

XVII Conferencia Sanitaria Panamericana

XVIII Reunión del Comité Regional



Washington, D. C., E.U.A.
Septiembre-Octubre 1966

Tema 26 del programa provisional

CSP17/8 (Esp.)
20 julio 1966
ORIGINAL: ESPAÑOL

ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL AUXILIAR

La escasez de personal auxiliar constituye un problema que se va agravando a medida que los países de la América Latina continúan aumentando sus programas de salud. Este hecho se discutió en la 50a Reunión del Comité Ejecutivo y en la XV Reunión del Consejo Directivo, en las que se puso de relieve la necesidad de que la Organización Panamericana de la Salud intensificara su colaboración con los países en materia de adiestramiento y se señaló que los países más adelantados utilizan personal auxiliar, bajo la supervisión de personal profesional, en gran escala. Sobre este tema, la XV Reunión del Consejo Directivo aprobó la siguiente resolución:

RESOLUCION XXIX

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la urgente necesidad de preparar personal auxiliar que responda, cuantitativa y cualitativamente, a las necesidades propias de la situación económica, social y sanitaria de cada país;

Considerando la necesidad de establecer pautas de orientación en la preparación del personal auxiliar y del personal encargado de su adiestramiento; y

Considerando la conveniencia de fijar las características, número y funciones del personal auxiliar en relación con el personal profesional y con los programas de salud,

RESUELVE:

Encomendar al Director la preparación de un estudio sobre la formación de personal auxiliar, que sirva de base de discusión en una reunión de autoridades nacionales con experiencia o interés en esta cuestión, con la colaboración de expertos internacionales, con el objeto de presentar a la consideración de la Organización una política de adiestramiento de personal auxiliar en los países de las Américas conforme a sus necesidades".

El Director designó al Dr. Branko Kesić, Decano de la Escuela de Salud Pública "Andrija Stampar" de Zagreb, Yugoslavia, el que después de estudiar la información sobre la materia, solicitada de los organismos oficiales de los distintos países, visitó varios de ellos (Brasil, El Salvador, México, Perú y Venezuela) y preparó un informe que sirvió de documento básico para la reunión recomendada.

A tal efecto, la Organización Panamericana de la Salud convocó a un Grupo de Estudio para discutir el tema de la Reunión, la que se efectuó en México del 28 de marzo al 1 de abril de 1966.

Además de tomar muy en cuenta el trabajo del Dr. Kesić titulado "Adiestramiento y empleo de personal auxiliar de salud pública en la América Latina" (1), el Grupo mencionado estudió detenidamente el Tercero y Noveno Informes del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre esta materia*/. Como resultado de sus deliberaciones el Grupo de Estudio preparó el informe que se transmite al Consejo como anexo al presente documento.

Anexo

*/ Serie de Informes Técnicos Nos. 109, 1956 y 212, 1961.

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE ADIENTRAMIENTO DE PERSONAL AUXILIAR EN SALUD PUBLICA

MEXICO, D.F. MEXICO

27 de Marzo a 1° de Abril, 1966

INFORME FINAL



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GRUPO DE ESTUDIO

PRESIDENTE

Dr. Agustín Díaz Esparza

Director de Educación Profesional en Salud Pública. Secretaría de Salubridad y Asistencia. MEXICO.

RELATOR GENERAL

Dr. José Ignacio Baldó

Supervisor del Departamento de Enfermedades Crónicas. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. VENEZUELA.

PARTICIPANTES

Sra. Ermengarda de Faria Alvím

Jefe del Sector de Enfermería. Fundación Servicio Especial de Salud Pública. BRASIL.

Dr. Guillermo Raúl Jáuregui

Director General de Servicios Asistenciales y Promoción de la Salud Pública de la Nación. ARGENTINA.

Dr. Miguel Kourany

Jefe Nacional del Servicio de Laboratorio de Salud Pública. PANAMA.

Dr. Mario León Ugarte

Director, Escuela de Salud Pública. PERU.

Dr. Conrado Ristori Costaldi

Jefe del Departamento Técnico del Servicio Nacional de Salud. CHILE.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Sra. Agnes W. Chagas

Asesora Regional en Educación de
Enfermería. OSP.

Dr. Carlos Díaz Coller

Jefe del Departamento de Educación
Profesional. OSP.

Dr. Branko Kesić

Director de la Escuela de Salud Pública.
Universidad de Zagreb. YUGOSLAVIA.
Consultor.

Dr. Ramiro Martínez Silva

Asesor Regional de Laboratorios de
Salud. OSP.

