimentar la doctrina de la descentralización.

El primer paso que se dio fue el de reestructurar el Ministerio respectivo, quitando a sus funcionarios la responsabilidad ejecutiva en la dirección de los programas y asignándoles, en cambio, funciones normativas, de evaluación y de asesoría. Los programas de salud pasaron a ser dirigidos y ejecutados por funcionarios de nivel departamental. Cada departamento del país debería sentirse en adelante dueño de sus problemas sanitarios y responsable de su solución, contando para ello con el aporte económico nacional y con las normas directrices del Ministerio de Salud Pública,

como garantía de la uniformidad doctrinaria. Esta nueva situación permitió a los funcionarios de nivel nacional, liberados de los problemas administrativos, dedicarse al estudio, a la evaluación y a la planificación. Por otra parte, situó la capacidad de resolver los problemas cerca de donde ellos se suscitan, evitando de esta manera trámites costosos e inútiles.

La salud pública en Colombia quedó estructurada de tal manera que existen tantas organizaciones cuantos departamentos hay; organizaciones que constituyen pirámides cuyo vértice está ocupado por el Director de Salud Pública de la respectiva sección del país. Cada Director es responsable ante el Ministerio, como Estado Mayor, de que los programas de salud se ejecuten eficientemente y de acuerdo con las normas técnicas dictadas por los funcionarios de nivel nacional.

Las relaciones entre directores departamentales y el Ministerio se establecen por medio de una oficina que conserva provisionalmente funciones administrativas mientras se ajustan los mecanismos necesarios para que ellos sean realizados únicamente por funcionarios de nivel departamental. Al respecto, es conveniente citar una experiencia paradójica. Todos los tratadistas que se han ocupado de la doctrina de la descentralización están de acuerdo en que las dificultades para ponerla en práctica dimanaban del hecho de que los hombres encuentran difícil delegar autoridad o funciones, y de que, por ser un sistema que derriba muchas de las barreras levantadas para proteger imperios personales, encuentra gran oposición. Según ellos, los funcionarios de nivel nacional muestran poco entusiasmo por "escuchar, en vez de dar órdenes y evaluar a los demás, y evaluar su trabajo a base de los resultados globales, en lugar de hacerlo viendo las irritaciones y tensiones del momento".

En Colombia el problema ha sido a la inversa: las dificultades se han presentado principalmente porque las autoridades departamentales no se han hecho a la idea de que la solución de ciertos problemas sani-

tarios, que antes eran objeto de programas desde Bogotá, es una responsabilidad de ellas.

Tal cosa ha sucedido con la lepra desde que las actividades de control de esta enfermedad han sido dirigidas desde la Capital de la República y han sido ejecutadas por funcionarios dependientes técnica y administrativamente del nivel nacional. En esta forma los departamentos podían ignorar y de hecho lo hacían, el problema sanitario creado por la lepra. Al ponerse en práctica la descentralización, se pudo apreciar que en muchos departamentos las autoridades sanitarias seguían considerando la lepra como una enfermedad de la incumbencia de la Nación y no del departamento, así como los recaudos del impuesto sobre la renta son bienes nacionales y no de las secciones.

Este problema, por tener como causa una costumbre, no puede ser solucionado únicamente con razonamientos. Es necesario que transcurra el tiempo suficiente para crear en los departamentos el hábito de considerar la lepra como una enfermedad más entre las que forman el mapa epidemiológico de ellas. Es decir que, como sucede cuando hay que modificar patrones culturales nocivos, el problema estriba más en acostumbrar que en convencer.

Otra causa de conflictos en nuestra experiencia de descentralización la constituyó el poco entusiasmo de los funcionarios por pasar del nivel nacional al departamental. Dentro de la organización anterior, a causa de la poca o ninguna supervisión por parte de las autoridades nacionales y de la falta de dependencia de los niveles departamentales, los funcionarios que ejecutaban programas dirigidos desde la capital, no sentían el peso de la autoridad. Eran ruedas sueltas en el engranaje sanitario del departamento en donde trabajaban. La descentralización y la integración a que ello dio lugar, los obligó a coordinar sus actividades con las de los funcionarios restantes, y los hizo sentir aprisionados en las redes de una organización en la cual debían trabajar al ritmo impuesto por una supervisión inmediata.

En contraste, los funcionarios de nivel nacional han delegado la responsabilidad ejecutiva, unos resignados y otros gustosos, pero todos convencidos de que sus conocimientos son de mayor utilidad en la planificación a largo plazo y en la asesoría de alto nivel, más bien que en las pequeñas actividades administrativas y de que la dirección centralizada, si no la más eficiente, permite a las secciones despreocuparse de los problemas que le son propios.

Aunque este proceso de descentralización no puede considerarse completo hasta cuando no exista una descentralización financiera base de la verdadera autonomía, es un paso importante en lo que se refiere al fomento de la iniciativa y del interés local, y ha permitido que las autoridades regionales, conscientes, gracias a ella, de la totalidad de los problemas sanitarios, conozcan la diversidad y jerarquía de dichos problemas, y sobre esta base, puedan, cuando ello sea del caso, discutir con el poder central la necesidad de establecer un orden de prioridades distinto, determinado por los estudios de alto nivel.

