

EVOLUCION DE LOS PROGRAMAS SANITARIOS BILATERALES*

Por el Dr. CHARLES L. WILLIAMS JR.

Administración de Operaciones Exteriores, Washington, D. C.

La Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad es prueba tangible de la amistosa cooperación que existe entre nuestros dos países. La oportunidad de poder discutir problemas de interés mutuo en una atmósfera de cordialidad es una ventaja inapreciable.

Otra prueba tangible del espíritu de cooperación entre nuestros dos países es el programa sanitario conjunto Estados Unidos-México, que lleva funcionando aproximadamente 12 años. Los dos Gobiernos participan en este programa sanitario conjunto desde julio de 1942. A cargo de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública, el programa se ha distinguido por sus excelentes obras en pro de la salud pública en México, con el correspondiente mejoramiento sanitario en la frontera estadounidense. Desde el establecimiento del programa sanitario conjunto, México ha logrado grandes adelantos en el saneamiento del medio y en la salud colectiva, así como en otros aspectos de la salud pública. Los que pertenecemos al norte de la frontera, y especialmente los que hemos colaborado en el programa conjunto, nos sentimos orgullosos de nuestra aportación.

Desde 1942, los Estados Unidos han contribuido con 7 millones de dólares a este programa conjunto, y a esa cantidad se ha agregado una contribución de México equivalente a más de 5 millones de dólares. Aunque en los primeros años la contribución de los Estados Unidos excedía a la de México, a la inversa, en 1954 la aportación mexicana supera a la de los Estados Unidos. El Instituto de Asuntos Interamericanos, que es el organismo al que originalmente se debe la participación de los Estados Unidos en el programa, forma ahora parte de la Administración de Operaciones Exteriores, y las obras continúan.

Es interesante estudiar la forma en que el programa sanitario conjunto de los Estados Unidos-México se ajusta al cuadro mundial de los programas sanitarios bilaterales de los Estados Unidos. Representa uno de los 18 programas sanitarios análogos que se llevan a cabo en la América Latina y uno de los 38 existentes en todo el mundo. (Se entiende aquí que el término "bilateral" significa un programa patrocinado conjuntamente en virtud de un acuerdo entre los dos Gobiernos, y se usa para establecer una fácil diferenciación con los programas de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, denominados multilaterales). En todas las repúblicas de la América Latina existen programas sanitarios bilaterales, excepto en Cuba y la Argentina, y se

* Trabajo presentado en la XII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, Albuquerque, Nuevo México, E. U. A., abril 7-9, 1954.

hacen gestiones para el establecimiento de programas en algunos de los territorios sin gobierno propio asociados con las potencias metropolitanas de Europa. Existen también programas en ejecución en 10 países del Mediano Oriente, 4 en Africa y 6 en el Lejano Oriente.

Los trabajadores sanitarios de los Estados Unidos y de la América Latina que han colaborado en los programas sanitarios conjuntos pueden sentirse orgullosos de haber contribuído al primero de los programas de asistencia técnica, en materia de salud pública, de los Estados Unidos. Entre las primeras empresas se encuentra la iniciación de los programas sanitarios conjuntos en Liberia en 1944, en las Filipinas en 1946, en los cuales participó el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, y en Grecia en 1948, bajo los auspicios de la Misión Americana de Auxilio a Grecia, que después formó parte de la Administración de Cooperación Económica. Estos primeros esfuerzos se han ido extendiendo hasta constituir un programa sanitario mundial, que para los Estados Unidos representa un gasto anual de 30 millones de dólares, a los que se une el equivalente, en moneda local, de 60 millones de dólares, o sea un programa de 90 millones de dólares.

Es asombroso el número de personas, tanto de los Estados Unidos como de otras naciones, que trabajan en estos programas. En la zona latinoamericana hay 124 técnicos de los Estados Unidos que trabajan con más de 2,000 sanitarios profesionales de la América Latina, y el número de personas empleadas en el programa excede de 7,000, tomando en cuenta los trabajadores auxiliares y no profesionales. El total de fondos procedentes de los Estados Unidos, presupuestados para el año fiscal de 1954, asciende a más de 5 millones de dólares. Agregando las aportaciones de la América Latina, que sobrepasan los 12 millones, la suma total excede de 17 millones de dólares.

