

---

# Educación y Adiestramiento

---

## LABOR DE EQUIPO EN LOS SERVICIOS DE SANIDAD\*

HUGH R. LEAVELL, M.D., DR.P.H., F.A.P.H.A.

*Presidente de la American Public Health Association y Profesor de Prácticas de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, Mass., E. U. A.*

Todos tenemos experiencia en la labor de equipo y sabemos cuán importante es para realizar una tarea. A manera de introducción a nuestro comentario, examinemos primero algunas de las cosas que los que trabajamos en salud pública poseemos en común, y que son las que nos proporcionan esa unidad de objetivo que tan esencial es para una buena labor de equipo.

Todos participamos en cierta clase de actividad común organizada. Esta es la diferencia esencial entre la salud pública y otras formas de la medicina preventiva, según la mundialmente famosa definición del profesor Winslow, que, como he comprobado recientemente, es casi tan bien conocida en la América Latina y en Asia como en los Estados Unidos. Permítasenos recordar el penetrante discurso presidencial que, sobre el tema "Public Health at the Crossroad", pronunció el profesor Winslow en Buffalo, ante esta asociación, en 1926. Mostró entonces el profesor sus altas dotes de dirigente que han inspirado a varias generaciones de sus alumnos. El ejemplo de labor de equipo sentado por él y su esposa puede servirnos a todos de modelo.

Todos nos damos cuenta de que, para desplegar una labor eficaz al abordar los complejos problemas y los diversos sectores de población relacionados con nuestro trabajo diario, hace falta una actuación organizada. Nuestro interés se dirige más

a la colectividad que al individuo, al revés de lo que ocurre con el médico particular.

Tendemos a destacar el aspecto preventivo de los servicios sanitarios, y no los aspectos curativos. Al mismo tiempo, reconocemos que es imposible trazar una línea que separe claramente la prevención y la curación. La cura de una fase de una enfermedad puede interrumpir de tal modo el proceso natural de ésta que se eviten las complicaciones y secuelas.

Aunque procedemos de numerosas y distintas profesiones nos consideramos al servicio de la salud pública—¡una especie de *e pluribus unum!* Como profesionales, y por nuestra preparación y experiencia, nos consideramos con el derecho y en el deber de hablar, con cierto grado de autoridad de las cuestiones sanitarias. Si bien algunos de nosotros trabajamos en organizaciones privadas y otros formamos parte de organismos oficiales, no por ello nos clasificamos en dos grupos, aunque nuestros problemas presenten algunas diferencias.

Reconocemos la importancia de la parte "pública" de la salud pública, y, por propia experiencia, sabemos que nuestras técnicas "sanitarias" sólo se pueden emplear con la máxima eficacia si el público comprende nuestros objetivos y simpatiza con ellos.

Se podrían mencionar otras muchas semejanzas que nos aúnan y constituyen la base de la labor de equipo.

### *Bases psicológicas de la labor de equipo*

En sus orígenes, la palabra inglesa "team" (equipo) significó "prole, progenie y familia", así como "reata de animales sujetos para una misma tarea." Para los efectos de

\* Leído durante la primera sesión plenaria de la 82a. reunión de la American Public Health Association, celebrada en Buffalo, N. Y., octubre 12, 1954; y publicado en inglés en el *American Journal of Public Health*, Vol. 44, No. 11, noviembre, 1954.

nuestro comentario, lo importante son las nuevas acepciones que la palabra fué adquiriendo: "número de personas que se asocian para una tarea", "grupo de personas que realizan conjuntamente un esfuerzo" y "grupo de trabajadores organizados para un fin o servicio determinado." Estas significaciones se añaden a las que "team" tiene en el campo deportivo. Por lo tanto, la palabra lleva claramente implícita la idea de un trabajo que se ha de realizar solidariamente.

No es mucho lo que se ha escrito desde el punto de vista psicológico acerca de la labor de equipo. Sin embargo, adquiere rápido desarrollo el volumen de datos acerca de la dinámica del grupo humano—especialmente del pequeño—y de lo que concierne a su dirección. Muchos de esos datos son de interés para comprender la labor de equipo. No es ésta ocasión de pasar revista al material publicado, pero es importante resumir los puntos relacionados con nuestro comentario, especialmente los relativos a la figura del dirigente.