Ing. Edison Rivera Castaing

Jefe-Coordinador, Oficina de Planifi-
cación de Salud. Ministerio de
Salubridad Pública. COSTA RICA.
Consultor.

OBSERVADORES NOMBRADOS POR LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA:

Srita. Ma. Teresa García Contreras

Enfermera. Jefe, Programa Promoción
de Enfermería. Dirección de Educación
Profesional en Salud Pública.
Secretaría de Salubridad y Asistencia.
MEXICO.

Dr. Luis David Marcial

Asesor de la Dirección de Educación
Profesional en Salud Pública. Secre-
taría de Salubridad y Asistencia.
MEXICO.

INTRODUCCION

1. DATOS GENERALES SOBRE EL PROBLEMA

Se consideró necesario presentar primeramente algunos datos generales que dieran una idea del problema. Este se fundamenta en las necesidades de personal auxiliar tanto en las zonas urbanas como en las inmensas áreas de población rural que no disponen en la actualidad de ningún tipo, o que tienen servicios muy deficientes, de atención en el campo de la salud.

1.1 Demográficos

En 1962, en los países latinoamericanos dentro de un vasto territorio de unos 20.537.000 kilómetros cuadrados, había unos 215 millones de habitantes, aproximadamente 10 por Km², mientras que en 1950 había alrededor de 162 millones. Este aumento explosivo de la población, que alcanza a 2,8% al año, aproximadamente, debe atribuirse a una natalidad muy alta, de más de 40 por mil habitantes en la mayoría de los países y a tasas de mortalidad cruda relativamente bajas, alrededor de diez. A pesar del rápido aumento de la población, los países de la América Latina están todavía escasamente poblados.

Los pueblos de la América Latina están constituidos por poblaciones muy jóvenes, en las cuales los grupos de edad de 0-14 años representan el 45% de la población y el grupo de 65 años de edad y más comprende sólo del 2 al 4% de la población total.

Existe en toda Latinoamérica una rápida migración de la población rural a las ciudades, lo que acarrea graves problemas sociales, económicos, educativos y de salud. Por otra parte, la población rural vive en pequeños caseríos dispersos en zonas muy extensas con malas vías de comunicación que se empeoran durante las largas estaciones de lluvia y de sequía.

1.2 Economicosociales

El alto porcentaje de analfabetismo, que en ciertos países alcanza hasta el 50%, constituye un grave problema en lo que se refiere a la ignorancia en materia de salud. Entre los problemas sociales más importantes figura el de la infancia abandonada, debido a una cantidad muy grande de hijos ilegítimos que en algunas zonas llega hasta más del 50 por ciento.

No puede dejar de mencionarse el alcoholismo.

La baja renta nacional, que oscila según los países desde EUA\$117 hasta EUA\$585 per capita, se agrava aún más debido a una distribución desigual. Las economías nacionales, a pesar del potente desarrollo industrial en algunas zonas, no proporcionan suficientes plazas nuevas de trabajo para satisfacer las necesidades de las poblaciones que crecen rápidamente.

1.3 La salud

En cuanto a problemas de salud, por todo lo relativo a las malas condiciones ambientales en las áreas rurales, privan las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo, con las diferentes formas de disentería, así como la mayor parte de las enfermedades de las regiones tropicales. La mortalidad infantil y la tuberculosis, aunque en descenso, siguen constituyendo serios problemas. En relación con el creciente urbanismo existen problemas de salud como en los países desarrollados, en lo relativo a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, y accidentes.

1.4 Los servicios

Para hacer frente a los problemas mencionados, hay un factor positivo de primera importancia y es que en los países de Latinoamérica todos los Gobiernos están actuando intensa y tenazmente conforme al principio de que el Estado es el responsable de la salud del pueblo.

En todos los países latinoamericanos el servicio de salud está gobernado por Ministerios o Secretarías de Salud Pública, con tendencia muy marcada hacia la centralización de la administración. Pero en algunos de estos países se están realizando esfuerzos en el orden estatal, departamental y aun distrital para descentralizar la administración de la salud y transferir la responsabilidad a los servicios locales. Los mayores obstáculos se presentan cuando se intenta unificar dentro de un solo servicio de salud las diferentes entidades que se ocupan de prestar atención médico-sanitaria.

En 1962, las estructuras sanitarias en 17 países contaban con 10.473 centros de salud. Una característica común es un número relativamente bajo de camas de hospital que oscila desde 1,8 hasta 6 por mil habitantes.

