

Educación médica y salud



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

Educación médica y salud es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de
Educación médica y salud las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES
(ESCUELAS) DE MEDICINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA
DE AMERICA LATINA

El precio de la suscripción anual es EUA\$2.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; la *Gaceta*, revista trimestral ilustrada (español

e inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales*, *Publicaciones Científicas* y *Otras Publicaciones*).

Educación médica y salud

Volumen 9, Número 3
1975

Artículos

- 255 La salud por el pueblo—*K. W. Newell*
- 272 La formación del recurso humano y las necesidades de los servicios de salud—*Aldo Carlos Neri*
- 285 Training of Health Auxiliaries in the West Indies—*K. L. Standard and O. Ennever*
- 296 La enseñanza de la farmacología clínica en las facultades de medicina de la América Latina—*Antonio Barbera, David Mahan M. e Iara R. U. Garrafa*

Reseñas

- 311 Recursos humanos para la salud en los países de habla inglesa del Caribe—Educación y adiestramiento de personal auxiliar
- 318 Auxiliares de enfermería en Chile
- 325 Cursos de epidemiología y control de enfermedades transmisibles

Noticias

- 329 74^a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud
- 335 28^a Asamblea Mundial de la Salud

Libros

- 340 Publicaciones de la OPS y de la OMS

*Las opiniones expresadas en los artículos
y reseñas firmados que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores.*

La salud por el pueblo *

K. W. NEWELL¹

Como continuación de un estudio emprendido en colaboración con el UNICEF en 1974, la Organización Mundial de la Salud ha publicado una obra² en la que se describen los nuevos métodos adoptados en nueve países³ para prestar asistencia de salud a la población, especialmente la rural, con la participación de la colectividad. En el presente artículo se examinan algunas de las ideas expuestas en esa obra.

El 80% de los habitantes del mundo viven en el medio rural, con frecuencia asentados en pequeñas extensiones de terreno o formando parte de grupos sociales sumamente reducidos. Las regiones rurales difieren mucho por sus condiciones climáticas y topográficas: lo mismo sufren sequías que inundaciones, y sus pobladores suelen aguardar con fatalismo la catástrofe económica o ecológica, ignorando que si aunasen sus esfuerzos podrían cambiar su porvenir y evitar la amenaza del hambre y de la enfermedad.

A pesar de los grandes progresos realizados en lo que va de siglo, la mayoría de los habitantes de las zonas rurales del mundo carecen de alimentos suficientes para poder crecer y desarrollarse normalmente; en algunas colectividades, uno de cada cuatro niños muere antes de cumplir un año, y las enfermedades transmisibles, tanto epidémicas como endémicas, son una realidad cotidiana. Se calcula que más de las tres cuartas partes de la población rural apenas tienen contacto (o no lo tienen en absoluto) con las técnicas de salud de que tanto podrían beneficiarse.

*Trabajo publicado en la *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, Vol. 29: 171-178 (1975).

¹Director de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza.

²Newell, K. W., ed. *La salud por el pueblo*, Ginebra, OMS, 1975, 227 páginas. Precio: FR.s. 36.

³Cuba, China, Guatemala, India, Indonesia, Irán, Níger, Tanzania y Venezuela. Los proyectos emprendidos en algunos de estos países se describen sucintamente en un artículo también publicado en la *Crónica de la OMS*, 29: 179-200 (1975), basado en el estudio conjunto UNICEF/OMS.

Aunque no cabe duda de que la suerte de las poblaciones rurales ha mejorado, en muchas de ellas la situación sigue siendo intolerable. No existe un índice global que exprese el desamparo del medio rural. Las estadísticas de salud suelen ser incompletas e inexactas. La realidad es que siguen viéndose niños de vientre hinchado que juegan en el polvo, filas de mujeres que acarrear agua, y campesinos que escarban con palos sus miserables parcelas, que el desierto devora centímetro a centímetro. Sería muy fácil no hacer caso de estas escenas o, simplemente, abandonarse a la desesperación. Cualquier tentativa de calcular cuánto se necesitaría para proporcionar un mínimo de ayuda dará casi siempre la impresión de que nunca se dispondrá de recursos suficientes, y de que el problema es de tal magnitud que no parece haber ni lugar ni manera adecuados de iniciar la tarea. Hay quien dice que estas sombrías conclusiones no son fruto del pesimismo sino del realismo y que quizá haya que esperar todavía un siglo para poder pasar de la desesperación a la esperanza. Otros discrepan, afirmando que esos cálculos y criterios son el resultado de enfocar el problema unilateralmente sin tener en cuenta otros factores no cuantificables y haciendo caso omiso de lo que se ha hecho y se sigue haciendo en algunos lugares.

La salud por el pueblo, recopilación de trabajos que acaba de publicar la OMS, trata de las poblaciones rurales y, sobre todo, de la salud y la asistencia de salud de esas colectividades. La relación entre la salud y la desesperanza de las zonas rurales es muy compleja. La mala salud acentúa la desesperanza, pero la esperanza no surge necesariamente cuando la salud mejora. No basta combatir las epidemias y las endemias, la malnutrición y la alta mortalidad infantil y materna; el pueblo necesita que se le ofrezca esperanza y dignidad humana, como también necesita saber que hay posibilidades de progreso y de cambio y que, si se organizan mejor las cosas, puede asumir la responsabilidad de su propio destino.

Poco a poco nos vamos dando cuenta de que la acción de salud no es uno de los puntos de partida más importantes para lograr el cambio. Por diversas razones comprensibles, el personal de los servicios de salud ha intentado separar el "elemento de salud" de otros elementos del complejo socioeconómico. Pero hay pruebas de que muchos problemas de salud corrientes tienen sus raíces en diversos aspectos de la vida comunitaria y no pueden resolverse aplicando exclusivamente medidas de salud. Las intervenciones de otro tipo, en efecto, pueden ser un medio importante, y muchas veces el único, de elevar el nivel de salud de una población.

En ciertas regiones del mundo se ha aprendido esta lección a lo largo

de los últimos 25 años. Algunos gobiernos, así como ciertos grupos aislados, han intentado resolver el problema desde diversos ángulos. Algunos grupos han tratado de llevar los servicios, incluidos los de salud, desde la ciudad a la aldea, mediante "programas de extensión". Algunos gobiernos han procurado abordar la situación en su conjunto adoptando una serie de medidas correlacionadas de índole política, económica y social, mientras que ciertos individuos se han esforzado en iniciar las operaciones desde los propios poblados o aldeas, utilizando como estímulo los beneficios de la salud o los resultantes del progreso. El personal y las técnicas de los servicios de salud han aportado con frecuencia una importante contribución a estos éxitos. Pero hay distintas maneras de enjuiciar el éxito; lo que puede ser un éxito en ciertas condiciones o a los ojos de una persona determinada, puede asimismo resultar un fracaso en otras circunstancias o para otras gentes. En *La salud por el pueblo*, 10 grupos de personas describen lo ocurrido en sus lugares o países de origen y en todos los casos se exponen transformaciones espectaculares. Los métodos utilizados no son siempre los mismos y los resultados varían de un caso a otro; sin embargo, en todos se ha alcanzado el éxito. Estas victorias en la esfera de la salud se han ganado en muchas regiones geográficas, en países con sistemas políticos muy distintos y en algunas de las poblaciones rurales más pobres del planeta. Valiéndose de técnicas de salud sencillas y ampliamente aceptadas, incluso corrientes, y proporcionando alimentos, instrucción y ayuda para mejorar la productividad, se ha mejorado tanto la salud de las colectividades que parece inevitable sentirse optimista en cuanto a las posibilidades de que las cosas sigan cambiando. Pero también se impone cierta cautela; algunos de los autores, en efecto, procuran recordar al lector, amablemente pero con firmeza, que para entender sus logros hay que empezar por aceptar las metas que se habían fijado. Son esas unas metas mucho más generales que las corrientes y van desde la salud como un derecho político y social hasta la salud como expresión o consecuencia del normal funcionamiento de una colectividad bien instruida. Desde este punto de vista, los autores se colocan al margen de quienes solo pueden enjuiciar los éxitos por medio de indicadores tales como la mortalidad infantil, la morbilidad o el número de inmunizaciones practicadas. No niegan por eso que los niños necesitan comida, que hay que asistir a las embarazadas en el momento del parto, que las vacunaciones son útiles para prevenir las enfermedades ni que es necesario tratar a los enfermos. Subrayan por el contrario que todas esas son formas de acción colectiva que se desarrollarán inevitablemente en el momento en que se proceda

con sentido común y no se descuiden las cuestiones primordiales. Entre las grandes cuestiones aludidas figuran: productividad y recursos suficientes para que la gente pueda comer y educarse; cierto sentido de la responsabilidad y de la dedicación a la colectividad; organización funcional de la colectividad; autosuficiencia en todas las cuestiones importantes, de modo que solo haya que confiar en los recursos exteriores en casos imprevistos; sentimiento de pertenecer a una colectividad con características exclusivas, con el orgullo y la dignidad personales y de grupo consiguientes; y, por último, la sensación de que existe una verdadera unidad entre la gente, el país, el trabajo y el hogar.

Puede que haya quienes piensen, en el sector salud, que esas ideas son extrañas, discutibles o absurdas. Pueden tacharlas de más filosóficas que prácticas. Pueden considerarlas presuntuosas, puesto que lo abarcan todo mientras que, por nuestra formación, solo estamos capacitados para la "salud". Pueden ser mucho más difíciles de poner en práctica que la lucha contra la malaria o que el abastecimiento de agua. Hay que hacer un esfuerzo consciente para aceptar esas ideas como valores esenciales o para reconocer que sin ellas se va al fracaso. Resulta fácil decir que lo que necesita un niño mal nutrido es comida y que el desarrollo de la colectividad es un mecanismo que puede utilizarse para obtenerla. Más difícil es afirmar que la meta es el desarrollo de la colectividad y que, durante el proceso de desarrollo, las colectividades encuentran el medio de que los niños tengan comida. Se trata de conceptos diferentes. La forma en que se ayuda a cambiar las cosas y se obtienen los resultados puede depender, en grado importantísimo, del enfoque que se dé al problema.

Los ejemplos de este libro se pueden leer de forma completamente distinta y utilizarlos como fuente de información sobre las modalidades de asistencia primaria de salud empleadas en varias situaciones muy diferentes. En ese caso, todos los estudios presentan caracteres notablemente homogéneos. En todas esas sociedades, antes de que se iniciaran los cambios siempre había *algo* o *alguien* que se ocupaba de la asistencia primaria de salud. Había personas que atendían a los enfermos y a los partos, y la gente obtenía agua, hubiese o no una organización oficial para ello. Hay una gama de sistemas de salud indígenas o no occidentales que van desde aquellos en que la madre o la suegra asisten a la embarazada, o en que los enfermos recaban el consejo de una mujer o un hombre con experiencia, hasta los conjuntos complejos y bien establecidos de conocimientos y experiencia típicos de la China y la India. Aun reconociendo su utilidad, algunos de esos sistemas pueden resultar fragmentarios e ineficaces para resolver ciertos

problemas o por sus efectos sobre la morbilidad y la mortalidad. En la mayoría de las sociedades, una persona puede además recibir tratamiento médico de tipo occidental a condición de que disponga de dinero suficiente, esté dispuesta a recorrer la distancia necesaria y acepte el correspondiente reajuste de tipo cultural. Conviene señalar que, en todos los ejemplos descritos en este libro, el nuevo sistema de asistencia primaria de salud estaba vinculado al sistema indígena o trataba de desempeñar unas funciones de características sociales similares a las de los sistemas existentes. De ese modo, el nuevo sistema no trata de suplantarlo ni de destruir el antiguo, sino de readaptarlo mediante la adición de algunas cualidades y técnicas nuevas, sirviendo de nexo entre el presente y el pasado.

En los ejemplos presentados encontramos otras semejanzas. En cada uno de los países o zonas lo primero que se ha hecho ha sido adiestrar, reforzar o reconocer una organización de la colectividad local. Estas organizaciones tenían cinco funciones esenciales: establecer un orden de prioridad; organizar la acción común en lo tocante a los problemas que el individuo no puede resolver por sí solo (v.g., el abastecimiento de agua o el saneamiento básico); “reglamentar” el servicio primario de asistencia de salud mediante la selección, el nombramiento y el “reconocimiento oficial” de los trabajadores primarios de salud; contribuir a la financiación de los servicios, y vincular las actividades de salud a los objetivos más generales de la colectividad.

Otro rasgo común es la utilización de un trabajador de salud de tipo primario, que no corresponde a la descripción corriente del médico o de la enfermera. Muchas veces se trata de una persona de la misma comunidad escogida por la población y adiestrada sobre el terreno durante un corto período (que puede ser, inicialmente, de tres a cuatro meses tan solo), de un voluntario no remunerado o de una persona mantenida total o parcialmente por la gente de la localidad mediante pagos en dinero o en especie, y que se encarga de fomentar la salud y de prestar asistencia preventiva o curativa. Los distintos autores describen al trabajador primario de salud como una de las claves del éxito, no solo por lo económico que resulta, sino porque se trata de personas aceptadas por la población y que están en mejores condiciones que nadie para hacer frente a los problemas locales y porque se encuentran ya en el lugar. El trabajador primario de asistencia de salud no anda mariposeando de un lado a otro, sino que se encuentra allí en el momento en que hace falta y también más tarde, para vivir los resultados de lo que ha hecho. Además, si hace falta se puede prescindir de él, o se le puede reemplazar.

Las relaciones entre el trabajador primario de salud y el resto de los servicios de salud merecen estudio aparte. En algunos de los ejemplos, como en el caso de China, el trabajador de salud, hombre o mujer, es un auténtico miembro de la colectividad y no de los servicios de salud. En otros, como ocurre en Irán, constituye la prolongación periférica de la estructura de los servicios de salud. En otros muchos desempeña una doble función—procede de la comunidad y depende de ella, pero es asimismo miembro del servicio de salud—y constituye un verdadero vínculo intermediario entre la comunidad y los servicios. En todos los ejemplos presentados, el trabajador primario de salud es el responsable del envío de los enfermos a instancias asistenciales más especializadas y es el destinatario del adiestramiento, la ayuda, los medicamentos, los equipos y las ideas que llegan a la colectividad.

Ya no cabe la menor duda de que estos trabajadores primarios de salud pueden actuar con eficacia y competencia suficientes y que no necesitan ser médicos ni enfermeras del tipo conocido hasta ahora. Cabe incluso decir que es preferible que *no* tengan la formación típica de esos profesionales. Ello no significa, ni mucho menos, que los médicos o las enfermeras resulten anacrónicos en otras partes de los servicios de salud, sino que sirve más bien para poner de relieve una vez más la necesidad de que se examinen de nuevo las funciones del médico y de la enfermera, y de que se apliquen criterios muy rigurosos para la selección y la formación de unos profesionales tan costosos. Es evidente que una revisión como esa entraña grandes dificultades, pero, por muy urgente que sea este problema, siempre será posible esperar si se acepta que el trabajador primario de salud puede actuar eficazmente como el elemento básico del servicio primario de asistencia de salud.

En ninguno de los ejemplos presentados se establece una separación entre las actividades de fomento, las de asistencia preventiva o las de asistencia curativa de los servicios primarios de salud, lo que no parece ser casual ni tampoco deberse a una selección intencionada de los ejemplos expuestos. En muchas sociedades de tipo occidental, las personas que prestan servicios curativos lo hacen por propia iniciativa, mientras que los servicios de tipo preventivo y de desarrollo suelen tener una base social. En cierto sentido, podría decirse que se trata de un accidente histórico, así como del resultado de un sistema en el que los servicios curativos pueden depender de los seguros o de la clase económica y social, y en el que se sigue concediendo la máxima importancia al tratamiento de las enfermedades agudas. Pero con la difusión de los planes nacionales de seguros o el aumento de la cobertura de los servicios nacionales de salud deja de tener sentido la

primera de las razones que justificaba la separación entre servicios preventivos y curativos, mientras que la segunda desaparece también al aumentar la importancia proporcional de los riesgos que requieren intervención desde las fases iniciales (tanto si se trata de la hipertensión como de la subnutrición o de la obesidad). Si realmente fuesen esos los factores dominantes, lo que resultaría anacrónico sería la distinción del tipo occidental y habríamos de buscar las razones de que exista tal separación. No hay ninguna razón que parezca muy convincente.

El enfoque de "salud total" no significa en modo alguno que se hayan de integrar en una sola persona todas las actividades de salud que se realicen en una localidad. Toda una serie de factores de carácter cultural y de otros tipos hacen que en algunas sociedades sea preferible encargar a las mujeres las actividades de planificación de la familia o la asistencia a las embarazadas, por ejemplo, mientras que los hombres se ocupan de otras tareas. Vemos, por otros ejemplos, que muchas aldeas son heterogéneas y que no basta con un solo trabajador primario de salud para desempeñar una determinada función en los diferentes sectores de una misma colectividad. Así se pone claramente de manifiesto la necesidad de que cada país o cada colectividad halle sus propias soluciones, pero, en cambio, ningún argumento milita a favor de la separación de los servicios preventivos y curativos. Algunos de los autores del libro hacen valer que lo primero que la gente quiere son servicios curativos (cuando los problemas de salud figuran entre los más importantes) y que solo después se comprenden y se solicitan los servicios preventivos. En este caso, los servicios curativos pueden servir de punto de partida y cabe utilizarlos para recabar el apoyo financiero local en favor de otro programa de base más amplia. Pero esto puede dar lugar a confusiones. Los ejemplos expuestos consisten en todos los casos en empresas basadas en los esfuerzos de la colectividad y no de los individuos para proteger la salud de la población local. En muchos casos se pueden remunerar individualmente los servicios prestados, pero es la colectividad en pleno quien ha de decidir la naturaleza y el carácter del servicio. En el ejemplo de Indonesia se revela claramente la forma en que este proceder vincula los servicios curativos a los preventivos; se trata de un caso en que el grupo de usuarios salvó una mutualidad insolvente, porque comprendieron las razones de una demanda excesiva y a continuación se puso en marcha una acción colectiva de prevención. Se podrían citar muchos ejemplos similares en China y otros lugares.

Los argumentos en pro de la vinculación de las actividades preventivas, curativas y de fomento son convincentes, mientras que las razones para vincular la financiación a los servicios no están tan claras.

El ejemplo de Guatemala encarece la necesidad de que un servicio sea autónomo gracias a los pagos que se le hagan, pero el autor acepta el principio de pagos diferentes según la riqueza, y examina las relaciones financieras existentes entre la salud y las cooperativas agrícolas. En los planes de la India y de Indonesia se utilizan los fondos recibidos como pago por servicios curativos para subvencionar un fondo de salud común, pero también se obtienen beneficios de las tierras comunales, de los rebaños cooperativos de cabras y de otras fuentes. En Irán, es el Estado quien paga a los trabajadores primarios de asistencia de salud, pero la propia colectividad contribuye con una parte de las instalaciones y otros elementos. Aun con estas observaciones fragmentarias, se obtiene la impresión de que la financiación de la asistencia primaria de salud no debe considerarse aisladamente, sino que ha de formar parte del problema más complejo de recaudar recursos y aplicarlos al desarrollo de la colectividad en su sentido más amplio.

Se ha dicho ya muchas veces que la asistencia primaria de salud tiene que bastarse a sí misma y se han aducido para ello multitud de argumentos. Se ha dicho que en la mayoría de los países no hay dinero suficiente para pensar en otra solución, y que para que se atiendan las necesidades más urgentes de una colectividad lo mejor es que sea la propia población la que reúna y utilice los fondos necesarios. Pero para que esos argumentos sean válidos es preciso que las zonas rurales dispongan de bastantes recursos, que los costos del servicio sean suficientemente bajos y que se puedan obtener de alguna forma los fondos precisos para las inversiones iniciales de capital. Ninguno de los ejemplos que nos ocupan ha sido presentado de tal forma que se puedan evaluar debidamente esos factores, si bien cabe suponer que dichos servicios pueden alcanzar la autarquía al cabo de cierto tiempo, después de haber hallado fondos para los gastos iniciales de desarrollo e inversiones de capital. En algunos ejemplos de ámbito nacional, como los de Cuba, China y Tanzania, se procedió con este fin a una redistribución de fondos. En otros casos hubo un subsidio inicial de fuentes exteriores para la puesta en marcha y se llegó más o menos a la autosuficiencia en unos plazos relativamente cortos, de dos, tres o cinco años. Pero incluso en esos casos, el tipo y la extensión del servicio dependieron en parte de la productividad de la zona y de la importancia que atribuía a este la colectividad.

En lo que están más confusos los conceptos es en lo referente a la financiación; los problemas políticos, técnicos y de viabilidad se entremezclan aquí en el mayor desorden. Evidentemente, no cabe referir la financiación de la asistencia primaria de salud a una entidad

fiscal autónoma, como si ningún país dispusiera de recursos o de asignaciones de cualquier tipo para la acción nacional de salud. Una visión tan restringida sería concebible únicamente en algunos países donde solo se gasta una parte más pequeña de los recursos de salud para atender a las aldeas. Pero si se establece un servicio rural de asistencia primaria de salud dotado de amplia base y se financia principalmente con recursos locales, pueden resultar intolerables las tensiones de orden moral, político, etc. derivadas del hecho de que la población rural más pobre esté pagando sus propios servicios, mientras los fondos públicos se dedican a otros grupos más privilegiados o a la población urbana. Parece haber cuatro soluciones que guardan relación entre sí: 1) redistribuir más equitativamente los recursos de salud entre todos los sectores de la población; 2) establecer un programa de autoayuda y de autosuficiencia para todos los sectores de la población (tanto urbana como rural); 3) reservar una proporción mayor de los fondos nacionales de salud para los gastos de desarrollo y los desembolsos de capital destinado a los servicios primarios de salud; 4) reorganizar los servicios de salud existentes, sean oficiales o privados, con el fin de que puedan prestar una ayuda más directa a los servicios de asistencia primaria.

Las modalidades de aplicación de estas medidas son, por supuesto, de la incumbencia de los países mismos, los cuales deberán hacerlo de acuerdo con su propia tradición y su contexto político. En el ejemplo venezolano, se reasignaron recursos nacionales al programa de medicina simplificada y se designaron las clínicas que habían de recibir a los pacientes que les fueran remitidos. En Cuba se cambió totalmente el programa de edificaciones para que tuviese más carácter rural que urbano. En Níger se dio prioridad en todo el país a un nuevo programa de ayuda para la capacitación de los auxiliares que han de constituir el primer escalón al que se remiten pacientes. Para que la asistencia primaria de salud llegue a ser a la larga una realidad en las zonas rurales, es evidentemente necesario proceder a transformaciones radicales de carácter nacional, como las descritas, pero incluso en los planes destinados a las comunidades periféricas, a las aldeas, no se puede descuidar ni ignorar el vínculo con la política nacional. No se puede concebir el sistema de asistencia primaria de salud como un mero apéndice del servicio de salud existente. Si forma parte de la vida cotidiana de la mayoría de la población y si verdaderamente está destinado a servirla, tiene que llegar a ser algo principal y no accesorio.

Algunos de los ejemplos presentados aquí son indudables "éxitos", si bien hay que enjuiciarlos con cautela. Muestran que el sistema primario de asistencia de salud se puede implantar en toda una serie de

colectividades muy diferentes, pero eso no quiere decir que todas las colectividades sean viables como tales colectividades. Algunos de esos ejemplos proceden de poblaciones marginales de regiones montañosas u otras zonas remotas o de países improductivos que, por lo demás, podrían ser productivos. Con organización y comprensión tan solo, no se consigue que unos campesinos sin tierras o unos agricultores que solo tienen un suelo pobre o seco alcancen la prosperidad y la autosuficiencia. A largo plazo es evidente que, desde el punto de vista económico y del desarrollo, algunas de esas colectividades no deberían ocupar el lugar donde se encuentran en unas tierras que solo podrían servir para pastos o para bosques. Esos estudios no demuestran que, con estos métodos, todas las comunidades pueden ser viables. En ninguno de ellos se plantea siquiera la cuestión primordial de la viabilidad social, problema que puede enjuiciarse a escala nacional o internacional. Se ha preguntado si puede existir una comunidad organizada de manera funcional y con una asistencia primaria de salud dentro de un sistema de distribución de tierras manifiestamente injusto o en una región que va transformándose en desierto. La respuesta ha de ser positiva, pero tendrá que tratarse, a lo sumo, de un mero paso en un proceso que termine por llevar a alguna de las posibles soluciones de la cuestión primordial. Si se inician las actividades en la forma descrita puede ocurrir que se resuelva antes el problema. Las posibilidades se verán con más claridad y los métodos utilizados tendrán más probabilidades de conducir a una evolución que a un cataclismo.

Todas las personas que han hecho aportaciones a este libro son médicos, si bien han llevado una vida que se sale de lo corriente y sus funciones actuales son distintas de las que normalmente suelen desempeñar las personas que han recibido la formación médica habitual. Quizá esto no sea de extrañar, por tratarse acaso meramente de una forma más de expresión de la influencia que ejercen las profesiones de la salud sobre las actividades en el sector salud. Pero se puede percibir cierta amargura en la descripción que hacen de sus vidas y de los intentos que realizan para formar e influir a sus colegas y a las enfermeras que trabajan con ellos. Se encuentran con que no tienen formación ni competencia suficientes para la labor que están realizando, y son muy pocos los que tienen acceso a otras personas a quienes puedan explicar las conclusiones que han sacado o a quienes incita a que emprendan trabajos del mismo tipo. No es nada seguro que estos dirigentes desempeñen su misión de desarrollo de los servicios de salud porque sean profesionales de salud. Quizá su aureola de médicos o de enfermeras les permita gozar de una mayor aceptación y confianza por parte de la población y puedan además servir de intermediarios entre el

pueblo y la administración. Los médicos y las enfermeras no son las personas idóneas para prestar la asistencia primaria de salud en las condiciones imperantes en gran parte del medio rural, pero pueden ser sus promotores; por consiguiente habrá que pensar que esas otras actividades deben confiarse a otros tipos de profesionales de salud distintos. Pero tampoco está demostrado que los profesionales de salud sean las personas más apropiadas para desempeñar estas otras funciones. Lo mismo que el trabajador primario de salud es más adecuado que el médico o la enfermera para la asistencia primaria de salud porque resulta menos costoso y es más eficaz, puede ocurrir que, en la práctica, convenga formar un tipo nuevo de personal no médico que resuelva mejor el problema del desarrollo de los servicios de salud y de su correspondiente personal.