No habrá quien discuta la importancia que, en la labor de equipo, tiene el dirigente. Han existido dirigentes desde el comienzo de la historia. Y, sin duda, antes de que apareciera el hombre sobre la superficie de la tierra hubo ya dirigentes entre los animales, que ordenaban a picotazos como hoy observamos entre las gallinas y aun entre los hombres.

Chester Barnard (1), dirigente destacado en el mundo de los negocios, ha contribuido en gran manera a esclarecer nuestras ideas acerca de lo que es la dirección. Ha confeccionado una lista utilísima de las cualidades que debe poseer el dirigente, entre las que figuran la vitalidad y la resistencia, la firmeza, la aptitud para persuadir, el sentido de responsabilidad y la capacidad intelectual, que Barnard considera de importancia secundaria respecto de las demás cualidades. Su definición del sentido de responsabilidad me recuerda la conciencia de la asepsia que se desarrolla en uno trabajando en una sala de operaciones o con microorganismos. Dice Chester Barnard que el sentido de

responsabilidad es "un estado emocional que da al individuo una sensación de desagrado agudo si no consigue hacer aquello a que se cree moralmente obligado o si hace aquello que se cree moralmente obligado a no hacer, en determinadas situaciones concretas." Es muy probable que el lector de Nueva Inglaterra relacione esto bastante estrechamente con la Conciencia.

Barnard reconoce cuatro aspectos principales en la conducta dirigente, que son:

1. La determinación de objetivos,
2. La manipulación de los medios técnicos para lograr estos objetivos,
3. El control de la organización, y
4. El estímulo en una acción coordinada.

La determinación de los objetivos del equipo es de una importancia capital. Pearson (2) dice que "el equipo debe creer que la clase de labor para la que se ha organizado vale la pena de ser realizada". Los miembros del equipo colaboran con el dirigente cuando consideran que lo que más les conviene es hacerlo así. Tanto si su interés es altruísta como egoísta, el resultado desde el punto de vista de la colaboración es el mismo. Para que la labor de equipo sea realmente eficaz es necesario que el dirigente haga que sus objetivos y los de quienes lo secundan sean esencialmente los mismos. En consecuencia, como ha dicho Homas (3), "el dirigente escuchará" para averiguar que piensan sus colaboradores y para beneficiarse de sus ideas.

Luego, habrá que elegir entre todas las ideas y sugerencias que se expongan. Para hacer tal elección, un buen dirigente debe poseer "unas dotes de comprensión que le permitan distinguir entre lo que es y lo que no es importante en una situación concreta, entre lo que se puede hacer y lo que no, entre lo que tiene probabilidades de éxito y lo que no las tiene, entre lo que debilitará la colaboración y lo que la fortalecerá" (1). El dirigente es algo más que el presidente del grupo que constituye el equipo; no siempre puede someter las cosas a votación y dejar que gobierne la mayoría. Cuando todos los

colaboradores hayan manifestado su parecer y puesto las cosas en claro, él debe decidir. Esa facultad decisiva es una cualidad esencial del dirigente reconocida al parecer por todo el mundo. Barnard la denomina "el factor de importancia crítica en toda dirección." Hay maneras de ejercer la facultad de decidir que favorecen la colaboración, mientras otras producen el efecto contrario. Además, hay situaciones en las que esa facultad del dirigente desempeña un papel esencial, mientras en otras su trascendencia no es tanta. Si el dirigente ha convencido a su equipo de que los objetivos que él persigue y los que desea el grupo son similares, la decisión adoptada prevalecerá.

Esto plantea la cuestión básica de la autoridad. La autoridad no es un óleo con que un sumo sacerdote pueda ungir la cabeza del dirigente, sino más bien un atributo con el que los prosélitos invisten al dirigente. El rango que le otorguen los seguidores depende de la unidad de los objetivos y de la confianza que aquéllos tengan en la aptitud del dirigente para ser útil al equipo en la consecución de dichos objetivos. Estamos acostumbrados a pensar en los atavíos del jefe, en los símbolos de "autoridad" que distinguen a aquellos cuyas instrucciones hemos de seguir. Entre tales símbolos de autoridad figuran el uniforme del policía, las insignias de los oficiales del ejército, los paneles del despacho del jefe, el nombramiento de presidente de un comité con el que trabajamos y la designación oficial de un funcionario de sanidad. Cuando unos distintivos así forman parte de nuestro ambiente, nos inclinamos a aceptarlos hasta un cierto punto. Sin embargo, en último término, y como dice Homans, "la autoridad de una orden descansa siempre en la voluntad de las personas a las que se dirige para que la cumplan." Ordway Tead (4) dice que "en el fondo, todo buen dirigente procura captarse la lealtad de los dirigidos, para un fin cuya evidente conveniencia reconozcan éstos con arreglo a su saber y a su sentir."