1.5 El personal

Los trabajadores sanitarios con preparación completa escasean en todos los campos y en sus diferentes categorías; en algunos de ellos la escasez es sumamente aguda e imposibilita la expansión de los servicios de salud. En muchos servicios de salud, en casi todos los países

latinoamericanos, existe un alto porcentaje de trabajadores sanitarios auxiliares sin adiestramiento alguno, lo que afecta en varios de ellos las recientes tendencias para llevar a la práctica los programas de planificación nacional de la salud en forma racional.

La distribución de personal es otro de los problemas que se podría poner de manifiesto considerando el caso del médico, uno de los profesionales de salud bajo cuya supervisión actúa un numeroso grupo de personal auxiliar. Si bien el número de médicos en la América Latina asciende a 134.000, o sea aproximadamente un médico por 1.800 habitantes, su distribución es inadecuada, lo cual crea una situación sumamente desfavorable. En efecto, más de la mitad de los médicos (54%) vive en las grandes ciudades y el remanente (46%) tiene que atender al 79% de la población restante (4).

Como conclusión de lo expuesto, se hace evidente que el adiestramiento de auxiliares de salud en el presente constituye una prioridad impostergable a considerar en los planes de salud en la mayoría de los países de América Latina.

2. DEFINICION

Auxiliar de salud es un trabajador retribuido que forma parte del equipo de salud, sin título profesional, y que ha sido especialmente adiestrado para asumir responsabilidades definidas bajo la dirección y supervisión de un profesional del mismo campo.

Se consideró que esta definición es más adecuada que la propuesta por el Comité Administrativo de Coordinación de la Organización de las Naciones Unidas (2), pues introduce la noción del adiestramiento especial. Dicha definición dice así: "La expresión 'trabajadores auxiliares' se emplea... para designar a un trabajador retribuido que, sin poseer todos los títulos profesionales exigidos en una especialidad técnica determinada, colabora con un profesional y actúa bajo su dirección".

3. FUNDAMENTOS

El Grupo de Estudio consideró indispensable dejar muy claramente establecido el criterio que sustenta sobre el sistema de trabajo con personal auxiliar en el campo de la salud.

3.1 El pilar fundamental en que descansa la utilización de personal auxiliar es la existencia de una estructura de servicios de salud organizados, que provea posibilidades continuas de Adiestramiento, Supervisión y un sistema de Referencia o Canalización de Casos.

Se expresó el convencimiento de que era oportuno dejar categóricamente sentado ese principio de doctrina, porque se ha observado en

los últimos tiempos una tendencia a considerar--dada la gravísima situación existente en muchos países latinoamericanos en el campo de la atención de la salud--que pudieran funcionar auxiliares como elementos autónomos y sustitutivos. Por el contrario, los auxiliares son parte del equipo de salud y no sustituyen a otro personal.

3.2 Como una consecuencia de lo expuesto anteriormente, se considera necesario que todo profesional de la salud esté en condiciones de poder utilizar tan necesario e importante recurso de trabajo. Esto va a permitirle extender su campo de acción con economía y mejor aplicación de sus esfuerzos, los que se orientarán hacia un mayor rendimiento. Para poder lograr este objetivo se requerirá que la formación del profesional, desde el pregrado, incluya los componentes básicos de materias de salud pública, en particular administración sanitaria, epidemiología, estadística, saneamiento ambiental y ciencias sociales.

Para corregir la deficiente formación que hasta el presente ha tenido la preparación de los profesionales de salud en ese aspecto, habrá necesidad de llevar a cabo en Latinoamérica cursos breves, debidamente programados, que incluyan los conocimientos básicos administrativos y también lo fundamental de aquellas disciplinas que se van a necesitar, orientadas en un sentido sanitarista.

3.3 Se considera necesario que el servicio que se preste por medio de auxiliares en el terreno de la salud sea permanente e integral; por consiguiente, ha de comprender la parte preventiva y la curativa.

En el caso de la atención médica habrá que adiestrar auxiliares en procedimientos relacionados con los tratamientos de aquellas enfermedades frecuentes, fácilmente reconocibles, y para las cuales se pueden aplicar medidas terapéuticas sin riesgo, hasta el momento en que llega el médico o se refiere el caso a este, si fuere necesario.

3.4 El Grupo de Estudio entiende que al hablar de personal auxiliar en salud quedan comprendidos los auxiliares de los otros profesionales que con el médico se ocupan de la salud, como son los dentistas, enfermeras, farmacéuticos, veterinarios, estadísticos e ingenieros así como el personal auxiliar de ciertas especialidades médicas que se han diferenciado, tales como los laboratoristas de diversa índole y aquellos que se relacionan con el campo de la rehabilitación.