La descentralización no tuvo por único fin cambiar la dependencia administrativa de los funcionarios que antes dependían del nivel nacional. Perseguida, además, el objetivo de integrar todas las actividades de salud pública en un solo organismo que fuese responsable de todos los problemas de salud de una determinada área. Con respecto a la lepra, los Centros Integrados de Salud se encargaron de ejecutar los programas de control, de tal manera que tuvieron que conocer y trabajar en la solución de un problema sanitario que antes no era de su competencia.

Esta unificación, además de redundar en una mayor eficiencia al permitir una

supervisión inmediata, ha hecho concebir nuevas esperanzas en cuanto al éxito del programa de control de dicha enfermedad, al hacer posible que, bajo la inmediata dirección técnica del leprólogo, ubicado en el Centro Integrado de Salud, todos los funcionarios que trabajan en un Distrito Sanitario realicen, como una función más, dentro de su campo de acción, actividades directa o indirectamente vinculadas con el control de la lepra. Porque, conocedores de que la enfermedad de Hansen es una epidemia fundamentalmente rural y dada la gran dispersión de nuestra población campesina, hemos considerado que sería imposible efectuar un control de ella ateniéndonos únicamente al trabajo del personal especializado de que es posible disponer dentro de nuestras limitaciones económicas. Por ello, hemos considerado útil la integración como medio para que una parte importante de las actividades de control de la lepra sea realizada por el personal no especializado de los niveles locales. Con ello, además de conseguir la necesaria despersonalización del programa, lograríamos extender extraordinariamente su radio de acción sin necesidad de multiplicar los servicios específicos, lo cual, por antieconómico, resultaría anti-técnico.

La complejidad del tema y lo novedoso de muchas de las teorías recientes en torno a la organización nos hubiesen permitido extendernos mucho más en cada uno de los aspectos tratados. Sin embargo, no es el propósito de esta conferencia hacer un estudio exhaustivo, sino el de dar pábulo a una amplia y democrática discusión que nos permita sacar conclusiones cuya aplicación beneficie a nuestros pueblos. Esperamos haberlo logrado.

BIBLIOGRAFIA

Bargallo, Juan Miguel: *Sociedad y persona*. Buenos Aires: Francisco A. Colombo, 1943.

Chaves, Mario M.: *Odontología sanitaria*. Publicaciones Científicas No. 63. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1962.

Enciclopedia Labor. Barcelona: Editorial Labor, 1957.

Friedman, Georges: *Problemas humanos del maquinismo industrial*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1956.

Fromm, Erich: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Mexico, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1958.

Hanlon, John J.: *Principios de administración*

- sanitaria*. Publicaciones Científicas No. 11. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1954.
- Haskins, Caryl P.: *Sociedades y hombres*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1953.
- Kahler, Erich: *La torre y el abismo*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora, 1959.
- Kluckhohn, C.: *Antropología*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1962.
- Kruif, Paul de: *Los cazadores de microbios*. Madrid: Aguilar, S.A. de Ediciones, 1954.
- Linton, Ralph: *Estudio del hombre*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1959.
- : *Cultura y personalidad*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1959.
- Mayo, Elton: *Problemas humanos de una civilización industrial*. Buenos Aires: Galatea Nueva Visión, 1958.
- Molina G., Gustavo: *Principios de administración sanitaria*. San Juan, Puerto Rico: Cooperativa de Artes Gráficas "Romualdo Real", 1961.
- Mumford, Lewis: *Las transformaciones del hombre*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1960.
- Pfiffner, John M. y Sherwood, Frank P.: *Organización administrativa*. México, D.F.: Herrero Hermanos, S.A., 1961.
- Recasens Siches, Luis: *Sociología*. México, D.F.: Editorial Porrúa, S.A., 1958.
- Russell, Bertrand: *Ensayos impopulares*. México, D.F.: Editorial Hermes, 1950.
- Scheler, Max: *El porvenir del hombre*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina, S.A., 1942.
-

FORMACION PROFESIONAL Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

DR. JOSE M. M. FERNANDEZ

*Profesor de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral, Rosario, Argentina*

Este Seminario sobre Lepra, convocado por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, con el auspicio del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y con la participación de especialistas en lepra, epidemiología y administración de salud, tiene características singulares.

Nos atreveríamos a afirmar que difiere sustancialmente, por el enfoque original del problema, de todas las reuniones internacionales sobre leprología, realizadas a partir del Congreso de El Cairo, en 1938, hasta la fecha.

Nunca hasta hoy los leprólogos nos habíamos reunido con un equipo tan completo de gente avezada en salud pública para intercambiar ideas y experiencias sobre planificación, programación y organización de las actividades de control de la lepra.

En nuestros habituales congresos y seminarios se hace un balance de los progresos logrados en los distintos aspectos de la especialidad, y fijamos normas para perfeccionar nuestros conocimientos en la materia. Esta vez el enfoque es distinto y, si se quiere, más amplio, puesto que los temas de discusión interesan por igual a los leprólogos, tisiólogos, malariólogos, pediatras, etc.; en una palabra, a todos los que tienen la responsabilidad de preservar la salud de la comunidad. Y les interesa, por lo mismo que estamos considerando los diversos aspectos de un problema de salud pública, el control de la lepra, contemplado desde un punto de vista general, panorámico, de modo que sus enseñanzas bien pueden aplicarse al control de la tuberculosis, la mortalidad infantil, etc., etc.

Permítasenos felicitar a las autoridades organizadoras de este Seminario, por la acertada elección del temario y augurarles el más completo éxito de sus resultados.

