

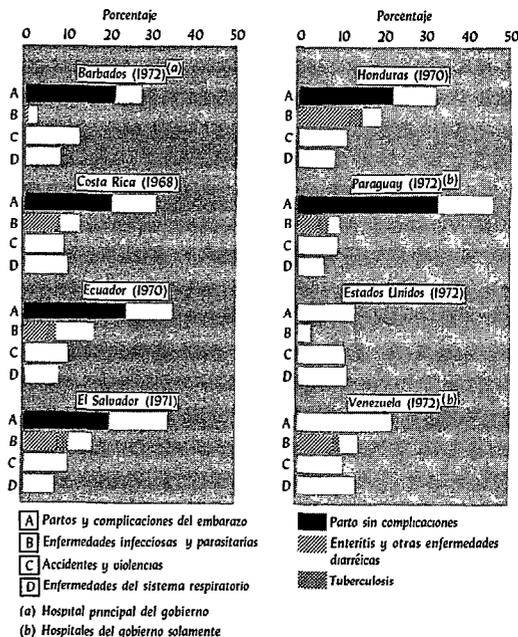
Se dispone de algunos datos sobre la morbilidad hospitalaria, para ocho países, extraídos de informes nacionales publicados. En la figura 3 aparecen estos datos para grandes grupos de enfermedades y para algunas pocas categorías seleccionadas dentro de cada grupo.

El porcentaje más alto de hospitalizaciones corresponde a partos, con o sin mención de complicaciones. A excepción de los Estados Unidos y Venezuela, los porcentajes varían de 27.3 en Barbados a 46.2 en Paraguay. Los porcentajes correspondientes para los Estados Unidos y Venezuela son de 13.0 y 22.2. Se sabe que los datos correspondientes a Venezuela son incompletos, ya que excluyen una gran proporción de partos sin complicaciones en los hospitales informantes.

El porcentaje de hospitalizaciones por enfermedades infecciosas y parasitarias oscila del 2.3 en Barbados y 2.5 en los Estados Unidos al 19.0 en Honduras. Las infecciones entéricas representan más del 50% de estas hospitalizaciones en Costa Rica, El Salvador, Honduras, Paraguay y Venezuela.

Las enfermedades del sistema circulatorio y los neoplasmas malignos representan, en conjunto, el 16.4% de hospitalizaciones en los Estados Unidos, el 11% en Barbados y

FIGURA 3—Porcentaje de hospitalizaciones debidas a cuatro grupos de causas.



el 7% en Venezuela, pero para otros países la proporción es inferior al 5%.

En los ocho países, los accidentes y otras causas externas contribuyen al volumen de hospitalizaciones en proporciones próximas al 10%.

### FACTORES ECOLOGICOS Y DE CONTAMINACION AMBIENTAL EN CONEXION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES <sup>1, 2</sup>

Hace exactamente 10 años, el Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, consagró una sesión a discusiones sobre el tema "Factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad".

El Dr. Anthony M. M. Payne <sup>3</sup>, en un resumen de la sesión celebrada 10 años atrás, expuso en los siguientes términos los

problemas que debieron afrontar las autoridades de la salud:

"Dos siglos de contrastes culturales y políticos separan a millones de habitantes en América Latina. ¿De qué manera se pueden salvar esas distancias cuando se trata del establecimiento y aceptación de medidas sanitarias modernas? ¿Cuáles son las prioridades si debemos enfrentar recursos limitados y crecientes aspiraciones? Y por

<sup>1</sup> Extracto del discurso pronunciado por el Dr. Abel Wolman, Profesor Emérito, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, E.U.A., en ocasión de la apertura del Simposio sobre Ecología y Contaminación Ambiental, que tuvo lugar en el curso de la Decimotercera Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas (Washington, D.C., 24-28 de junio de 1974).

<sup>2</sup> Publicado también en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. VIII, No. 4, 1974.

<sup>3</sup> Fallecido.

último ¿cuáles son los aspectos que permanecen ignorados y que necesitan ser esclarecidos con el fin de facilitar la acción futura?"

Si bien desde que se plantearon estos interrogantes se han registrado considerables progresos, resulta desconcertante comprobar que en la actualidad aún nos vemos precisados a enfrentar problemas similares. La desmesurada expansión demográfica, la urbanización asombrosa y la vasta industrialización, ponen un acento dramático e intensifican los problemas desde hace 10 años. Las causas fundamentales de mortalidad y morbilidad aún se encuentran ligadas, en grado significativo, a las condiciones ambientales.

En cuanto a nuestro panorama demográfico, América Latina cuenta en la actualidad con 318 millones de habitantes y con una perspectiva desalentadora para el año 2000, que registrará 650 millones de almas. No se puede hablar de país promedio, o incluso de región promedio en un país determinado. Dentro de una misma área son enormes las diferencias en cuanto a densidad de población, ocupación, ingresos, organización social y actitudes. Por lo tanto, en el momento decisivo se corre el riesgo de incurrir en generalizaciones e incluso de abundar en filosofías, tales como la aplicación de medidas correctivas mediante estrategias adecuadas.