Cualquiera que sea la solución, no cabe duda de que habrá que proceder a una reestructuración completa del sistema educativo de los servicios de salud, y no a una simple modificación. Hace falta algo mucho más fundamental que un nuevo plan de estudios para los trabajadores primarios de salud, un desplazamiento de las instituciones docentes hacia la periferia, o un nuevo género de médico o de enfermera orientados hacia la acción de salud en la colectividad. Para que el desarrollo rural y de la colectividad evolucione por una serie gradual de cambios, más que por saltos espasmódicos, las personas que se ocupan de la salud tendrán que ser capaces de cambiar, mejorar y adaptarse en consonancia con la organización social. Cabe prever una serie de medidas para que la colectividad mejore primero los servicios ya existentes, se dedique luego a completarlos y termine por alcanzar un punto en que los servicios estén a la altura de las necesidades y de los deseos de la población. Muchas veces, las mismas personas tendrán que intervenir en cada una de las fases de esa progresión y esos conocimientos habrán de ir modificándose con el tiempo. No se puede afirmar que se requerirán tales o cuales conocimientos para que puedan obtener su licenciatura o su graduación con arreglo a un rígido plan docente, sino que más bien habrá que prever la forma de irles aportando ideas y técnicas de manera progresiva, a medida que vayan siendo necesarias y vaya cambiando el orden de prioridad. Con este tipo de formación no podrá mantenerse el actual desfase entre la enseñanza y los servicios.

Los ejemplos que se presentan en este libro son de tres tipos distintos pero con puntos comunes: transformación nacional (Cuba, China, Tanzania); ampliación del sistema existente (Irán, Níger, Venezuela); desarrollo de colectividades locales (Guatemala, India, Indonesia).

Las limitaciones de espacio obligan a restringir el número de

ejemplos, pero hubiera sido igualmente válido citar los casos de Bangladesh o de Costa Rica como ejemplos de países que han ampliado de manera radical los sistemas de salud existentes por medio de grandes decisiones de alcance nacional, o los casos de algunos proyectos de Egipto y Tailandia como ejemplo de desarrollo de colectividades locales con apoyo nacional. Pese a esas restricciones, existe un material de gran interés que puede servir para comparar las ventajas y los inconvenientes de cada uno de los sistemas y para hallar algunas de las características que podrían utilizarse en otros países.

En los tres primeros ejemplos que se citan, el punto de partida fue una decisión política de cambio dentro de un contexto mucho más general. La decisión no se refería únicamente a la salud, sino que esta se consideraba como uno de los derechos de todo individuo en el conjunto de la sociedad. En dos de los ejemplos (Cuba y China), la decisión formó además parte integrante de una ideología política general. El hecho de que el punto de arranque sea una medida política ofrece múltiples ventajas, tanto por los resultados de la acción de salud como por la ganancia de tiempo. Aunque se trataba de países pobres, la enunciación clara de la decisión y de la voluntad de la nación movilizó los esfuerzos, facilitó el conocimiento de la salud como algo que rebasa los límites sectoriales de un ministerio de salud y sustrajo la salud a la influencia directiva de la industria de la salud. Es posible incluso que se invirtiese en salud una proporción mayor del producto nacional, si bien esto es difícil de comprobar. La ventaja mayor de este cambio resultó ser una mayor flexibilidad para reasignar rápidamente los recursos en relación directa con las metas nacionales, que siempre concedían especial importancia a las necesidades no satisfechas de la población rural. Cada uno de los países llegó por su cuenta a una solución de asistencia primaria de salud llena de posibilidades, aunque con diferencias notables en su forma. Los resultados se hicieron sentir rápidamente por los cambios del estado de salud, y parecieron deberse sobre todo al propio sistema de asistencia primaria de salud, al saneamiento del medio y a la nutrición; vienen detrás las reformas de la formación del personal de los servicios de salud, del sistema de envío de pacientes a instancias superiores y del suministro y distribución de medicamentos, cuestiones estas que todavía no están completamente resueltas. Sin embargo, en todos los ejemplos se dio por supuesto que esos cambios eran necesarios y que forman parte de las metas nacionales a plazo medio y a largo plazo.

En los países que ampliaron los sistemas de salud existentes hubo otras metas y otros supuestos iniciales. En todos los casos se consideró que había grandes masas de población desatendidas en materia de salud

y que hacía falta realizar un esfuerzo nacional para facilitarles servicios, aun cuando hubiese que elaborar métodos nuevos para ello. Los responsables en cada país examinaron algunos de los métodos de posible aplicación utilizados en otras partes y prepararon una solución nacional propia. No se supuso de antemano que para aplicar esa solución hubiese que cambiar la sociedad misma, ni tampoco que hubiese que adaptar los servicios de salud existentes. Se creyó incluso que los métodos de asistencia rural primaria adoptados podían ser provisionales y que llegaría el momento en que el país estuviera servido por un solo sistema semejante al que hay ahora en las ciudades.

En cuanto al grupo tercero (el de desarrollo de las colectividades locales), las diferencias no son solo de orden de magnitud, sino que se refieren igualmente al objetivo perseguido. En ninguno de los tres proyectos se dio máxima importancia a los servicios de salud (que no deben confundirse con la propia salud), a pesar de que todos los promotores habían llegado a la colectividad con intención de prestar un servicio de salud directo. No se tomaron decisiones políticas o administrativas para cambiar las metas generales ni el orden social, y todos los dirigentes de los proyectos parecían considerar que los éxitos en materia de desarrollo concordaban perfectamente con las metas nacionales y contribuían a alcanzarlas. Cada uno de los tres proyectos era independiente de los diversos servicios oficiales, como los de salud, pero mantenía con ellos relaciones que se esperaba estrechar aún más. Se consideraba que las novedades introducidas eran del gusto de la población, tanto en lo referente al orden de prioridad como a las modalidades de la asistencia, y que cualquier otra persona que se hubiese lanzado a la misma empresa hubiese obtenido casi los mismos resultados, o sea que lo que se estaba haciendo era algo perfectamente lógico en sí mismo.

Es necesario estudiar y discutir estos enfoques tan diferentes. En los informes no se dan datos que permitan decir si un medio es más rápido, más barato, más eficaz o más aceptable que otro. Todos ellos pueden considerarse verdaderos éxitos, tanto desde el punto de vista de los propios proyectos como en función de los objetivos de salud internacionales, o porque han permitido lograr un cambio espectacular del estado de salud. Pero no son esos los únicos criterios importantes, pues, como ya se indicó anteriormente, para que un proyecto de este tipo sea un éxito tiene que brindar a la mayor parte de las colectividades rurales de un país la posibilidad de ayudarse a sí mismas y de proseguir su progreso de manera ordenada, con la salud integrada en el proceso general de desarrollo.

Desde este punto de vista, los casos del tercer grupo (desarrollo de la

colectividad) no parece que estimulen la repetición, ni siquiera en otras zonas vecinas del mismo país, y esos proyectos no han ejercido una influencia clara en la política de la provincia o la del país. Pero, a la larga, todos parecen ser viables con carácter local y en todos ellos se prosiguen los cambios de acuerdo con el tipo de desarrollo de cada uno. En respuesta a las críticas implícitas, cabría decir que no estaban destinados a transformar un país, sino a resolver problemas locales o a hacer la demostración de soluciones nuevas para situaciones que parecían insolubles. Pero es de esperar que aún tengan mayor alcance, aunque hoy se desconfía en general de los proyectos piloto que se quedan en meros proyectos piloto. Podría también replicarse que esos proyectos no han tenido tiempo todavía de extenderse más. Sopesando los argumentos en pro y en contra, llego a la conclusión de que entre los ingredientes del éxito de estas soluciones locales pueden haber figurado el carácter íntimo e intenso del esfuerzo hecho por sus promotores y dirigentes, y el hecho de que no estaban animados del deseo de repetir la experiencia ni de cambiar la mentalidad del país. Para transformar los países se requiere otra clase de impulso y otra base de autoridad distinta. Para que un país o el mundo entero se beneficien de estas innovaciones, habrá que extraer los principios esenciales de cada uno de los ejemplos y adaptarlos de tal modo que se ajusten a los diversos contextos nacionales. Puede que su insuficiencia como solución de problemas nacionales más amplios radique en el hecho de que se piense que si se consigue que marchen y se hace ver que marchan van a ser adoptados en todo el país. Esta presunción no concuerda con la experiencia adquirida en otras partes del mundo.

Los proyectos del segundo grupo, basados en la ampliación de los sistemas existentes, tienen también ventajas e inconvenientes. Están francamente vinculados al quehacer nacional y a las decisiones del país, pero la intensidad de su acción local es menor y se orientan más hacia el servicio de salud que hacia el desarrollo rural. No parecen establecer un nexo entre los esfuerzos locales y la transformación política del país, sino constituir una solución por sí mismos. Parecen aplicables en países con sistemas políticos muy diferentes y podrían constituir una medida adecuada para ampliar las actividades locales al ámbito provincial y, más tarde, al país. Sus inconvenientes se derivan sobre todo de los peligros de la burocracia, de la falta de contacto entre los diversos sectores del gobierno, y de las fuerzas reaccionarias existentes en el seno de las profesiones de la salud que, organizándose, podrían tratar de poner coto a las transformaciones. Tiene especial importancia al respecto el informe venezolano sobre esos peligros y la forma en que fueron afrontados.

Los países que han emprendido su transformación por medio de un proceso político tienen ventajas evidentes en cuanto a la rapidez y congruencia de la acción. Pero las fuerzas que influyen en esas transformaciones no son del caso en un estudio de este tipo.

Cabe concluir que en la mayor parte de los países se puede integrar el desarrollo de los servicios de salud en el desarrollo rural, si se procede con acierto. Este proceder acertado sería, por ejemplo, la evolución rápida de una organización del desarrollo basada en la aldea y un sistema de asistencia primaria de salud destinada a la totalidad del país, juntamente con un esfuerzo para integrar esas actividades periféricas en el ámbito nacional.

Eso no quiere decir, ni mucho menos, que se tenga respuesta para todo, pero significa que se ha dado un paso más y que se ha alcanzado un orden superior de problemas, entre los cuales figuran los siguientes:

¿Cómo adaptar rápidamente el sector del desarrollo social y el sector salud a los cambios políticos del país, en caso de que estos sobrevengan y en el momento en que tal cosa suceda?

¿Cómo extender los servicios de salud existentes de forma que las ampliaciones lleguen a formar parte de las actividades más generales de desarrollo?

¿Cómo conseguir que las actividades locales de desarrollo de la colectividad ya existentes se repitan en otros lugares, se amplíen y lleguen a formar parte de la ideología y de la acción del país?

¿Cómo fomentar en otros países y en otras zonas las actividades de desarrollo de las colectividades locales?

¿Cómo demostrar los éxitos de la asistencia primaria de salud a las personas interesadas y especialmente a los miembros del gobierno y de la profesión?

Aunque no cabe duda de que hace falta encontrar respuestas a esas cuestiones, parece que no hay motivos suficientes para que el mundo tenga que esperar a que esas respuestas queden perfectamente en claro y listas para la demostración. Hubo una época en que el problema global parecía tan insoluble que se habría considerado inútil que un país empezara a probar nuevas soluciones. Pero la situación ha cambiado. Las avanzadas han allanado el camino y lo que antes parecía imposible es ahora la senda más segura hacia el éxito. No reside ahí la "solución óptima", suponiendo que exista, pero hoy disponemos de medios de acción progresivos para encontrar una solución aceptable.

Dos razones han llevado a la OMS a publicar *La salud por el pueblo*: presentar nuevamente los problemas que el mundo ha de afrontar para atender las necesidades de salud, y facilitar información sobre enfoques

afortunados que pueden alentar a los trabajadores de salud a descubrir nuevas posibilidades. Parecen ser muchos los caminos del éxito. Si este libro tiene alguna moraleja, es la de que a todos los pueblos se les ofrecen posibilidades de cambio, pero que no hay ningún método que sea universalmente aplicable a este respecto. Quizá el mundo se halle ya en una etapa en que nadie se sorprende de que se pueda conseguir algo y de que una asistencia primaria de salud pueda funcionar bien. Es posible que la salud por el pueblo haya llegado a su mayoría de edad.

RESUMEN

En el presente artículo el autor examina algunas de las ideas expuestas en la obra del mismo título que acaba de publicar la Organización Mundial de la Salud. En dicha obra, editada por el autor de este trabajo, se describen los nuevos métodos adoptados por nueve países (Cuba, China, Guatemala, India, Indonesia, Irán, Níger, Tanzania y Venezuela) para proporcionar asistencia de salud a la población, especialmente la rural, con la participación de la comunidad. En ella, los autores de los distintos trabajos dan cuenta de la experiencia obtenida en sus respectivos países con los sistemas adoptados. Los métodos utilizados varían en cada caso, pero todos se basan en técnicas de salud sencillas y ampliamente aceptadas, con las que se ha logrado el éxito.

Varios de los sistemas de salud en el área rural tienen en común el empleo de un personal de salud primario o básico que, con frecuencia, está constituido por miembros de la propia comunidad, elegidos por la población y adiestrados sobre el terreno. Este tipo de personal es una de las claves del éxito de tales sistemas, no solo por razones económicas, sino también por la buena acogida que encuentran en la colectividad, porque están en mejores condiciones para hacer frente a los problemas locales, y porque se encuentran ya en el lugar.

HEALTH BY THE PEOPLE (*Summary*)

In the present article the writer examines some of the ideas presented in the book recently published by the World Health Organization under the same title. This book, of which he is the editor, describes the new approaches being used in

nine countries (Cuba, China, Guatemala, India, Indonesia, Iran, the Niger, Tanzania, and Venezuela) to provide health services, especially in rural areas, through the enlistment of community participation. It contains reports by various authors on the experiences in their respective countries. The methods used vary in each case, but they are all based on simple and widely accepted health techniques that have been proven successful.

Common to a number of these rural health services is the use of primary or basic health personnel, often members of the community itself selected by the local population and trained there in the field. The employment of such personnel has been one of the key factors in the services' success, not only for financial reasons but also because of the workers' acceptability within the community—since they are in the best position to deal with local problems and are already on the spot.

A SAÚDE PELO POVO (*Resumo*)

Neste artigo, o autor examina algumas das idéias expostas na obra do mesmo título que a Organização Mundial da Saúde vem de publicar. Nesse trabalho, editorado pelo autor do artigo, são descritos os novos métodos adotados por nove países (China, Cuba, Guatemala, Índia, Indonésia, Irã, Níger, Tanzânia e Venezuela) para prestar assistência de saúde à população, especialmente a rural, com participação da comunidade. Nela, os autores dos diferentes trabalhos relatam a experiência colhida em seus respectivos países, com os sistemas adotados. Os métodos utilizados variam em cada caso, mas todos se baseiam em técnicas de saúde simples e amplamente aceitas, com as quais se conseguiu sucesso.

Vários dos sistemas de saúde da área rural têm em comum o emprego de pessoal de saúde primário ou básico que, com freqüência, é formado por membros da própria comunidade, escolhidos pela população e treinados no local. Esse tipo de pessoal é uma das chaves do êxito de tais sistemas, não apenas por motivos econômicos como também pelo bom acolhimento com que a coletividade os recebe, por estarem em melhores condições de fazer frente aos problemas locais, e por já se encontrarem no lugar.

LA SANTÉ POUR LE PEUPLE (*Résumé*)

Dans le présent article, l'auteur examine quelques-unes des idées exposées dans l'ouvrage du même titre que vient de publier l'Organisation mondiale de la Santé. Cet ouvrage, édité par l'auteur, décrit les nouvelles méthodes qu'ont adoptées neuf pays (Cuba, Chine, Guatémala, Inde, Indonésie, Iran, Niger, Tanzanie et Vénézuéla) pour fournir des services de santé à la population, et en particulier la population rurale, avec la participation de la collectivité. Les auteurs de travaux y font état de l'expérience acquise dans leur pays respectif avec les systèmes adoptés. Les méthodes utilisées varient d'un pays à l'autre mais elles se fondent toutes sur des techniques de santé simples et largement acceptées qui ont permis de remporter maints succès.

Plusieurs des systèmes de santé ruraux ont en commun l'utilisation d'un personnel de santé primaire ou de base qui se compose fréquemment de membres de la collectivité elle-même, choisis par la population et formés sur le terrain. Ce type de personnel est une des clés du succès de ces systèmes, non seulement pour des raisons économiques mais encore pour l'accueil que lui réserve la collectivité. En effet, il est mieux à même de résoudre les problèmes d'ordre local et se trouve déjà sur les lieux.

La formación del recurso humano y las necesidades de los servicios de salud¹

DR. ALDO CARLOS NERI²

Al tratar sobre las relaciones, vigentes o posibles, entre la formación del recurso humano para la salud y las necesidades de los servicios se entra de lleno en el tema de la planificación sectorial, vista en una de sus áreas específicas. La discusión del tema adquiere, al menos para la mayoría de los países de las Américas, un carácter predominantemente teórico.

La calificación de teórico no encierra un sentido peyorativo; pretende meramente diferenciar lo que surge de la sola especulación de lo que emerge de la experiencia empírica. En otros campos—en economía, por ejemplo—la interacción entre lo teórico y lo real es fluida y permanente, y provoca un proceso de incesantes ajustes y correcciones. La realidad suministra información que permite teorizar interpretaciones y proyectos de cambio cuya aplicación a su vez modifica dicha realidad, y así sigue el juego ininterrumpidamente.

Sería demasiado ingenuo pretender que así ocurren las cosas habitualmente en el área que nos interesa analizar en este caso. Existe sí información global, quizás suficiente, sobre la situación relativa a los recursos humanos para la salud en los países de las Américas. Se dispone también de lúcidas interpretaciones sobre las razones por las cuales los hechos se producen de cierta manera, y no faltan ideas—algunas simplistas, otras audaces e imaginativas—sobre lo que se podría hacer para modificarlos favorablemente. Pero existe un hiato demasiado grande entre todo este aparato de diagnóstico y elaboración de proyectos y su capacidad de ejercer alguna influencia sobre la realidad del sector de los recursos humanos.

¹Documento presentado al Simposio sobre la Función de las Escuelas de Salud Pública en el Desarrollo del Cuidado de la Salud en las Américas, celebrado durante la 13^a Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, Washington, D.C., junio de 1974.

²Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Es muy posible que algunos encuentren ejemplos que contradicen lo afirmado, pero, si los examinan detenidamente, con seguridad comprobarán que se trata de casos particulares, referentes a uno o a pocos rubros del personal de salud. Convendrán luego conmigo en que son muy raros los ejemplos de cambios planificados que abarquen una amplia gama de recursos en salud. Por último, estaremos de acuerdo en que una programación significativa, en este campo, solo puede lograrse por medio de una revisión integral de las funciones correspondientes.

Tales funciones representan una larga lista de todas las cosas que deben hacer los hombres y las mujeres que, en cada sociedad, vuelcan su esfuerzo al servicio de la salud comunitaria. El agrupamiento de tales funciones en profesiones u oficios identificables no invalida—más bien refuerza—la inexorable interdependencia que existe entre ellas. Así como podemos intuir una óptima armonía imaginable para tal interdependencia, también podemos visualizar en los vacíos y duplicaciones de la realidad la necesidad de la mencionada revisión integral y los desajustes a que nos condena la falta de la misma. Son raros los casos en que un enfoque integral del recurso humano en salud haya sido puesto en práctica mediante programas concretos, para lograr cambios globales que permitieran una evaluación empírica de su acierto o desacierto.

En concreto, en casi todos los países de las Américas se observa una falta de planificación global de los recursos humanos para la salud, aunque existen iniciativas parciales que modifican aspectos muy particulares del problema, pero que no van acompañadas de cambios correlativos en otros aspectos muy vinculados al mismo. En Argentina, por ejemplo, el desarrollo, en algunas provincias, de programas de salud destinados a la población rural, llevó a definir la cantidad y las características cualitativas de los denominados “agentes de salud”, elemento clave para el éxito de esos programas. De acuerdo con tal definición, se concretaron los proyectos para el adiestramiento adecuado del personal incorporado con tal fin. Una vez que dicho personal comenzó a trabajar, pudo evaluarse el acierto de las previsiones realizadas respecto al desempeño de su labor, pero surgió también con claridad el desajuste que resultó de no modificar simultáneamente la organización de los establecimientos receptores de las nuevas demandas promovidas por tales agentes. En gran medida, un cambio en la organización implica la redefinición de las funciones y de las modalidades en que ejercen dichas funciones el personal profesional y técnico que trabaja dentro de la misma.

Estos comentarios iniciales nos llevan hacia dos de las cuestiones

centrales que encierra el problema de los recursos humanos: su estrecha relación con el estilo organizativo del sistema que los absorbe, y los mecanismos reales que definen las políticas vigentes a su respecto en cada sociedad.

En el campo de la salud—incluido por los economistas en el sector terciario, el de los servicios—el problema de la organización es, predominantemente, el de cómo armonizar el trabajo de un grupo humano determinado que sirve a otro más amplio y difuso. Todo lo demás—medicamentos, equipos, edificios—constituyen instrumentos que facilitan las labores. Aquí la producción es, en definitiva, trabajo humano. Por lo tanto, no es posible estimar necesidades y proyectar cambios en los recursos humanos sin una claridad suficiente respecto al modelo organizativo y a las modalidades operativas del sistema de atención al que aquellos están destinados.

Conceptualmente, esto es obvio, como también resulta obvio que nuestros sistemas no muestran generalmente orientación hacia un modelo único, sino hacia varios modelos simultáneos e imbricados. Vivimos la transición entre una ideología liberal e individualista y otra solidaria y participativa. No podemos escaparnos de pagar el precio de incertidumbre y confusión que nos impone la época, pero sí podemos y debemos adelantar hacia la comprensión del fenómeno para ser capaces de orientarlo y acelerarlo en su derrotero.

Esta reflexión nos lleva ya a abordar la segunda cuestión central apuntada más arriba: ¿qué fuerzas definen en nuestros países la política sectorial de recursos humanos?

Descartaremos, por lo pronto, las influencias que emergen de fenómenos universales, tales como las imposiciones de la gran expansión tecnológica y su consecuencia, la especialización. Descartaremos también, por insuficientes, los tímidos intentos de planificación realizados—con cierta ingenuidad técnica—por algunos gobiernos, que poco han conseguido en general modificar las tendencias espontáneas del problema. Indagaremos, en cambio, algunas otras variables sociales no bien estudiadas y de gravitación desigual, según las diferentes idiosincrasias nacionales, y señalaremos algunos hechos relevantes sobre las mismas, a saber:

1. La estructura de poder vigente en el sector salud gravita fuertemente en la orientación del proceso de formación de recursos humanos, en la definición de las necesidades de los servicios, y en las pautas de utilización de dichos recursos. Por ello, el análisis político se constituye en un instrumento indispensable para la comprensión cabal del fenómeno.

El sector salud muestra una estructura que Weckwerth caricaturiza con la denominación de "casta feudal" (1). Esta condición se evidencia tanto en las relaciones entre distintas profesiones como en las propias de cada profesión. Dicho de otra manera, los intereses y valores de quienes alcanzan desarrollo y situación más destacados en cada profesión aparecen como doctrina u opinión de la misma ante la comunidad en general y, principalmente, ante otros factores de poder político. A su vez, determinadas profesiones—la médica, fundamentalmente—ostentan un rango señorial indiscutible sobre las otras, con frecuencia en conflicto con atávicos sentimientos de inferioridad.

Simultáneamente, la diferente extracción social de los integrantes de cada oficio de salud introduce en el sector las relaciones de fuerza propias de la estructura social vigente en cada país.

En resumen, tales fuerzas y relaciones inter e intraprofesionales constituyen un factor importante en la determinación de las políticas que realmente orientan la evolución de los recursos humanos, políticas implícitas pero dominantes que pueden ser muy distintas a las expresadas en los planes formales del gobierno. Los criterios para la asignación de recursos para la formación de personal profesional, técnico y auxiliar, la composición por especialidades dentro de cada profesión, la determinación de los planteles y niveles remunerativos en los servicios a las distintas categorías de personal, muestran huella evidente de tales influencias.

Estas fuerzas se hacen sentir por canales variados, desde el poder ejercido por las asociaciones profesionales hasta los claustros de profesores universitarios, pasando por la notoriedad personal de determinados profesionales de destacada actuación pública, cuya opinión asume mágica infalibilidad de oráculo sobre los problemas del recurso humano en salud, tema que, naturalmente, no tiene por qué ser de su especial conocimiento y competencia.

2. Enlazada a lo anterior, aparece la marcada tendencia a la profesionalización que muestran algunas ocupaciones del campo de la salud. Y esto de la profesionalización tiene, como todo proceso humano, su fisiología y su posible patología.

Los sociólogos han descrito el proceso de nacimiento social de una ocupación, su desarrollo y progresiva diferenciación al calor de las necesidades existentes, los hitos de su institucionalización, y los factores de distorsión capaces de viciar tal desarrollo (2). La aplicación de estos criterios en el área de la salud ilumina considerablemente una problemática que, con demasiada frecuencia, se aborda de manera simplista y pobremente explicativa.

Para algunos de nuestros países, la enfermería constituye seguramente el mejor ejemplo de una ocupación en rápida carrera hacia un tipo de profesionalización, muchas veces desajustada con las necesidades reales del sistema de atención de la salud. La conquista de máximos niveles académicos sin haber logrado cubrir cuantitativa y cualitativamente las necesidades de la ocupación básica y sin una acabada configuración doctrinaria y técnica que avale la condición de profesión en los contextos de cada país, tiende a generar una complejidad ficticia que solo satisface las naturales, pero luego defraudadas, expectativas de mucha gente.

La importación de ejemplos provenientes de países donde la profesión es decididamente otra cosa representa una influencia nada desdeñable, vista la tendencia a olvidar que el papel de cada ocupación y profesión tiene una definición condicionada a características nacionales.

No resulta difícil, por cierto, inteligir las relaciones entre la tendencia profesionalizadora y la estructura de poder sectorial comentada en el punto anterior. En lo referente a las necesidades de los servicios y los programas de formación, la voz cantante la lleva el máximo nivel profesional, y el mecanismo idóneo para afianzar la vigencia del oficio es expandir su cúspide. Esto, en tanto no se entre en colisión con otros intereses profesionales más poderosos y, además, solo hasta el límite cuantitativo en que, inmersas en un mundo competitivo, las distintas profesiones comienzan a ejercitar la autorregulación.