El tema que se nos ha encargado exponer sobre la formación y adiestramiento profesional médico y auxiliar, también se aparta de lo que se acostumbra tratar en las reuniones tanto nacionales como internacionales de lepra. Debemos referirnos en esta oportunidad, no como médicos especialistas, sino como profesores universitarios, a los aspectos generales del problema y a la forma cómo se podría avanzar hacia la solución del mismo, a fin de propiciar la meta de conservar la salud de los miembros de nuestras comunidades.

Tal vez, para ubicar el tema, resultase beneficioso citar conceptos de otros autores:

El Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en una comunicación presentada a un simposio sobre la función de la universidad en la salud internacional, patrocinado por la Universidad de Johns Hopkins y celebrado en febrero de 1962, decía: "En la medida que la salud pública representa la relación de los individuos con la sociedad en la que viven, su conocimiento comporta la participación, en íntima dependencia, de las disciplinas biológicas y sociales. El hombre y su condición, ligada permanentemente al ambiente total, al que influencia y del que depende, es el hecho que domina el estudio de la salud, su aplicación y la enseñanza".¹

¹ Horwitz, Abraham: "La Organización Mundial de la Salud y la universidad en la salud internacional". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LII, No. 5, mayo de 1962, págs. 375-377.

Por otra parte, el Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar de la OMS, en su segundo informe² anota: "En todo tiempo y en todo lugar, el carácter de la medicina está determinado principalmente por dos factores: la etapa de desarrollo del conocimiento científico y técnico, y la estructura social, económica y cultural de una determinada civilización".

A nuestro juicio, estos dos conceptos constituyen puntos de partida indispensables en cualquier intento de razonar acerca del tema que presentamos: el individuo indisolublemente ligado a su medio ambiente y, este medio ambiente, sujeto a constante variabilidad por el efecto de factores sociales, económicos y culturales. Y, si agregamos que la salud es un todo indivisible, y que, por lo mismo, sólo es posible defenderla mediante acciones integradas de protección, fomento y de reparación, tendremos el trípode en que fundar nuestra discusión.

Discurramos, ahora, sobre algunos de los hechos más relevantes de la formación profesional médica y el impacto que estas características tienen en los problemas de salud de una colectividad. Adelantemos que nuestras palabras no se acomodarán al marco de una conferencia magistral; más bien, deben considerarse como un razonar en voz alta de un médico que en el ejercicio de su profesión, ora se siente vivamente estimulado por la inmensidad del bien que podríamos hacer a nuestros semejantes, ora se ve sumergido en la desesperanza, porque no se avanza con rapidez hacia las metas que nos corresponde alcanzar.

El ritmo acelerado del progreso científico ha traído como consecuencia, por la imposibilidad de absorber todos los conocimientos que día a día se producen, la formación de médicos con un alto nivel de especialización. Este fenómeno es característico de la

civilización contemporánea, y, en su oportunidad, Ortega y Gasset lo analizó con clarividencia, señalando los inconvenientes de su exageración. De entre estos inconvenientes, tal vez el de mayor significación es la deshumanización de la medicina, relegando a un segundo plano el hecho fundamental de que el sujeto de su ejercicio sigue siendo el hombre en su totalidad, un ser dotado de cuerpo y alma, que piensa, siente y sufre, y no sólo un conjunto de sistemas y órganos que proteger o reparar.

Los efectos de la sobreespecialización se agravan cuando se trata de los países subdesarrollados. Sabemos que en ellos una proporción elevada de los riesgos de enfermar y de morir corresponden a cuadros patológicos de fácil diagnóstico, directamente relacionados con las condiciones adversas del medio ambiente. Por otra parte, y debido a su misma naturaleza, las actividades médicas sobreespecializadas, habitualmente, no inciden en el campo de la patología más prevalente de los países subdesarrollados. Ocurre, por lo tanto, que en el ejercicio de la medicina se ha ido produciendo un divorcio paulatino entre las necesidades reales de atención médica de la colectividad y el tipo de conocimientos que más profundizan los médicos que dispensan esos servicios. Y ello traerá como corolario una agudización de los inconvenientes de la sobreespecialización y, consecuentemente, una disminución de las posibilidades de adecuar nuestras actividades a las aspiraciones de aquellos a quienes debemos servir.

Por el contrario, para disminuir la importancia de este factor negativo y aprovechar al máximo los progresos de la ciencia en el mejoramiento de la salud del hombre, es indispensable un cambio de actitud de los profesionales de la salud, que los lleve a empaparse de la doctrina y principios de la medicina integral, la que incluye en cuanto al individuo, el binomio psico-somático; en cuanto a funciones, la coordinación o integración de las medidas de protección, fomento y reparación, distribuidas en proporción a los riesgos más prevalentes de la población, y en cuanto a los

² Organización Panamericana de la Salud: *Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Segundo Informe*. Publicación Científica No. 10. Washington, D.C., 1954. Pág. 2.

factores condicionantes de la salud, los económicos, sociales y culturales, la relación íntima del hombre con su medio ambiente.

A la universidad, fuente de conocimientos técnicos, instrumento de su difusión y antena supersensible que debe captar los fenómenos cambiantes del medio social, le corresponde una gran responsabilidad en los esfuerzos que se hagan para avanzar en la solución de este problema.