Para Barnard (1), el segundo de los aspectos de la conducta dirigente es aquel en

que el líder manipula los medios técnicos de conseguir los objetivos del equipo. Los procedimientos técnicos tienen mucha importancia en nuestra labor sanitaria. Tendemos, quizás más que en otras variedades de labor de equipo, a equiparar la competencia técnica con las cualidades dirigentes. Como es natural, el dirigente ha de poseer unos conocimientos sólidos de las actividades encomendadas al equipo, pero no necesita ser el técnico más competente del equipo.

Por ser el médico persona de competencia técnica y estar legalmente autorizado para prescribir a los enfermos medidas terapéuticas; por haber seguido una carrera más larga y más difícil que las seguidas por otros miembros del equipo de salud pública; y por el elevado rango que ocupa en la sociedad, se le confía por lo general la dirección del equipo sanitario.

La dirección basada exclusivamente en la competencia técnica no está libre de crítica. Los técnicos en administración pública insisten en la conveniencia de cubrir muchos de los puestos principales con personas que posean conocimientos "generales", más bien que con técnicos especialistas. Barnard (1) dice que "en la actualidad, sobreestimamos la importancia de la pericia y de la competencia técnica, y subestimamos, e incluso excluimos, los factores menos tangibles y manifiestos del arte de dirigir." Una formación especializada, como la que, en grado creciente, recibe el médico, restringe el tiempo de que debe disponer un hombre joven para capacitarse como dirigente. Los jóvenes "se desvían así necesariamente de la compañía de personas de más edad, del contacto con organizaciones y situaciones sociales, que son los campos propios de aplicación de las aptitudes dirigentes."

No es, en modo alguno, nuestro deseo combatir al médico como dirigente del equipo sanitario. Nos honramos siendo médicos y procediendo de una familia de médicos. Creemos que, en el futuro, será aún más lógico que en el pasado que el médico ocupe la jefatura del equipo, pues la labor sanitaria se concentrará, cada día más, en el

individuo considerado en el medio en que habita, más bien que en el saneamiento directo de dicho medio, al menos en los países de mayor desarrollo industrial. Nuestro punto de vista es sencillamente éste: no por ser médico se está dotado para jefe de equipo. Para esto se necesitan otras cualidades que hay que cultivar asiduamente, si en realidad se quiere merecer ser dirigente y si la dirección ha de ser eficaz.

La organización, que es el cuarto aspecto que Barnard reconoce en la conducta dirigente, tiene una importancia fundamental para la acción sanitaria de la colectividad. Al ocuparse del pensamiento de estos últimos años, acerca de la organización y la administración, Sayre (5) señala la falta de "certidumbre" que surgió entre los años 1940 y 1950. En la preguerra, los fundamentos de la administración se consideraban firmemente basados en la "gerencia científica." "Hombres seguros y expertos escribieron elocuentemente y con una convicción contagiosa, de una administración pública próxima a la madurez científica."

Hoy se ve más claramente que la administración es un proceso social, profundamente vinculado a los problemas de las relaciones humanas. En la actualidad, más que antes, al pensar en el plan de una organización se hace atendiendo al grupo de personas que la integran. Es tanto lo que se ha aprendido de la gran importancia de una organización carente de formalismos que el tipo de organización formalista ha perdido parte de su encanto. Lejos de nosotros, como profesores de administración de salud pública, todo intento de menospreciar los planes de organización, las nociones de alcance de control, personal, actividades y temas parecidos. Tales planes son valiosos, aclaran nuestras ideas y son útiles para establecer organismos que faciliten la labor del equipo. Pero no podemos confiar en que esas concepciones nos den la tarea hecha. Quienes la han de realizar son los miembros del equipo; y éstos son personas, con todas las virtudes y defectos inherentes a los seres humanos.