3. Un tercer elemento significativo que debe tenerse en cuenta es la importancia que en este problema adquiere la distinta motivación que la población muestra para orientarse hacia las diferentes ocupaciones y profesiones de la salud. Tal motivación surge de una constelación compleja de factores culturales, que con frecuencia muestra asincronía con las evaluaciones técnicas habituales de las necesidades nacionales.

Nadie se orienta profesionalmente en búsqueda de la satisfacción de los requerimientos del país, sino más bien de los que emergen de sus valores y apetencias personales, dentro de los santificados por el estrato social al que pertenece, y también de las limitaciones a la concreción de tales preferencias que rijan en la organización social en su conjunto, como señalaba Villarreal en la Conferencia de Ottawa (3). Esta es otra fuerza importante en el modelado de la distorsionada pirámide del recurso humano en salud en Latinoamérica.

Estas expectativas de la población constituyen impulsos que generalmente no se hallan balanceados por otras fuerzas con un mayor contenido de racionalidad. En las sociedades pretendidamente democrá-

ticas, la concepción vigente del pluralismo se halla demasiado cargada de demagogia y oportunismo como para que el poder político pueda reforzar los elementos de racionalidad. Los especialistas, que durante mucho tiempo nos mantuvimos castamente incontaminados de realidad política, ayudamos bastante poco a revertir el proceso. El modelo dominante de sociedad consumista y competitiva, funcionando con tan escasos controles, ayuda a consolidar este proceso.

Quedémonos aquí, en cuanto a la enunciación y comentario de las fuerzas dominantes en las políticas de recursos humanos que adquieren vigencia en nuestros países. No pretendo señalar que estas fuerzas sean las únicas que actúan. Las destaco por su gran poder y porque plantean un dilema singular en el proceso de planificación sectorial: cómo influir racionalmente sobre tales fuerzas. No es posible ensayar una respuesta a esa cuestión sin puntualizar primero algunas características de la planificación que, al menos en los países de las Américas, han condicionado su modesta vigencia histórica.

1. La planificación sectorial no ha logrado superar, en nuestro medio, la inadaptación que emerge de una concepción original que la hacía apropiada para países socialistas—o al menos con un grado avanzado de centralización en la dirección—y poco utilizable en medios donde el poder político y la administración social muestran notable fragmentación. Independientemente de la preferencia que muchos tengamos por un modelo futuro de sociedad solidaria racionalmente organizada, el hecho es que tenemos que utilizar criterios y procedimientos apropiados a realidades nacionales diversas de nuestra preferencia. Incluso para muchas democracias actuales con fuerte inclinación socializante, pero celosas en la preservación de determinados valores humanísticos, el desafío se les plantea en la búsqueda de modalidades operativas planificadas que superen el desorden sin caer en un orden staliniano.

2. Como agravante de lo anterior, señalaremos el prestigio mágico de que goza lo numérico en el campo de la planificación. Al calor de ese prestigio, toda una modelística cuantificadora e intelectualmente seductora se expandió en nuestro campo profesional. De la validez que asume la aspiración científica a medir los fenómenos extrajimos la falsa generalización de que no es posible abordar de manera científica un problema sin cuantificarlo. Naturalmente, el choque con una realidad social con resortes vitales difíciles, si no imposibles, de evaluar con un enfoque numérico fue muy duro; marcó además una huella de frustración en la particular subcultura de nuestro tecnólogo contempo-

ráneo. Hoy, convalecientes, estamos descubriendo el contenido de aprendizaje que nos trajo esa experiencia.

3. Una tercera característica de los procesos de planificación ha sido la imprecisión prospectiva de sus intenciones; y esto como resultado de la frecuente ambigüedad y contradicción ideológica de nuestros países, que dificulta el concepto de una imagen clara de futuro para los sistemas de atención de la salud. Tal imagen—núcleo central del proyecto político que da sentido a todo proceso de planificación—adquiere trascendencia incomparable en lo que respecta al recurso humano, porque las necesidades no se definen solamente por el número de personas que se necesitan, ni por las destrezas que resulta imprescindible que estas adquieran, sino también por las actitudes y conductas apropiadas a la doctrina implícita en el modelo organizativo al que se aspira.

Durante mucho tiempo, el liberalismo nos moldeó la mentalidad apropiada para desempeñarnos en una sociedad que definía a la salud como un bien de mercado y a sus agentes más conspicuos como exitosos capitanes de esta industria. Tendremos que mostrar por lo menos igual eficacia en la orientación del recurso humano adecuado a los modelos de cambio que impone nuestro nuevo tiempo histórico.

Los comentarios que anteceden sobre algunas características de la planificación en las Américas pretenden meramente fundamentar un replanteo de los recursos de acción que, enmarcados en la realidad de la Región, pueden mostrar mayor probabilidad de éxito.

Un *primer punto* a considerar, por su muy alta prioridad, es el que señala Sonis (4) en uno de los trabajos presentados en la Conferencia de Ottawa: la necesidad de encontrar mecanismos idóneos para la formulación de políticas en este campo. La insuficiencia de los mecanismos existentes, al no estimular un concierto racional de voluntades, con una clara explicación pública que involucre un compromiso, deja en libertad el juego ciego de los intereses de grupo, incrementando la probabilidad de errores e incongruencias en las decisiones.

Pero esta tarea no es fácil. La clave está en lograr alguna modalidad que permita institucionalizar el proceso de formulación y ejecución de una política en medios donde la capacidad de decisión se halla considerablemente incoordinada. Las unidades de planificación con que cuentan casi todos nuestros países aparecerían como agentes naturales para presentar propuestas políticas y coordinar su desarrollo, pero la experiencia demuestra su alto grado de marginalidad real. Por lo tanto,

resulta del mayor valor obtener formas de relación permanente—y, digamos “comprometedora”—entre los organismos de las muy diversas jurisdicciones que participan en la formación y utilización de los recursos humanos. Para esto no hay una fórmula única, cada país deberá inventar la propia, de acuerdo a su circunstancia político-institucional particular.

Una condición indispensable de las políticas así definidas es que abarquen las distintas vertientes en que se manifiesta el problema del recurso humano; porque el éxito, en suma, depende mucho más de la coherencia de los criterios aplicados simultáneamente en los campos de la formación y la utilización, que de la precisión y racionalidad extremas que se alcancen en un aspecto en particular.

De allí lo que se desprende es un conjunto de programas específicos, que harán bien en enfatizar los aspectos cualitativos y la preocupación por lograr estabilidad y persistencia en el cumplimiento, cediendo poco a la seducción de los diagnósticos sofisticados y las metas numéricas escalonadas en plazos ambiciosos. Como sostiene Abel-Smith: “Posiblemente, las prioridades deberán ser siempre establecidas aplicando el juicio a una mezcla de hechos indagados y conjeturas inciertas . . . Preocupa que en algunos países del mundo la formación en planificación de salud enfatiza técnicas que pueden demandar medio siglo en la obtención de la información necesaria, y que incluso entonces la información disponible para la toma de decisiones será insuficiente . . . Necesitamos formar planificadores de salud capaces de emitir juicios en un mundo de incertidumbre, y no solamente conocer metodologías” (5).

Esto quizás desagrade un poco a algunos metodólogos de la planificación y a los que buscan información cada vez más refinada, pero abre el camino a los que piensan que la problemática de salud necesita un claro enfoque político, y que es este enfoque el que señalará la posible utilidad y oportunidad de los múltiples instrumentos técnicos que inventamos incesantemente.

Un *segundo punto*, estrechamente vinculado al anterior, es la relación entre las políticas convenientes y posibles para el recurso humano en salud, con una idea prospectiva del sistema de salud al que se pretende arribar algún día. Definir una política de recursos humanos y programar su ejecución sin una referencia consciente y explícita a tal modelo futuro implica la defensa del actual, significa programar el *statu quo*.

A veces, las relaciones más evidentes son las que más nos cuesta asumir. Considero que en las Américas hemos aprendido mucho a este respecto. Ahora ya sabemos que los hombres y mujeres que trabajan en

el campo de la enseñanza, la investigación y la administración de salud no son fabricantes neutrales de alternativas técnicamente viables, sino luchadores comprometidos por una idea, una fuerza política más entre todas las que definen los rumbos del futuro. De allí que surja como responsabilidad primaria de quienes nos desenvolvemos en este campo el propiciar la discusión de tal proyecto colectivo, participando en ella y poniendo el acento en las características del recurso humano adecuado al mismo.

Un *tercer punto* a considerar es el relativo a las orientaciones espontáneas que la población muestra hacia los distintos oficios de salud, como campos de aprendizaje y empleo. No podemos descansar en los mecanismos de autorregulación social y equilibrio que quizás actúen en los plazos muy largos. En nuestras sociedades cada vez más complejas, el costo social de este espontaneísmo resulta demasiado alto. Y si, por postura ideológica, descartamos el autoritarismo de una planificación mesiánica, solo nos queda un camino, legítimo y difícil: encontrar los fundamentos de una política del recurso humano sectorial en abierta discusión e intercambio con la propia población.

La primera ventaja de esta conducta es que los que estamos profesionalmente embarcados en el campo de la salud aprenderemos mucho. La segunda, que las decisiones de gobierno educativo, cuando inevitablemente lesionen los intereses de algunos, contarán con suficiente conocimiento y aval de la sociedad en su conjunto. Además, así le haremos la vida más fácil a los dirigentes políticos, condenados a sostener tanta incongruencia para no perder respaldo de opinión.

Sobra destacar las dificultades que aparecen en la ejecución de esta idea; pero reconozcamos, al menos, que casi no hemos explotado las posibilidades que nos ofrece el acercamiento a las organizaciones de base comunitaria, las agrupaciones gremiales, los partidos políticos, o el aparato educativo en sus niveles pretécnico y preuniversitario.

No se me escapa que la pretensión de reorientar vocaciones hacia un camino que satisfaga necesidades nacionales encierra otra más sutil y escurridiza: la de estimular la capacidad de encontrar satisfacción en el ejercicio de oficios con objetivos de servicio a la sociedad, retribución no demasiado apreciada en medios donde la jerarquía y la remuneración funcionan como patrones dominantes del éxito personal. Pero dado que el necesario cambio social que tanto declamamos depende, en gran medida, de la transformación de estas pautas, estaremos así intentando ofrecer desde nuestro sector un aporte significativo a su concreción.

Un *cuarto punto* que merece atención es el que plantea la discusión que se produce en muchos ámbitos universitarios y de servicio, respecto

a la conveniencia o no de crear nuevas ocupaciones y profesiones, partiendo de una redefinición y redistribución de las funciones—tanto tradicionales como otras nuevas—asignadas a los diversos oficios de salud.

Este es, sin duda, un camino amplio y fértil abierto a la investigación, que ofrecerá los criterios más apropiados para la acción. Pero me permitiría señalar aquí mi impresión de que el enfoque con que suele discutirse este problema adolece de una cierta reminiscencia tayloriana³ que—pienso—invalida en parte su utilidad. Además, en algunos casos, se suma la sospecha de que la incorporación de ciertos tipos de nuevo personal se fundamenta principalmente en la defensa del status y en un quantum óptimo para algunas profesiones tradicionales, atrapadas por las exigencias de un mecanismo de mercado.

Si creemos que la sociedad debe ser algo más que una eficiente colmena, y que el aprendizaje y ejercicio de aptitudes nuevas constituyen elementos que otorgan sentido e interés a la vida, y que la educación y el trabajo deben llegar a ser un solo proceso indivisible ¿por qué no pensar más bien en la incorporación de nuevas funciones a través de una escalonada diversificación interna de pocas profesiones, que en la asignación de tales funciones a nuevos e inmutables oficios?

Un enfoque general así inspirado encerraría la posibilidad de obtener también algunos subproductos valiosos, tales como la incorporación más temprana al trabajo, y la ventaja de que la selección y orientación según distintas aptitudes resulte de la experiencia de laborar en los servicios, en vez de surgir de las dudosas pruebas tradicionales para el ingreso académico.

No me sorprendería que la tendencia evolutiva de los servicios de salud hacia organizaciones complejas de dirección unificada y personal técnico y profesional a tiempo completo signifique la absorción por tales organizaciones de funciones educativas tradicionalmente asignadas a la universidad y a las escuelas técnicas. Son ya muchos los atisbos de esta orientación que se observan en numerosos países, y constituyen un magnífico estímulo para rediscutir cómo puede cumplirse mejor la función educacional en nuestras sociedades.

Finalmente, es conveniente vincular las observaciones anteriores sobre los posibles cursos de acción frente al problema del recurso humano en salud con el papel que les cabe desempeñar a las escuelas de salud pública, ámbito inmediato de nuestra preocupación y responsa-

³*Taylorismo* (de Federico Winslow Taylor (1856-1915) ingeniero norteamericano): Sistema que consiste en organizar los trabajos de tal modo que no se desperdicie el tiempo en ellos invertido; sistema también llamado de organización científica del trabajo.

bilidad. No creo oportuno repetir en detalle en esta ocasión las ideas que expresara recientemente (6) sobre la necesaria revisión del papel tradicional de nuestras escuelas y otras instituciones que, con distintas denominaciones, cumplen funciones similares. Basta quizás consignar que el meollo de la hipótesis se encuentra en lo siguiente:

- El fortalecimiento de la responsabilidad de las escuelas de salud pública en el logro de una integración de los modos de ver y entender el problema de la salud desde un punto de vista simultáneamente epidemiológico, administrativo y clínico. Esto implica la superación de falsas dicotomías condicionadas por las características de la medicina liberal, por una parte, y por la tendencia a una profesionalización sofisticada y viciosa, por parte de los nuevos tecnólogos de la salud. El momento óptimo para promover tal integración es el tiempo de la formación básica profesional. Obliga por lo tanto a un papel activo de las escuelas de salud pública en la enseñanza de pregrado, superando las separaciones artificiales con las cátedras de medicina preventiva y social, o como se le denominen en cada país.

- La revisión concomitante de la competencia de las escuelas, buscando su apertura hacia núcleos sociales que constituyen poderosos factores de poder sectorial—gremios de usuarios y prestadores de servicios, por ejemplo—y revisando la prioridad, el significado y el contenido hasta hoy otorgados a la formación de especialistas en salud pública.

- Una política de investigación que satisfaga requisitos de utilidad concreta, factibilidad y trascendencia docentes, evadiendo la inclinación a la reiteración de lo obvio, al cientificismo o a la irrelevancia de los objetivos.

- Asegurar una coordinación efectiva con los organismos gubernamentales de salud, pero manteniendo independencia crítica y evitando parecerse demasiado a la gestión ministerial de turno, dadas las frecuentes contradicciones y zigzagueos de las políticas oficiales de los países.

- La inserción de la actividad total de la institución en un coherente y explícito proyecto político de cambio en el sistema de salud, postulando un modelo futuro que se adecúe a una ideología de auténtico cambio social.

Mirando así las cosas, nos podemos atrever a sostener que compete a las escuelas de salud pública un papel singularmente dinámico en el proceso total de la formación del recurso humano del sector. Ya sea que se encuentren en el ámbito universitario o en el de los organismos de salud, y más allá de su campo específico de docencia e investigación en recursos humanos, deberán ser participantes obligados en la amplia y necesaria discusión nacional de las políticas a implantar. El encuadre necesariamente integral y comprometido que deben ofrecer del problema de la salud comunitaria, avala la idoneidad de su opinión en un área vital del mismo como es el de su recurso humano.

Es un hermoso desafío. De la receptividad que las escuelas muestren a entender las necesidades actuales y las futuras, tal como las sienten usuarios y prestadores, de su imaginación para proponer los cambios

convenientes, de su realismo político y tecnológico, de su adhesión a una idea de transformación igualitaria de nuestro sistema social, dependen su vigencia futura y—como le preocupaba a Sócrates—la posibilidad de encontrar la inefable satisfacción de sentirse útiles.

RESUMEN

Se formulan en este artículo una serie de consideraciones sobre el problema de los recursos humanos para la salud en los países de las Américas. Destaca el autor la estrecha relación que existe entre dicho problema y el estilo organizativo del sistema que absorbe tales recursos, así como los mecanismos que definen las políticas vigentes a su respecto en cada sociedad.

Enumera y explica las fuerzas que definen las políticas sectoriales de recursos humanos: la estructura de poder vigente en el sector salud; la tendencia a la profesionalización de algunas ocupaciones del campo de la salud; la distinta motivación que muestra la población para orientarse hacia las profesiones de la salud.

Señala asimismo las características de los procesos de planificación de los recursos humanos en la Región.

Por último hace énfasis en los aspectos que deben tenerse en cuenta para replantear los cursos de acción que puedan mostrar mayores probabilidades de éxito para resolver el problema.

REFERENCIAS

- (1) Weckwerth, Vernon E. "The Feudal Caste Structure of Health Care". *Can Hosp* 49: 28-72, 1972.
 - (2) Véase, por ejemplo, Suárez, Francisco. *Los economistas argentinos y el proceso de institucionalización de nuevas profesiones*. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1973.
 - (3) Villarreal, Ramón. "Los recursos humanos para la salud en las Américas". Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. Ottawa, septiembre de 1973. *Publicación Científica de la OPS* 279 (1974), 23-29.
 - (4) Sonis, Abraam. "Acciones prioritarias para la planificación de recursos humanos en América Latina". *Publicación Científica de la OPS* 279 (1974), 85-87.
 - (5) Abel-Smith, B. "Health Priorities in Developing Countries: The Economist's Contribution". *Int J Health Serv* 2: 5-12, 1972.
 - (6) Neri, Aldo Carlos. "El papel de las escuelas de salud pública según la experiencia argentina". VIII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de la América Latina. Lima, febrero de 1974. *Educ med salud* 8 (3): 252-262, 1974.
-

MANPOWER TRAINING AND HEALTH SERVICES NEEDS (*Summary*)

The health manpower problem in the countries of the Americas is considered. Emphasis is placed on the close relationship between this problem and the organizational style of the system that absorbs such resources, as well as the mechanisms used to determine prevailing policies in this regard within each society.

The forces that bear on the determination of sectoral policies on manpower are enumerated and explained, and the power structure in the health sector is described. The trend toward professionalism in certain of the health occupations is discussed, as are the different motivations that lead people to go into the health professions.

Characteristics of the manpower planning processes in the Region are reviewed.

In conclusion, consideration is given to aspects that should be taken into account in charting better courses for solving the problem.

A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E AS NECESSIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (*Resumo*)

Formula-se no presente artigo uma série de considerações sobre o problema dos recursos humanos em saúde nos países das Américas. Destaca o autor a estreita relação que existe entre esse problema e o estilo organogramático do sistema que absorve tais recursos, bem como os mecanismos que definem as políticas vigentes a respeito em cada sociedade.

O autor enumera e explica as forças que definem as políticas setoriais de recursos humanos: a estrutura de poder vigente no setor da saúde; a tendência à profissionalização de algumas ocupações do setor da saúde; a diferente motivação revelada pela população ao se orientar para as profissões da saúde.

Assinala também as características dos processos de planejamento dos recursos humanos na Região.

Finalmente, dá ênfase aos aspectos que se devem levar em conta na reformulação dos rumos que possam revelar maiores probabilidades de êxito para a solução do problema.

LA FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES ET LES BESOINS DES SERVICES DE SANTE (*Résumé*)

Dans le présent article, l'auteur fait une série de considérations sur le problème des ressources humaines pour la santé dans les pays des Amériques. Il souligne le lien étroit qui existe entre ce problème et l'organisation du système qui absorbe ces ressources, ainsi que les mécanismes qui définissent les politiques en vigueur en la matière dans chaque société.

Il énumère et il explique les forces qui déterminent les politiques sectorielles de ressources humaines: la structure du pouvoir existant dans le domaine de la santé; la tendance à la professionnalisation de certains emplois de ce secteur, et la motivation très nette de la population à s'orienter vers les professions de la santé.

L'auteur signale par ailleurs les caractéristiques des processus de planification des ressources humaines dans la région.

Enfin, il insiste sur les aspects dont il faut tenir compte pour relancer les moyens d'action susceptibles de résoudre le problème avec le plus grand succès.

Training of Health Auxiliaries in the West Indies

DR. K. L. STANDARD AND DR. O. ENNEVER¹

INTRODUCTION

Expectations are outstripping our socioeconomic resources in the Americas. Through communication and education more and more people are becoming aware of their needs and making demands for better health care. Though the deficiencies are greatest in rural areas in the developing countries, they also exist in urban areas, even in some of the developed countries. The need for auxiliaries of all kinds to work with the health team has been increasingly emphasized.

In the English-speaking Caribbean the limited activities to date for the development of auxiliary health personnel have meant that the knowledge and skills of specially trained personnel have not been employed to the best possible advantage. Despite limited resources, health manpower is being underutilized while a pool of potentially useful persons, who with relatively simple training could perform effectively, has remained untapped.

In October 1967 thought was first given to the possibility of training residents of the Hermitage and August Town communities who had been giving voluntary service in clinics there. The idea was to help them to function more effectively. Other interested persons who were deemed to be suitable candidates for training were also included. Thus began the first experimental training program for community health aides in Jamaica under the auspices of the Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies. This project, together with the experiences that followed, are described in the present paper.

¹Department of Social and Preventive Medicine, School of Medicine, University of the West Indies, Jamaica.

THE FIRST COURSE: HERMITAGE AND AUGUST TOWN PROJECT

Aims

The overall purpose was to train local residents in a village to work as auxiliaries in a health team under the direction and *supervision* of established health professionals—public health nurses, public health inspectors, district midwives, social workers, or community development workers. It was hoped that the training would provide the aides with the right sort of motivation to carry forward their work in the communities and enable them to identify the problems that should be brought to the notice of trained personnel.

Elements of the Program

The persons selected to participate in the Community Health Aide Training Program were those who it was believed could command the respect of the citizens, who were not otherwise employed, and who appeared to have an interest in our health program and in the community. No special attention was given to formal educational qualifications at this stage. Priority was given to those persons who belonged to and had made some active contribution to voluntary organizations such as the parent-teachers' associations, clinic committees, and youth and church groups. The first part of the program was a four-week orientation, during which an ongoing assessment was aimed at final selection of the persons to undergo the more intensive course. Eleven persons, including a young man, were chosen for the Community Health Aide Training Program.

Before and during the training program many discussions were held with senior administrative personnel from both the nursing and social work professions in Jamaica. It was stressed to them that these new workers would only lighten the burden of the established professional groups and would not be in competition with any of them.

Functions and Duties of the Aide

It was envisaged that the community health aide would:

- *Assist* the trained nurse in some of the duties which by virtue of tradition she has been called upon to perform but which can be carried out as well by less skilled persons, thereby releasing the trained nurse to use her knowledge and skills in a wider and more productive manner; and

- *Recognize* the significance of important signs and symptoms of illness—for example, rising temperature or increasing pulse rate—and report or refer the situation to the appropriate authority.

Specifically, the aide would have the following duties:

- In the *clinic* act as receptionist, chaperone, take temperatures, test urine, weigh and measure children and adults, do simple dressings, collect and record certain routine information, etc.
- In the *field*, follow up on broken appointments, especially in child health, antenatal, and family planning clinics; also, visit homes and assist with basic home care of the ill and aged by giving bed baths, taking care of pressure areas, taking temperatures, and assisting in preparation and demonstration of diets for infants, young children, and invalids.

Part I (First Four Weeks)

Content. Lectures and seminars were given on personal hygiene, basic nursing procedures, aspects of public health, human relationships, the structure and resources of the community, basic English, and the role of the community health aide. In addition, a field project was undertaken to discover reasons for nonattendance of children at school in a few selected areas. Related practical work was also done.

Evaluation. Residents were involved in helping to choose the candidates originally. This was a good idea and probably contributed to quicker acceptance of the aides by members of the community during the field project.

As early as the first week it became clear that some of the candidates were definitely not suited for the training. Because of the poor standard of English, sessions on basic English were introduced. However, it was realized that this problem could not be tackled successfully in such a short course, so the subject was not included in Part II, but the aides were encouraged to continue with lessons on their own.

Selection. An ongoing assessment of the candidates continued throughout the preliminary four weeks. They were judged on the basis of their performance in the classroom, in the clinic, and in field situations. The selection committee looked for not only aptitude but also ability to maintain good personal relationships.

Candidates were graded on a five-point scale—very good (5), good (4), fair (3), moderate (2), poor (1)—for each of the following 10 qualities: alertness, interest, initiative, flexibility, punctuality, ability to express ideas, potential for learning, awareness of needs of others, personal appearance, and general approach to others.

The selection committee met during the final week and recommended that eight of the original 11 candidates continue with Part II of the course. One candidate had had to drop out during Part I because of ill health; two others were considered to be unsuited for this type of work on the basis of the criteria applied.

Part II

Designed as a continuation of the first four weeks, Part II extended over a three-month period from January to April 1968. In each week there were 12 hours of theory, 20 hours of practical work in the clinic and the field, and study periods. The introduction to human relations was continued because the quality of service rendered depends to such a great extent on good personal relationships. This area of study was strengthened by seminars on working with groups in the community setting. Use was made of role-playing with a view to acquiring increased insight into emotional reactions which create problems. By way of practical demonstration of the understanding gained in the course, the trainees were given the task of arranging and conducting a public meeting on family planning. This exercise helped to impress upon them the role they can play in health education programs.

Sessions were held once each week for the purpose of review, clarification, and correlation of the material covered.

Suggestions for Follow-through. At the end of the period the aides for the most part were still somewhat diffident and unsure of their ability to carry out certain procedures on their own. It was felt that this problem might be overcome through further practice under continued in-service training.

It was suggested the trainees might well profit from at least a two-week period of hospital care for sick children as part of their course, it being felt that if the aide convinced a mother of her competence in looking after a sick child this would increase her willingness to cooperate.

Since the community health aide is expected to assume a leading role in the community, the ability merely to read and write is not enough. The aide should be capable of grasping new ideas or interpretations in regard to health and illness and explaining them intelligently.

Employment, Continuing Education, and Objective Assessment

Even though it was stressed from the outset that there was no

commitment to provide paid jobs upon completion of training, the program made every effort to place the course's graduates. All eight of them have been employed, although not necessarily in their own communities. They have worked for varying periods in the Department of Social and Preventive Medicine, in the University Health Service, in the Department of Physiotherapy, in the field on research projects directed by the Departments of Microbiology and of Social and Preventive Medicine, and in family planning clinics.