Naturalmente que de inmediato surge la pregunta de cuál debe ser el tipo de médico que la universidad tendría que formar, y a este respecto, en las escuelas de medicina de Latinoamérica hay una elevada uniformidad de criterio en cuanto a que su misión es, fundamentalmente, la formación de médicos generales; incluso algunas hacen mención específica de la necesidad de impartir conocimientos sólidos sobre la patología más prevalente en la región.

Por otra parte, y siempre en relación con la misión de la universidad en la formación profesional, digamos que los médicos no sienten o no valorizan en toda su significación su enorme responsabilidad frente a la colectividad en que actúan. Factores de diversa índole hacen que prefieran el ejercicio individual, liberal, y especializado de la profesión. Incluso, en muchos países, el médico de orientación clínica predominante, que forma legión, se resiste a los criterios, técnicas y procedimientos de ejercicio profesional que utiliza el pequeño grupo de médicos de salud pública.

Sin embargo, quien mire con imparcialidad y objetividad este problema, llegará a la conclusión que tal oposición no existe: siempre en la práctica de la medicina habrá enfermos que necesiten del especialista de gran experiencia, y por otra parte, también siempre habrá razones para que esos mismos especialistas den a la salud pública la importancia que merece y colaboren con aquellos que dedican sus esfuerzos a las actividades de salud colectiva, del grupo social considerado en su conjunto.

Parecería entonces que, en este aspecto, el papel de la universidad es de extraordinaria importancia: no sólo debe ser el instrumento

que imparta conocimientos sobre métodos, técnicas y procedimientos, sino que debe ser también el estímulo de un ejercicio intelectual constante que despierte en los alumnos una actitud favorable a los principios de la salud y a las relaciones de ésta con el ambiente físico, social, económico y cultural.

En función de las ideas antes mencionadas, deberíamos considerar a continuación el contenido de la enseñanza médica. La materia no encaja, por su extensión, dentro de esta charla. Nos limitaremos, pues, a enumerar brevemente las materias que, a nuestro juicio y al de numerosos autores de prestigio en la materia, deberían incluir los cursos básicos: humanidades (el desarrollo del pensamiento a través de la historia), ciencias biológicas y físicas (los fenómenos del ser vivo y sus relaciones con el medio ambiente), matemáticas y bioestadística (herramientas para mejorar la descripción cuantitativa de los fenómenos biológicos y las leyes que rigen su producción y variabilidad) y las ciencias de la conducta humana (psicología, sociología y antropología social).

En cuanto a los estudios específicos, sólo haremos una indicación restrictiva: creemos que sería un error copiar fielmente los programas y contenidos de la enseñanza médica de países con alto grado de desarrollo y elevado estándar de vida de sus habitantes. Nuestros problemas de salud, nuestra situación económico-social, y nuestros valores culturales son muy diferentes, y consecuentemente, distinta la forma en que debemos abordarlos. Baste para destacar estas agudas diferencias: el elevado porcentaje de nuestra morbilidad debida a agentes infecciosos; los graves problemas de saneamiento: agua potable, alcantarillado, control de alimentos; el complejo manejo de una población heterogénea, desigualmente distribuida y en crecimiento explosivo; elevado índice de analfabetismo, bajo ingreso *per capita*; elevada proporción de población rural que por características geográficas y medios de comunicación deficientes, quedan al margen de los beneficios de los servicios médicos.

Cualquiera que sea el grado en que la universidad esté cumpliendo la necesidad de formar profesionales con las características ya discutidas, cabe preguntarse si el ritmo de producción de médicos y otros profesionales de salud alcanza a satisfacer las necesidades de la comunidad. Problema largamente debatido y que, al parecer, dista mucho de estar resuelto satisfactoriamente. Para aclarar nuestro pensamiento hagamos referencia a algunos aspectos de los programas de salud.

En la mayoría de los países latinoamericanos estos programas apenas logran satisfacer la demanda de servicios de la población. El concepto de cobertura útil, la que permite la reducción efectiva de los riesgos en períodos determinados de tiempo, no es frecuente observarlo en la práctica de rutina de los servicios de salud. La atención prestada queda, pues, por debajo de las necesidades reales, primordialmente, por escaso rendimiento de los recursos humanos y materiales.

¿Cuáles son los factores que contribuyen a la disminución de los rendimientos? Los principales son: falta de interés de los médicos por los problemas de salud colectiva, la habitual complejidad de los procedimientos administrativos en uso, el incumplimiento de las obligaciones funcionales y el uso inadecuado de los equipos.

Cabría agregar que la mala distribución de los profesionales de la salud contribuye en gran parte a disminuir la cobertura de la población. En efecto, hay una tendencia, derivada del ejercicio liberal de la medicina, a la concentración de los médicos en los grandes centros urbanos, en donde las posibilidades de alcanzar prestigio, elevadas posiciones docentes, altos cargos directivos y situación económica satisfactoria, son mucho mayores. Por otra parte, las condiciones geográficas de nuestros países, la dispersión de la población rural, la falta de una buena red de caminos, etc., hacen poco atrayente el ejercicio de la profesión en tales regiones.

Se puede suponer que la simplificación y perfeccionamiento de los procedimientos administrativos, así como el mejor cumpli-

miento de las obligaciones funcionales permitirían aumentar el rendimiento de los recursos. Es probable también que la mala distribución de los médicos se corregiría en parte si existiera una organización nacional de salud que hiciera posible la función profesional y reglamentos que autorizaran la ubicación de los mismos en las regiones en que se necesitan. Pero así y todo, se podría adelantar que, con estas medidas, no se lograría extender los servicios preventivo-asistenciales al sector mayoritario de la población de un país.