Por la importancia que tienen para la salud las ciencias sociales, requiere mencionarse el variado grupo de auxiliares de los diferentes profesionales de estas ramas que participan en la solución de problemas de salud, así como los que desempeñan funciones administrativas.

Como se ve, no se menciona ese tipo de trabajador sanitario designado "Ayudante médico" que en algunos países se encuentra

sustituyendo al profesional, pues no se considera que en América Latina tenga cabida.

3.5 Aun con el aumento de profesionales debe saberse que la preparación de personal auxiliar es una tarea continua y que se seguirán necesitando auxiliares en mayor número, como lo demuestra la experiencia de países desarrollados.

3.6 Se considera que cualquier programa de salud que se realice por medio de personal auxiliar debe comprender por lo menos un programa mínimo de acción social, que propenda al mejoramiento de la comunidad, por lo que se recomienda la coordinación del trabajo con elementos dependientes de otras instituciones, tal como los promotores de bienestar comunal, educadoras del hogar campesino, maestros, etc., así como con las agencias de índole privada.

De tal manera se conseguirá estimular a la comunidad y a sus líderes a fin de que propenda por sí misma a dar aquellos pasos que conduzcan a su mejoramiento economicosocial.

3.7 Es conveniente tener en cuenta que mientras menor diferencia exista entre los patrones culturales de los trabajadores auxiliares en salud y la población a servir, mayor será la efectividad de dichos trabajadores.

Comentarios

Se hará referencia sólo a los puntos que conviene ampliar.

Ya que la estructura de servicios organizados de salud es la condición sine qua non que permite el empleo de personal auxiliar, es necesario describir el esquema más conveniente.

A este respecto dice el Dr. Kesić en el documento de trabajo preparado para esta Reunión (1): "El Centro de Salud con sus Centros de Salud subsidiarios y Estaciones Sanitarias representa, desde el punto de vista de la administración sanitaria, la única entidad responsable de la salud total del pueblo en una región determinada. Las actividades de ese Centro de Salud, con sus Centros Subsidiarios y Estaciones, debe fundarse en los principios de la medicina integrada. El Centro debe abordar todos los problemas de salud, ya sea que se refieran al individuo, a la familia o a la colectividad en su conjunto, desde los puntos de vista curativo, preventivo y social". Más adelante puntualiza lo que caracteriza los tres niveles en cuanto al personal de que disponen, su interdependencia y las funciones del personal auxiliar.

En el Centro de Salud mayor habrá trabajadores profesionales de tipo general y especial y allí los auxiliares servirán de ayudantes dentro de los equipos de trabajo.

En el Centro de Salud menor, que es subsidiario del anterior, habrá sólo personal profesional de salud con preparación general, es decir, médicos generales y enfermeras, donde la utilización de auxiliares permitirá ampliar las actividades en diversos campos de acción.

En las Estaciones Sanitarias, de nivel inferior o periférico, se contará únicamente con trabajadores auxiliares con responsabilidades definidas respecto a la atención fundamental de la salud.

Agrega el Dr. Kesić: "Un sistema así de organización sanitaria permite una supervisión continua del trabajo de auxiliares y la remisión de casos de la categoría inferior a la superior".

Este esquema de organización se ha experimentado en algunos países latinoamericanos. Para señalar la interrelación entre los tres niveles en lo que se refiere a supervisión y referencia, estos se han denominado las Redes Primaria, Secundaria y Terciaria.

Se prepara al médico general en cuatro meses de posgrado, con un programa que comprende las materias básicas de salud pública y las materias clínicas más necesarias. Así se sirve el nivel intermedio, entidad sanitaria integrada por uno o más médicos, las enfermeras y los auxiliares de salud que trabajan en equipo.

Es evidente que cuanto más se desarrollen los Departamentos de Medicina Sanitaria y Social en las Escuelas de Medicina en Latinoamérica, mejor preparado estará ese médico general para dirigir al personal auxiliar de salud de todos los niveles.

4. ADIESTRAMIENTO

4.1 Entidad responsable

El Grupo estableció la conveniencia de que el control de la formación de personal auxiliar se realice en el Ministerio de Salud Pública, mediante un organismo de coordinación en que estén representadas todas las instituciones públicas o privadas que preparen personal auxiliar. Entre las funciones de este organismo coordinador estaría la responsabilidad de establecer normas con respecto a las funciones de cada tipo de auxiliar, requisitos de ingreso, programa y duración de los cursos. El Ministerio de Salud Pública sería el encargado de entregar los certificados y mantener el registro de este personal.