Hospital Experience

During the first half of 1970 the aides rotated among various departments in the hospital for six weeks in order to gain experience. The areas in which they worked included the pediatric service, all the wards, the out-patient service, the child welfare and sickle-cell clinics, the physiotherapy services, the Department of Social and Preventive Medicine, the casualty service, the family planning clinic, and an obstetric ward.

THE ELDERSLIE PROJECT: ANOTHER TRAINING COURSE FOR COMMUNITY HEALTH AIDES IN A RURAL DISTRICT—MINISTRY OF HEALTH INVOLVEMENT

As a result of the foregoing program, many saw the need for the experiment to be repeated in a remote rural community. Accordingly, in 1969 a joint project was undertaken by the Jamaican Ministry of Health and Environmental Control, Cornell University Medical College, and the UWI Department of Social and Preventive Medicine. The place chosen was Elderslie, which is located in an isolated mountainous district about 30 miles to the north of Black River and extends over an area about 27 miles square. It is the main township in the western parish of St. Elizabeth and has a population of about 6,000. The roads are poor and water supply is often inadequate. The educational level is not very high and many adults are illiterate.

The Elderslie Health Center is relatively isolated from other health facilities in the parish. The nearest government health centers in St. Elizabeth are the ones at Ginger Hill, which is about 20 miles away by road although only about six miles in a direct line from Elderslie, and at Balaclava, 19 miles away by road or about 11 miles in a direct line.

Working together, the health staff and the citizens of the district chose 12 candidates for training. These persons were then interviewed

by a committee, and six (four women and two men) were finally selected for the program, to run from January to March 1970. The course was similar to the previous one (Hermitage and August Town). A manual had been prepared using the lectures and demonstrations from the first course. Again the training was full-time. In charge of the program was a public health nurse who was assigned exclusively to the project by the Medical Officer (Health) for the parish. The training team comprised other public health nurses and inspectors of the parish, assisted by senior medical students from Cornell University who were studying an elective course in community medicine. These medical students also helped to augment the existing clinical medical service staff.

In Elderslie the population under five years of age numbers about 1,000. This age group accounts for approximately half of all deaths in the district. Malnutrition is a primary or associated cause in more than two-thirds of these deaths (1). Gastroenteritis, respiratory infections, and malnutrition are the chief health problems in young children.

A young child nutrition program, aimed at reducing morbidity and mortality from malnutrition, was designed in Elderslie with community health aides as the primary providers of health care. The aides' tasks have been: to take anthropometric measurements, to give health education instruction with particular reference to nutrition, to distribute powdered skim milk, to follow up malnourished children with at least monthly measurement, reassessment, and home visits.

During the first year of the study 1,150 children were examined by the community health aides. Clinic services were decentralized, so that mothers and children attended not only the Elderslie health center but also four other outstation clinics which were established in remote villages within the overall Elderslie district. Regular attendance was encouraged particularly for newborns, malnourished children, and those who had missed previous clinic visits. The aides weighed the children and kept appropriate records on graph sheets using the Gómez classification.

In Jamaica the cost of in-patient hospital care for seven children for one month has been estimated at approximately J\$2,500 (US\$2,272). This amount would pay the salaries of enough community health aides to take care of all the 1,000-odd preschoolers living in the district (1).

The community health aide project in Elderslie has shown that residents in rural communities can be trained locally and economically and can provide a certain degree of primary care toward meeting the basic health needs of a community.

The Jamaican Ministry of Health and Environmental Control has accepted this category of worker, and corresponding provision is being made for salaries within the regular health budget.

THE ST. JAMES-HANOVER AND KINGSTON PROJECTS

In October 1972 the Ministry of Health and Environmental Control decided to train community health aides in the parishes of St. James and Hanover. Nearly 300 aides were graduated from an eight-week training program in December and placed on the field in January 1973. Following this, another training program, this time for 75 aides, was carried out in Kingston and these graduates are also working in their communities.

CONTINUING EDUCATION

The Department of Social and Preventive Medicine has maintained a continuing interest in the educational development of the first group of community health aides trained. Special in-service training programs have been arranged from time to time.

The concept of using auxiliaries in the health services has been accepted in many parts of the world in both developed and developing countries. Examples of their utilization in the United States of America, in Canada, and in Europe (the latter with special reference to Dutch "maternity aides") have been reported (2).

Wise and colleagues (3) described the Montefiore Hospital Neighborhood Medical Care Demonstration carried out in July 1966. The program demonstrates how a neighborhood resident trained for six months and supervised by public health nurses can perform many of the duties traditionally assigned to public health nurses and social workers.

CONCLUDING REMARKS

Fendall (4) states that "the proper training and utilization of the auxiliary permits the fullest advantage to be taken of the knowledge and skills of scarce high-level manpower and enables the professional to obtain a full measure of job satisfaction."

The expensively trained health professionals should be wisely used in any country. To delegate suitable duties and responsibilities to specially

trained auxiliaries is in no way a detrimental dilution or a lowering of standards of medical care, whether these auxiliaries be in the hospital, in the special services of the allied health professions (e.g., laboratory technology), or in the community (e.g., attached to health center dispensaries or clinics or assigned to make home visits).

Training schemes should be planned with imagination according to the needs of the community. The auxiliaries must be able to speak the local language and communicate easily with the local residents. Although a minimum of basic education is necessary, academic achievement and potential should be given less importance than other fundamental qualities. The character of the individual is of paramount importance. Efforts should be made to recruit persons who are hard-working, diligent, reliable, and conscientious. Persons with initiative and foresight are an asset.

It is important that there be adequate supervision and guidance by more experienced and senior persons on the health team. Provision must be made for in-service training of all types of auxiliaries. It must also be remembered that the auxiliaries should function only within their capabilities and should not be expected to perform tasks or carry out duties for which they have not been trained. Therefore, a very important part of the training is to outline carefully a description of the job to be done.

Training should include both the theoretical classroom work and the practical work of executing given tasks and demonstrating certain procedures. Experienced and senior auxiliaries may assist in various ways in a training program. The training syllabuses will be determined to a large extent by the job description. The jobs to be done will, in turn, depend on the needs of the health services.

If the health services are to reach the entire population, bringing the benefits of preventive and curative medicine at both the individual and community level, then we have no choice but to improve upon the old traditional patterns of health care delivery. A staff capable of providing a basic minimum of services, especially in remote areas, must somehow be developed. This cannot be achieved in very many of our communities without the enlistment of health auxiliaries.

In conclusion, it is important to repeat that the auxiliaries must be constantly supervised. They must also be able to reach the remotest districts. Universities and other traditional institutions for the training of health professionals have an important role to play in helping to bring about significant changes in the prevailing health care patterns. They must be committed to this goal and be continuously involved in

creating the right atmosphere for the development of attitudes that are sensitive to the needs of the communities. And they must have the necessary knowledge and skills to help in the solution of problems.

SUMMARY

An experimental program for the training of community health aides was undertaken in Jamaica in late 1967 under the auspices of the Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies. It envisioned the preparation of local residents to work in a health team under the direction and supervision of health professionals—public health nurses, public health inspectors, district midwives, social workers, or community development workers.

The first course drew its candidates from among residents of Hermitage and August Town. The 11 persons selected for the program started with four weeks of lectures and seminars on personal hygiene, basic nursing procedures, aspects of public health, human relationships, the structure and resources of the community, basic English, and the role of the community health aide. During this period they were being very carefully screened. Those who did well and could continue (eight of them) went on to three months of more intensive training in most of these same areas. Theory was combined with extensive practice in the clinic and the field.

As a result of the first course, preparations for a second one were begun in 1969 in a remote rural community, Elderslie—this time with assistance also from the Ministry of Health and Environmental Control.

In 1972, on the basis of the success of these experimental courses, nearly 300 aides were trained in an eight-week program in St. James-Hanover and another 75 in a similar course in Kingston.

REFERENCES

- (1) Alderman, M. H., B. Levi, J. Husted, *et al.* "A Young Child Nutrition Program in Rural Jamaica". *Lancet* 1: 1166-1169, 1973.
 - (2) Heath, A.M. "Health Aides in Health Departments". *Public Health Rep* 82: 608-614, 1967.
 - (3) Wise, H. B., E. F. Torrey, A. McDade, *et al.* "The Family Health Worker". *Am J Public Health* 58: 1828-1838, 1968.
 - (4) Fendall, N. R. "Auxiliary Health Personnel: Training and Use". *Public Health Rep* 82: 471-479, 1967.
-

ADIESTRAMIENTO DE AUXILIARES DE SALUD EN LAS INDIAS OCCIDENTALES (*Resumen*)

A fines de 1967 se llevó a cabo en Jamaica un programa experimental para la capacitación de auxiliares de salud comunitaria bajo los auspicios del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales. Su propósito fue la preparación de residentes locales para trabajar en un equipo de salud bajo la dirección y supervisión de personal profesional de salud—enfermeras de salud pública, inspectores de salud pública, parteras de distrito, trabajadores sociales o trabajadores de desarrollo comunal.

En el primer curso los participantes fueron seleccionados entre los residentes de Hermitage y August Town. Las 11 personas escogidas comenzaron el programa con cuatro semanas de conferencias y seminarios sobre higiene personal, procedimientos básicos de enfermería, aspectos de salud pública, relaciones humanas, estructura y recursos de la comunidad, inglés básico, y el papel del auxiliar de salud comunitario.

Durante ese tiempo fueron supervisados cuidadosamente. Aquellos que se desarrollaron satisfactoriamente y que continuarían el programa (ocho de ellos) prosiguieron por tres meses más un adiestramiento más intenso en la mayoría de las mismas materias. La teoría se combinó con extensas prácticas en la clínica y en el campo.

Como resultado del primer curso, en 1969 se iniciaron los preparativos para el segundo curso en una comunidad rural remota—Elderslie—esta vez también con el apoyo del Ministerio de Salud y Control del Ambiente.

En 1972, a base del éxito de estos cursos experimentales, unos 300 auxiliares fueron capacitados en un programa de ocho semanas en St. James-Hanover y otros 75 en un curso similar en Kingston.

O TREINAMENTO DE AUXILIARES DE SAÚDE NAS INDIAS OCIDENTAIS (*Resumo*)

Sob os auspícios do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade das Índias Ocidentais iniciou-se em fins de 1972, na Jamaica, um programa experimental de treinamento de auxiliares de saúde comunitária. O programa visava a preparação de moradores de localidades como integrantes de equipes de saúde dirigidas e supervisionadas por profissionais da saúde—enfermeiras de saúde pública, inspetores de saúde pública, parteiras distritais, assistentes sociais e assistentes de desenvolvimento comunitário.

O primeiro curso reuniu os candidatos que se qualificaram entre os moradores de Hermitage e August Town. As 11 pessoas seleccionadas para o programa participaram de um período inicial de quatro semanas de aulas e seminários sobre higiene pessoal, métodos básicos de enfermagem, aspectos de saúde pública, relações humanas, estrutura e recursos da comunidade, inglês básico e o papel do auxiliar de saúde comunitária. Durante esse período, os candidatos foram submetidos a rigorosa triagem. Os classificados e em condições de continuar o curso (oito participantes) completaram mais três meses de treinamento intensificado que abrangeu a maior parte dessas especializações. Combinou-se a teoria com a prática extensiva clínica e de campo.

Em decorrência do primeiro curso iniciaram-se os preparativos para o segundo, ministrado na remota comunidade rural de Elderslie—desta vez com a assistência adicional do Ministério da Saúde e Controle Ambiental.

Em 1972, com base no êxito desses cursos experimentais, cerca de 300 auxiliares receberam treinamento através de um programa de oito semanas realizado em St. James-Hanover, e outros 75 completaram um curso semelhante em Kingston.

LA FORMATION D'AUXILIAIRES DE SANTE DANS LES ANTILLES (*Résumé*)

C'est à la fin de 1967 que, sous les auspices du Département de la médecine préventive et sociale de l'Université des Antilles, a été entrepris en Jamaïque un programme expérimental de formation d'auxiliaires de santé pour les collectivités. L'objet de ce programme était de préparer des résidents locaux à travailler dans une équipe de santé sous la direction et la supervision de professionnels: infirmières de santé publique, inspecteurs de santé publique, sages-femmes de district, travailleurs sociaux ou travailleurs pour le développement des collectivités.

Au premier cours se portèrent candidat des résidents d'Hermitage et d'August Town. Les onze personnes sélectionnées commencèrent par suivre quatre semaines de cours et de séminaires sur l'hygiène personnelle, les soins infirmiers de base, les aspects de la santé publique, les relations humaines, la structure et les ressources des collectivités, la langue anglaise de base et la rôle de l'auxiliaire de santé. Pendant cette période, elles furent soumises à un contrôle approfondi. Celles qui se montrèrent à la hauteur de leur tâche (huit) furent admises à un cours de formation intensive de trois mois dans la plupart des domaines précités. Théorie et pratique s'épousaient tant en matière clinique que sur le terrain.

A l'issue du premier cours, les intéressés entreprirent en 1969 la préparation d'un second à Elderslie, collectivité rurale éloignée, avec la collaboration du Ministère de la santé et de la qualité de la vie.

En 1972, à la lumière du succès remporté par ces cours de nature expérimentale, près de 300 auxiliaires furent formés dans le cadre d'un programme de huit semaines organisé à St. James-Hanover, et 75 autres dans celui d'un programme similaire à Kingston.

La enseñanza de la farmacología clínica en las facultades de medicina de la América Latina

DR. ANTONIO BARBERA,¹ DR. DAVID MAHAN M.²
Y DRA. IARA R. U. GARRAFA³

INTRODUCCION

En los últimos 30 años se ha producido una auténtica “explosión de fármacos” (1) que ha puesto a disposición del clínico un apreciable y creciente número de nuevas y potentes sustancias medicamentosas. Este hecho ha abierto promisorias perspectivas a la vez que ha otorgado un nivel superior de eficacia a las acciones médicas. En realidad, este incremento del arsenal terapéutico farmacológico constituye uno de los avances más significativos alcanzados en el campo de la medicina en el presente siglo.

Entretanto, resulta desconcertante comprobar que junto a este estimulante progreso terapéutico se presenta un problema paradójico y multifacético—denominado “patología farmacológica” por Laporte y colaboradores (2)—cuyas proyecciones y severidad no han suscitado las acciones de vigilancia, investigación y difusión que numerosos autores han reclamado reiteradamente al analizar el asunto (3-20).

Estudios epidemiológicos han demostrado que el 5% de los ingresos a un hospital general están asociados a reacciones adversas a los medicamentos (21); que cada paciente durante su estadía intrahospitalaria es expuesto a un promedio de 14 sustancias farmacológicas diferentes (22) y que hasta el 30% de ellos son afectados por estas reacciones durante el curso de una internación (23-25), y que más del 10% de las reacciones revisten acentuada gravedad y llegan a provocar el 3.8% del total de los decesos intrahospitalarios (26). Varios otros

¹Laboratorio de Farmacología, Universidad de Brasília, Brasil.

²Departamento de Farmacología y Toxicología, Universidad de Chile, Valparaíso, Chile.

³Profesora de Métodos y Técnicas de Investigación Pedagógica, Unión Pionera de Integración Social (UPIS), Brasília, Brasil.

componentes del problema, entre los que se destacan los errores y omisiones en la prescripción y el aporte (27), han revelado cifras igualmente negativas.

Además del, en gran parte, innecesario peligro y padecimiento al que los pacientes son sometidos (27), el impacto económico sobre ellos y la sociedad es considerable. El solo aumento del promedio de días (cinco a seis días) de estadía hospitalaria (6, 21, 28) significa, en los Estados Unidos de América, un gasto estimado de EUA\$3,000 millones anuales.

Las causas de esta situación son múltiples y no todas han sido completamente definidas. Según un informe publicado en 1969 (29), algunas de las razones pueden hallarse en "el uso de medicamentos sin eficacia demostrada; el uso de medicamentos potencialmente tóxicos en enfermedades cuya gravedad no lo justifica; el uso de medicamentos en cantidades excesivas o por períodos excesivos, o cantidades inadecuadas por períodos inadecuados; el uso simultáneo de dos o más medicamentos sin considerarse apropiadamente su posible interacción; la prescripción múltiple, por uno o varios médicos, en el mismo paciente, de medicamentos que pueden ser acumulativos, innecesarios, interactuantes e innecesariamente onerosos".

Las críticas planteadas por este informe se orientan a los profesionales responsables de la administración y manejo de los medicamentos. Esto no significa, según Smith y Melmon (30), que ellos sean "básicamente descuidados, irracionales o ignorantes". Más bien, la falta de prudencia y autocrítica, así como la exageración, en el uso de medicamentos "parece estar relacionada con la brecha existente entre la enseñanza de la farmacología como ciencia básica y como ciencia clínica".

Mientras Palmer (31) considera que los farmacólogos y miembros de los departamentos de farmacología han errado en sus intentos de entregar una adecuada preparación durante la educación médica, Hutcheon (32) sostiene que "una de las soluciones a este problema fundamental depende de cambios en el currículo de las escuelas de medicina, en el que sea destinada una mayor atención a la enseñanza de la farmacología clínica y la terapéutica racional". A su vez, Moran (33) estima que "de todas las labores de un farmacólogo clínico, la actividad docente resulta preeminente, en respuesta a los desafíos actuales".

Si al importante factor docente se suman la carencia de asistencia farmacológica clínica y de actualización terapéutica coherente en la época de posgrado, así como el cuantioso volumen de información que implica la existencia de 7,000 o más sustancias farmacológicamente

activas en uso—información que no siempre proviene de fuentes objetivas u honestas—puede completarse un cuadro que ha conducido a las alarmantes estadísticas actuales.

Ya en 1964, Lasagna (34) insistía en la necesidad de estimular la creación de grupos de trabajo en farmacología clínica como piedra angular para enfrentar la evaluación final de los fármacos y los aspectos negativos del manejo y la prescripción medicamentosa. “Son pocos”—agregaba—“los profesores de departamentos clínicos y de farmacología que han visto la luz”. Con igual determinación, un extenso número de comunicaciones se han referido a la urgencia de acelerar la enseñanza de la farmacología clínica (35-42) y estimular la formación de especialistas en este sector (43-51).

En la literatura de “index” son escasas las publicaciones latinoamericanas que se refieren a estos pormenores (38, 52, 53). Pero todo permite suponer, como señalan Naranjo y colaboradores (52), “que los pacientes latinoamericanos están igualmente expuestos al riesgo del uso inapropiado y excesivo de medicamentos”. De hecho, en dos programas de farmacovigilancia prospectiva (54, 55) estamos comprobando índices semejantes a los informados internacionalmente (19, 26).

En un intento para determinar si en las facultades de medicina de la América Latina existe o no consenso acerca de diversos aspectos relacionados con la enseñanza de pre y posgrado en farmacología clínica y, consecuentemente, conocer su penetración, desarrollo y eventuales factores limitantes de su evolución, entre marzo y octubre de 1974 fue realizada una encuesta de cuyos resultados se da cuenta en este artículo.

MATERIAL Y METODOS

Haciendo uso de algunas técnicas empleadas anteriormente con objetivos similares (55-57) se confeccionó un cuestionario de 14 preguntas, el cual fue remitido a 143 directores o responsables (jefes de departamento, profesores titulares o encargados, etc.) de igual número de facultades o escuelas de medicina o ciencias de la salud de América Latina. Los antecedentes y datos básicos acerca de ellas fueron obtenidos del *World Directory of Medical Schools* (58), seleccionándose, para los efectos de la indagación señalada, solo aquellas cuyas actividades docentes que tuvieron inicio antes de 1970.

El cuestionario—en español o portugués, según el caso—fue enviado en dos oportunidades a 64 facultades de Brasil, 21 de México, 9 de

Argentina, 9 de Colombia, 8 de Chile, 7 de Venezuela, 6 de Perú, 5 de Ecuador, 3 de Bolivia, 2 de la República Dominicana, 1 de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay, respectivamente.

A continuación se incluyen las preguntas junto a los resultados, facilitando la descripción de ambos.

RESULTADOS

De las 143 facultades encuestadas, 96 respondieron al cuestionario, obteniéndose de este modo el 67.1% de las opiniones de los responsables por la disciplina de farmacología en las facultades de medicina latinoamericanas fundadas antes de 1970.

Junto a cada una de las variables incluidas en las preguntas, se destacan los porcentajes de respuestas positivas u opiniones emitidas.

1. En la facultad en que usted labora la enseñanza de la farmacología es efectuada:
 - como un curso independiente (26.0%)
 - como un curso interdisciplinario, integrado a disciplinas
 - básicas (17.7%)
 - preclínicas (2.1%)
 - clínicas (0%)
 - como un curso paralelo a disciplinas
 - básicas (21.9%)
 - preclínicas (16.7%)
 - clínicas (0%)
 - mediante otro sistema, no aludido anteriormente. Le rogamos lo refiera brevemente. (El 15.6% de los cursos no coincide con las proposiciones anteriores; 5.2% de ellos son integrados a los dos primeros tipos de disciplinas, 3.1% integrados a todas ellas y 7.3% paralelos a los dos últimos. Nota: en el cuestionario se definió con aproximación lo que se entendía por "disciplinas básicas", etc.)
2. Si algún otro departamento colabora con la docencia de toda o alguna parte de la farmacología, para la carrera de medicina, indíquese: a) cuál es o cuales son estos departamentos; b) de qué forma lo hacen. (En 22.9% de los cursos colaboran otros departamentos: fisiología 4.2%, bioquímica 2.1%, biofísica 1.0%, anestesiología 5.2%, medicina 10.4%. Este último, en todos los casos, administra un curso de terapéutica. Los restantes colaboran con los cursos de farmacología propiamente tales.)

3. En vuesta facultad la enseñanza de la farmacología clínica a nivel de pregrado:
- no se efectúa (55.2%)
 - está en planificación para ser realizada a breve plazo (7.3%)
 - no está aún en planificación, pero se pretende realizarla en cuanto existan las condiciones (17.7%)
 - es efectuada por vuestro departamento (10.4%)
 - es un curso aparte (3.1%)
 - obligatorio (1.0%)
 - electivo (2.1%)
 - administrado por el departamento de: (farmacología uno de los optativos, medicina los restantes)
 - es realizada de una manera no coincidente con las alternativas previas (6.3%)
4. Si la enseñanza de la farmacología clínica, a nivel de pregrado, es efectuada por vuestro departamento, o de una manera no incluida en la anterior pregunta, le rogamos detallar brevemente cómo es realizada. (Solo 19.8% de los profesores respondieron esta pregunta; 9.4% define un curso común de terapéutica; 13.5% no refiere la participación de farmacólogos, y solo 3.1% de los cursos detallados incluyen los temas centrales y el método de enseñanza de la farmacología clínica.)
5. Si la enseñanza de la farmacología clínica, a nivel de pregrado, no es efectuada de manera alguna, usted estima que:
- (si es preciso, marque más de una alternativa)
(Se obtuvo un 77.8% de respuestas a esta pregunta y 82.4% de ellas optaron por más de una alternativa).
- es necesario incluirla en el programa regular de farmacología (21.5%)
 - no es necesario incluirla en el programa regular de farmacología (31.3%)
 - debe ser un curso aparte (22.9%)
 - obligatorio (15.6%)
 - electivo (7.3%)
 - es una materia de interés para el futuro médico (52.1%)
 - es una materia de interés para el futuro médico, pero no hay capacidad horaria para enseñarla (20.8%)
 - no es una materia de interés para el futuro médico (8.3%)
 - es una actividad exclusiva del posgrado (20.8%)
 - indicar cualquier otra alternativa no señalada (17.7%)
(El 3.1% opinó que debe impartirse únicamente a internos y residentes; los restantes señalaron que deben enseñarla "los clínicos.)
6. Indicar si su facultad cuenta con programas de posgrado destinados a formar farmacólogos.
- Sí (13.5%)
 - No (86.5%)

7. En caso de que su respuesta a la anterior pregunta haya sido positiva, indicar cuantos de ellos están orientados a formar farmacólogos clínicos (anualmente)
- Ninguno (10.4%)
 - Uno (2.1%)
 - Dos (1.0%)
8. De existir algún programa de formación de farmacólogos clínicos en evolución, o en preparación para ser iniciado próximamente, señálense detalles sobre disciplinas y cursos que integrarían el programa, esquemas generales del mismo, duración, grado otorgado y número de farmacólogos clínicos ya formados. (Las respuestas a esta pregunta, aunque provenientes de solo seis universidades, merecerían detalles y consideraciones que, a fuer de dilatadas, escaparían de los objetivos de este trabajo, considerándose prudente su omisión.)
9. Marque todas las alternativas que considere correctas (76.0% optó por más de una alternativa).
- Es absolutamente necesario instalar como nueva especialidad a la farmacología clínica (67.7%)
 - Es necesario crear servicios propios de farmacología clínica (37.5%)
 - En su universidad existen recursos y posibilidades para instalar un servicio de farmacología clínica (9.4%)
 - En su universidad está en estudio crear un servicio de farmacología clínica (15.6%)
 - Existe urgencia en formar farmacólogos clínicos (68.8%)
 - En su facultad hay posibilidades y recursos para formar farmacólogos clínicos (9.4%)
 - No está dentro de las intenciones prioritarias de su facultad el formar farmacólogos clínicos (45.8%)
 - Está en estudio en su facultad el formar farmacólogos clínicos (4.2%)
 - En su facultad hay posibilidad, pero no recursos, de formar farmacólogos clínicos (6.3%)
 - En su facultad no hay posibilidad actual de formar farmacólogos clínicos (53.1%)
 - Algún otro organismo extrauniversitario debería formar farmacólogos clínicos (18.8%)
 - Indicar si alguna otra entidad, universitaria o no, se dedica ya a formar farmacólogos clínicos (2.1%: laboratorios farmacéuticos).
10. Indicar si en su facultad existen profesionales dedicados a la farmacología clínica.
- Sí (15.6%)
 - No (84.4%)
11. Indicar si en su facultad existe algún organismo (departamento, servicio, división, sección, etc.) dedicado a la enseñanza, la investigación, y el trabajo en farmacología clínica.