Esto nos lleva al cuarto de los aspectos de la conducta dirigente, expuestos por Barnard, que es el del estímulo de una acción coordinada. La palabra "coordinación" ha adquirido un acento combativo. Si la coordinación la realizamos nosotros, la consideramos excelente; pero nos rebelamos ante la idea de ser coordinados por otros. El diccionario inglés nos dice que en la palabra "coordinate" (coordinar) el prefijo "co" deriva del latín "cum", que significa "con, junto, en conjunción, juntamente." Pero quedamos un tanto confusos al ver que los diccionarios difieren en cuanto al significado de la palabra inglesa "ordinate." Uno dice que significa "arreglar", pero otro explica mejor nuestras reacciones ante la coordinación al decir que significa "reglamentar." Y a todos nos molesta que se nos reglamente!

No obstante, reconocemos que el dirigente tiene que realizar un trabajo de coordinación, principalmente en equipos integrados por elementos tan diversos como los de salud pública. Hay muchos procedimientos de realizar esa labor eficazmente, incluyendo la orientación de nuevos miembros del personal, las prácticas durante servicio activo, los cursos de repaso, las reuniones de personal, el mantenimiento de adecuados conductos de comunicación—en ambas direcciones, por supuesto, etc. La coordinación se nos muestra menos desagradable cuando recordamos que nos depara ocasión de efectuar nuestra aportación a la labor total del equipo. Estas, manifestamente, mucho mayor y más importante que cualquier cosa que nosotros pudiéramos hacer por separado, por lo que podemos sentirnos satisfechos de participar en una gran empresa. Tead (4) dice: "Dirigentes son aquellos que influyen en otros para ejercer conjuntamente poder." La idea es sutil y, a nuestro juicio, merece ser recordada.

#### *Los miembros del equipo sanitario*

El equipo sanitario está integrado por un asombroso conjunto de trabajadores, que abarca desde el neurocirujano, altamente especializado y uno de los extremos en la

amplia gama del adiestramiento, hasta el trabajador manual sin especialización alguna, que representa el otro extremo. En medicina se reconocen unas veinte especialidades importantes; en odontología no hay pocas; la enfermería tiene sus graduadas universitarias sus graduadas en escuelas de hospital, las enfermeras no diplomadas, las ayudantes de enfermería, etc. Hay ingenieros de salud pública, ingenieros sanitarios, sanitarios e inspectores sanitarios, miríadas de técnicos y de trabajadores de laboratorio. Hay epidemiólogos, bioestadísticos, administradores no médicos, educadores sanitarios, nutricionistas, trabajadores sociales, especialistas en organización de servicios sanitarios municipales y en administración de hospitales, especialistas en rehabilitación profesional, veterinarios y otros muchos.

Shepard (6) ha dicho que, "a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las demás profesiones . . ., la salud pública recluta su personal en otros varios campos profesionales . . . Es asombroso que esta causa haya agrupado gradualmente intereses profesionales tan diversos en lo que hoy ha pasado a ser una misma profesión": la salud pública. Es natural que, con formaciones profesionales tan dispares, haya cierta división de preferencias entre los miembros del equipo de salud pública. ¿Con qué profesión debemos sentirnos más ligados, con aquella de que procedemos o con la de salud pública? Normalmente, no tiene por qué plantearse un choque de intereses. Pero, por si surgiera la necesidad de optar entre dos intereses, es conveniente tener idea de cómo se debe resolver el conflicto. Si la principal preferencia del trabajador sanitario no está en favor del equipo de salud al que pertenece, quizás se deba a que dicho equipo no es el más edecuado para él.

No son pocas las tentaciones de clasificar a los trabajadores sanitarios de acuerdo con la índole "curativa" o "preventiva" de la función que desempeñan. Una división tan estricta pierde de vista la naturaleza biológica de la enfermedad. Sobre tales bases,