Las Escuelas de Salud Pública, donde las haya, pueden encargarse de la preparación del personal docente de los cursos, en colaboración con las instituciones de pedagogía locales.

No es recomendable que las Escuelas de Salud Pública y otros organismos de nivel superior mantengan cursos de auxiliares.

4.2 La duración de los cursos estará condicionada por la naturaleza del servicio al que será asignado el auxiliar y por el grado de escolaridad exigido. Se recomienda que esta escolaridad no sea inferior a la terminación de la instrucción primaria o elemental.

4.2.1 Cualquiera que sea la duración de los estudios, debe darse mayor énfasis a la coordinación teórico-práctica en la primera fase del curso. Deben impartirse conocimientos y destrezas basados en el principio de "aprender ejecutando", teniéndose siempre presente la necesidad de que las enseñanzas técnicas se mantengan en un nivel de comprensión al alcance del grado de escolaridad exigido.

La mayor parte de la enseñanza se debe impartir en el local de trabajo: salas de hospital, centros de salud, laboratorios, consultorios o en el terreno. Sólo deben emplearse las salas de clase y de demostraciones para iniciar al alumno en una nueva técnica o procedimiento, para seminarios, discusiones en grupo, y otras formas de transmisión de la palabra viva del profesor al alumno. Un período concentrado de adiestramiento en el terreno generalmente sigue a la parte teórico-práctica; constituye un sistema de trabajo práctico organizado que se lleva a cabo en los correspondientes servicios, bajo la orientación y supervisión permanentes de profesores e instructores competentes.

Cada curso debe estar bajo la dirección de un profesional.

Se recomienda que el número de alumnos en cada curso no sea demasiado grande. Además se recomienda subdividirlos en grupos pequeños para demostraciones, trabajos prácticos, etc., con el objeto de no sacrificar la atención personal del alumno.

Los cursos pueden ser desarrollados por equipos de instructores que se desplazarán a los sitios donde se necesite personal, o por los profesionales responsables de los servicios, luego que hayan recibido orientación sobre métodos de enseñanza.

En la aplicación de los métodos de adiestramiento, un aspecto muy importante es la provisión de manuales y otros materiales escritos. Todo material escrito debe estar en concordancia con los programas de enseñanza y redactarse en tal forma que se adapte al grado de instrucción de los alumnos y resulte útil a los trabajadores sanitarios-auxiliares, como guía para su trabajo futuro.

4.2.2 Cuando sea posible, se reconoce la conveniencia del adiestramiento en conjunto de auxiliares de disciplinas distintas en determinados aspectos comunes de sus respectivos programas, a fin de fomentar el espíritu de equipo.

Se estima también que, cuando existen distintas actividades dentro de la misma disciplina, realizadas por diversos tipos de auxiliares,

debe en lo posible dárseles una formación básica común, con especialización posterior, según sea necesario. Si el grado de instrucción básica es muy bajo se justifica, sin embargo, un adiestramiento en cursos totalmente separados para cada actividad.

4.3 Lugar de adiestramiento

4.3.1 Se reconoce la conveniencia de realizar el adiestramiento en una localidad de la región donde trabajará el auxiliar, siempre que esta cuente con los recursos humanos y materiales necesarios y que el número de auxiliares que debe prepararse lo justifique.

Otra alternativa es el adiestramiento en un centro urbano vecino, que reúna las condiciones necesarias. En las capitales o localidades más grandes, puede ser conveniente mantener cursos fijos que funcionen permanentemente, a fin de adiestrar auxiliares para todos los servicios de salud. En estas condiciones se puede considerar el adiestramiento en un solo centro, realizando la parte práctica en los distintos servicios de salud de la ciudad que necesiten personal.

4.3.2 Alojamiento. La manera de resolver el problema del alojamiento de los alumnos durante los cursos varía según las condiciones locales de cada país. En ciertos casos se ha comprobado que es preferible dejar al alumno en libertad de procurarse su alojamiento, entregándole los recursos económicos necesarios para ello.

4.4 Cursos de actualización

Además de los cursos básicos, se deben mantener programas periódicos a fin de repasar los conocimientos e introducir nuevas técnicas.

5. SELECCION DE PERSONAL

El buen éxito de un plan nacional de salud tiene que garantizarse mediante un programa amplio de adiestramiento en el cual la selección de personal tenga fundamental importancia. Debido a múltiples condiciones, el problema no puede solucionarse tomando como base un patrón universal aplicable a todos los países de las Américas. Sin embargo, deben considerarse ciertos aspectos básicos mínimos e indispensables.