- No (83.3%)
 - Sí, como entidad administrativamente independiente (3.1%)
 - Sí (22.5%), pero forma parte del departamento de farmacología (5.2%), medicina, anestesiología y ciencias de la función (2.1% cada uno)
 - Está en formación (2.1%)
12. En caso de que su respuesta a la pregunta 10 haya sido positiva, las personas que trabajan en farmacología clínica en su facultad:
- recibieron una formación orientada y suficiente en el área (4.2%)
 - son farmacólogos interesados y dedicados a ella (4.2%)
 - son clínicos interesados y dedicados a ella (5.2%)
 - son miembros de una asociación de farmacólogos, clínicos, biometristas, etc., que aúnan esfuerzos para dedicarse a esta especialidad (2.1%)
 - otra alternativa. Le rogamos especificar (0%)
13. En caso de que su respuesta a la pregunta 11 (y, en parte, a la 10) haya sido negativa, usted estima que esto se debe a:
- (si es preciso, marque más de una alternativa: el 77.1% lo hizo).
- desconocimiento de esta área (36.5%)
 - carencia de profesionales interesados o adiestrados (71.9%)
 - falta de recursos materiales (54.2%)
 - creencia de que no es importante (16.6%)
 - desinterés por parte de las autoridades universitarias (60.4%)
 - estimación de que no debe ser una entidad aparte (27.1%)
 - certeza de que son organismos extrauniversitarios los encargados de esta labor (2.1%)
 - que es una especialidad de reciente aparición, cuya organización está en curso en su facultad (14.6%)
 - indicar otra razón
 - desconocimiento entre el cuerpo médico de sus ventajas y posibilidades (12.5%)
 - rechazo por parte de clínicos y autoridades (9.4%)
 - falta de centros de formación (16.7%)
14. Indicar si las universidades, ministerios o servicios de salud, la industria farmacéutica, las instituciones hospitalarias, etc., de su país, han demostrado preocupación por la carencia de farmacólogos clínicos.
- no lo han hecho porque no existe tal déficit (5.2%)
 - no lo han hecho (51.1%)
 - desconoce si lo han hecho (20.8%)
 - Sí (22.9%)
 - industria farmacéutica (8.3%)
 - universidades (10.4%)
 - servicios de salud (7.3%)
 - sociedades científicas (5.2%)

DISCUSION

En 1968, el Comité de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Farmacología en la América Latina emitió un informe sobre este tema (59), en el que se definieron objetivos específicos, contenidos programáticos, métodos e instrumentos de enseñanza, etc. Pese a afirmar que "la prescripción de un medicamento significa asumir un riesgo calculado, por lo tanto hay que capacitar al estudiante para que pueda juzgar la magnitud de este riesgo", este importante y básico documento no hace mención de algunos aspectos trascendentales, tal vez poco evidentes en esa época, ni sugiere como alcanzar el objetivo enunciado anteriormente.

Como se desprende de las respuestas a las primeras dos preguntas de la encuesta, la franca diversidad de métodos actualmente en práctica demuestra que no existe consenso acerca de cuál es la modalidad más acertada para la enseñanza de la farmacología. Amplias discusiones deberán surgir sobre este asunto y numerosos son los argumentos que, buscando su plena validez en la estrategia curricular de cada facultad, podrían impedir toda consideración normativa en base a criterios, experiencias y capacidades individuales o regionales. Nuestra intención no es tan ambiciosa y evita discrepar con el método o la forma, propendiendo, sin embargo, a la apertura de una discusión sobre contenidos y objetivos.

Desdeñar las cualidades formativas de la farmacología como ciencia básica y experimental, y proponer una modificación de tan sólido punto de partida, parece tan desacertado como pretender que sean otros los cursos y disciplinas donde se impartan los aportes clínicos necesarios que deben indiscutiblemente complementarla. Pero insistir en el inefectivo concepto de que la farmacología es una "ciencia básica" únicamente, y mantener el iterativo error de estimar que los departamentos clínicos o algunos cursos de terapéutica peligrosamente esquemáticos sean quienes deben cerrar la brecha, es colaborar a que el proceso educativo del médico sea insuficiente para dotar a este de una aproximación crítica a la farmacoterapia racional.

La afirmación anterior se ve apoyada por la imposibilidad de desconocer que los estudios actuales sobre uso y manejo de medicamentos son decididamente desalentadores. Y siendo estos estudios quizás el más adecuado procedimiento para evaluar la docencia en farmacología como un todo, dentro de las escuelas de medicina, parece prudente detenerse, volver a examinar los contenidos y reformular los objetivos, ya que nos enfrentamos con argumentos incontrovertibles para impug-

nar—y aun negar—la suficiencia de lo que hoy se enseña sobre esta disciplina.

Nos encontramos ante una “revolución farmacológica” que plantea enormes desafíos y provoca serios problemas, muchos de los cuales sin solución en la actualidad. La enseñanza de la farmacología no ha tenido el indispensable eco que esta situación impone y ha mantenido en un segundo plano una de las más eficaces contribuciones que de ella misma pueden emanar. Las facultades deberían considerar con premura la necesidad de limitar las deficiencias actuales y, sin cercenar los fundamentos básicos ni redistribuir disponibilidades o recursos, abrir posibilidades a una disciplina que, en su vertiente docente, surge como la más lógica respuesta para corregir un vacío formativo y ya prolongado soslayo curricular: la farmacología clínica.

De acuerdo con Shideman (60), “el farmacólogo clínico es quien se halla en mejores condiciones para enfatizar la importancia práctica de los conceptos básicos de la farmacología”; es quien “puede presentar de la manera más racional la aplicación de los aspectos fundamentales de la acción de los medicamentos al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la enfermedad”; es “el individuo más lógico para conducir los conocimientos básicos entregados por la farmacología hacia los años clínicos del currículo médico e integrarlos con la medicina clínica, como la base de una terapéutica verdaderamente racional”.

El cuestionario—susceptible de diversas críticas, incompleto y extenso a la vez—y las respuestas obtenidas, ponen, no obstante, en evidencia la aún mínima expresión curricular de la farmacología clínica en Latinoamérica, donde 20% de las facultades propende, con variable intensidad, a su enseñanza, pero sólo el 1% posee un curso obligatorio. Aunque un porcentaje apreciable de profesores manifieste que esta disciplina es de interés para el futuro médico y 15.6% opine que debe constituir un curso aparte y obligatorio, tales cifras difieren marcadamente de las obtenidas en otras áreas (61).

La carencia mundial de especialistas en la materia (62-63)—notoria también en las respuestas a las preguntas 9 a 13—puede ser una de las causas del déficit descrito. Otra causa es la desorientación parcial que existe acerca de las múltiples actividades y campo de acción de la disciplina (62-64), que se aprecia en ciertas contradicciones de opinión que explicarían algunos percentiles aparentemente anómalos y en posiciones que llevan a no pocos profesores a confundir esta especialidad con la terapéutica o a identificarla exclusivamente con el ensayo clínico. Quizás esto explique que 13.5% estime que sean “los clínicos”

quienes deben enseñarla y 20.8% sostenga que es una actividad exclusiva del posgrado.

En cambio, el interés por la disciplina en la América Latina parece ser superior al observado en otras regiones (63) si consideramos las opiniones vertidas en la pregunta 9, donde se desprende claramente que, además de su proyección docente, se espera que la farmacología clínica y sus especialidades (64) superen el vacío existente en la investigación farmacodinámica, cinética y evaluativa de los medicamentos en el hombre, así como en la asistencia hospitalaria, industrial y gubernamental.

No obstante, en otras respuestas se hace reiterada mención de las grandes dificultades materiales existentes, del desinterés de las autoridades universitarias, de la falta de centros de formación, etc., serios obstáculos que impiden activar la formación de especialistas y promover la creación de núcleos de trabajo indispensables para el cumplimiento de todos los objetivos antes expuestos. La OMS ha mostrado gran preocupación en este sentido (62), pero ello no parece haber tenido repercusión suficiente en las instituciones latinoamericanas, aun las universitarias, como se destaca en la pregunta 14 y en el hecho de que únicamente 3.1% de las facultades posean posgrado en farmacología clínica, aun cuando ya 15.6% cuentan con recursos humanos y 14.6% dispongan de un organismo orientado a esa actividad.

Dykes (48) señala que "a menos que aumente el número de farmacólogos clínicos actualmente disponibles, las instituciones gubernamentales, compañías farmacéuticas, escuelas médicas y sociedades profesionales no estarán en condiciones de encontrar el personal calificado que requieren para descargar sus obligaciones concernientes al desarrollo y uso científico de nuevas y antiguas drogas".

La ineludible responsabilidad universitaria en la docencia e investigación debe ser estimulada mediante la asistencia de todas las instituciones a quienes compete el problema (34), pues solo el esfuerzo mutuo podrá satisfacer la necesidad de recursos técnicos, tanto de personal como de material, que la farmacología clínica precisa, ya que su aporte no puede esperarse de ninguna otra disciplina, clínica o no.

Agradecimientos

Los autores expresan su sincero agradecimiento a todos los profesores de farmacología que hicieron posible este informe. Muy en especial, por el particular interés demostrado y las interesantes sugerencias aportadas, a los Profesores: Dr. Manuel Little (Universidad

de Buenos Aires, Argentina), Dr. José Ribeiro do Valle (Universidad de São Paulo, Brasil), Dr. Héctor Gómez (Universidad del Valle, Colombia), Dr. Víctor Campos M. (Universidad de Costa Rica), Dr. Carlos Meirovich (Universidad de Córdoba, Argentina), Dr. Marcelo Medina (Universidad de Concepción, Chile), Dr. Federico Dies (Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, México), Dr. Ruperto Escaleras (Universidad Central, Ecuador) y Dr. Ricardo Balbin (Universidad Nacional de San Agustín, Perú).

RESUMEN

El decidido avance de la terapéutica farmacológica de los últimos decenios se ha visto opacado por estudios que revelan una alta incidencia de "patología farmacológica" y sus severas consecuencias. Algunas de las causas de este intranquilizante problema están bien definidas, y se estima que un adecuado desarrollo de la farmacología clínica, tanto en el aspecto docente como en el de investigación y asistencia, conduciría a una reducción del problema.

Durante 1974 se llevó a cabo una encuesta en 143 facultades de medicina o escuelas de ciencias de la salud de la América Latina, a fin de conocer la difusión de la enseñanza de la farmacología clínica. En este artículo se detallan los resultados de dicha encuesta, se discuten los contenidos de esa disciplina y se critica la comprobada falta de evolución de la misma.

Se destaca en él la necesidad urgente de solucionar esta situación y se proponen modificaciones curriculares para incluir la enseñanza de la farmacología clínica en las escuelas de medicina. Se hace hincapié asimismo en la importancia de la colaboración institucional para solucionar el problema.

REFERENCIAS

- (1) Modell, W. "The Drug Explosion" (Editorial). *Clin Pharmacol Ther* 2: 1-7, 1961.
- (2) Laporte, J., J. A. Salva, E. Cuenca y M. Bartolomé. *Patología farmacológica* (2 vols.). Barcelona, Laboratorios del Dr. Esteve S.A., 1964.
- (3) Barr, D. P. "Hazards of Modern Diagnosis and Therapy: The Price We Pay". *JAMA* 159: 1452-1456, 1955.
- (4) Sheps, M. C. y A. P. Shapiro. "The Physician's Responsibility in the Age of Therapeutic Plenty". *Circulation* 25: 399-407, 1962.
- (5) Wilson, C.W.M., J. A. Banks, R.E.A. Mapes y S.M.T. Korte. "Influence of Different Sources of Therapeutic Information on Prescribing by General Practitioners". *Br Med J* 5367: 599-604, 1963.

- (6) Schimmel, E. M. "The Hazards of Hospitalization". *Ann Intern Med* 60: 100-110, 1964.
- (7) Fogg, J. "Errors in Medication in Hospitals" *Lancet* 2: 31-32, 1965.
- (8) Modell, W. "The Wise Use of Drugs". *JAMA* 196: 129-131, 1966.
- (9) Modell, W. "Hazards of New Drugs". *Science* 139: 1180-1185, 1963.
- (10) Sadusk, J. F. "Drugs and the Public Safety". *Ann Intern Med* 65: 849-856, 1966.
- (11) Dunlop, D. "Abuse of Drugs by the Public and by Doctors". *Br Med Bull* 26: 236-239, 1970.
- (12) Wade, O. L. "Patterns of Drug Induced Disease in the Community". *Br Med Bull* 26: 240-244, 1970.
- (13) Cluff, L. E. "Adverse Drug Reactions: The Need for Detection and Control". *Am J Epidemiol* 94: 405-408, 1971.
- (14) Bergstrom, I., G. Boethius y F. Wiman. "Sjukdompanorama Utlast ur en Lakemel dels Registrering". *Lekartidningen* 69: 34-37, 1972.
- (15) Muller, C. "The Overmedicated Society: Forces in the Market Place for Medical Care". *Science* 176: 488-492, 1972.
- (16) Becker, M. H., P. D. Stolley, L. Lasagna, J. D. McEvilla y L. M. Sloane. "Correlates of Physician's Prescribing Behavior". *Inquiry* 9: 30-42, 1972.
- (17) Sigstad, H., A. Ervindson y J. J. Hauge. "Medikament forbruk I Hjemme relatert til dosering bivirkninger og Komplikasjoner". *T Norske Laegeforen* 92: 2319-2323 y 2358, 1972.
- (18) Whitfield, A.G.W. "Iatrogenic Misadventure". *Br Med J* 1: 733-734, 1972.
- (19) New Zealand Committee on Adverse Drug Reactions: "Three Year Survey of Reactions". *NZ Med J* 75: 100-104, 1972.
- (20) Evreux, J. C. y J. M. Rouzioux. "Reactions Adverses aux Medicaments". *Eur J Toxicol* 6: 123-131, 1973.
- (21) Seidl, L. G., G. F. Thornton, J. W. Smith y L. E. Cluff. "Studies on the Epidemiology of Adverse Drug Reactions—III: Reactions in Patients in a General Medical Service". *Bull Johns Hopkins Hosp* 119: 299-315, 1966.
- (22) Cluff, L. E., G. F. Thornton y L. G. Seidl. "Studies on the Epidemiology of Adverse Drug Reactions—I: "Methods on Surveillance". *JAMA* 188: 976-983, 1964.
- (23) Simmons, U., J. U. Parker, C. W. Gowdy y W. K. Coulter. "Adverse Drug Reactions during Hospitalization". *Can Med Assoc J* 98: 175, 1968.
- (24) Hurwitz, N. y O. L. Wade. "Intensive Hospital Monitoring of Adverse Reactions to Drug". *Br Med J* 1: 531-536, 1969.
- (25) Shapiro, S. "Epidemiologic Monitoring of Adverse Reactions". *Int J Clin Pharmacol* 7: 178-179, 1973.
- (26) Shapiro, S., D. Slone, G. P. Lewis y H. Jick. "Fatal Drug Reactions among Medical Inpatients". *JAMA* 216: 467-472, 1971.
- (27) Sellers, E.M. "Clinical Pharmacology in Canada". *Clin Pharmacol Ther* 16: 554-564, 1974.
- (28) Ogilvie, R. I. y J. Ruedy. "Adverse Drug Reactions during Hospitalization". *Can Med Assoc J* 97: 1450-1457, 1967.
- (29) Task Force on Prescription Drugs. *Final Report*. Washington, D.C., Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, 1969.
- (30) Smith, W. M. y K. L. Melmon. "Drug Choice in Disease". En: *Clinical Pharmacology: Basic Principles in Therapeutics*, 1ª edición. K. L. Melmon y H. F. Morelli, eds. Nueva York, Mac-Millan Co., 1972.
- (31) Palmer, R. F.: "Drug Misuse and Physician Education". *Clin Pharmacol Ther* 10: 1-4, 1969.
- (32) Hutcheon, D. E. "Role of Clinical Pharmacology in the Medical Curriculum". *J Clin Pharmacol* 12: 3-4, 1972.

- (33) Moran, N. C. "Clinical Pharmacology: Old Wine in New Bottles?". *Clin Pharmacol Ther* 12: 417-426, 1971.
- (34) Lasagna, L. "Problems of Drug Development. The Government, the Universities and the Medical Profession: Partners or Enemies?". *Science* 145: 362-367, 1964.
- (35) Schmidt, C. F. "New Challenges for Clinical Pharmacology". *J Clin Pharmacol* 12: 399-402, 1972.
- (36) Wade, D. N. "Clinical Pharmacology: A Bridge to Better Treatment". *Med J Aust* 2: 1214, 1970.
- (37) Carr, E. A. "A Short Course in Clinical Pharmacology". *Clin Pharmacol Ther* 11: 455-459, 1970.
- (38) Litter, M. "La farmacología clínica y su enseñanza". *Arch Fac Med Madrid* 10: 79-86, 1966.
- (39) Di Palma, J. R. "Clinical Pharmacology as a Specialty?". *J Clin Pharmacol* 12: 399-402, 1972.
- (40) Maren, T. H. "Role of Pharmacology in Physician Education". *J Med Ed* 48: 464-465, 1973.
- (41) Chalmers, T. C. "Clinical Pharmacology as an Academic Discipline". *N Engl J Med* 270: 140-141, 1964.
- (42) Becker, M. H., P. D. Stolley, L. Lasagna, J. D. McEville y L. M. Sloane. "Differential Education Concerning Therapeutics and Resultant Physician Prescribing Patterns". *J Med Ed* 47: 118-127, 1972.
- (43) Lasagna, L. "Training in Clinical Pharmacology". *Clin Pharmacol Ther* 14: 916-917, 1973.
- (44) Lasagna, L. "Clinical Pharmacology: Present Status and Future Development". *Science* 152: 388-391, 1966.
- (45) McQueen, E. G. "Clinical Pharmacology in New Zealand". *Med J Aust* 2: 535-537, 1971.
- (46) Reed, C. S. "The Need for Clinical Pharmacologists". *Med J Aust* 2: 624-625, 1972.
- (47) Gross, F. "Clinical Pharmacology: Give it a Chance". *Pharm Clin (Berlin)* 1: 103-105, 1969.
- (48) Dikes, M.H.M. "Clinical Pharmacology". *JAMA* 223: 1497-1498, 1973.
- (49) Wolff, F. "Clinical Pharmacology: Yesterday, Today and Tomorrow". *Chest* 57: 172-175, 1970.
- (50) Editorial: "The Image of Clinical Pharmacology". *Lancet* 1: 129-130, 1970.
- (51) Brown, J.H.V. "Clinical Pharmacology: The Neglected Science". *J Med Ed* 44: 961-963, 1969.
- (52) Naranjo, C. A., S. Lecannelier y J. Mardones. "Enseñanza de la farmacología clínica". *Rev Med Chil* 101: 784-786, 1973.
- (53) Naranjo, C. A. y P. Sanhueza. "Reacciones adversas a los medicamentos en pacientes gastroenterológicos durante la hospitalización". *Rev Med Chil* 101: 456-463, 1973.
- (54) Barbera, A., V. Garrafa y A. Aragao (Universidad de Brasília). Datos no publicados.
- (55) Aguirre, J., D. Mahan y L. Caimi (Universidad de Chile). Datos no publicados.
- (56) Brahen, L. S. y A. M. Levy. "Evaluation of New Drug: Report on a Survey to Determine Whether there is a Need for More Formal Training Programs in Clinical Pharmacology". *J Clin Pharmacol* 9: 352-356, 1969.
- (57) Garrafa, V., A. L. de Castro y R. U. Garrafa. "O ensino de cancerologia nas faculdades de odontologia do Brasil". *Rev Fac Odont Araçatuba* 2 (2): 287-294, 1973.
- (58) World Directory of Medical Schools. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1973.

- (59) Comité de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Farmacología. "Enseñanza de la Farmacología en las Escuelas de Medicina de la América Latina". Primer Informe. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica* No. 3 (1969).
- (60) Shideman, F. E. "Some Views of a Pharmacologist on Clinical Pharmacology". *J Clin Pharmacol* 12: 370-374, 1972.
- (61) Aviado, D. En el apéndice A de *Krantz & Carr Pharmacologic Principles of Medical Practice* 8ª edición. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1972.
- (62) Organización Mundial de la Salud. *Farmacología clínica: actividades, servicios y enseñanza*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos de la OMS 446, 1970.
- (63) Proceedings of the First Symposium of Merck International Fellows in Clinical Pharmacology. "The Climate for Clinical Pharmacology Outside the United States". *Clin Pharmacol Ther* 16: 543-624, 1974.
- (64) Wade, O. L. "The Monitoring of Adverse Reaction to Drugs and the Discipline of Therapeutic Auditing". *International Symposium on Clinical Pharmacology* (págs. 155-164). Bruselas, diciembre de 1970.

TEACHING OF CLINICAL PHARMACOLOGY IN LATIN AMERICAN SCHOOLS OF MEDICINE (Summary)

The remarkable advances made in drug therapy over the last 30 years have been clouded by recent studies showing a high incidence of "pharmacologic pathology" and its severe consequences. Some of the causes of this disturbing situation are well known, and it is considered that if the proper approach were followed in clinical pharmacology, both in the classroom and in the laboratory, the problem could be minimized.

In 1974 a survey was conducted in 143 schools of medicine or health sciences in Latin America to gain a view of how and to what extent clinical pharmacology is being taught. The results are presented and the course content discussed. The slow rate of development in this field is viewed with concern.

Stress is placed on the urgent need to improve the situation, and it is proposed that the medical school curricula be modified to include this subject. The importance of interinstitutional collaboration is also emphasized.

O ENSINO DA FARMACOLOGIA CLÍNICA NAS FACULDADES DE MEDICINA DA AMÉRICA LATINA (Resumo)

O impetuoso avanço da terapêutica farmacológica nas últimas décadas tem sido empanado por estudos que revelam uma alta incidência de "patologia farmacológica" e suas severas conseqüências. Algumas das causas desse perturbador problema estão bem definidas, estimando-se que o adequado desenvolvimento da farmacologia clínica, tanto no que se refere à docência como à pesquisa e assistência, resultaria numa redução do problema.

Em 1974 realizou-se em 143 faculdades de medicina ou escolas de ciências da saúde da América Latina uma pesquisa destinada a conhecer a difusão do ensino da farmacologia clínica. No presente artigo destacam-se os resultados dessa pesquisa, examinam-se os conteúdos dessa matéria e se critica a comprovada falta de evolução da mesma.

O artigo destaca a urgente necessidade de solucionar a situação e propõe modificações de currículo com vistas à inclusão do ensino da farmacologia clínica nas escolas de medicina. Insiste-se também na importância da colaboração institucional para solucionar o problema.

L'ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACOLOGIE CLINIQUE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'AMÉRIQUE LATINE (*Résumé*)

Les progrès considérables réalisés par la thérapeutique pharmacologique ces dernières décennies ont été obscurcis par des études qui révèlent une forte incidence de "pathologie pharmacologique" et de ses graves conséquences. Quelques-unes des causes de ce problème inquiétant sont bien définies, et l'on estime qu'une mise au point adéquate de la pharmacologie clinique, tant dans le domaine de l'enseignement que dans celui de la recherche et de l'assistance, aboutirait à une atténuation du problème.

En 1974 a eu lieu une enquête sur 143 facultés de médecine ou d'écoles de sciences de la santé de l'Amérique latine, enquête dont l'objet était de connaître l'ampleur de l'enseignement de la pharmacologie clinique. Le présent article décrit les résultats de cette enquête, examine le contenu de cette discipline et critique sa carence évolutive.

Les auteurs soulignent la nécessité urgente de régler cette situation et proposent d'apporter des modifications aux programmes d'études pour y inclure l'enseignement de la pharmacologie clinique dans les écoles de médecine. Ils insistent également sur l'importance de la collaboration internationale pour résoudre le problème.

Reseñas

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN LOS PAISES DE HABLA INGLESA DEL CARIBE—EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL AUXILIAR¹

En toda la región de habla inglesa del Caribe, el número de médicos por 10,000 habitantes es de 2.87 y el de odontólogos, mucho menos de uno. El problema se intensifica por la distribución inadecuada de ese personal entre las zonas urbanas y las rurales, y entre los hospitales y los servicios comunitarios de salud. Sin embargo, lo que verdaderamente agrava la situación es la utilización insuficiente del personal paramédico o auxiliar. Debido a la escasez de este personal, es excesivo el volumen de trabajo de los médicos, odontólogos y enfermeras existentes en el área y, como consecuencia, un elevado porcentaje de la población prácticamente carece de atención de la salud.

Los principales problemas de salud de esa región, de acuerdo con la forma tradicional de identificación y registro, pueden ser resumidos como sigue:

- Las enfermedades transmisibles causan entre el 20 y 30% de las defunciones, una tercera parte de las cuales se deben a infecciones que podrían prevenirse fácilmente.
- La desnutrición, acompañada de las enfermedades diarreicas, en los menores de dos años, no solo constituye la causa de la mayoría de las defunciones en ese grupo de edad, sino también de una proporción que oscila entre un quinto y un tercio de las que ocurren en todas las edades.
- La tasa de mortalidad materna es de seis a siete veces mayor que en Norteamérica. La incidencia de anemia es muy considerable.
- Las mayores causas de morbilidad y mortalidad se derivan directamente de las condiciones sanitarias deficientes.
- Los principales peligros ambientales surgen a consecuencia de un abastecimiento de agua deficiente, en cantidad y calidad, y de una eliminación inadecuada de aguas residuales.
- De los sistemas de alcantarillado existentes solo se beneficia una pequeña fracción de la población urbana, que varía de 5 a 30%.
- Aproximadamente el 50% del total de las enfermedades corresponde a las afecciones mentales.
- Otros graves problemas son los relativos a las enfermedades venéreas, la diabetes, el alcoholismo y la salud dental.

Esta situación no es distinta a la que existe en toda la América Latina en conjunto, en particular entre los habitantes del medio rural y las poblaciones marginales. Los problemas de salud comunes están estrechamente vinculados al atraso social y económico general de los países de la Región, tan arraigado en el funcionamiento y la estructura de sus economías.

¹Reseña preparada por el Dr. H. A. Drayton y por el Dr. José R. Teruel, Funcionarios del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS.

El problema de los recursos humanos

La escasez de personal auxiliar adiestrado es uno de los factores limitantes de mayor importancia para mejorar la cobertura de atención a los cinco millones de habitantes de los países de la Comunidad del Caribe. Ya en la Primera Reunión de Ministros de Salud del Caribe (Trinidad, febrero de 1969), este fue identificado como el problema central, y para resolverlo los países iniciaron sus esfuerzos, con la colaboración de la OPS/OMS, para tratar de solucionarlo.