En escala mundial, el trabajo debe estar estrecha y cuidadosamente coordinado con el de otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que actúan en el mismo campo. En la esfera de la salud internacional se reconoce el papel de guía de la Organización Mundial de la Salud. Los Estados Unidos tienen gran interés en el éxito de la OMS. A fin de evitar la duplicación de trabajos y para que ambos programas resulten lo más efectivos posible, mensualmente se celebran en Washington reuniones conjuntas del personal bajo la presidencia del Director Regional de la OMS para las Américas. Participan en esas reuniones algunos miembros del personal de la OMS/OSP, de la División de Salud Pública, de la Administración de Operaciones Exteriores (FOA) en Washington, y de la División Internacional de Higiene del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos. Las limitaciones impuestas por el tiempo y la distancia no permiten celebrar conferencias paralelas del personal con la misma facilidad en otras partes del mundo. En 1953 se celebró en Ginebra una conferencia conjunta del personal, y se proyecta celebrar otras en el futuro.

El programa sanitario bilateral de la América Latina ha sido un pro-

grama de acción. En los primeros años se concedía mayor importancia al control de las enfermedades trasmisibles, al saneamiento del medio y al fomento de la salud colectiva. El adiestramiento del personal sanitario profesional ha sido siempre la clave del programa. Se consideró también importante el establecimiento de servicios sanitarios como son los centros de salud, hospitales, y abastecimientos de agua de la colectividad.

Si bien las actividades se orientan cada vez más hacia los campos de la salud colectiva, del adiestramiento y de la educación sanitaria, también se transforma la índole de la asistencia técnica en materia de salud pública. Las naciones latinoamericanas han logrado verdaderos progresos en salud pública durante el último decenio y la asistencia técnica que necesitan y desean en la actualidad difiere de la de 1942. Todas las repúblicas latinoamericanas cuentan ahora por lo menos con un pequeño núcleo de personal de salud pública adiestrado, aunque la mayoría de los países necesitan aún más. La salud pública es un importante programa gubernamental en los países latinos.

¿Cuál es, entonces, la función de la asistencia técnica? Jamás puede ser estática. Para tener éxito, debe responder siempre a la evolución de las necesidades y deseos de los que la reciben. Mejorar y transformar son los objetivos de la asistencia técnica, que a su vez obligan a modificar la clase de asistencia. Los organismos que prestan asistencia deben estar alerta a estos cambios y deben estar siempre dispuestos a variar sus ofrecimientos de manera que llenen las necesidades de los que reciben su colaboración técnica. Una filosofía opuesta frenaría las ruedas del progreso y convertiría la asistencia técnica en pesada carga en vez de estímulo.

Desde este punto de vista, ¿cuáles son las modificaciones del programa sanitario bilateral producidas por el rápido desarrollo de la aptitud en materia de salud pública en los países al sur del Río Grande?

El primer cambio y quizás el más fundamental es la mayor importancia que debe darse indudablemente al adiestramiento y a la educación profesionales. Esto se refiere no solamente al adiestramiento en técnicas de salud pública, sino también al adiestramiento en las ciencias fundamentales de la medicina y a la enfermería e ingeniería sanitaria. La formación profesional ha sido siempre un punto principal del programa bilateral de la América Latina. En 12 años de funcionamiento, bajo la dirección del Instituto de Asuntos Interamericanos, más de 1,400 latinoamericanos, que ocupan ahora puestos directivos en 18 países, han recibido adiestramiento especializado en salud pública en los Estados Unidos. Nosotros no vemos debilitamiento alguno de este programa, que tanto ha hecho para fomentar la buena voluntad y la comprensión, en un plano profesional, entre nuestros países. Se cuenta ya con una buena dirección, pero es necesario que se le dé mayor intensidad.

A medida que aumenta la responsabilidad de la América Latina con referencia al adiestramiento de su propio personal profesional de salud pública, el buen sentido señala la importancia de establecer en ella

los mejores servicios de adiestramiento que sea posible. En México, Brasil y Chile, existen ya tres instituciones que aceptan estudiantes extranjeros que desean adiestramiento en salud pública, y si a ellas se agrega el adiestramiento que brinda la Universidad de Puerto Rico, tenemos cuatro centros de adiestramiento en los que la formación especializada internacional en salud pública puede hacerse en español o en portugués. Resulta evidente que esas instituciones deben necesitar alguna ayuda para ampliar sus recursos y poder hacer frente a las demandas de sus servicios que inevitablemente aumentarán durante los años próximos. La Administración de Operaciones Exteriores (FOA) está preparada para trabajar con ellas y con otros organismos exteriores interesados en los mismos objetivos. Los recursos principales con que se puede contar, a este respecto, se hallan en las diez escuelas de salud pública de los Estados Unidos. Muchas de ellas han expresado oficiosamente su interés en ofrecer sus recursos a las escuelas en diferentes partes del mundo, siempre que algún organismo distinto, tal como la Administración de Operaciones Exteriores (FOA), facilite los fondos necesarios.