5.1 Cuerpo docente

La selección cuidadosa del profesorado debe tomar en cuenta las siguientes condiciones:

- i) formación académica del profesor. Grado profesional;
- ii) competencia técnica en las materias que enseñe;

- iii) aptitud y formación pedagógica;
- iv) conocimiento de las condiciones locales donde el alumnado desempeñe sus funciones;
- v) en los puestos al nivel superior, aceptación del cargo a dedicación exclusiva.

La persona responsable de la enseñanza de auxiliares debe poseer calificaciones académicas superiores en las disciplinas que enseñe. Se procura obtener la colaboración de personal técnicamente capacitado en campos afines, con el objeto de complementar la formación de auxiliares.

Puede designarse como colaboradores en la docencia a ciertos auxiliares cuya experiencia contribuya a la formación práctica del alumnado.

El Director de la Escuela o el Coordinador del curso debe ser un profesional con preparación académica, experiencia práctica en el terreno y a dedicación exclusiva.

Para el buen desarrollo del curso pueden delegarse funciones a personal de distinto nivel y disciplina.

La mayor parte de la docencia debe recaer en profesionales especializados en la rama que se enseña.

El cuerpo docente debe estar compuesto en su mayoría por profesionales a tiempo completo, pudiendo contarse además con colaboradores a tiempo parcial o circunstancial.

El docente debe tener conocimientos suficientes de las condiciones de salud de las comunidades donde los auxiliares han de realizar sus actividades, con el objeto de orientar la enseñanza a la solución de los problemas.

Debe haber un número conveniente de profesores para el desarrollo del curso, pero la proporción profesor-alumno estará condicionada por los recursos disponibles.

5.2 Alumnado

En lo que se refiere al alumnado no es posible establecer un modelo general para los países de América; sin embargo, en su selección deben considerarse ciertos factores, como los siguientes:

5.2.1 Alumnos nuevos

Los requisitos de escolaridad se ajustarán de acuerdo a las condiciones existentes en cada país. Se considera como el requisito mínimo haber terminado la enseñanza primaria, y el máximo no debe exceder de dos o tres años de enseñanza secundaria. Otros requisitos deben incluir:

salud y aptitud física reconocida por los exámenes pertinentes, personalidad, conciencia social, vocación, interés por el trabajo y sentido de responsabilidad.

La edad debe ser considerada en atención a los límites mínimos y máximos, que estarán subordinados a circunstancias de diversa índole, tales como tipo de trabajo, ocupación posterior y otros.

Otros factores que se pueden tomar en cuenta al seleccionar los estudiantes comprenden antecedentes escolares, resultados de exámenes psicotécnicos, referencias y entrevista personal.

Es deseable que el candidato proceda del lugar donde posteriormente ha de desempeñar su tarea.

5.2.2 Personal en servicio

Al seleccionar candidatos que van a participar en los cursos debe darse prioridad al personal ya empleado, sin adiestramiento o con adiestramiento parcial, que posea antecedentes de idoneidad suficientes. En estos casos no se tomarán en cuenta los requisitos relativos a la edad.

6. NUMERO NECESARIO Y UTILIZACION DEL PERSONAL

El Grupo de Estudio desea informar sobre la imposibilidad de establecer acuerdo en relación con el número de personal auxiliar que se requiere en los distintos campos de trabajo. Reconoce que no es aconsejable tratar de aplicar cálculos proporcionales para personal profesional, personal auxiliar y población servida, como se ha hecho en los países desarrollados en el campo de la salud. Son múltiples y demasiado complejas las variantes de los diversos factores que van a influenciar el establecimiento de los cálculos. Para no recordar sino algunos importantes, se mencionaron la intensidad de los problemas de salud, el grado de desarrollo en la estructura sanitaria existente, las condiciones economicosociales, la cultura, las distancias y posibilidades de comunicación, etc.

Se hicieron esfuerzos, ya que la resolución de la XV Reunión del Consejo Directivo se refiere a este punto, para establecer indicaciones aproximadas al respecto, pero sin obtener éxito.

6.1 Sin embargo se acordó que:

6.1.1 Es conveniente reconocer que los auxiliares adiestrados han adquirido una posición permanente y definida dentro del equipo de salud.

6.1.2 Es necesario que los países establezcan específicamente las funciones para cada tipo de auxiliar en el campo de la salud.