Haciéndose eco de nuestras recientes exaltaciones semánticas referentes al hombre y su condición ecológica, algunos estudiosos han señalado que "uno de los sellos distintivos de la América contemporánea . . . reside en la breve duración de sus crisis . . . Los derechos civiles, la declinación de las condiciones de urbanismo, el hambre, drogas, crimen, disturbios estudiantiles, atención médica, el medio ambiente, la energía . . . unos se suceden a otros con ritmo confuso, desconcertante, casi como si se tratara de alguna agrupación y su *cuestión del momento*".<sup>4</sup>

Por fortuna o por desdicha, la mayoría de estos problemas han continuado siempre vigentes en América Latina, si bien expuestos a los embates de los mismos vientos efímeros doctrinarios que asuelan la América anglosajona. Los desafíos que enfrentan los Ministerios de Salud latinoamericanos están dirigidos a poner a prueba su capacidad para discernir entre los peligros reales y eventuales, presentes y en prospectiva, conocidos e ignorados, que se ciernen sobre la vida y el bienestar.

La más sencilla de todas las tareas consiste en enumerar los componentes del medio, ya sean biológicos, químicos, físicos, económicos, políticos o sociales. Luego se puede ampliar dicha lista con el fin de indicar los riesgos relativos que pueden presentar esos componentes, ya sea individual o colectivamente. Existen hechos evidentes, comprobados desde el punto de vista epidemiológico, que van unidos a las posibilidades sutiles y ocultas del futuro. Gran parte de las publicaciones recientes acerca del medio y la salud se ocupa de los peligros reales e investiga aquellos que permanecen ocultos y por lo tanto, que despiertan gran interés. Toda vez que los conocimientos sobre causa y efecto son insuficientes—hecho que ocurre con frecuencia—la amenaza real suele ser leve. Las insinuaciones de realizar nuevas investigaciones siempre tienen escasa resonancia. De allí, los intentos de ensayar una acción drástica o bien no emprender ninguna acción, que es tan perjudicial como lo primero.

Dado el clima actual de la opinión pública, un Ministro de Salud se encuentra acosado por la sensación de que debe erigirse también en conservador, preservador y sobre todo en protector de la biosfera. Si a estas funciones se agregan la planificación familiar y el crecimiento nulo de la población, se sentirá tan agobiado que su responsabilidad original de contribuir a la prevención de las enfermedades y al fomento de la salud declinará.

<sup>4</sup> A. L. Otten. *Wall Street Journal*, 6 de mayo de 1974, pág. 16.

No puede escapar a las necesidades de continuar con su vigilancia, con la evaluación de las enfermedades prevalentes y declaradas, la detección de nuevas amenazas y con la dilucidación de la acción que debe emprender. Pero por el momento se encuentra a expensas de las abrumadoras y a menudo inciertas exigencias populares. ¿Se puede aliviar esta carga mediante un renovado interés en el campo ambiental que examinamos, mediante la intensificación de las investigaciones en terrenos desconocidos y mediante la epidemiología requerida para trillar las actividades del Servicio de Salud?

Así por ejemplo, el carácter universal de las enfermedades entéricas en las Américas debe ser considerado a la luz de peligros ambientales, tales como la intoxicación con mercurio. Los fenómenos precedentes resultan familiares y han constituido un problema serio y constante por espacio de más de un siglo. El último problema está dado por el "lanzamiento" momentáneo de los medios masivos de información. Desde hace más de un siglo, las enfermedades diarreicas han planteado un grave y constante problema en el Continente.

Hoy en día, después de una ausencia de 50 años, la *Shigella dysenteriae*, tipo 1, ha reaparecido en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua. Las epidemias en dichos países han llevado a un plano dramático el hecho que millones de personas ingieren materias fecales humanas durante toda la vida, y que las diarreas todavía representan el primer o segundo factor causal de defunción.

De manera análoga, la recrudescencia de miles de casos de fiebre tifoidea en México en los últimos años, nos recuerda que un mundo presumiblemente indemne gracias a los antibióticos, a la quimioterapia y a las ya poco eficaces vacunas, no lo es tanto y que la vía fecal-oral de la infección no ha sido eliminada sino que simplemente ha sido ignorada.

Abrigamos la esperanza que, a medida

que transcurra el tiempo, la OPS encuentre los medios para hacer frente a la multitud de impactos impuestos al hombre por el medio. Día a día, la Organización debe examinar las múltiples opciones que se le ofrecen. Debe actuar frente a cada uno de los problemas, sin dejar de reconocer que algunos objetivos revisten más importancia que otros.

¿Es que los casos aislados de intoxicación por mercurio son tan importantes como los 200,000 casos y más de 11,000 defunciones por shigelosis en El Salvador<sup>5</sup> (julio de 1969 a junio de 1973), y tan importantes como las 12,000 defunciones en exceso por diarreas y disentería en Guatemala durante los últimos años? ¿Es que se debe hacer la elección mediante programas de televisión dado que en el Japón ocurrió una trágica experiencia con el mercurio, a raíz de prácticas industriales inexcusables? ¿O se debe hacer, al menos en parte, sobre la base de la mejor información y la voz autorizada?