se pueden trazar arbitrariamente las líneas divisorias administrativas, sin que coincidan con las divisorias biológicas cuya definición no se muestra clara en manera alguna. La historia natural de una enfermedad es un proceso dinámico que atraviesa fases sucesivas de interacción del huésped, agente y medio, terminando en curación, incapacidad permanente o fallecimiento. A medida que se sabe más, resulta más fácil influir, durante las diversas fases de este proceso, en favor del enfermo. Se pueden levantar barreras que retarden o paralicen dicho proceso. Y esas barreras se pueden dividir—desde el comienzo hasta la terminación de la historia natural de la enfermedad—en amplias zonas que podríamos denominar "niveles de prevención." Tales niveles son los siguientes: promoción de la salud, protección específica, pronto diagnóstico y tratamiento temprano, limitación de la incapacidad y rehabilitación del paciente. Esos niveles corresponden a las etapas del desarrollo natural de la dolencia en que el hombre puede lanzar sus ataques contra ésta. Un núcleo social puede optar porque sus departamentos sanitarios gubernamentales concentren sus esfuerzos en los niveles de promoción de la salud y de protección específica. Los médicos particulares pueden trabajar principalmente en los niveles del pronto diagnóstico, del tratamiento temprano y de la limitación de las incapacidades. Pero la rehabilitación queda, en algunos casos, relativamente abandonada. Tal es, aproximadamente, la clasificación que se ha seguido en los Estados Unidos, aunque con algunas excepciones importantes.

Conviene aclarar el significado de la palabra "prevención", cuando se usa al hablar de "niveles de prevención". El Dr. Mather (7), de Columbia Británica, ha explicado que, en la locución inglesa "levels of prevention" (niveles de prevención), la palabra "prevention" se usa con el significado que tuvo en el siglo XVI, cuando "prevent" (prevenir) significaba anteponerse o preceder. Dos ejemplos de la llamada "King James Version", de la Biblia, confirman dicho uso:

Salmo 88:13—"But into thee have I cried, O Lord; and in the morning shall my prayer prevent thee." La versión moderna dice: "But I, O Lord, cry to thee; in the morning, my prayer comes before thee."

Salmo 119:147—"I prevented the dawning of the morning, and cried." La versión moderna dice: "I rise before dawn and cry for help."

Como es natural, si hoy se usa la palabra inglesa "prevention" en el sentido de evitar que se produzca un hecho posible, el significado que se le asigna es muy distinto del que tuvo en otro tiempo. En este sentido nadie trata de "evitar" al Señor ni a la aurora del amanecer.

Sin embargo, si la palabra "prevención" quiere decir acción anticipada, cualquiera que proporcione los mejores cuidados disponibles según los métodos modernos, y haga cuanto esté en su poder para prevenir el desarrollo del proceso natural de una enfermedad, practica la medicina preventiva.

Cuando todos los diversos miembros de un equipo reconocen que tienen el objetivo común de alzar tales barreras, en el punto en que ellos se encuentren, a medida que el proceso natural llegue a "su" terreno, pueden integrar un verdadero equipo con el objetivo común de incrementar la salud de la colectividad. En tal caso, cuando surjan controversias jurisdiccionales en los oscuros linderos establecidos por conveniencia administrativa, no se les asignará más importancia que la que les corresponde. Cuando se vea en ellas simplemente unos problemas administrativos, será relativamente fácil encontrarles solución. Y cuando llegue el momento en que un solo individuo o grupo tenga a su cargo el cuidado continuo y total del paciente, durante todo el desarrollo natural de cualquier enfermedad que pueda atacarle, esas disputas jurisdiccionales desaparecerán en gran parte.

Es antieconómico emplear personal muy especializado en tareas que podrían hacer igualmente bien, y aun quizás mejor, personas menos preparadas. Podríamos seguir provechosamente el espléndido ejemplo que nos han dado las enfermeras al realizar análisis de tareas para determinar los tipos

de trabajo que se pueden asignar al personal en las distintas fases de su adiestramiento. De ese modo se puede organizar equilibradamente un equipo, en el que cada miembro realice la tarea para la que esté mejor preparado.

Los miembros que normalmente integran un equipo sanitario no pueden por sí solos abordar en forma debida y con facilidad, problemas tan amplios como los referentes a la higiene mental. Psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales de psiquiatría son pocos para enfrentarse con la cuestión sin otras ayudas, y su preparación profesional es excesivamente costosa para que pueda resultarles de interés económico el realizar toda la tarea. Incluso cuando los trabajadores especializados en higiene mental cuentan, como debe ser, con la ayuda de otros miembros del equipo sanitario, tales como los médicos de medicina general y las enfermeras de salud pública, no pueden mantener contacto con suficiente número de personas que estén atravesando períodos de crisis mental y emotiva. Padres, sacerdotes, maestros de escuela, dirigentes de organizaciones juveniles y otras personas deben comprender los problemas de la higiene mental a fin de ayudar a solucionarlos, y es nuestro deber estimularlos a que aporten esa ayuda.