Pero quizás estemos colocando la carreta delante de los bueyes. Todo programa de adiestramiento especializado de personal de salud pública debe estar basado en la disponibilidad de médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios y otro personal sanitario bien preparado en su campo profesional básico. Los programas sanitarios conjuntos de Estados Unidos-América Latina han aceptado este hecho y algunos de los proyectos fundamentalmente más importantes han sido los que han proporcionado asistencia técnica a las escuelas de enfermería. En algunos países, esta profesión debe su existencia a las actividades de este programa. La OMS/OSP ha reconocido la importancia de la enfermería y ha puesto sus recursos a disposición de las naciones americanas que desean estimular el desarrollo de esta indispensable profesión. Además, la OMS/OSP ha tomado la iniciativa de ofrecer asistencia técnica en el campo de la educación médica, campo no solamente de gran importancia para el futuro, sino en el que se encuentran interesados muchos otros organismos. Las contribuciones de fundaciones como la Kellogg y la Rockefeller han sido y continúan siendo enormes. Durante años, esas fundaciones han prestado ayuda a las escuelas de medicina competentes y han concedido becas para ampliación del adiestramiento de profesores calificados.

La Administración de Operaciones Exteriores colaborará con los numerosos organismos interesados en la educación profesional básica en la América Latina: medicina, enfermería e ingeniería. Los Estados Unidos, con 75 escuelas de medicina y más de 1,300 escuelas de enfermería, cuentan con excelentes recursos que colocan a la disposición del programa. Aunque se proyectan numerosas actividades en estos campos de educación profesional básica, es probable que las necesidades de la América Latina absorban casi cualquier cantidad razonable de ayuda disponible. Para una población de más de 160 millones de habitantes, la

América Latina cuenta sólo con 50,000 médicos y menos de 10,000 enfermeras graduadas en ejercicio de la profesión.

Estas cifras subrayan la importancia fundamental que tiene para la América Latina la educación profesional básica, y llaman también la atención sobre otro campo posible de desarrollo: el adiestramiento de personal auxiliar. Aunque indiscutiblemente se le dará gran importancia a la preparación de personal profesional, la América Latina tiene que recorrer un largo camino antes de poder disponer de un número adecuado de esa clase de personal. Así pues, por muchos años todavía la mayor parte del personal de salud pública estará formado indiscutiblemente por visitadoras, sanitarios y educadores, para citar algunos solamente. Mucho personal auxiliar en estas y otras categorías presta buenos servicios bajo la dirección y guía de profesionales. Los programas sanitarios bilaterales han patrocinado numerosos programas de adiestramiento de personal de esa clase. No sería de extrañar un aumento de tales programas, que deben estimularse siempre que se cuente con una supervisión profesional apropiada, condición *sine qua non* de una labor eficaz por parte del personal auxiliar.

Si en este análisis del desenvolvimiento de la asistencia técnica en relación con los futuros programas, el adiestramiento y la educación parecen asumir importancia preponderante a expensas de las operaciones del programa, no debemos preocuparnos demasiado. La salud pública en la América Latina ha superado la fase de iniciación, y en 1954 la necesidad más urgente es la de consolidar los progresos alcanzados. La demanda de personal adiestrado irá siempre en aumento y se harán todos los esfuerzos posibles para satisfacerla.

Esto no significa que no haya nuevas actividades de programas que brinden posibilidades o estímulo. Una de ellas es la que se denomina, de modo más o menos adecuado, "desarrollo de la colectividad." Durante muchos años nosotros, en salud pública, hemos dirigido esos programas, usualmente denominados "educación sanitaria de la colectividad." No es ni más ni menos que la aplicación a los problemas colectivos locales de los principios universales de la democracia, en los cuales está basado el gobierno de todas las repúblicas del Hemisferio Occidental. En varios países se llevan a cabo programas de demostración del desarrollo de la colectividad o de la región. Ofrecen una oportunidad excepcional para el desarrollo y demostración de métodos de coordinación de las actividades de programas de sanidad, agricultura, educación y otros campos afines.

En relación con los programas, parece lógico esperar un desarrollo mayor de los dedicados a nutrición y a higiene maternoinfantil, y en razón de la rápida industrialización económica de la América Latina, de los de higiene industrial. Como siempre, se presentará la ocasión de brindar asistencia en la organización general de salud pública, y el objetivo más importante de nuestro programa no sufrirá alteración: fortalecer y mejorar los servicios nacionales de sanidad de los países con los cuales colaboramos.