Una esperanza de solución surge entonces en la cadena de nuestros razonamientos: que la universidad aumente el ritmo de formación de profesionales de la salud. Sin embargo, hay dos dificultades muy grandes para conseguirlo: el multiplicar los profesionales significa aumentar, en la misma medida, los recursos que los Gobiernos destinan al funcionamiento de las universidades, incremento que excede de las disponibilidades presupuestarias de muchos países latinoamericanos. Y, segundo: si por una especie de milagro, esta situación se remediara, ocurriría que esos mismos Gobiernos no podrían construir a un ritmo tan acelerado los establecimientos de trabajo que necesitarían los nuevos contingentes de médicos, enfermeras, matronas, etc., ni financiar su funcionamiento.

Por otra parte, y en cuanto a estas dificultades, cabe la siguiente inquietante pregunta: ¿Guarda relación con los requisitos de crecimiento armónico de un grupo humano, la satisfacción plena de alguna de sus necesidades, la atención médica por ejemplo, cuando otras quedan a la zaga y no cabe atenderlas con rapidez, porque lo impiden factores económicos, sociales, culturales y antropológicos? ¿Podemos aspirar a tener servicios médicos de alta calidad en todos los rincones de un país cuando la desnutrición es el denominador común de sus poblaciones, cuando el grado de analfabetismo es elevado y el ingreso *per capita* muy bajo; cuando las propias estructuras sociales están débilmente instaladas en sus cimientos y cuando el respeto al individuo

no ha alcanzado el rigor y solidez de un principio inalienable?

En realidad, es dudoso que se pueda aceptar como factible, en este momento, tal aspiración. La posibilidad no cabe dentro del esquema y ritmo normal de desarrollo que están experimentando nuestras colectividades. Nos imaginamos, pues, que habrá que ir a un paso más lento, usando servicios y recursos humanos y materiales compatibles con la realidad económica y social de América Latina, y cuya distribución sea el justo reflejo de la jerarquía de los diferentes problemas de desarrollo que afectan a sus países.

Es dentro de este marco en donde, a nuestro juicio, comienzan a dibujarse los trazos de la clase de atención médica de nuestras poblaciones. En primer término, surge con nitidez una línea básica de doctrina y principios que fija la perspectiva del cuadro: que la salud del individuo, de su grupo familiar, y, por extensión, de la colectividad entera, es un todo indivisible que debe defenderse mediante acciones integradas de protección, fomento, reparación y rehabilitación; en segundo término surge que la salud y el desarrollo económico-social están estrechamente entrelazados, de modo que su avance debe ser igualmente progresivo y armónico y, consecuentemente, la distribución de los recursos disponibles, y, en tercer término, que en la determinación de las funciones, estructura y organización de nuestros servicios de salud, hay que tener presentes algunos requisitos y condiciones que adquieren el carácter de principios; por ejemplo, que en los países latinoamericanos por escaso que sea su desarrollo, siempre será necesario regionalizar los servicios médicos; en los grandes conglomerados urbanos habrá que establecer y concentrar servicios muy diferenciados, con toda clase de especialistas y equipos. Otras zonas, también urbanas, pero de menor volumen, sólo contarán con hospitales con servicios básicos (medicina, cirugía, maternidad y obstetricia) atendidos fundamentalmente por médicos generales, periódicamente asesorados por los especialistas de los grandes

centros urbanos, y por último, habrá zonas rurales de población muy dispersa, en las cuales ni siquiera será posible construir un pequeño hospital, ni tampoco utilizar médicos generales de residencia permanente.

Si tales proposiciones gozaran de aceptación general, no es difícil establecer y decidir sobre los tipos y niveles de preparación de los profesionales y personal comprometidos en la solución de nuestros problemas de salud.

En este esquema, es indudable que el especialista, con conocimientos adecuados de salud pública, deberá jugar un papel de alto nivel jerárquico. Pero, por otra parte, resulta indudable que su acción, en el conjunto de los servicios de salud de un país, tiene que concentrarse en las funciones directivas, la de asesoría de los programas nacionales y locales de salud y la formación y adiestramiento de personal.

Insistimos en que este modo de pensar no excluye la participación del especialista en el terreno, siempre indispensable en un esquema racional de regionalización.

El segundo nivel de la estructura, tal vez el más importante por la extensión de la función, estaría constituido por los médicos generales, particularmente competentes en la patología más prevalente de la población a que deben servir y con conocimientos adecuados en salud pública. En ellos recaerá, fundamentalmente, la responsabilidad de la ejecución de los programas de salud.

Estos dos niveles no cubren la totalidad del espectro de atención médica de la colectividad. Existe más y más información y más y más experiencia sobre la posibilidad de delegar parte de la aplicación de técnicas médicas a personal auxiliar, sobre todo en programas que deben abarcar la mayoría de la población: pruebas de laboratorio, lectura de placas radiográficas, ejecución y lectura de reacciones de Mantoux y otras, vacunación con BCG, control del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, etc. Incluso hay experiencia suficiente que avala el criterio de delegar a ese mismo personal la responsabilidad del diagnóstico de probabilidad de ciertos cuadros mórbidos.