Nos limitaremos a mencionar los vastos problemas del reclutamiento de personal, tan admirablemente debatidos, en la conferencia celebrada en 1954, por el Consejo Nacional de Salud Pública (8). Es muy alentador saber que una gran compañía de seguros le proporciona fondos al consejo para facilitar el reclutamiento de nuevos miembros del equipo sanitario.

#### *Ciudadanos miembros del equipo*

Al comenzar el año académico en la Universidad de Harvard, solemos entrar silenciosamente en la clase y escribir en la pizarra la siguiente pregunta: "¿Qué quiere la gente que se haga acerca de su salud?" Para que nuestra labor sea eficaz, el pueblo ha de estar representado en nuestro equipo. Y debemos usar las técnicas modernas de

muestreo de actitudes para conocer mejor las actitudes populares; además, en la planificación de nuestras tareas deben participar ciudadanos representativos.

El conocer la actitud de la gente en cuanto a los problemas sanitarios, el contar con su consejo en los trabajos de planificación y el darle ocasión de participar en la elaboración de sus propios programas sanitarios está contribuyendo a que la población asuma la responsabilidad de la solución de sus problemas, lo que constituye la consigna de los trabajos internacionales de salud pública. Esa colaboración de los ciudadanos forma hoy parte de la organización de la colectividad, y todos los que trabajamos en salud pública debemos comprender bastante bien sus principios para que nuestra labor sea más productiva. No debemos dejar la colaboración pública como algo que solamente concierne al especialista en organización de la colectividad.

La experiencia muestra en todas partes que los programas sanitarios duraderos son aquellos que los ciudadanos comprenden y en cuya elaboración han intervenido. Hydrick (9), que trabajó en Indonesia y más tarde en el Perú, puso gran empeño en "despertar en el pueblo un interés permanente por la higiene." Dijo con toda franqueza que "no habría nada que objetar al empleo de medios coercitivos si con ellos se podían lograr resultados permanentes. Pero se han ensayado frecuentemente sin éxito." Los principios que Hydrick elaboró en Indonesia cuando el país se hallaba aún bajo soberanía holandesa, se utilizan hoy en el programa sanitario que se está aplicando allí. Pero ahora que el país ha conseguido su independencia, se muestran menos recelos ante los trabajadores sanitarios y hay mayor espíritu de cooperación que anteriormente.

Allport (10) ha resumido claramente la necesidad psicológica universal de la participación popular. "El pueblo—dice Allport—debe contribuir a su propia salvación; no se puede salvar, ni será salvado, por elemento externos . . . la gente ha de ser activa para aprender, para conservar los recuerdos

útiles, para crear un control voluntario, para curarse en caso de enfermedad, para reharerse en caso de abatimiento . . ."

En una reciente reunión del Comité Nacional Asesor sobre Unidades Sanitarias Locales (11), se hizo esta importante manifestación:

"Lo que se debe hacer es ayudar a una colectividad para que busque la manera de satisfacer sus propias necesidades, en lugar de imponerle un servicio estándar prescrito por profesionales."

No hay ningún "ciudadano" miembro del equipo sanitario más esencial para el éxito que nuestras esposas (o maridos). En los trabajos de salud pública, tenemos la fortuna de poder discutir libremente, con nuestras familias, los problemas que se nos plantean, cosa que no es tan fácil para el médico particular que se ve ligado por la naturaleza confidencial de su profesión. En consecuencia, nuestros familiares pueden ser verdaderos colaboradores en nuestro trabajo y prestarnos el apoyo que tanto necesitamos.

### *La sanidad internacional*

En el terreno internacional se encuentran ocasiones de realizar una labor de equipo de primer orden, pero hasta las personas animadas de mejor voluntad tienen que enfrentarse con obstáculos considerables. Son muchas las diferencias que se han de vencer: diferencias de idioma, de interpretación incluso dentro de un mismo idioma, de cultura y sistema de valores, de grados de educación, de transporte y de medios de comunicación.