Los siguientes datos ejemplifican la situación de los recursos humanos en 1972:

<i>Tipo de personal</i>	<i>No. total en el área</i>	<i>No. por 10,000 habitantes</i>
Enfermeras y parteras	3,725	7.4
Auxiliares de enfermería	1,081	2.2
Inspectores de salud pública	552	1.0
Técnicos de laboratorio	253	0.5
Nutricionistas y dietistas	27	0.05
Educadores en salud	6	0.01

Los sistemas de salud son deficientes también desde el punto de vista administrativo, debido principalmente a la falta de personal capacitado en las técnicas modernas de gestión administrativa, registros y estadísticas de salud.

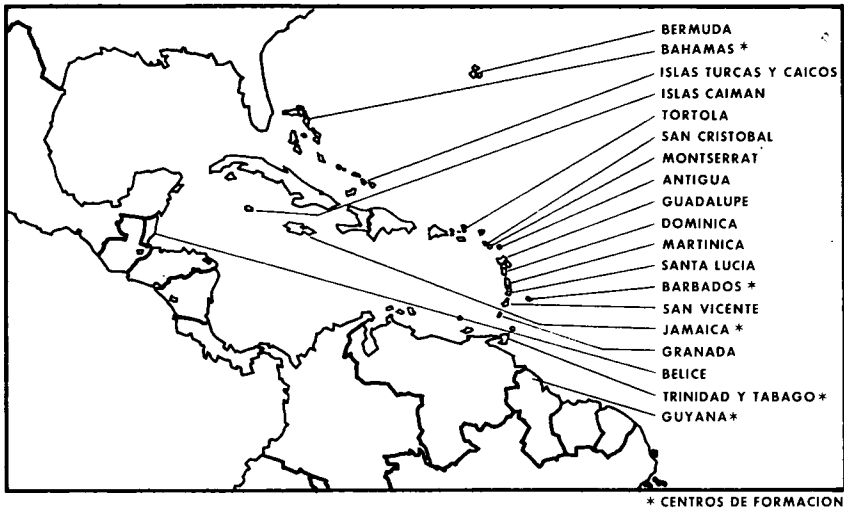
Teniendo en cuenta las necesidades de la población de los países de la Comunidad del Caribe—que crece aproximadamente a razón de 2% al año—las deficiencias de estos recursos humanos resultan aún más complicadas. Además, si se piensa de una manera optimista en el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y del grado de educación y progreso y en crear una mayor conciencia de los problemas de salud, cualquier estimación de las necesidades de personal capacitado en todas las categorías en el plazo de cinco a 10 años será muy considerable.

En 13 países del área existen escuelas de enfermería (dependientes del Ministerio de Salud) que conceden un diploma después de cursar programas de estudios de tres años. Algunas de estas escuelas preparan auxiliares de enfermería mediante programas más cortos. Sin embargo, solo seis de las escuelas se ajustan a las normas establecidas por el Cuerpo Regional de Enfermería.

Los programas de enseñanza y adiestramiento de otras categorías de personal de salud en las instituciones del área son muy limitados. Las actividades de capacitación de los Ministerios de Salud, en su mayoría, se llevan a cabo de manera esporádica, desorganizada, y a menudo consisten totalmente en enseñanzas durante el servicio, supervisadas en su mayoría por preceptores a tiempo parcial que no poseen la formación profesional necesaria para ejercer esa función.

La formación de personal en el extranjero es costosa, y resulta cada vez más difícil conseguir una institución norteamericana o del Reino Unido a la que puedan asistir los estudiantes. Además, persiste el problema de que los programas para preparar personal de salud en los E.U.A., Canadá y la Gran Bretaña no son necesariamente apropiados para el medio social y cultural del área del Caribe. Por otra parte, existe el peligro de que, por consideraciones de una mejor situación

FIG. 1—Localización de los centros de formación de personal de salud para los países de la Comunidad del Caribe.



financiera, el personal capacitado permanezca en los países desarrollados, como ocurre con mucha frecuencia.

El modelo del Caribe

La Organización Panamericana de la Salud—en colaboración con los Gobiernos de los países del área de habla inglesa del Caribe y con fondos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo—ha venido tratando, en los últimos tres o cuatro años, de orientar la expansión de los recursos existentes y de sentar las bases de un sistema regional de formación planificada de personal auxiliar en salud.

Se ha formulado un proyecto regional en el que se empleará un *procedimiento institucionalizado, multidisciplinario y regional*. Se entiende por “institucionalizado” el programa de capacitación de personal de salud que se basa en instituciones docentes. Estas instituciones, en su conjunto, se encargarán de la educación y adiestramiento del personal de salud a nivel auxiliar, básico, y también a nivel superior. En todos los niveles se incluirán programas de educación previa al servicio, durante el servicio y continua.

Por consiguiente, el proyecto tendrá su base en una red de instituciones educativas de toda la Comunidad del Caribe (figura 1), en las que se capacitará al personal que se detalla en el cuadro 1. Estas instituciones concertarán acuerdos cooperativos con las divisiones o los departamentos del servicio, que ofrecerán a los estudiantes experiencia en una labor estructurada. Se establecerán también enlaces entre las instituciones docentes que participarán directamente en el proyecto por un lado, y con la universidad por el otro. El vocablo “universidad” se emplea en su sentido genérico, de manera que no solo queden incluidos los tres recintos de la

Universidad de las Indias Occidentales, sino otras universidades del Caribe y de los Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña y otros países. Mediante estos vínculos y la conclusión de acuerdos para el reconocimiento oficial, los planes de estudios básicos ilimitados se acoplarán a los programas universitarios, incluidos los de posgrado. De esta manera se facilitará la movilidad de las profesiones a base del desarrollo vertical y lateral de las aptitudes técnicas.

El enfoque multidisciplinario o multiprofesional supone la coordinación de los programas para la formación de distintas clases de personal de salud, en los que se utilicen al máximo los cursos esenciales, como los de biología humana, química básica, biología de salud pública, salud de la comunidad, educación para la salud y microbiología. Este procedimiento no solo permite economizar tiempo, instalaciones materiales y personal docente sino que, como la experiencia ha demostrado, contribuye también a lo que a veces se denomina la "socialización" de los miembros del equipo de salud. Este equipo no es simplemente un grupo de personas en el que el médico constituye el elemento más importante. Tampoco se trata de un grupo que se reúne de vez en cuando para tratar de problemas particulares de salud y que luego se dispersa en cuanto se hallan las soluciones para vencer las crisis.

El equipo de salud moderno es bien distinto. En primer lugar, posee todas las características esenciales de un equipo, a saber: un objetivo común, claramente definido, comprendido y aceptado por todos sus miembros; una asignación específica de funciones y atribuciones, y una configuración integrada en la que el esfuerzo individual contribuye exclusivamente a la excelencia colectiva. En su funcionamiento, el equipo de salud muestra unidad de discernimiento y manera de pensar, planificación consciente y eficaz de la labor, una jerarquía libremente establecida, respecto mutuo entre sus miembros y respeto de todos por la autoridad del equipo. Por encima de todo, existe en él una integración eficaz y continua.

La posibilidad de compartir una experiencia educativa más o menos común en un ambiente institucional, constituirá una excelente preparación para la práctica integrada del grupo de salud.

El efecto de la "socialización" no se limita, bajo ningún concepto, a los estudiantes, sino que beneficiará también al profesorado. No hay nada que entorpezca más el crecimiento y desarrollo profesional de los profesores de cualquier disciplina que la privación del estímulo intelectual del contacto con los colegas de otros campos. El procedimiento multidisciplinario facilitará el intercambio de ideas acerca de nuevas estrategias educativas, el óptimo uso de los medios audiovisuales y las técnicas de simulación, de experiencias con métodos de medición y evaluación y, además, fomentará las relaciones profesionales entre los instructores de ciencias de la salud.

En cada uno de los países se ofrecerán enseñanzas teóricas y prácticas a nivel local a la mayor diversidad posible de personal de salud y hasta el grado más elevado que permitan los recursos disponibles, teniendo en cuenta las restricciones financieras. Por otro lado, la proporción de estudiantes que absorba cada programa deberá ajustarse, en la medida de lo posible, a la demanda nacional y regional.

Entre los países de la Comunidad del Caribe existe una larga tradición de compartir los medios educativos (y de otra naturaleza), independientemente de los

CUADRO 1—Personal auxiliar de salud que se adiestrará a través del proyecto regional en los países de la Comunidad del Caribe.

Tipo de personal	Antigua	Bahamas	Barbados	Belice	Bermuda	Dominica	Granada	Guyana	Islas Caimán	Islas Turcas y Caicos	Islas Vírgenes (R.U.)	Jamaica	Montserrat	San Cristóbal	San Vicente	Santa Lucía	Trinidad y Tabago	Total
Inspectores de salud	14	26	86	8	4	13	15	92	7	—	4	275	10	8	10	17	70	659
Enfermeras de salud pública	7	60	59	10	2	6	5	40	2	1	2	250	2	3	5	10	135	599
Educadores de la salud	1	3	5	—	1	1	—	14	—	—	—	5	1	2	1	2	5	41
Diplomados en salud comunitaria	2	2	12	1	—	2	1	2	—	—	—	18	—	—	1	2	5	48
Técnicos de registros médicos y estadísticas de salud	4	12	62	4	—	2	2	47	1	—	1	125	2	4	3	4	7	280
Técnicos de laboratorio	5	12	74	10	3	9	5	75	2	2	1	138	2	3	7	8	92	448
Técnicos de radiología	2	8	6	6	1	2	2	25	2	1	—	58	1	—	1	4	22	141
Técnicos de fisioterapia	1	4	3	1	—	1	1	6	2	—	1	28	1	1	1	1	11	63
Técnicos de farmacia	4	10	57	2	1	6	3	33	7	1	2	133	2	3	4	8	102	378
Técnicos de nutrición	7	21	50	2	—	6	5	34	6	1	2	87	3	4	6	6	56	296
Auxiliares médicos	—	—	—	—	—	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30
Auxiliares dentales	4	10	8	3	—	5	2	35	2	1	1	80	2	6	4	2	100	265
Trabajadores en medicina y psiquiatría social	1	8	6	1	—	3	1	6	1	—	—	30	1	1	2	2	19	82
Personal capacitado en cursos posbásicos en enfermería	7	9	8	—	—	9	5	8	2	1	1	—	2	3	7	21	4	87
Total																		3,417

de carácter regional pertenecientes a las Indias Occidentales, por ejemplo la Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales, el antiguo Colegio Imperial de Agricultura Tropical, las Escuelas de Magisterio Mico y Erdiston, las Escuelas de Enfermería de Barbados y Jamaica.

Debe también señalarse otro aspecto general. El proyecto hace hincapié en la formación de instructores de ciencias de la salud cuya preparación no se limite a determinadas disciplinas sino que les ofrezca también cierto conocimiento de los principios de la educación y los métodos didácticos.

Aspectos operativos del modelo

Los recursos de las instituciones de cinco de los países de la Comunidad del Caribe son o serán suficientes para satisfacer las necesidades nacionales y regionales con respecto a la enseñanza y adiestramiento en una serie de disciplinas. Se considerará cierto grado de especialización en esos "centros regionales", en interés de la economía y para atender las necesidades relativas a especialidades a las que se dedicarán un pequeño número de estudiantes.

La División de Ciencias de la Salud del Colegio Universitario de las *Bahamas*, recién establecida, aún se encuentra en la fase preliminar de planificación y, por lo tanto, no se pueden especificar los programas que ofrecerá. Sin embargo, es muy probable que se inicie un programa nuevo de dos años, a nivel de colegio universitario, sobre enseñanza básica de enfermería, y que el cuerpo estudiantil del programa posbásico para enfermeras de la comunidad sea de carácter regional. También se ha propuesto la creación de un programa regional posbásico de higiene de los alimentos, dedicado a inspectores de salud pública. Se están elaborando programas de introducción a los servicios de salud, destinados a técnicos de laboratorio e inspectores sanitarios.

En *Barbados* se inauguró oficialmente, en noviembre de 1974, la División de Ciencias de la Salud del Colegio Universitario de la Comunidad, y se está llevando a cabo el primer programa de introducción a los servicios de salud, con asistencia de 40 alumnos, así como un programa básico de dos años en el que participan 12 inspectores de salud pública. Se encuentran bastante avanzados los planes para los programas básicos de tecnología médica, farmacia, registros y estadísticas de salud, y el dedicado a técnicos dietéticos, que comenzará en septiembre de 1975. Asimismo se han formulado los planes preliminares para un programa de adiestramiento de instructores en ciencias de la salud, que será coordinado por el director de la unidad de capacitación de profesores de enseñanza secundaria de la Escuela de Magisterio de la Universidad de las Indias Occidentales.

Desde 1966 la Universidad de *Guyana* viene participando en las actividades de enseñanza y adiestramiento de personal de campos afines de la salud. Se encuentran en marcha programas para tecnólogos médicos, auxiliares médicos e ingenieros de salud pública, y para 1975-1976 se han planeado nuevos programas de enseñanza de enfermería básica y otros dedicados a técnicos radiólogos, inspectores de salud pública y enfermeras de salud pública. En octubre de 1974 se creó un nuevo Departamento de Ciencias de la Salud. En el recinto universitario se ha construido

un nuevo laboratorio—con fondos del Gobierno—que se utilizará especialmente para la capacitación de personal de campos afines a la salud.

En *Jamaica* se están llevando a cabo programas de tecnología farmacéutica y de laboratorio médico en el Colegio de Artes, Ciencias y Tecnología, y en septiembre de 1974 comenzó un programa en el que se otorga un certificado en registros médicos y estadísticas de salud. Se proyecta desarrollar un programa para instructores de ciencias de la salud en la División de Adiestramiento de Profesorado Técnico del Colegio.

Además, Jamaica cuenta con programas de capacitación de enfermeras en las Escuelas de Enfermería de Kingston, en el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales y en la Unidad de Enseñanza Superior de Enfermería de la propia Universidad; para auxiliares dentales en la Escuela de Auxiliares Dentales; para fisioterapeutas en la Escuela de Fisioterapia; para radiólogos en la Escuela de Radiografía, también en el Hospital de la Universidad, y para ayudantes de salud de la comunidad, este último a cargo del Ministerio de Salud.

El Departamento de Medicina Social y Preventiva de la mencionada Universidad ofrece un programa en el que se concede un diploma en salud de la comunidad, y que está orientado hacia el fomento de la formación superior de profesionales de campos afines a la salud para que puedan desempeñar funciones de supervisión y dirección.

El Gobierno de *Trinidad y Tabago* ha declarado que el programa de capacitación de auxiliares dentales (subvencionado por el PNUD) es el primer paso hacia el establecimiento de un Colegio de Ciencias de la Salud. Todavía no se ha decidido la ubicación precisa del Colegio, pero se está considerando una propuesta en el sentido de aumentar el préstamo obtenido del Banco Mundial para la Escuela de Enfermería en el Hospital de Puerto España con una subvención de otra fuente externa para el establecimiento de una institución multidisciplinaria.

Independientemente de estos centros regionales, se proyecta establecer divisiones locales de ciencias de la salud en las Islas Leeward y Windward, dentro de los colegios para la formación de profesores y técnicos.

En estas divisiones locales, la enseñanza y adiestramiento de enfermeras a nivel de enfermera diplomada básica constituirán la actividad principal. Además, se emplearán los recursos en programas preparatorios para los servicios de salud; capacitación de ayudantes de enfermería, encargados del despacho de medicamentos, ayudantes de inspectores de salud pública, ayudantes de salud de la comunidad, asistentes de sala, ordenanzas y conductores de ambulancia, y para el fomento de cursos dedicados a personal no profesional del Ministerio de Salud. Asimismo, la experiencia estructurada sobre el terreno, el laboratorio y el hospital formará parte integrante de la educación de todo el personal que la requiera.

En los centros regionales y en las divisiones locales de ciencias de la salud se tomarán las disposiciones necesarias para el desarrollo de programas de adiestramiento a corto plazo—del tipo de los de ayudante de salud de la comunidad—para preparar personal voluntario de las comunidades para desarrollar actividades de fomento de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento de afecciones y lesiones de menor importancia. Esta labor de adiestramiento de personal voluntario

estará vinculada a las actividades de fomento comprendidas en el proyecto de las asociaciones para la salud de la comunidad a fin de lograr, a través de estas, el mayor grado posible de participación de la comunidad. Estas asociaciones favorecerán también los ideales del servicio entre los estudiantes de las profesiones de salud y el respeto mutuo entre el personal de campos afines de la salud. Con la asistencia de la Secretaría Ejecutiva de la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe, la OPS/OMS y el Commonwealth Fund de Londres, ya se ha iniciado un movimiento en ese sentido.

Uno de los aspectos generales del proyecto será la promoción de normas uniformes razonables para todos los programas de los centros regionales que otorgan certificados y diplomas, de manera que sean reconocidos en toda el área del Caribe. Con este fin, se utilizará al máximo el sistema de examinadores externos, y se patrocinarán reuniones regionales de profesionales de la salud.

El futuro

Mediante la ejecución de este proyecto regional en los próximos cinco años se espera llegar a establecer un verdadero sistema regional en los países de habla inglesa del Caribe para la formación planificada de personal auxiliar. Es posible que a través de un proceso de interacción con la Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales, los departamentos, divisiones y colegios de ciencias de la salud que participan en el proyecto lleguen a preparar profesionales en salud pública y medicina más adecuados a las necesidades de la población. La estructura del programa permitirá abordar la formación del personal, en todos los niveles, basándose en los principios de integración docente-asistencial. De esta manera, el sector salud estará preparado para cumplir con su función frente al desarrollo y mejoramiento de los demás sectores.

AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CHILE²

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

²Reseña 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. La reseña se publicó también en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXXIX, No. 1 (1975), 72-76.

programa integrado,³ que se lleva a cabo en provincias y el programa mixto⁴ que se realiza en la V Zona de Salud, Santiago. (Actualmente el modelo de programa 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, Área Norte de Santiago, y 24 cursos desarrollados por el Servicio Nacional de Salud (SNS) en diversos lugares del país.

Para analizar los datos obtenidos sobre el desarrollo y manejo del programa integrado, se elaboraron: a) 10 criterios de evaluación basados en recomendaciones contenidas en varias publicaciones del SNS; b) una encuesta de opiniones del personal docente de los cursos de auxiliares de enfermería, sobre la oportunidad de preparación para la carrera docente, disponibilidad de recursos humanos y materiales para la docencia, y ventajas y desventajas del programa integrado; c) entrevistas al personal docente, y d) observación de los lugares donde se realizaron los cursos.

Los criterios fueron:

1. Las enfermeras que se dedican a la formación de personal auxiliar de enfermería deben prepararse en forma sistemática tanto para administrar los programas como para realizar el proceso de enseñanza-aprendizaje.
2. El personal debe estar constituido esencialmente por enfermeras y su proporción debe ser de un docente por 15 alumnos.
3. Debe existir un modelo de programa que sirva de guía y que sea susceptible de modificación de acuerdo con las necesidades y características locales. Este modelo de programa debe ser el producto del estudio de un grupo representativo de las enfermeras docentes.
4. El programa debe revisarse periódicamente en el plazo zonal, por medio de los comités y, en el plano nacional, mediante seminarios en los que participen todas las enfermeras docentes del país.

³*Programa integrado*: seguido en los cursos controlados por la Dirección General del Servicio Nacional de Salud a través de la Sección de 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".

⁴*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.

5. Los programas de formación de auxiliares deben ser teórico-prácticos, con énfasis en el desarrollo de destrezas en procedimientos y técnicas.

6. Los programas de formación de personal auxiliar deben durar no menos de nueve meses. Sin embargo, la educación en servicio que se imparte para nivelar los conocimientos del personal auxiliar de enfermería con formación empírica debe adaptarse en tiempo a las necesidades locales.

7. La preparación básica de la auxiliar de enfermería debe integrarse con los aspectos curativos y preventivos y diversificarse de acuerdo con las necesidades del área donde prestará servicios (consultorios rurales, diferentes servicios hospitalarios y otros).

8. Sin perder la conexión con el plano nacional, debe propenderse a la descentralización administrativa en el plano zonal. La sección de enfermería ha de contar con una coordinadora consultora y una ayudante con funciones de coordinación y de desarrollo.

9. Los campos de experiencias hospitalarias deben contar con los servicios básicos de medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y consultorio externo. Como requisito indispensable, deben contar asimismo con personal de enfermería para contribuir a la formación de la auxiliar de enfermería, particularmente por medio de la supervisión.

10. Se debe disponer de un número adecuado de becas para aquellas alumnas que cuentan con recursos limitados y en especial para las que necesitan trasladarse desde su lugar de origen a los centros en que se realizan los cursos.

La encuesta abarcó el estudio de asignaciones presupuestarias, planta física, material docente, disponibilidad de campos clínicos, y el plan de estudios.

Con respecto al presupuesto del programa, se encontró que los cursos de auxiliares de enfermería no disponen de presupuesto propio, aunque sí con algunos recursos. Las enfermeras opinaron que es necesario contar con un presupuesto por programa, esto es, que cubra necesidades tales como sueldos para personal docente y no docente a tiempo completo; cierto número de horas docentes para personal que participa en la enseñanza, y asignaciones para estimular al personal de asistencia que colabora en la supervisión. Deben considerarse también asignaciones para planta física, material y equipos docentes, medios de transporte y mantenimiento.

En cuanto a los locales de los 24 centros de adiestramiento visitados, se encontró que solamente seis (25%) eran adecuados para la enseñanza.

Para realizar una buena labor docente es necesario contar con un material mínimo, tal como equipos, instrumentos de demostración y medios audiovisuales, además de biblioteca y útiles de escritorio. Solo el 17.5% de las profesoras informó que poseía suficiente material de enseñanza apropiado, en tanto que el 82% destacó la carencia de este material como uno de los elementos que le producía mayor insatisfacción en el trabajo. El 60% de las profesoras opinó también que tenía dificultad para seleccionar los campos de experiencia docente debido al exceso de alumnas en práctica, bajo índice ocupacional de los hospitales, y escasez de campos docentes.

Para evaluar el plan de estudios del programa integrado se utilizó como instrumento básico la definición de "personal auxiliar de enfermería" aceptada por

la OPS/OMS: "... la persona preparada mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para participar, bajo la dirección y supervisión de la enfermera, en aquellas actividades del servicio de salud que exigen menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería".⁵

El plan de estudios integrado de 1970 orienta a las docentes a impartir una enseñanza en términos de necesidades de salud del individuo y de la comunidad desde un punto de vista global, eliminando el sistema de enseñar disciplinas separadas de la situación real en salud.

Su metodología está orientada en el principio de "aprender haciendo" y de integrar los conocimientos necesarios para facilitar la comprensión que se necesita durante el aprendizaje.

Sin embargo, en este plan se observa la ausencia de objetivos que promuevan la integración total de la enseñanza y la obtención del producto en términos de conducta que se desea que las alumnas alcancen una vez terminado el proceso de aprendizaje.

El análisis de los criterios y datos obtenidos en la encuesta revela que:

- El personal con preparación adecuada para cumplir la función docente es mínimo (5%).
- La mayoría de las enfermeras que desempeñan funciones docentes sienten la necesidad de tener una preparación específica y proponen formas para lograrla en un 100%.
- El personal dedicado a la formación de auxiliares de enfermería está compuesto esencialmente por enfermeras. Para la enseñanza de materias concomitantes solo en algunos casos se utiliza personal específico.
- La proporción profesora/alumnas que se recomienda es de 1 por 15; sin embargo, esta proporción solo se alcanza en un 7.7%. El 28.2% de las opiniones se inclinan por recomendar un docente por cada 16 a 25 alumnas.
- El grado de satisfacción de las docentes que desarrollan los programas de formación de auxiliares de enfermería es mayor en aquellos lugares donde funcionan tanto los comités de planificación como los comités operativos del programa.
- En general, las enfermeras de los servicios donde se forman auxiliares de enfermería no participan en la función docente.
- La revisión de los programas a nivel regional y nacional mediante seminarios solo se cumple esporádicamente debido a que las jefaturas zonales y la Sección de Enfermería a nivel nacional no cuentan con asignaciones presupuestarias para este propósito.
- Un porcentaje importante de enfermeras docentes sienten que no tiene ninguna participación en la programación del curso por cuanto el programa está normado. Las autoras del trabajo creen que este sentimiento de las docentes se debe a que no ven con claridad el concepto de flexibilidad programática que significa una adaptación del plan de estudios a las necesidades locales y a las de recursos humanos y materiales con que se cuenta en el plano zonal y local.

⁵Guía para el Adiestramiento de Auxiliares de Enfermería en la América Latina. Washington, D.C.; *Publicación Científica de la OPS* 98 (1964), 7.

- El programa está bien planeado en términos de la relación teoría-práctica, ya que se subraya el desarrollo de destrezas para realizar procedimientos.
- El rendimiento docente de la Sección de Enfermería ha sido extraordinario porque, además de realizar los cursos de nueve meses de duración para la preparación de auxiliares de enfermería, así como los de nivelación en programas de educación en servicio, ha realizado también cursos de capacitación de auxiliares de enfermería en áreas específicas, tales como pediatría, atención medicoquirúrgica y enfermería rural; todos ellos en programas integrados curativos y preventivos.
- En general, los locales destinados a la preparación de auxiliares de enfermería son deficientes, tanto en cantidad como en calidad, y el aspecto de saneamiento ambiental deja mucho que desear. Esto, junto con la escasez de material docente, dificulta el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- El desinterés por participar en la preparación de auxiliares de enfermería de parte de las enfermeras de los servicios puede deberse a la falta de estímulo, ya que por lo general tienen un exceso de responsabilidades. Su participación, sin embargo, es indispensable en la supervisión directa de las alumnas.
- Por diversos factores, entre los que se cuenta la falta de presupuesto de los cursos de auxiliares de enfermería, las enfermeras tienen dificultad para ofrecer experiencias docentes adecuadas.

En general, se puede llegar a las conclusiones siguientes:

- Desde el punto de vista de la evaluación, el programa integrado, realizado en 1970, constituye un buen modelo de programa, aun cuando es necesario establecer una redefinición de los objetivos y una ordenación de las secuencias de las unidades temáticas del plan de estudios.
- Las deficiencias en el desarrollo del programa a las que se refieren las enfermeras son más bien de interpretación del programa normativo, el que ellas aplican sin cumplir con el principio de flexibilidad en que se basa el modelo.
- Este programa sería más operativo si se contara con recursos suficientes, tanto materiales y de personal como de facilidades de perfeccionamiento docente en esta área específica.