No parece necesario abundar en argumentos para destacar que esta hipótesis de trabajo abriría amplísimas perspectivas a la aspiración de disminuir los riesgos de enfermar y morir: el costo de formación y salarios de personal es muy pequeño comparado con el de los profesionales universitarios, y por lo tanto, se halla más al alcance de los recursos de nuestros países.

Por último, llegamos al extremo izquierdo del espectro de la formación profesional y de personal auxiliar: tal vez no se corre ningún peligro de ser desmentido al sostener que aun cuando contáramos con las auxiliares que nuestras disponibilidades presupuestarias permiten, no alcanzaríamos a satisfacer la totalidad de las necesidades. Para quien conozca nuestra realidad económica y social, resulta evidente que quedaría aún al margen de ella alguna proporción de la población de los grandes centros urbanos, una proporción mayor de la población que reside en centros urbanos menores, y casi la totalidad de la población rural, sector para el cual la solución de sus problemas de salud es remotísima, mientras no se den otras circunstancias favorables del desarrollo económico y social. No parece, sin embargo, aceptable, que esta posición pueda ser aceptada con resignación fatalista por la profesión médica. Esas poblaciones están enfermando y muriendo a un ritmo elevado por falta de atención profesional y, lo que es peor, por enfermedades en su mayoría fáciles de prevenir, diagnosticar y tratar. Si contáramos, pues, con personas a quienes enseñar algunas técnicas médicas sencillas para que participaran en la ejecución de los programas de salud, parece indiscutible que se economizarían muchas enfermedades y muertes en los grupos que actualmente no tienen atención médica.

Y en esta línea de pensamiento, a menudo olvidamos que una de las fuentes de recursos más importantes de toda colectividad es justamente la participación activa e informada de los miembros que la constituyen. Se da entonces la posibilidad concreta de buscar líderes de la comunidad y, por intermedio de ellos, seleccionar otras perso-

nas que, una vez adiestradas, colaboren con las auxiliares, médicos generales y médicos especialistas, bajo asesoría y supervisión adecuadas. El esfuerzo que se invierta en esta veta riquísima de mano de obra, se hace más promisor si se recuerda que esas personas ayudarán en las actividades de salud, como en cualquiera otra, no por afán utilitario, sino con la generosa intención de servir a sus semejantes.

Estos son, a nuestro modo de ver, los hechos que deberían ponerse sobre el tapete de la discusión al tratar de armonizar las finalidades de los dos instrumentos básicos del mejoramiento de la salud individual y colectiva: la universidad y los servicios preventivo-asistenciales, disminuyendo la tendencia exagerada de la primera a impartir conocimientos técnicos de alta especialización y dar prioridad a la formación de médicos generales para cumplir con el objetivo urgente de los servicios de salud de Latinoamérica, o sea atacar los problemas médicos de mayor importancia colectiva, para muchos de los cuales no es imperativa la aplicación de técnicas y procedimientos de gran diferenciación y especialización.

Cabe, entonces, reconocer que la responsabilidad del médico, en su doble condición de profesional y de ciudadano, es colaborar activamente en la búsqueda de un justo balance de esta aparente oposición de finalidades. Los caminos no son divergentes: es perfectamente posible dar cabida a las actividades de perfeccionamiento y progreso del conocimiento científico para satisfacer el afán natural del hombre de escudriñar y descubrir verdades nuevas que sirvan al hombre mismo y, por otra parte, se puede desarrollar una política sanitaria en armonía con el progreso económico, social y cultural haciendo uso, entre otras cosas, de una escala descendente de profesionalismo hasta llegar a la participación de elementos legos de la comunidad.

A continuación debería hacer referencia a estos mismos problemas, pero en relación directa con nuestra especialidad, la lepra. No podemos ocultar que el subconsciente nos mueve poderosamente en esa dirección.

Refrenaremos, sin embargo, nuestra sana intención porque es característica de este Seminario no presentar los detalles de las posibles soluciones de los problemas contenidos en el temario antes que los grupos de discusión se reúnan. Se desea que los participantes contribuyan activamente con el aporte de sus conocimientos, experiencia e imaginación al desbroce de los caminos que estamos hollando. Dejemos, por consiguiente, a nuestros colegas el beneficio íntegro de esta participación. Ellos indicarán cuáles pueden ser la jerarquía y las funciones del personal que interviene en los programas de control de lepra y los instrumentos para su formación y adiestramiento: la universidad, los centros de enseñanza, el adiestramiento en servicio, y, por último, las líneas generales de los planes de estudio.

Y ahora quisiéramos dar por terminadas nuestras reflexiones. Tal vez una sola inquietud todavía se aferra, como una enredadera, a nuestro espíritu buscando una salida hacia la luz. Y es que cada día, con más y más insistencia, se nos hace patente que los beneficios producidos por nuestro ejercicio profesional son menores que a los que tenemos derecho a esperar. Tal vez ello se deba a que se han tenido mejores posibilidades de trabajo en la medicina considerada como un arte, más bien que como ciencia; a que muy poco se sabía de la interrelación psico-somática del hombre y el nexo indisoluble con su medio ambiente; a lo poco que se había profundizado en el estudio de las relaciones de salud y economía. Pero, y para nuestra satisfacción, hoy día las cosas están cambiando y nuestros conocimientos crecen a ritmo tan rápido que ahora podemos empinarnos por encima de barreras tradicionales para mirar la salud tanto desde el ángulo individual, como del colectivo. A ello nos ayuda poderosamente el uso, cada vez más riguroso, que hacemos del método científico y la actitud, cada vez menos agresiva, de los médicos ante la necesidad de perfeccionar las técnicas de

planificación, programación y organización de los recursos disponibles.