Cuando un trabajador sanitario de nuestro país regrese, después de haber realizado con éxito una misión en el extranjero, será una persona más útil que antes en su propio medio. Observará diferencias que antes no supo apreciar y será más tolerante con las diferencias de opinión. Nuestras organizaciones profesionales tienen en esto una oportunidad, que no deben desaprovechar, de trabajar en equipo. Conviene ampliar el criterio de las autoridades encargadas de nuestros nombramientos, y hacerles ver que la experiencia ganada en el extranjero es un

factor útil para trabajar en nuestro propio país. Esto alentará a las personas de valía a aceptar servicios en el extranjero, pues no temerán que su ausencia se traduzca en un quebranto profesional. Y cuanto mejor sea la calidad de las personas que se envíen al extranjero, mejores serán nuestras relaciones internacionales.

#### *Preparación para la labor de equipo*

Para realizar eficazmente una labor de equipo hay que adquirir experiencias en trabajos de colaboración. Por desgracia, muchas de nuestras escuelas profesionales tienden a vivir en cierto aislamiento, proporcionando pocas ocasiones a los estudiantes de trabajar con otros miembros del equipo sanitario. Nuestras escuelas de salud pública, entre cuyos alumnos están representadas varias profesiones, tienen excelentes oportunidades de poner término a tal aislamiento. Aunque varíe la formación académica de los alumnos y aunque se planteen problemas de enseñanza al agrupar en una misma clase alumnos preparados en disciplinas diferentes, es de suma importancia proporcionar experiencia en labor de equipo mientras se cursan los estudios. Esto mostrará también claramente al alumno que su maestro asigna gran valor al equipo en los trabajos de salud pública. Por experiencia como oficial de salud pública, estamos convencidos de que los licenciados de las escuelas que ensalzan la labor de equipo son mejores miembros que los de aquellas que no prestan la debida atención a este aspecto.

Al prepararse para la labor de equipo, conviene también recordar los antecedentes genealógicos de nuestra profesión. El parentesco de la "salud" tiene sus orígenes en las ciencias naturales. El atributo o aspecto "público" viene de las ciencias de la conducta: la sociología, la antropología, la psicología y las ciencias políticas. En lo futuro, debemos dirigir la mirada con mayor frecuencia a esos antecedentes. Son muy honrosos, y su estudio puede sernos muy útil.

#### *El equipo de la APHA*

La American Public Health Association (APHA) es una organización muy importante. Nuestros 13.000 asociados hacen de ella la mayor asociación de salud pública de todo el mundo, aunque es cierto que hay agrupaciones profesionales mayores.

Por su edad posee bastante madurez, pero no llegó aún a necesitar cuidados gerontológicos. Su presupuesto anual de más de medio millón de dólares es considerable y difícil de obtener, pero su riqueza no es suficiente por sí sola para otorgarle gran prestigio. Después de trabajar muchos años con los afiliados, los dirigentes y el personal empleado de la APHA, estamos firmemente convencidos de que, en su clase, es la mejor organización que conocemos. La lealtad que le profesan sus miembros es tremenda. Cuando a cualquiera de nosotros se nos confía una tarea de la APHA, no la tomamos a la ligera. Las minucias y egoísmos parecen desvanecerse y el bien de la generalidad se antepone a toda otra consideración. Es cierto que tenemos nuestros escollos e intereses especiales, como ocurre en cualquier considerable agrupación de personas, pero, una vez que se liman las asperezas, recordamos la amplitud de las responsabilidades que nos incumben para con los grandes grupos de personas a cuyo servicio estamos consagrados.

Si no es la APHA ¿adónde puede dirigir la mirada la gente de este país en busca de orientación en materia de salud pública? Entre nuestros asociados figuran las personas a quienes compete legislar en favor de la salud de nuestro pueblo; los que tienen a su cargo la planificación del aprovechamiento de los recursos sanitarios del país; aquellos de quienes dependen los destinos de las poderosas organizaciones sanitarias nacionales de carácter privado, y el numeroso personal de trabajos de campo que va directamente a los hogares para ver cómo los ciudadanos se enfrentan con sus problemas sanitarios y sociales. Creemos que nos corresponde una función de orientación

nacional. Y cuando los miembros de esta gran asociación, expresaron recientemente su parecer sobre cuáles son nuestros fines, confirmaron esta creencia.