6.1.3 Se recomienda establecer una relación cuantitativa adecuada entre el número de auxiliares en un servicio o programa, y el número de profesionales que en estos servicios o programas puedan supervisarlos.

6.1.4 Aunque debe existir una estrecha relación entre el número de auxiliares que se requiere y la población a ser atendida, este factor-- el número de habitantes--no debe ser el único término de referencia. Los patrones culturales y el nivel económico de las comunidades y grupos deben ser tomados en cuenta para determinar el número que se requiere de cada tipo de auxiliares adiestrados.

6.1.5 A efecto de fijar el número de personal auxiliar que deba ser adiestrado en un país, se considera indispensable llevar a cabo un censo de recursos humanos en el campo de la salud, lo que permitirá conocer el déficit existente.

6.1.6 En última instancia, los recursos financieros y los programas que figuran en el plan nacional de salud en los que este personal deberá ser utilizado, serán los que determinen el número y tipo de auxiliares que será adiestrado.

6.2 En la actualidad la mayoría o todos los países utilizan los servicios de cierto número de personal sin adiestramiento, en el que se distingue un grupo que reúne los requisitos exigidos para los cursos regulares de adiestramiento. Se le debe conceder prioridad a este personal cuando se seleccione aquellos que van a recibir preparación formal.

Se recomienda que, en el caso de personal auxiliar actualmente en servicio que no reúne los requisitos para recibir adiestramiento formal, las propias instituciones que los emplean organicen ciclos de adiestramiento en servicio.

El Grupo reconoció que hay más ventajas en la preparación general del auxiliar dentro de su campo de actividades, que en una preparación especializada en un sector de dicho campo. Esto último sería aceptable sólo cuando se tratara de programas muy específicos de carácter temporal.

6.3 Las disposiciones legales y administrativas deben ser lo suficiente flexibles para permitir el establecimiento de los tipos de personal auxiliar que se requiere para un desarrollo normal de los programas actuales.

Se recomienda la formulación de manuales explícitos, a fin de que la función que debe desempeñar el auxiliar respectivo esté claramente definida y delimitada. Los manuales también deben expresar los límites dentro de los cuales el auxiliar ejercerá su función, así como la descripción de los procedimientos y técnicas.

Cada país debe establecer el tipo de documento que certifique el adiestramiento recibido por el auxiliar, y organizar el procedimiento administrativo para el correspondiente registro.

El adiestramiento recibido por el auxiliar se le debe reconocer por medio de una adecuada categoría en el escalafón vigente en la administración donde sirva.

7. SUPERVISION Y EVALUACION

El Grupo concedió la máxima importancia a la supervisión y evaluación en el proceso de adiestramiento del personal auxiliar.

7.1 La supervisión implica no sólo conocer, examinar y juzgar la calidad de un trabajo sino también sugerir las modificaciones o ajustes que sean necesarios. Es un proceso educativo, activo y continuo, de interrelación constructiva. Supone guía, orientación y reajuste, para llegar a ciertos objetivos o para satisfacer un propósito determinado. Concurren a ello tres elementos:

i) La institución de salud que tiene una política dirigida hacia la satisfacción de su objetivo.

ii) El superior jerárquico, que tiene autoridad y responsabilidad directa sobre toda o parte de la estructura de la institución.

iii) El auxiliar, que tiene una función específica que desempeñar.

La supervisión debe ejercerla todo individuo que tiene una autoridad específica. Estimula el progreso técnico de la institución, liga directamente al superior con los subalternos y consolida la línea de autoridad, a la vez que la comunidad de propósitos.

La supervisión debe ejercerse en todos los niveles. Lo esencial del proceso se repite en cualquiera de ellos; lo que cambia es el contenido que representa en uno u otro la aplicación del proceso. Siempre se realiza de un nivel de la estructura al nivel inmediatamente inferior.

Cuanto más bajo es el nivel del personal, tanto más frecuente y acuciosa debe ser la supervisión. En el caso de los auxiliares debe ser periódica y lo más frecuente posible de acuerdo a las condiciones existentes.

Se recomienda a los Gobiernos que aporten los recursos humanos y materiales para realizarla en forma efectiva.

7.2 La evaluación es la apreciación de la capacidad y eficiencia derivadas de la observación del trabajo del auxiliar supervisado. Para tal efecto, deberá contarse con esquemas o pautas que faciliten un análisis objetivo.