En opinión de las autoras, la preparación de auxiliares de enfermería de cualquier institución debería basarse en el programa integrado, pero sin olvidar que este es flexible y que debe ajustarse a los objetivos de la institución.

Programa mixto

En la V Zona de Salud de Santiago los cursos del programa de formación de auxiliares de enfermería dependen del hospital base de cada una de las áreas. De este modo dicha Zona administra los cursos de auxiliares de enfermería y determina su ubicación. De acuerdo con el reglamento, los cursos están dirigidos por las directoras de cursos de las áreas y cuentan con asesoramiento y coordinación zonal.

La V Zona de Salud está formada por la Provincia de Santiago y tres comunas de la Provincia de Valparaíso; abarca más de la tercera parte del total de la población del país, y está dividida en nueve áreas hospitalarias, cinco urbanas y cuatro rurales.

En esta encuesta se consideraron en forma separada del resto de las provincias los cursos de auxiliares de enfermería que se realizaron en la V Zona en 1970, a fin de conocer las diferencias o similitudes en el desarrollo de los programas y para comparar las opiniones de los docentes de los programas que se realizan en el plano zonal con las opiniones de los docentes del plano nacional. Como instrumento de evaluación se aplicaron los criterios utilizados en el análisis de los cursos de auxiliares de enfermería del resto del país.

En 1970, la V Zona realizó un programa diferente del integrado, que se llamó "programa mixto" (véase la nota 4) por ser una combinación del programa temático y del integrado.

Como se menciona en la primera parte de esta reseña, además de los criterios de evaluación, se analizaron también algunos elementos que se consideran fundamentales para el desarrollo de la docencia, tales como: presupuesto, planta física, material docente y campo de experiencia docente.

Al parecer, no existe presupuesto en las áreas para el financiamiento de los cursos. Se mencionó que muchos profesores no terminaron los cursos que estaban desarrollando por haberseles cancelado sus honorarios. Algunas instructoras sugirieron que se considere la posibilidad de obtener un presupuesto para la alimentación de los alumnos, ya que la situación de muchos de ellos era en extremo precaria.

De las seis áreas hospitalarias visitadas solo cinco contaban con planta física. Las docentes entrevistadas opinaron que los locales eran pequeños, estaban desprovistos de vestuarios, de servicios sanitarios separados para cada sexo, y de sistema de calefacción. Ningún local contaba con sala de estar para alumnos ni facilidades para servir su merienda de mediodía.

De las 11 instructoras que respondieron al cuestionario, solo cinco expresaron que contaban con material de enseñanza suficiente. Sin embargo, se encontró que muchas carecían de libros de consulta, biblioteca, medios audiovisuales, materiales de demostración y útiles de escritorio. De seis sedes visitadas, se encontró que solo cinco tenían oficinas para las docentes.

En general, la directora de cursos es quien selecciona los campos de experiencia docente. Del total de docentes que contestaron el cuestionario, solo seis afirmaron que no tenían dificultades para seleccionar los campos de experiencia por la razón ya mencionada. Las dificultades que las instructoras encuentran en los campos de experiencia se refieren al exceso de alumnas de otras profesiones en un mismo período de tiempo y poca participación de las enfermeras para colaborar en la supervisión de las alumnas cuando estas realizan sus prácticas debido a la falta de estímulo económico y del material necesario, lo que impide realizar las técnicas correctamente. Este último aspecto es muy importante porque la acción del medio influye de manera decisiva en el proceso de aprendizaje.

Análisis comparativo de la información

Si se comparan los datos obtenidos en la evaluación del programa de formación de auxiliares de enfermería, tanto del de provincias como del de Santiago, se llega a las conclusiones siguientes:

- En relación con el primer criterio de evaluación, tanto las docentes encargadas del desarrollo de los cursos de auxiliares de enfermería de la V Zona de Salud como las del resto de las zonas, sienten la necesidad de preparar y desarrollar los programas.
- El segundo criterio se cumple en ambas situaciones. El 55% de las enfermeras docentes de provincias manifestaron que si tuvieran preparación adicional podrían enseñar todas las materias del programa, con excepción de las técnicas agrícolas, lo relativo a la familia y la comunidad y educación para el hogar. El 100% de las enfermeras de la V Zona de Salud coinciden con lo anterior, salvo dos docentes que excluyen la enseñanza correspondiente a las materias sobre artesanía y servicio social. El mismo criterio establece la relación docente/alumna en uno por 15, aunque hay algunas diferencias sobre esta proporción. Mientras que el rango de opiniones de las docentes de provincias fluctúa en un docente por nueve a 31 alumnas, el de las docentes de la V Zona de Salud oscila entre un docente por ocho a 20 alumnas.
- En cuanto al tercer criterio, en todas las zonas de salud existe un modelo de programa-guía, pero las enfermeras docentes en las dos situaciones no sienten que participen en la programación del plan de estudios.
- El cuarto criterio no se cumple en su totalidad ya que la revisión de los programas es débil. Con raras excepciones, las enfermeras docentes de provincias y de la V Zona hacen notar su falta de participación en la elaboración y evaluación de los programas. La mayoría se siente solo ejecutora de un programa elaborado en un plano superior y manifestó su desagrado por esa situación.
- En términos generales, se puede decir que el quinto criterio se cumple tanto en el programa desarrollado en provincias como en el de la V Zona de Salud. Ambos programas dedican dos tercios del tiempo al desarrollo de destrezas en procedimientos y técnicas de enfermería.
- El sexto criterio, que establece una duración mínima de nueve meses para los estudios de formación de auxiliares de enfermería, se cumple en ambos programas.
- En relación con el séptimo criterio, que se refiere a formación específica, se carece de información en la V Zona de Salud.
- La relación con la política de formación de auxiliares de enfermería (octavo criterio) se cumple en todas las zonas de salud, con excepción de la V Zona, la cual ha perdido su conexión con el plano nacional. La descentralización administrativa a la que se refiere este criterio se cumple en parte en la V Zona, pero se observa una marcada centralización con respecto a las áreas. Dicha descentralización se observa solo hasta cierto punto en las provincias, debido a la organización deficiente de los comités zonales o a la carencia de estos.

- El noveno criterio, que determina las características de los campos de experiencia docente, se cumple en su totalidad en la V Zona de Salud y parcialmente en el resto de las zonas del país, por cuanto en los hospitales de muchas localidades no existen servicios básicos diferenciados. Aunque en ambos casos existen enfermeras en todos los servicios que reciben alumnas, muchas de ellas no participan en la supervisión del aprendizaje de las alumnas de los cursos de auxiliares de enfermería, hecho que hacen notar las enfermeras docentes.
- El décimo criterio, que se refiere a la política de becas, se cumple tanto en la V Zona de Salud como en las provincias. En general, se observa que la política sobre becas es deficiente y se impone una modificación que esté más de acuerdo con los problemas derivados de la situación económica de las alumnas.

En lo que se refiere a presupuesto, planta física, material de enseñanza y campos de experiencia docente de los programas en estudio, se puede decir que tanto los cursos de la V Zona de Salud como los del resto de las zonas no cuentan con presupuesto. Las enfermeras docentes coinciden en la necesidad de establecer un presupuesto por programa, de acuerdo con las necesidades locales.

En todas las zonas de salud se comprobó que existe un problema grave en relación con los locales para realizar la docencia. La magnitud de este problema va desde la ausencia de edificios hasta la insalubridad de los mismos, en términos de espacio limitado, falta de servicios higiénicos, vestuarios, comedores, lugares de estudio y reposo, etc.

El 82% de las opiniones de las enfermeras de provincias se refieren a lo inadecuado de los locales y a la falta de material de enseñanza, lo que les produce la mayor insatisfacción en el trabajo. En la V Zona de Salud solo el 45% de las enfermeras informó que contaba con suficiente material de enseñanza.

Respecto a la disponibilidad de campos para la docencia, el 54.5% de las enfermeras docentes de la V Zona de Salud y el 60% de las docentes del resto de las zonas opinaron que tenían dificultad para seleccionar los campos de experiencia por razones similares, como exceso de alumnas de otras profesiones en las mismas áreas de estudio y escasez de personal de enfermería para supervisar a las alumnas durante la práctica.

CURSOS DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES⁶

Objetivo general establecido por la OMS

A pesar de los innegables progresos alcanzados durante el último decenio en la lucha contra las principales enfermedades transmisibles endemoepidémicas, estas continúan planteando enormes problemas a numerosos Estados Miembros de la

⁶*Weekly Epidemiological Record, OMS, Vol. 50, No. 7, 14 de febrero de 1975.*

OMS, especialmente a los países poco industrializados, situados en las zonas tropicales y subtropicales.

En cualquier programa destinado a combatir esas enfermedades, el epidemiólogo y su equipo de trabajo desempeñan una función esencial. En un sistema de vigilancia bien desarrollado es el epidemiólogo quien, en gran parte, permite detectar rápidamente el recrudescimiento de una enfermedad en focos endémicos o su aparición en otros nuevos; y es también el grupo epidemiológico el que, mediante encuestas especiales de muestras representativas, proporcionará los elementos de información que permitirán determinar la magnitud de los problemas de salud pública, cuya presencia se sospecha pero respecto de los cuales se dispone de pocos o ningún dato que pueda servir de base para la planificación racional de las campañas de control. Por último, la epidemiología tendrá que desempeñar una función como instrumento de evaluación para determinar la eficacia de la acción emprendida por las autoridades de salud contra cualquier enfermedad o grupo de enfermedades.

Entre las diversas medidas adoptadas por la OMS con el fin de colaborar con los Estados Miembros en la lucha contra las enfermedades transmisibles, figura un programa a largo plazo destinado a fortalecer los servicios epidemiológicos, uno de cuyos elementos principales es la formación de epidemiólogos.

Esta labor de adiestramiento comenzó hace unos 10 años y, a partir de entonces, ha sido continuamente reforzada y mejorada.

En la actualidad la OMS está organizando, con la ayuda de seis gobiernos interesados, tres cursos básicos de capacitación en epidemiología y control de enfermedades transmisibles: dos para participantes de habla inglesa—médicos o técnicos de salud—en Checoslovaquia/India y la URSS/Egipto, y el tercero para participantes de habla francesa en Francia/Alto Volta. Cada uno de estos cursos consta de dos partes: la primera, que se lleva a cabo en un país europeo (Francia/Checoslovaquia/URSS), consiste en un examen general y teórico de la vigilancia epidemiológica y de los métodos de lucha contra las enfermedades transmisibles, complementado por la enseñanza de otras disciplinas, como demografía, bioestadísticas, administración y planificación de la educación; la segunda parte, que tiene lugar en países tropicales o subtropicales (Alto Volta/India/Egipto), constituye un examen sistemático de los aspectos clínicos, etiológicos y epidemiológicos de las principales enfermedades transmisibles que ocurren en los países en desarrollo.

Objetivos educativos generales

Al finalizar el curso los participantes deben estar capacitados para:

1. Planificar y ejercer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles específicas, teniendo en cuenta la situación general de los servicios de salud.
2. Planificar, implantar, supervisar y evaluar las medidas de control y de prevención de las enfermedades transmisibles.

3. Capacitar al personal técnico en materia de epidemiología y métodos de control de las enfermedades transmisibles.

Además de estos tres objetivos primordiales existen otros tres secundarios que quedan sujetos al criterio de los diversos directores de cursos, de acuerdo con el tiempo y recursos disponibles:

4. Examinar los estudios de investigación en cursos y formular observaciones sobre su posible utilización en la planificación, ejecución y evaluación de las medidas de lucha contra las enfermedades transmisibles.

5. Identificar las deficiencias en los programas de salud que dependen de la organización de los servicios de salud a nivel nacional, regional y de distrito, y planificar las medidas correctivas que se aplican a las enfermedades transmisibles.

6. Evaluar los programas de salud tanto en lo que se refiere a sus aspectos técnicos como administrativos.

Objetivos de aprendizaje

Sobre la base de estos objetivos generales de aprendizaje se ha establecido una serie de objetivos específicos, comprendidos en 10 categorías principales.

- Definición y función de la epidemiología.
- Terminología básica.
- Fuentes y presentación de datos.
- Tasas y medidas.
- Muestreo.
- Variables.
- Métodos epidemiológicos.
- Vigilancia y control de enfermedades (incluida la obtención y transporte de muestras biológicas, exámenes y diagnósticos de laboratorio, encuestas sobre el terreno).
- Planificación y desarrollo de la educación.
- Administración.

Actividades de enseñanza-aprendizaje

Dada la naturaleza estrictamente práctica de los objetivos específicos de aprendizaje, se ha buscado, de manera sistemática, la participación de los asistentes a los cursos a través de seminarios, grupos de discusión, mesas redondas, prácticas dirigidas, ejercicios de simulación, enseñanza programada, demostraciones prácticas en el laboratorio y encuestas sobre el terreno.

Duración de los cursos

La duración de los cursos varía según los países:

Curso de inglés I: tres meses en Checoslovaquia, una semana en Ginebra en la Sede de la OMS y 11 semanas en la India, entre los meses de julio y febrero.

Curso de inglés II: dos meses en la URSS y dos meses en Egipto, entre septiembre y enero.⁷

Curso de francés: dos meses en Francia, una semana en Ginebra en la Sede de la OMS y siete semanas en Alto Volta, entre septiembre y enero.

Determinación de la consecución de los objetivos de aprendizaje

Durante el desarrollo del curso se controlan los progresos realizados por los participantes, por medio de métodos de evaluación diversos (cuestionarios y respuestas múltiples, ejercicios prácticos y exámenes escritos y orales).

Los participantes que han alcanzado los objetivos de aprendizaje del curso reciben un diploma (Praga/Nueva Delhi) o un certificado (Moscú/Aleandría, París/Bobo-Diulaso). Los demás participantes reciben un certificado de asistencia.

Selección de participantes

Reciben prioridad para asistir a los cursos los aspirantes que reúnan las condiciones siguientes:

- Que ya se hayan dedicado a actividades de salud pública en las categorías siguientes: médicos, bacteriólogos/patólogos, veterinarios, bioestadísticos y entomólogos.
- Que posean título universitario o justifiquen una formación equivalente.
- Que tengan varios años de experiencia en salud pública.
- Que se encuentren en situación de poder ejercer actividades profesionales en su país por lo menos durante 10 años más.
- Que estén interesados en la enseñanza y adiestramiento de personal auxiliar de salud (técnicos, enfermeras, sanitaristas, etc.).
- Que dominen el idioma en que se ofrezca el curso de capacitación.

Presentación de solicitudes

Las solicitudes de las personas que reúnen los requisitos mencionados y que han sido designadas por el Ministerio de Salud de su país para recibir adiestramiento, se remiten a la Oficina Regional de la OMS a que corresponda el país del candidato. Las solicitudes de todos los países se examinan en la Sede de la OMS en Ginebra, donde se procede a la selección final. En virtud de un acuerdo con las Oficinas Regionales, se ha estipulado que el aspirante que sea ciudadano de un país cuyo idioma oficial no es el inglés ni el francés debe demostrar que domina uno de esos dos idiomas.

Los aspirantes seleccionados reciben una beca, y la OMS se hace cargo de sus gastos de viaje.

⁷La enseñanza que se impartirá en la Sede de la OMS probablemente comenzará a partir de 1976.

Noticias

74ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD¹

La 74ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS se celebró en Washington, D.C., en el edificio de la Sede, del 23 de junio al 2 de julio de 1975, bajo la presidencia del Dr. Roberto Pereda Chávez (Cuba). Actuaron como Vicepresidentes *pro tempore* el Dr. Kenneth A. McNeill y el Dr. Wilbert J. S. Wilson (ambos de Jamaica), y como Relator el Dr. Luis D. Marcial (México). El Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, actuó como Secretario *ex officio*.

Asistieron a la Reunión los siguientes Miembros del Comité:

Argentina

Dr. Pedro Rolán Yañez
Dr. Raúl C. León
Sr. Angel Domínguez
Lic. Carlos A. González Evans

Bolivia

Dr. Luis Alberto Valle Ureña

Cuba

Dr. Roberto Pereda Chávez
Dr. Julio A. Ballestas
Sr. Plácido Marrero

Estados Unidos de América

Dr. S. Paul Ehrlich, Jr.
Dr. Robert de Caires
Sr. Lyndall Beamer
Sr. Frank I. Gauldfeldt
Sr. William J. Walsh, III

Haití

Dr. Gaston Deslouches

Jamaica

Dr. Kenneth A. McNeill
Dr. Wilbert J. S. Wilson
Sr. Derrick E. S. Webb

México

Dr. Pedro Pérez Grovas
Dr. Luis D. Marcial

Nicaragua

Dr. Orontes Avilés

Panamá

Dr. Everardo González Gálvez

En calidad de observadores asistieron representantes de Francia, de la Organización de los Estados Americanos y del Banco Interamericano de Desarrollo.

¹El Informe Final de la 74ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS se publica en el *Documento Oficial de la OPS 138* (1975).

El Comité celebró 15 sesiones plenarias y una de clausura, y aprobó 41 resoluciones.

Programa y presupuesto

Nueve de las sesiones se dedicaron a un examen del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1976, en el que el Comité contó con la colaboración del Director y del personal técnico de la Oficina. El Comité recomendó asignar para el ejercicio financiero de 1976 la cantidad de \$30,765,687. Esa suma, pendiente de aprobación por el Consejo Directivo en su XXIII Reunión (septiembre-octubre de 1975), junto con las aportaciones de otras fuentes—presupuesto de la OMS para la Región de las Américas y aportaciones de organismos interamericanos y de las Naciones Unidas—hacen un total de \$59,738,200, que constituye el presupuesto total OPS/OMS para 1976, y que se utilizará para financiar más de 800 programas de salud en todos los países del Continente Americano.

De ese total, la cantidad de \$15,995,404 (26.7%) está dedicada al programa de servicios a las personas, que comprende enfermedades transmisibles, salud maternoinfantil y bienestar familiar, nutrición, salud mental, salud dental y enfermedades crónicas. A los programas de saneamiento del medio se asignan \$14,568,965 (24.2%), que se utilizarán en actividades de planificación de programas, servicios de agua y disposición de excreta, desechos sólidos,



Vista general de una sesión plenaria del Comité Ejecutivo.

contaminación ambiental, desarrollo regional, salud ocupacional, salud animal y salud pública veterinaria, control de la calidad de alimentos, control de la calidad de medicamentos y prevención de accidentes. A los servicios complementarios—enfermería, laboratorios, vigilancia epidemiológica, educación para la salud y rehabilitación—se dedican \$3,961,818 (6.6%). Un total de \$10,101,140 (17.1%) han sido asignados al programa de sistemas de salud, y \$3,839,058 (6.5%) al desarrollo de los recursos humanos. A los proyectos de recursos físicos—producción de biológicos y mantenimiento de instalaciones y equipos de salud—se destinan \$950,683 (1.6%), a los relacionados con los recursos tecnológicos \$2,600,826 (4.3%), y a los de recursos financieros, \$50,381 (0.1%). La cifra de \$335,731 (0.6%) se asigna al programa de coordinación de investigaciones. El resto del presupuesto se dedica a la dirección administrativa (\$6,198,624—10.4%), a los Cuerpos Directivos de la OPS (\$535,570—0.9%), y al aumento del activo (\$600,000—1.0%).

Ampliación de la cobertura de servicios de salud

El Comité solicitó a la OSP que conceda la máxima prioridad a la ampliación de los servicios de salud destinados a alcanzar una cobertura total, estimulando la participación directa de las comunidades en las acciones de salud de la localidad. Encareció a los Gobiernos que, en sus programas de salud, den a conocer la decisión de ampliar y mejorar los servicios de salud rurales y que utilicen todos los recursos humanos posibles de la comunidad atendida mediante una labor continua de capacitación y adiestramiento de personal auxiliar.

Desarrollo de recursos humanos

La extensión de la cobertura de los servicios de salud requerirá de la participación de distintas categorías de personal de salud y de la comunidad, y para ello será imprescindible que exista una estrecha relación entre los servicios de salud y las instituciones docentes. El Comité encomendó al Director de la OSP que estimule y apoye la más amplia coordinación entre los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otros organismos públicos y privados, así como las universidades, para lograr una integración efectiva de la enseñanza y el servicio, y la participación de todos en la planificación y formación del personal de salud de nivel técnico y auxiliar y de la propia comunidad.

Agua y saneamiento

El Comité reconoció la importancia de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento, tanto urbanos como rurales, para el desarrollo económico y social. Encareció a los Gobiernos que sigan dando elevada prioridad a esos programas y que intensifiquen los esfuerzos en las comunidades de



El Dr. Acuña, Director de la OSP, y el Dr. Pereda, Presidente del Comité Ejecutivo, escuchan atentamente el debate de un tema en una de las sesiones del Comité.

tamaño pequeño y mediano, y pidió al Director de la Oficina que continúe colaborando con los Gobiernos en estas actividades.

Control de enfermedades

Las *enfermedades diarreicas* causan una elevada mortalidad en las Américas, especialmente en niños menores de cinco años. El Comité recomendó al Director que preste asistencia técnica a los países en estudios sobre las características de estas enfermedades, el mejoramiento de procedimientos y técnicas de laboratorio para fines de diagnóstico, y la capacitación de personal para su tratamiento y control.

Después de expresar su honda preocupación por la persistencia de la transmisión de la *malaria*, el Comité recomendó a la Organización que colabore con los países en la elaboración de una metodología para la investigación de los problemas técnicos de la transmisión y de nuevas medidas de control, y a los Gobiernos, que establezcan programas de adiestramiento para la formación de malariólogos y que asignen al programa de malaria los recursos financieros necesarios para llevar adelante las actividades.

El Comité recomendó a los países que establezcan unidades técnicas de *enfermedades crónicas*, a fin de coordinar las actividades de control a nivel

nacional, como parte de los sistemas de atención médica. Asimismo, solicitó a la OSP que propicie y coordine programas interpaíses a fin de demostrar la factibilidad y eficacia de estudios epidemiológicos y de medidas preventivas y terapéuticas, y facilitar así la organización de programas de control de mayor cobertura.

En cuanto a la *meningitis meningocócica*, el Comité pidió a la OSP que organice seminarios y cursos de adiestramiento sobre diagnóstico clínico y de laboratorio y sistemas de vigilancia epidemiológica y que mantenga actualizada la guía para la vigilancia epidemiológica y el control de esa enfermedad.

Importantes avances se han logrado en los últimos años en las actividades de *inmunización* contra el sarampión, la tos ferina, la rubéola, el tétanos, la difteria, la poliomielitis y la tuberculosis. El Comité recomendó al Director que, en colaboración con los Gobiernos, realice un análisis del estado actual de los programas de inmunización contra dichas enfermedades, que dé prioridad al adiestramiento de personal en sistemas de conservación de vacunas, y que prepare manuales de inmunización actualizados que se distribuyan ampliamente.

Con el fin de desarrollar o establecer sistemas de *vigilancia epidemiológica* de las enfermedades transmisibles, se recomendó a los países que tengan en cuenta la importancia de la recolección, análisis y distribución de datos, y que notifiquen oportuna y regularmente a la Organización los casos de enfermedades transmisibles. Asimismo, se solicitó al Director de la Oficina que, con la información proporcionada por los países, estudie la manera de organizar un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y parasitarias, y que continúe dando apoyo a los programas de adiestramiento de personal en epidemiología y vigilancia epidemiológica.

Fiebre aftosa y zoonosis

El Comité tomó nota del informe final de la VIII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis, y resolvió transmitirlo al Consejo Directivo, solicitándole a este que agradeciera a los Ministros de Agricultura la labor que realizan para mejorar la salud de los pueblos de las Américas mediante el control y la prevención de esas enfermedades. También pidió al Consejo que apoyara las solicitudes que han presentado los Gobiernos al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a fin de obtener su asistencia financiera para los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis, con el objeto de que estos puedan continuar colaborando con los países en el control de enfermedades de importancia para la salud del hombre y de los animales.

Problema de la sangre y hemoderivados

Consciente de las implicaciones de diversa índole que tiene el problema de la sangre y hemoderivados en las Américas, el Comité solicitó a los

países que den prioridad a la consolidación y control de los bancos de sangre así como a los laboratorios para tipificación y procesamiento de sangre, y a la Organización, que proporcione la asistencia técnica que requieran los Gobiernos para la definición de políticas y la implantación de programas sobre este asunto.

Año Internacional de la Mujer

El Comité solicitó al Director que continúe proporcionando la colaboración que soliciten los países para acelerar el fortalecimiento de las acciones de fomento de la salud y del bienestar de la mujer, y que busque la forma de asegurar la participación de la mujer en la planificación de la salud, la toma de decisiones y los programas de desarrollo a fin de utilizar mejor la capacidad de la mujer en los servicios de salud. Alentó a los países a que hicieran un esfuerzo para poner en práctica esa recomendación con objeto de lograr el bienestar de la familia y contribuir al progreso socioeconómico de la comunidad.

Salud y juventud

Los problemas de salud y bienestar de la juventud han venido preocupando a los Gobiernos de la Región. Se solicitó al Director que se realice un diagnóstico de la situación de la salud de los jóvenes, se elaboren planes para actividades de protección de la salud de los jóvenes y se capaciten los recursos humanos necesarios para desarrollar dichas actividades. Asimismo, se recomendó al Consejo Directivo que solicite a los Gobiernos que le concedan prioridad a la atención de la salud de la juventud, según las necesidades y los problemas de cada país.

Prevención de incapacidades

Debido a la prolongación de la expectativa de vida, se ha producido en todo el mundo un aumento relativo de las incapacidades. El Comité recomendó a los países que, en sus programas de prestaciones integrales de salud, incluyan servicios de prevención de toda clase de incapacidades, incluidas las locomotoras, cardiopulmonares, sensoriales y mentales, y la rehabilitación de inválidos.

Inventario de establecimientos de salud

El Comité solicitó al Director de la OSP que realice los estudios necesarios para establecer criterios uniformes de nomenclatura para los establecimientos de salud que permitan hacer un análisis de la capacidad instalada de los servicios de salud de la Región, y que proporcione a los Gobiernos que lo soliciten asesoría técnica para realizar los inventarios requeridos.

Programas de libros de texto e instrumental médico

Después de expresar su satisfacción por el progreso logrado por estos programas, el Comité pidió al Director que intensifique la búsqueda de fondos de préstamos adicionales para los mismos.