¿Cómo podemos desempeñar más eficazmente esa función orientadora? En primer término, debemos estudiar nuestros problemas nacionales de salubridad, y contamos con el método epidemiológico como la herramienta destinada precisamente para este propósito. Para realizar tales estudios, contamos con nuestros comités permanentes y nuestras secciones, con nuestras sociedades afiliadas y nuestras dependencias. Tenemos nuestro consejo directivo, elegido democráticamente, facultado para establecer nuestras orientaciones básicas, después de debatir los problemas. Somos miembros del Consejo Nacional de Salubridad, que tiene el declarado propósito de reunir a los representantes de las organizaciones nacionales dispuestas a trabajar juntas en pro de la salud de la nación.

Existen todos los mecanismos necesarios para el estudio y para la planificación conjunta. El principal factor adicional que se necesita para que nuestra dirección sea eficaz es que tengamos la firme voluntad de que lo sea. Yo tengo ciertas dudas en cuanto a esta firmeza de voluntad en años recientes.

Tengo la impresión de que nos hemos mostrado vacilantes, temerosos e inciertos. Quizás hayamos temido enemistarnos con poderosos grupos con los que nos conviene mucho mantener buena armonía y que quisiéramos ver entre nuestros amigos y partidarios. No hay duda de que en el pasado hubo períodos de similar incertidumbre, pero esos períodos no son la base de la grandeza alcanzada por la APHA. Se nos puede disculpar que, en algunos casos, hayamos incurrido en falta, pero sería imperdonable que no reconociéramos pronto nuestros puntos débiles y no nos aprestáramos a buscar las fuentes de nuestra propia fortaleza. Sin duda alguna, la robustez dimana de nuestra consagración a los intereses de todo el pueblo. No deriva de los sectores de población que puedan seguirnos ciega-mente, ni aunque se trate de sectores profesionales. Ocupamos unas posiciones estratégicas desde las que debemos ser capaces de ver las necesidades, los recursos y las actitudes de la población por lo menos tan claramente como cualquier otro grupo y con más claridad que la mayoría. Así debemos hacerlo para cumplir nuestro cometido, y debemos hacer oír nuestra voz en los concilios de nuestro país. Sólo de esa forma podremos mantener nuestra fe en nosotros mismos y en nuestra asociación.

#### REFERENCIAS

- (1) Barnard, Chester I.: *Organization and Management, Nature of Leadership*. Cambridge, Mass.; Harvard University Press, 1948. Chap. IV, pp. 80-110.
- (2) Pearson, John: Chap. IV in *Public Management in the New Democracy*. Editado por Fritz Morstein-Marx. Nueva York, N. Y., Harper, 1940.
- (3) Homans, George C.: *The Human Group, The Job of the Leader*. Nueva York, N. Y. Harcourt Brace, 1950. Chap. XVI, pp. 415-440.
- (4) Tead, Ordway: *The Art of Leadership*. Nueva York, N. Y. Whittlesey House (McGraw-Hill), 1935, pp. 270-271.
- (5) Sayre, Wallace S.: *Trends of a Decade in Administrative Values*. *Pub. Administration Rev.* 11:1-9, 1951.
- (6) Shepard, W. P.: *Public Health Becomes a Profession*. *Yale Jour. Biol. Med.* 19:771-777 (Man), 1947.
- (7) Mather, James M.: *Discussion at Conference of Professors of Preventive Medicine*, Colorado Springs, Colorado, Nov. 1952.
- (8) *Preventive Medicine in Medical Schools*. Report of Colorado Springs Conference. Nov. 1952. Baltimore, Md.; Waverly Press, 1953.
- (9) *Highlights of the 1954 National Health Forum on Changing Factors in Staffing America's Health Services*. Nueva York, N. Y., National Health Council, 1954.
- (10) Hydrick, J.: *Intensive Rural Hygiene Work in the Netherlands East Indies*, Netherlands and Netherlands East Indies. Councils, Institute of Pacific Relations (Original by the Public Health Service of the Netherlands, 12:21-22, 1937), 1942.
- (11) Allport, Gordon W., y Postman, Leo: *The Psychology of Rumor*. Nueva York, N. Y., Holt, 1947.
- (12) National Advisory Committee on Local Health Units. 25 mayo 1954.