Con relación a la evaluación de los programas de adiestramiento formal de auxiliares, se estima importante realizar visitas periódicas al personal adiestrado, en el sitio de trabajo, por miembros del equipo encargado de los cursos. Esto permitirá modificar los cursos de acuerdo con las necesidades reales.

También son útiles las entrevistas a los superiores jerárquicos del nuevo auxiliar y la realización de encuestas, de las que pueda desprenderse una información que contribuirá a la evaluación del adiestramiento y permitirá orientar y mejorar los futuros planes de enseñanza.

La evaluación, llevada a cabo por los supervisores, debe servir de base para la orientación individual y el desarrollo de los programas de educación en servicio.

7.3 Con el objeto de lograr una mejor calidad del trabajo de los auxiliares, se recomienda a los países establecer incentivos, dando oportunidad a los buenos auxiliares, cuando su escolaridad lo permita, de realizar estudios para alcanzar el nivel profesional.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. En vista de las condiciones demográficas, economicosociales, de salud, y de los servicios y personal de atención médica en América Latina, el adiestramiento de auxiliares de salud constituye una prioridad impostergable a considerar en los planes de salud en forma permanente.
2. La existencia de una estructura de servicios de salud organizados que ofrezcan posibilidades continuas de adiestramiento y supervisión de personal y referencia o canalización de casos, es indispensable para la utilización de auxiliares.
3. Deberá procurarse que los profesionales, que en tan variados tipos colaboran en los servicios de salud, reciban la debida formación a fin de que todos estén capacitados para trabajar con personal auxiliar.
4. La enseñanza se le debe confiar a profesionales competentes en su campo especializado, con formación en salud pública y preparación en pedagogía. La persona responsable del curso debe ser un profesional. Las Escuelas de Salud Pública, donde las haya, deben encargarse de la preparación del personal docente de los cursos.
5. Cualquiera que sea la duración de los cursos debe darse gran importancia a la práctica en servicio, y al trabajo de campo, teniéndose especial cuidado de que los conocimientos teóricos impartidos estén al alcance de la comprensión del alumno. Deben realizarse dentro de las condiciones más semejantes al medio en que el auxiliar vaya a trabajar, tanto para personal nuevo como para personal ya empleado que no esté adiestrado.

6. Las funciones de los auxiliares deben quedar claramente establecidas. Para ese fin, deben redactarse manuales que al mismo tiempo que sirvan para la docencia, delimiten los campos de acción dentro de los distintos niveles de adiestramiento que se establezcan en cada campo.
7. La selección del alumnado es de primordial importancia, siendo preferible que proceda de los lugares en que va a trabajar, y escogiendo aquellos que presentan los mejores informes de idoneidad y sentido de responsabilidad.
8. Se considera que cualesquiera que sean los factores reinantes, el requisito de la escolaridad no debe ser inferior a la terminación de la instrucción primaria.
9. Por razones que se exponen, no fue posible establecer conclusiones sobre el número necesario de personal auxiliar.
10. Sin una adecuada supervisión, la que también es necesaria para la evaluación, no es posible que funcione el sistema.
11. Se insiste de manera especial en la necesidad de presupuestos suficientes no sólo para el adiestramiento, sino para los gastos que acarrea la supervisión y para asegurar la utilización del personal auxiliar.
12. Se llegó a la conclusión de que todo lo relativo a la planificación y a la formación de personal auxiliar debería estar a cargo del Ministerio de Salud, mediante un organismo de coordinación que represente las distintas instituciones públicas o privadas que preparen este tipo de personal, a fin de llegar a establecer normas uniformes. De igual manera debería ser el Ministerio el encargado de entregar los certificados y mantener el registro de este personal.

REFERENCIAS

- (1) Dr. Branko Kesić. Adiestramiento y empleo de personal auxiliar de salud pública en la América Latina. Reunión sobre Adiestramiento de Auxiliares. México, D. F. México. 27 de marzo al 1º de abril de 1966. Oficina Sanitaria Panamericana. Documento mimeografiado, 45 págs., con anexos.
- (2) Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Tercer Informe. Organización Mundial de la Salud: Serie de Informes Técnicos. No. 109, 1956. 21 págs.
- (3) Empleo y Formación de Auxiliares de Medicina, Enfermería, Partería y Saneamiento. Noveno Informe. Organización Mundial de la Salud: Serie de Informes Técnicos. No. 212, 1961. 28 págs.
- (4) Salud: problemas, realizaciones y perspectivas (Documento presentado por la Organización Panamericana de la Salud a las Cuartas Reuniones del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) en Buenos Aires, Argentina, 15 de marzo al 1º de abril de 1966).