Otras resoluciones

Entre las otras resoluciones aprobadas en la Reunión figuran las relativas a estudios sobre financiamiento y costo del sector salud; funciones del Comité Ejecutivo; mantenimiento de instalaciones de atención de salud; coordinación de las actividades de colaboración internacional en salud en las Américas; Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, y centros multinacionales.

28ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD²

La 28ª Asamblea Mundial de la Salud, a la que asistieron los delegados de 132 Estados Miembros de la OMS, finalizó sus labores el 30 de mayo de 1975, luego de un período de sesiones de tres semanas. Estuvieron representados en la reunión las Naciones Unidas y muchos otros organismos internacionales.

Admisión de nuevos Miembros

La República Democrática de Viet-Nam, Mozambique y Tonga fueron admitidos en calidad de Miembros de la Organización. La admisión de Mozambique se haría efectiva a partir de la fecha de su independencia, el 25 de junio de 1975.

Ampliación del Consejo Ejecutivo

Se incrementó de 24 a 30 el número de Miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS, de manera tal que este refleje el considerable aumento de Estados Miembros de la OMS, actualmente 145. Los seis países recientemente elegidos para formar parte del Consejo Ejecutivo son: Guyana, Japón, la República Unida de Tanzania, Sudán, Swazilandia y Togo.

Además, puesto que el mandato de una tercera parte de los Miembros llega a término cada año, la Asamblea eligió a Australia, Bangladesh, Canadá, Finlandia, Mauritania, Ruanda, Somalia y Yugoslavia para que designaran las personas que habrán de sustituir a los Miembros salientes.

²Texto traducido del comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud No. WHA/28 (30 de mayo de 1975).

Presupuesto para 1976

La Asamblea aprobó la suma de \$137,100,000 como presupuesto efectivo para el programa de la Organización en 1976.

Lucha contra la esquistosomiasis

La Asamblea recomendó una acción concertada contra la esquistosomiasis (bilharziasis). Esta enfermedad parasitaria afecta a más de 200 millones de personas, y más de 600 millones corren el riesgo de contraerla. La esquistosomiasis está muy extendida en las zonas que carecen de instalaciones apropiadas de saneamiento y abastecimiento de agua. También puede contribuir a propagar la enfermedad el desarrollo de proyectos de explotación de recursos hidráulicos.

Viruela: optimismo y vigilancia

El número de casos de viruela actualmente en el mundo es el más bajo que se haya registrado en la historia de la humanidad. La Asamblea hizo hincapié en la necesidad de mantener la máxima vigilancia durante las últimas etapas del programa mundial de erradicación de la viruela.

Las siete enfermedades mortales

En aquellos países en los que se procede a la vacunación sistemática, se ha eliminado, o se ha reducido en gran medida, la incidencia de siete enfermedades: difteria, sarampión, tos ferina, poliomielitis, tétanos, tuberculosis y viruela. Sin embargo, con excepción de la viruela esas enfermedades continúan causando estragos en los países en desarrollo. Como parte de su programa ampliado de inmunización, la OMS presta asistencia a los países para el establecimiento de servicios permanentes de vacunación y ha preparado minuciosas guías y manuales técnicos sobre almacenamiento, transporte, manipulación y administración de las vacunas.

Lucha contra la lepra

La prevalencia de la lepra se puede reducir de manera considerable si se aplican con perseverancia y continuidad durante un período prolongado las medidas de lucha contra la enfermedad. En consecuencia, la Asamblea recomendó la búsqueda intensiva de casos a fin de garantizar el diagnóstico precoz, particularmente en los niños pequeños. Los casos infecciosos deberán recibir un tratamiento inicial sujeto a estricta vigilancia a fin de reducir al mínimo el riesgo de transmisión de la infección.

Llamamiento en favor de los ciegos

Sir John Wilson, Presidente de la Asociación Internacional de Prevención de la

Ceguera, hizo un llamamiento a los delegados en favor de los ciegos y advirtió a la Asamblea que, a menos que se adopte una acción decisiva, a fines de este siglo el número de ciegos en el mundo ascenderá de 16 a 30 millones.

Tráfico de sangre

Después de examinar un informe sobre el tráfico de sangre humana por empresas comerciales, se instó a todos los Estados Miembros de la OMS a que promovieran los servicios nacionales de transfusión de sangre a base de donaciones voluntarias y gratuitas, y que tomaran las medidas necesarias para proteger y fomentar la salud de los donantes y receptores de sangre.

Promoción de los cuidados primarios de salud

La Asamblea recomendó que se adoptara un enfoque integral para promover la atención primaria de salud como parte de las actividades nacionales de desarrollo. En esta atención primaria se integran, a nivel de la comunidad, todos los elementos necesarios para ejercer un efecto favorable sobre el estado de salud de la población.

Fomento de la salud mental

La Asamblea decidió que la OMS prestara asistencia a los países en relación con el desarrollo de las actividades de salud mental en sus respectivos programas de salud, en particular tratando de obtener más información sobre la epidemiología de los trastornos mentales y elaborando métodos nuevos y eficaces de tratamiento y control de los trastornos neuropsiquiátricos, incluidos la epilepsia y otros trastornos orgánicos cerebrales, así como las invalideces relacionadas con el consumo de alcohol y la farmacodependencia. Instó también a los Países Miembros a que estimularan las investigaciones sobre el retraso mental.

Investigaciones sobre el cáncer

Se está desarrollando una planificación a largo plazo de cooperación internacional en materia de investigaciones sobre el cáncer. El programa tiene por objeto acelerar la elaboración de enfoques metodológicos de la coordinación internacional de estas investigaciones y establecer sistemas apropiados de información.

Investigaciones biomédicas

Se pidió al Director General que intensificara las comparaciones y los análisis que se vienen llevando a cabo de las previsiones y pronósticos a largo plazo de las investigaciones biomédicas de los Países Miembros y las organizaciones internacionales apropiadas.

Fluoruración y salud dental

Habida cuenta de la creciente incidencia de caries dental, derivada de la obtención y consumo de alimentos refinados, la Asamblea recomendó a todos los Estados Miembros que tomen medidas para prevenir esta afección, especialmente garantizando el contenido óptimo de fluoruro en los abastecimientos de agua.

Drogas y medicamentos

La Asamblea pidió a la OMS que aumentara la asistencia directa que presta a los Estados Miembros para sus programas nacionales de investigaciones farmacéuticas y de control y vigilancia de drogas y medicamentos. La OMS habrá de ofrecer también asesoramiento sobre la selección y compra, a un costo razonable, de medicamentos esenciales, con arreglo a las necesidades de salud de cada país.

Plan de certificación para los productos farmacéuticos

Fue aprobado un plan de la OMS para la certificación de la calidad de los productos farmacéuticos que se introduzcan en el mercado internacional. La medida está dirigida esencialmente a proteger a los países en desarrollo que importan drogas y medicamentos modernos y no están equipados para ensayar su calidad, eficacia e inocuidad.

Asistencia en materia de salud a los refugiados en el Medio Oriente

Se aprobó la asignación de fondos apropiados para mejorar las condiciones de salud de la población de los territorios árabes ocupados y la utilización de tales fondos bajo la supervisión de la OMS.

Asistencia en circunstancias especiales derivadas de la guerra

La Asamblea acordó que se emprendieran dos programas de asistencia técnica y material para remediar situaciones especiales causadas por la guerra. Uno de ellos está destinado a las antiguas colonias portuguesas de Africa y el otro a Camboya, la República Democrática de Viet-Nam y la República de Viet-Nam del Sur.

Premio León Bernard

El Premio León Bernard, con el que se honra la memoria de uno de los fundadores de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, se otorgó este año al Profesor Boris V. Petrovskij, Ministro de Salud de la URSS.

Discusiones Técnicas

Las Discusiones Técnicas, que se celebran todos los años en el curso de la Asamblea pero al margen de sus labores oficiales, trataron sobre el grave problema de salud pública que plantean las enfermedades de transmisión sexual. Se recomendó llamar urgentemente la atención de los Gobiernos sobre la importancia social y económica de esas enfermedades y sobre la insuficiencia de los esfuerzos actuales para controlarlas.

Animales de laboratorio

La Asamblea pidió a la OMS que colaborara en la formulación de directrices internacionales referentes a la utilización de primates no humanos (simios) en los programas de salud humana y que prestara asesoramiento en relación con métodos para limitar el comercio internacional innecesario de simios, que con frecuencia son portadores de enfermedades peligrosas para el hombre. Estos animales se utilizan en el laboratorio para las investigaciones biomédicas, la producción de vacunas y el control de la inocuidad de las sustancias terapéuticas de uso común.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Informe Anual del Director, 1974. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 183 págs. *Documento Oficial 136*. Disponible también en inglés.

En esta publicación se describen las actividades realizadas en 1974 por la Organización Panamericana de la Salud en colaboración con los Gobiernos de las Américas, a fin de llevar a cabo sus propósitos fundamentales: combatir las enfermedades, prolongar la vida y contribuir al mejoramiento físico y mental de los habitantes de la Región.

El documento consta de ocho capítulos que comprenden: la protección de la salud a) erradicación o control de enfermedades y b) ingeniería y ciencias del ambiente; el fomento de la salud, que analiza los servicios generales y los programas específicos; el desarrollo de recursos humanos; la planificación de la salud; la promoción y coordinación de investigaciones; información y publicaciones; las relaciones externas de la OPS, y la organización y administración.

De las actividades de los proyectos—que en 1974 ascendieron a 806—se da cuenta en el anexo a este *Informe (Documento Oficial 136-A)*.

Manual sobre la fiebre amarilla y su diagnóstico diferencial histopatológico. Por Alfonso J. Strano, John R. Dooley y Kamal G. Ishak. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 55 págs. *Publicación Científica 299*. Precio: EUAS\$1.50.

Este libro es la traducción autorizada de la edición en inglés (*Syllabus—Yellow Fever and its Histopathologic Differential Diagnosis*, 1974), publicada por el Registro de Patología de los Estados Unidos de América, Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas. Examina la historia, epidemiología, virología, inmunología, patogénesis, histopatología y el diagnóstico diferencial histopatológico de la fiebre amarilla.

El diagnóstico de esta enfermedad presenta una serie de dificultades especiales. A menudo, los casos no muestran la sintomatología típica y es posible que hasta los casos esporádicos clásicos pasen inadvertidos. Aun durante una epidemia, pueden quedar casos sin diagnosticar, lo cual trae por resultado el subregistro de la enfermedad en todo el mundo. Además, en muchas regiones donde ocurren casos de

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda.

fiebre amarilla, los patólogos no siempre conocen los problemas que implica el diagnóstico histopatológico diferencial de esta enfermedad y otras afecciones hepáticas agudas.

Se espera que esta publicación sea de gran utilidad para los patólogos a fin de que colaboren en el control de la fiebre amarilla y en la prevención de brotes epidémicos mediante el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Población y planificación de la familia—Resúmenes analíticos para educadores en servicio social y disciplinas afines. Por Katherine Brownell Oettinger y Jeffrey D. Stansbury. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 180 págs. *Publicación Científica 300*. Precio: EUA\$3.00.

La rapidez de los acontecimientos en el mundo actual en el que la ciencia ha proporcionado medios anticonceptivos seguros y confiables, ha demostrado la necesidad de que el trabajador social actúe como agente de cambio interprofesional a fin de lograr el bienestar del hombre y un futuro promisorio de la humanidad. Asimismo, se observa que los profesores en servicio social no cuentan con una biblioteca extensa y bien estructurada sobre planificación de la familia, que puedan utilizar en la preparación de próximas generaciones de dirigentes profesionales. La presente publicación podrá servir de base para la creación de una biblioteca de este tipo que pueda servir en el ámbito internacional.

Mediante autorización de la Asociación Internacional de Escuelas de Servicio Social, la OPS tradujo este libro del original en inglés *Population and Family Planning: Analytical Abstracts for Social Work Educators and Related Disciplines*. Contiene una Guía para el lector y la *Colección de Referencias Básicas* que incluye reimpressiones, extractos y ediciones regulares de 55 trabajos sobre educación y práctica en trabajo social, planificación familiar, dinámica de población y educación en la vida familiar.

Se presentan también resúmenes analíticos de otras ramas de la ciencia: biología, medicina, economía, derecho, comunicaciones, enfermería y psicología, los cuales tienen por objeto llenar lagunas conceptuales y proporcionar a los trabajadores una visión más amplia de su contribución a la investigación, administración, enseñanza y ejercicio profesional directo en planificación de la familia. Además, la *Colección* pretende familiarizar a los profesores y alumnos con escritos que no aparecen en esta obra pero que son dignos de estudio, para lo cual incluye varias bibliografías que servirán de fuentes de consulta.

La obra está dirigida a las escuelas de trabajo social, a los estudiantes de servicio social, y a todos aquellos individuos interesados en el bienestar familiar. También se espera que servirá para preparar programas de estudios para otros educadores que estén adoptando este nuevo e importante enfoque del servicio social preventivo.

La formación y los servicios de los feldshers en la URSS. Estudio preparado por el Ministerio de Sanidad de la URSS para la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974. *Cuadernos de Salud Pública No. 56*. 52 págs. Precio: Fr.s. 5. Publicado también en inglés, francés y ruso.

La OMS ha publicado varios estudios sobre los servicios de salud de la URSS.² Los servicios de salud de la Unión Soviética tienen varias características propias que los hacen especialmente interesantes para los administradores de salud y los profesores de ciencias de la salud de otros países. La finalidad de estos servicios es ofrecer asistencia médica gratuita de alta calidad a toda la población.

Para alcanzar este objetivo, la URSS no solo prepara gran cantidad de médicos (el promedio del país es de unos 27 médicos por 10,000 habitantes), sino que cuenta con un personal de categoría intermedia muy numeroso, integrado por feldshers, parteras, técnicos de laboratorio y enfermeras, entre otros. Con el rápido encarecimiento de los servicios de salud, no solo los países en desarrollo sino incluso los más prósperos se interesan cada vez más en la posibilidad de aprovechar personal de categoría intermedia para la prestación de algunos de los servicios tradicionalmente reservados a los médicos. Por esta razón, la OMS invitó al Ministerio de Sanidad de la URSS a preparar una reseña detallada de sus métodos de formación y utilización de feldshers, feldshers-parteras, feldshers de sanidad y otro personal afín.

Aunque la sección relativa a la planificación de las necesidades de feldshers contiene varias fórmulas bastante complejas, que a primera vista pueden parecer abstrusas, el presente estudio del sistema de feldshers es, en conjunto, más descriptivo que analítico y está escrito con gran lucidez. Cuantos se interesen en el sistema de feldshers encontrarán en este trabajo útil información básica.

El ayudante de medicina: Personal de asistencia sanitaria de grado intermedio, obra dirigida por Donald M. Pitcairn y Daniel Flahault. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974. *Cuadernos de Salud Pública No. 60*. 208 págs. Precio: Fr.s. 10. Publicado también en francés, inglés y ruso.

Hay en el mundo escasez de médicos, cuya larga y costosa formación no contribuye precisamente a resolver el problema. Además, mucha gente opina que gran parte del trabajo cotidiano del médico puede perfectamente confiarse a personal con una formación menos avanzada. Por lo tanto, una de las soluciones que se proponen es la creación de un grado intermedio de personal de salud, porque es posible formar con rapidez y en cantidad suficiente personal de esta clase que preste la asistencia elemental de salud que se precisa en vastas regiones del mundo y, en caso necesario, envíe los casos más complicados a centros donde puedan recibir el tratamiento necesario. El personal de salud de grado intermedio existe en todo el mundo, pero en muchos países las disponibilidades no bastan y se manifiesta una firme oposición a la creación de tipos nuevos de personal de categoría intermedia y a la ampliación de sus funciones, cuando ya existen.

En el presente volumen, que contiene las actas de una conferencia internacional patrocinada por la OMS y por el Centro Internacional Fogarty de Estudios Superiores de Ciencias de la Salud, se describen distintos programas de formación de personal de salud de grado intermedio en los Estados Unidos de América, la

²Véase, entre otras publicaciones, Popov, G. A. *Principios de la planificación sanitaria en la URSS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. *Cuadernos de Salud Pública No. 43*, 1972.

forma en que se utiliza ese personal y los problemas que plantea su entrada en el sistema de servicios de salud. Fue un toque original la presencia en la reunión de representantes de más de una docena de países en desarrollo que trataron el problema desde el punto de vista de su propia experiencia y de sus propias necesidades; las observaciones que formularon en el curso del debate no son, ni mucho menos, la parte menos interesante de un libro que contiene un examen completo de la selección, las funciones y el aprovechamiento del personal de salud de categoría intermedia en todo el mundo.

La obra será útil para todos quienes se propongan emplear o aumentar el empleo de personal de esta clase para ampliar la cobertura de los servicios básicos de medicina y salud en todos los países, ya sean desarrollados o en desarrollo.

Enfermería y salud de la comunidad. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974. *Serie de Informes Técnicos No. 558.* 31 págs. Precio: Fr.s.4. Publicado también en francés, inglés y ruso.

Aunque los enfermos hospitalizados representan una proporción mínima de la población necesitada de asistencia, en los países en desarrollo se les dedica una gran proporción de los servicios de enfermería disponibles. Los enfermos de las aldeas, en cambio, pese a ser mucho más numerosos que los de los hospitales, carecen de servicios de enfermería o cuentan con muy pocos. A pesar de ello, se sigue preparando a las enfermeras exclusivamente para el trabajo en los hospitales.

Un Comité de Expertos de la OMS en Enfermería y Salud de la Comunidad, que se reunió en Ginebra en julio y agosto de 1974, examinó los cambios fundamentales que sería preciso introducir para remediar este grave desequilibrio.

El Comité estimó que el hecho de que no se dé al personal una preparación adecuada para el servicio como personal de salud de base o como enfermeras de la comunidad en las zonas rurales constituye una grave deficiencia en la formación actual del personal de salud. Propuso, en consecuencia, que se modificasen radicalmente las enseñanzas de enfermería para lograr un plan de estudios centrado más en la población que en las instituciones médicas, cuya aplicación permita formar personal capaz de diagnosticar las enfermedades y de prescribir medidas preventivas, curativas y de rehabilitación. Habría que invertir las enseñanzas tradicionales de enfermería, a fin de iniciarlas por el estudio de la familia sana en su vida social y comunitaria, pasando después al desarrollo de la enfermedad y la disfunción social, y estudiando finalmente la prevención y solución de esos problemas.

La formación debería ser práctica, ofreciendo a los alumnos la oportunidad de conocer la vida comunitaria, su funcionamiento y sus efectos sobre la salud o la enfermedad. El resultado sería orientar al alumno hacia una concepción dinámica de la vida y de las relaciones humanas, en la que la enfermedad y la asistencia hospitalaria sean consideradas como meros episodios.

Para llevar los servicios de salud a las comunidades rurales desatendidas, el Comité propuso una modificación radical de su organización, encargándose los servicios de enfermería de la prestación de servicios de salud básicos, como la

prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Se deberían aprovechar plenamente los recursos de personal, sirviéndose de los curanderos, el personal de salud local y las parteras tradicionales, y facilitándoles la formación, la supervisión y el apoyo necesarios. Para este plan sería indispensable un sistema de consulta y apoyo adecuado en todos los planos de la asistencia.

El Comité terminó subrayando que estos nuevos conceptos exigen la aceptación sin reservas de la enfermería de la comunidad como fundamento de todo ejercicio de la enfermería y como el único medio de llenar el vacío entre la asistencia en los hospitales y la vida comunitaria.

Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974. *Cuadernos de Salud Pública No. 57.* 55 páginas. Precio: Fr.s.5. Publicado también en francés, inglés y ruso.

La educación de profesionales de la salud en cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual humano no forma parte de los estudios en muchas escuelas de medicina y de enfermería. La formación en reproducción humana y planificación de la familia no facilita por sí sola los conocimientos necesarios para enfrentarse con los problemas sexuales de los pacientes. Para asesorar sobre problemas de sexualidad humana se necesita gran tacto, integridad, tolerancia y comprensión del comportamiento y de las relaciones personales. Cuando los pacientes piden ayuda para resolver sus dificultades sexuales, los médicos y las enfermeras no pueden o no quieren aconsejar por no considerarse debidamente preparados o porque se encuentran en una situación personal embarazosa. Sin embargo, los pacientes esperan obtener comprensión y ayuda por parte de los asesores de salud, pues consideran, con razón, que el asesoramiento en cuestiones sexuales es parte fundamental de la asistencia médica. Algunos países han adoptado medidas para que la sexología sea considerada como una especialidad médica y han establecido una red de servicios de especialistas. No obstante, todos los profesionales de la salud deberían tener la oportunidad de adiestrarse en sexología humana como parte de sus estudios generales de medicina.

Los colaboradores del presente volumen—un grupo internacional de gran experiencia en la materia—describen los conocimientos, técnicas y actitudes necesarias para aconsejar eficazmente y para impartir enseñanzas de sexualidad humana, y proponen planes adecuados para el establecimiento de programas sobre sexualidad humana en las escuelas de profesionales de la salud. También analizan la situación en varios países.

PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

	Precio EUAS
No. 303 Enseñanza de la introducción a la enfermería—Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS. 1975 (24 págs.)	1.00
No. 302 Discusiones Técnicas de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS—Estudios y estrategias necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas. 1975 (67 págs)	2.00
No. 301 Simposio Centroamericano sobre el Sarampión y su Vacuna. 1975 (60 págs.)	2.00
No. 300 Población y planificación de la familia: Resúmenes analíticos para educadores en servicio social y disciplinas afines. 1975 (180 págs.)	3.00
No. 299 Manual sobre la fiebre amarilla y su diagnóstico diferencial histopatológico. 1975 (62 págs.)	1.50
No. 298 Onchocerciasis in the Western Hemisphere. 1975 (164 pp.)	7.50
No. 297 The Impact of Malaria on Economic Development: A Case Study. 1975 (125 pp.)	2.50
No. 296 Seminario sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural. 1975 (25 págs.)	1.00
No. 295 VII Inter-American Meeting on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1975 (186 pp.)	2.50
No. 295 VII Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1975 (196 págs.)	2.50
No. 294 Maternal Age, Birth Order, and Birthweight: Three Important Determinants in Infant Mortality. 1975 (48 pp.)	0.50
No. 294 El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: Tres importantes factores determinantes de la mortalidad infantil. 1975 (48 págs.)	0.50
No. 293 Seminario sobre la organización de servicios para el retrasado mental. 1974 (104 págs.)	2.00
No. 292 Endemic Goiter and Cretinism: Continuing Threats to World Health. 1974 (315 pp.)	5.00
No. 291 Seminar on Nursing-Midwifery Aspects of Maternal-Child Health and Family Planning. 1974 (114 pp.)	1.50
No. 291 Seminario sobre aspectos de enfermería y obstetricia en salud maternoinfantil y planificación de la familia. 1974 (122 págs.)	1.50
No. 290 Guide for the Organization of Health Services in Rural Areas and the Utilization of Auxiliary Personnel (<i>in press</i>)	2.00
No. 290 Guía para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar. 1974 (74 págs.)	2.00
No. 289 Servicios comunitarios de la salud y participación de la población—Discusiones Técnicas, XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. 1974 (36 págs.)	--
No. 288 Sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y zoonosis. 1974 (160 págs.)	2.00
No. 287 Health Conditions in the Americas, 1969-1972. 1974 (233 pp.)	2.00
No. 287 Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972. 1974 (237 págs.)	2.00
No. 286 Facts on Health Progress, 1974 (<i>in press</i>)	1.50
No. 286 Hechos que revelan progreso, 1974 (<i>en prensa</i>)	1.50
No. 285 Guía para investigaciones sobre el desarrollo de la enfermería en América Latina. 1974 (24 págs.)	0.50
No. 284 Manual de nomenclatura y codificación de tumores. 1974 (107 págs.)	2.00
No. 283 Simposio sobre Disentería Shiga en Centroamérica. 1974 (157 págs.)	3.00
No. 282 Grupo de Estudio sobre la Formación del Psiquiatra. 1974 (129 págs.)	2.00
No. 281 VI Inter-American Meeting on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1974 (150 pp.)	2.00
No. 281 VI Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1974 (146 págs.)	2.00
No. 280 Venereal Disease—Report of the International Travelling Seminar in the United States of America. 1974 (50 pp.)	2.00
No. 280 Enfermedades venéreas—Informe de un Seminario Viajero Internacional en los Estados Unidos de América. 1974 (56 págs.)	2.00
No. 279 Pan American Conference on Health Manpower Planning. 1974 (134 pp.)	2.50
No. 279 Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. 1974 (140 págs.)	2.50
No. 279 Conférence Panaméricaine sur la Planification du Personnel de Santé. 1974 (134 p.)	2.50
No. 278 Medical Auxiliaries—Proceedings of a symposium held during the Twelfth Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research. 1973 (68 pp.)	2.50
No. 277 Guía para el diagnóstico de la tuberculosis por el examen microscópico. 1974 (35 págs.)	0.50
No. 276 Manual for the Microscopic Diagnosis of Malaria (4th ed.). 1973 (102 pp.)	2.50
No. 276 Manual para el diagnóstico microscópico de la malaria (4ª ed.). 1975 (115 págs.)	2.50
No. 276 Manual de Diagnóstico Microscópico da Malária (4ª ed.). 1975 (115 págs.)	2.50

*Se pueden enviar pedidos directamente a la
Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.*

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América

Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua

Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE ZONA

Zona I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Zona III, Apartado 383
Guatemala, Guatemala

Zona V, a/c Ministério de Saúde
8° Andar, Eplanada dos Ministerios
Brasília, D.F., Brasil

Zona II, Havre 30, 3^{er} piso
México, D.F., México

Zona IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Zona VI, Charcas 684, 4° piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Contenido

LA SALUD POR EL PUEBLO

**LA FORMACION DEL RECURSO HUMANO Y LAS NECESIDADES
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

THE TRAINING OF HEALTH AUXILIARIES IN THE WEST INDIES

**LA ENSEÑANZA DE LA FARMACOLOGIA CLINICA EN LAS FACULTADES
DE MEDICINA DE LA AMERICA LATINA**

ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL AUXILIAR EN EL CARIBE

AUXILIARES DE ENFERMERIA EN CHILE

**CURSOS DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES**

74a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO

28a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

LIBROS DE LA OPS Y DE LA OMS