La proximidad de este cambio sustancial, en Indoamérica, está flotando en el aire como una brisa estimulante. La sentimos una y cien veces cuando conversamos con nuestros colegas en el aula o en el servicio de salud y, lo que es mucho más trascendente, ha alcanzado la categoría de un lenguaje común cuando departimos con colegas de otros de nuestros países. Tal vez sería un mérito inestimable de los leprólogos estimular y tomar la iniciativa en este proceso señero de avanzar por los caminos remozados de la salud pública, sacudiendo el polvo de moldes demasiado estrechos. Sólo necesitaríamos el impulso que brota del análisis de nuestros problemas y de la audacia y la imaginación que nos impulsa a buscar soluciones prácticas, por difícil que nos parezca la eliminación de la resistencia al cambio, la propia y la ajena. Nada hay que nos impida ensayar en esa dirección. Aún más, es de nuestra responsabilidad hacerlo, porque tenemos el privilegio de formar parte del grupo universitario que, por definición, tiene la capacidad para decidir sobre nuevos rumbos, y adaptarse a un mundo en perpetua transformación. No hacerlo sería irracional. Menos cabría una actitud de espera escéptica cuando la sociedad nos confiere el honor de formar parte de los cuadros universitarios docentes. Entonces, aprovechar el impulso de la brisa bienhechora del progreso, es más que un deber, más que un imperativo: es destilar la esencia de una responsabilidad humana para evitar que los estudiantes de medicina, las futuras legiones de nuestro ejercicio profesional, no cambien su rostro de optimismo por la imagen fría de una juventud prematuramente envejecida. Estamos íntimamente convencidos de que este desafío a la profesión médica debemos aceptarlo sin vacilaciones y sin reservas mentales, profundamente convencidos de que habremos elegido el buen camino.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la séptima sesión plenaria, celebrada el lunes 19 de agosto de 1963, se aprobaron las siguientes conclusiones y recomendaciones:

En relación con los principios y doctrinas que deben orientar las actividades de salud, el Seminario declara:

Que siendo la salud un todo indivisible, las acciones tendientes a conservarla y mejorarla deben realizarse mediante programas coordinados de protección, fomento y reparación.

Que dadas las relaciones evidentes entre salud y economía, se hace necesaria la participación de los médicos en las unidades locales y nacionales de planificación.

Que siendo toda acción de salud, individual o colectiva, la aplicación de técnicas por intermedio de un instrumento administrativo, es indispensable perfeccionar la metodología de administración de salud.

Que la lepra debe considerarse un problema de salud y como tal, su control debe hacerse de acuerdo con los principios generales que se aplican a las demás enfermedades.

1. *Planificación de las actividades de control de la lepra*

En cuanto a "Planeamiento" se considera que:

Para perfeccionar las actividades de control de la lepra se requiere conocer la magnitud y naturaleza del problema, la eficacia de las técnicas de control y la cantidad y rendimiento de los recursos humanos y materiales.

Para perfeccionar los conocimientos relativos al problema de la lepra y su control es necesario estimular la investigación científica, pura y aplicada (epidemiológica, administrativa, sociológica, etc.).

Es indispensable uniformar la definición de términos y conceptos y perfeccionar el

sistema de estadísticas de lepra, lo que incluye la recolección, registro y utilización de datos de interés clínico, epidemiológico, social y administrativo.

Para realizar estas aspiraciones se estima necesario solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana:

1) Que prepare un glosario de términos epidemiológicos y administrativos relativos al control de la lepra.

2) Que prepare un manual de registro de datos.

3) Que colabore con los Gobiernos en las actividades de investigación científica sobre la lepra.

4) Que colabore con los Gobiernos en el establecimiento de áreas de investigación epidemiológica, administrativa y sociológica referentes a la lepra y a su control.

5) Que solicite la colaboración de los organismos internacionales correspondientes a fin de que obtengan de los Gobiernos el cumplimiento de los acuerdos internacionales sobre realización de censos generales de población.

Asimismo, el Seminario recomienda a los organismos internacionales correspondientes que colaboren con los Gobiernos en el mejoramiento de los sistemas nacionales de estadística de salubridad.

2. *Programación de las actividades de control de la lepra*

En lo referente a "Programación", se considera que:

El propósito final de los programas de control de la lepra es la reducción progresiva de su morbilidad, de tal manera que deje de ser problema de salud. La desaparición de la enfermedad es el objetivo ideal de los programas de control.

Al programar actividades tendientes a disminuir el daño que ocasionan las enfer-

medades, el criterio de salud colectiva tiene prioridad sobre el criterio clínico individual. Ambos criterios se complementan y, por lo tanto, no deben ser considerados antagónicos.

Los programas de salud pública, entre ellos los de control de la lepra, deben tener objetivos cuantitativos, ponderando los diferentes factores que los definen.

Es necesario preparar tablas de operaciones, es decir, del número de acciones que hay que realizar por unidad de tiempo. Esto permite la evaluación continua del desarrollo de los programas y facilita su corrección o reorientación en tiempo oportuno, si las circunstancias lo requieren.