¿Es que el género humano puede sacar provecho de una investigación epidemiológica deliberada, como sería investigar si los millones de casos de enfermedad de Chagas podrían ser reducidos mediante la colocación de un revestimiento económico de las paredes de las viviendas con lo que se eliminaría el albergue de los vectores de esta enfermedad? ¿Es que esta medida implicaría un costo mucho más reducido de lo que significa el fantasma de la construcción de centenares de miles de viviendas nuevas?<sup>6</sup>

La OPS debe dirigir su atención y lo hará, a la vulnerabilidad del feto y el niño a los contaminantes químicos. Tampoco puede escapar a la responsabilidad acuciante de indagar los riesgos mutagénicos y carcinogénicos inherentes al medio.

<sup>5</sup> Véase G. A. Faich y colaboradores, Tendencias de la disentería de Shiga en El Salvador, publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 76(4):331-336 (1974).

<sup>6</sup> El insecto vector de la enfermedad de Chagas se alberga en las múltiples grietas existentes en las paredes de las casas de adobe o bien en las paredes hechas de algún otro material frágil que se presta como refugio de estos insectos. Las superficies lisas eliminan esta posibilidad.

Además, ¿cuántos casos de metahemoglobinemia infantil aparecen en las Américas debido al exceso de nitratos en el agua potable? ¿Su frecuencia es de tal magnitud que justifica la estricta prohibición del uso de esas aguas? Si no es así, ¿por qué aplicar una vigilancia tan costosa?

¿El ruido constituye un riesgo importante para la salud pública, además de serlo en la industria? ¿Qué asignaciones presupuestarias deberían dedicarse al control de la música "rock-and-roll" o del ruido del compresor de aire? Todos estos interrogantes están ligados al proceso de la adopción de decisiones e, incidentalmente, al interés y funciones de este Comité Asesor.

Un director de salud debe proceder de manera selectiva cuando se trata de la estrategia de su trabajo, y de igual manera en cuanto a su dedicación a los estudios. Sus recursos, como los de los demás ministerios, son siempre escasos. No deben ser dilapidados por el afán de conocimientos o por la tentación de asignarlos a cuestiones interesantes, aunque sin importancia. Obviamente, ningún funcionario público puede ser insensible al llamado del público, aun cuando sea erróneo; no obstante, sus esfuerzos deben estar dirigidos a erigirse ya en guía, ya en seguidor de las iniciativas.

#### AUXILIARES DE ENFERMERIA EN CHILE <sup>1</sup>

El personal auxiliar de enfermería ocupa en Chile un lugar clave dentro del equipo de salud, especialmente en aquellas zonas alejadas de los centros urbanos en los cuales muchas veces el equipo se reduce a un auxiliar, supervisado esporádicamente por una enfermera. Por esta razón, el Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile, Sede Norte, realizó en 1970 una evaluación de los programas de formación del personal auxiliar de enfermería: el programa integrado <sup>2</sup>, que se lleva a cabo en provincias y el programa mixto <sup>3</sup> que se realiza en la V Zona de Salud, Santiago. (Actualmente el modelo de pro-

grama integrado se utiliza en la formación de auxiliares de enfermería de todo el país.)

Con posterioridad se efectuó un estudio comparativo de los resultados de la evaluación de ambos programas.

#### Programa integrado

Dentro de la sociedad actual, el personal auxiliar de enfermería es un agente de cambio importante ya que por su intermedio se logra el mayor enlace entre la comunidad y sus instituciones de salud. No cabe duda, por lo tanto, que todo esfuerzo que se haga para adecuar los programas de formación a la función que le cabe desempeñar será muy valioso.

La unidad de estudio para evaluar el programa integrado está constituida por cada uno de los 25 cursos realizados en 1970. Para este estudio se consideró el curso del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, Area Norte de Santiago, y 24 cursos desarrollados por el SNS en diversos lugares del país.

<sup>1</sup> Reseña del trabajo "Evaluación del programa de formación de auxiliares de enfermería del SNS, 1970" por Ninfa Jiliberto M. y Matilde Pezoa E., que apareció en *Publicaciones del Departamento Técnico de la Dirección General de Salud*, Serie A, No. 2, mayo de 1973.

<sup>2</sup> *Programa integrado*: seguido en los cursos controlados por la Dirección General del SNS a través de la Sección Enfermería, fue diseñado por áreas problemáticas de acuerdo con las necesidades del estudiante; consta de metodología más dinámica, utiliza una variedad de técnicas de enseñanza-aprendizaje y está basado en la filosofía de "aprender haciendo".

<sup>3</sup> *Programa mixto*: desarrollado en 1970 por la V Zona de Salud, toma elementos del programa integrado y del temático.

*Programa temático*: anterior a 1969, fue diseñado por asignaturas separadas; aunque su metodología es más bien pasiva, está basada en el aprendizaje teórico; recalca las destrezas en el aprendizaje teórico-práctico.