El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano y regular de los enfermos son factores esenciales para el éxito de los programas de control. La rehabilitación de los enfermos es un complemento de los mismos.

Se reconoce la importancia de la educación sanitaria como instrumento del más alto valor para facilitar la aplicación de las técnicas de control.

3. Organización de las actividades de control de la lepra

Con respecto a "Organización" considera que:

Por ser la salud un todo indivisible, los programas de control de la lepra deben encuadrarse en las estructuras de los servicios generales de salud.

La centralización técnica y normativa, así como la descentralización administrativa y ejecutiva, deben ser los principios en que se base la estructura de los servicios de control de la lepra.

Las actividades que se realizan a nivel periférico, ejecutivas en su naturaleza, deben integrarse, progresiva y gradualmente, en los servicios locales de salud en la medida en que éstos reúnan las condiciones necesarias para este propósito. Es recomendable la coordinación en todos los niveles con otras instituciones oficiales o privadas.

Es necesario que el personal médico

directivo de los programas de control de la lepra esté capacitado en salud pública y en leprología.

A los médicos dermatoleprólogos corresponden funciones de asesoría y ejecutivas, así como responsabilidades docentes en la formación y adiestramiento de personal.

Que en las actividades ejecutivas de los programas de control de la lepra se aprovechen, en la mayor extensión posible, los servicios de los médicos generales, así como la participación de personal paramédico y de colaboradores voluntarios, adecuadamente preparados.

La supervisión es una función indispensable para asegurar la ejecución satisfactoria de los programas de conformidad con los objetivos previstos y las técnicas recomendadas.

La evaluación debe aplicarse en todas las etapas de un programa. La determinación previa de índices es indispensable para el logro de este propósito.

Los presupuestos de los programas deben tener carácter funcional. En materia económica, debe darse prioridad a los programas cuyas actividades contribuyan más eficazmente a reducir la prevalencia de la enfermedad.

La iniciativa privada debe considerarse como fuente de recursos económicos para el desarrollo de programas de control de la lepra.

4. Formación profesional y adiestramiento de personal

Con referencia a "Formación profesional y adiestramiento de personal", el Seminario opina que:

La formación y adiestramiento del personal son fundamentales en la planificación y ejecución de un programa de control de la lepra.

La preparación de personal debe ser una actividad programada y organizada. Las características del adiestramiento estarán en relación con las funciones que cada persona cumpla dentro del programa.

Reconociendo que no es posible llevar a

cabo un programa eficiente de control de la lepra sin la participación de los médicos generales, de personal auxiliar y de cooperadores voluntarios, debe hacerse hincapié en el adiestramiento de este personal.

El personal médico encargado de la ejecución de los programas debe tener preparación leproológica y conocimientos de salud pública, considerando la jerarquía de las funciones.

Es indispensable preparar al personal auxiliar de acuerdo con las funciones que se le asignen.

Se incorpore, o se destaque, según corresponda, la enseñanza de la leprología, en sus aspectos clínicos, sanitario y social, en las escuelas de medicina, en las de salud pública y en los centros de capacitación de personal paramédico. Con ello se reafirman las conclusiones del Seminario de Lepra de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (1958) y de congresos y conferencias internacionales sobre la materia.

Para el adiestramiento deben aprovecharse los servicios de control de la lepra existentes en los países que cuenten con las facilidades necesarias y con personal califi-

cado. La cooperación entre países debe estimularse para el mejor aprovechamiento de estos centros de enseñanza.

Para los propósitos del adiestramiento en educación sanitaria es necesario contar con técnicos especializados.

En consecuencia, el Seminario recomienda:

1) Solicitar a los Gobiernos que consignen en sus presupuestos los fondos necesarios para la formación y adiestramiento del personal que participa en los programas de control de la lepra.

2) Que la Oficina Sanitaria Panamericana:

a) Amplíe su colaboración con los Gobiernos en los programas de capacitación leproológica para médicos generales y personal paramédico.

b) Aumente el número de becas que se conceden para el adiestramiento del personal directivo de los programas y, teniendo en cuenta la importancia de la investigación científica, para la formación de investigadores en lepra.

c) Estimule y contribuya a la formación de educadores sanitarios para los programas de control de la lepra.

HOMENAJE

El Seminario, en sesión plenaria del día 17 de agosto, rindió homenaje a la memoria del Dr. James Angus Doull, de los Estados Unidos de América, de los Dres. Guillermo Basombrío y Norberto Olmos Castro, de Argentina, y del Dr. Heráclides C. de Souza Araujo, de Brasil, por sus valiosas

contribuciones en el campo de la medicina y en particular de la lepra.

Asimismo, acordó expresar a los familiares los sentimientos de condolencia del Seminario por la desaparición de tan distinguidas personalidades.

VOTOS DE GRACIAS

El Seminario sobre Lepra expresa su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, y en particular a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por su generosa contribución a la organización del Seminario; al señor Gobernador del Estado de Morelos, a los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, del Estado de Morelos, y al Honorable Consejo Municipal de Cuernavaca por la hospitalidad y

atenciones dispensadas a los señores participantes; al Comité Directivo, por la forma excelente en que condujo la marcha del Seminario; a la Comisión de Redacción, por la fidelidad y exactitud de interpretación en la preparación de las Conclusiones del Seminario, y al personal de secretaría, cuya eficaz labor contribuyó en gran medida al éxito de la reunión.