

Las escuelas de salud pública en la América Latina

Las escuelas de salud pública de la América Latina tienen como objetivo específico la formación del personal necesario para la administración de los servicios de salud en los países de esa Región. Un estudio de su estructura, organización, recursos y funciones, así como de los resultados obtenidos, es de capital importancia en momentos en los cuales están llamadas a definir su posición dentro del proceso de desarrollo del Continente y frente a la necesidad de profundos cambios sociales y económicos en el mismo.

EN 1968 el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició un estudio comparativo entre las diez escuelas de salud pública de la América Latina.

La copiosa información recogida fue difícil de compilar y someter a un estudio comparativo porque, si bien existen ciertos rasgos comunes a todas las escuelas de salud pública, debido a factores condicionantes de origen, dependencia, estructura y orientación, todas ellas presentan características intrínsecas que las hacen sumamente disímiles. Este trabajo analiza los factores más sobresalientes, en especial los relacionados con la docencia.

MATERIAL Y METODO

Las escuelas bajo estudio se designaron según la ciudad donde están ubicadas, lo cual coincide con el nombre con que generalmente son conocidas: Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo.

• Encuesta llevada a cabo por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C., E.U.A.

Se incluyó la Escuela de San Juan de Puerto Rico porque, si bien desde el punto de vista geopolítico, presupuestario y estructural se considera dentro de los Estados Unidos, en ella se enseñan cursos en español y se recibe un número elevado de alumnos latinoamericanos.

Este estudio se llevó a cabo gracias a la experiencia obtenida en encuestas sobre las escuelas de medicina, a las conferencias de directores de escuelas de salud pública, a los seminarios viajeros y a la información acumulada por la OPS por más de una década.

Como primer paso se elaboró un juego de cuestionarios con el fin de obtener información sistemática sobre los recursos, la organización, la estructura y funciones de las escuelas. También se consideró necesario la elaboración de otro cuestionario para el personal docente. Para iniciar el estudio y evaluar el instrumento diseñado se llevaron a cabo entrevistas con el director y los jefes de las unidades docentes de la Escuela de Salud Pública de Caracas, cuya colaboración ha sido de valor inapreciable.

La encuesta fue complementada con visitas a las instalaciones y observación del funcionamiento de la Escuela. Además, se celebró una reunión con todo el profesorado a fin de exponer y discutir la problemática de la enseñanza en salud.

Superada esta etapa, el entrevistador continuó visitando las otras escuelas, habiéndole dedicado a cada una de ellas un promedio de una semana. En la recolección de datos hubo que obviar ciertas dificultades debidas a la disimilitud entre las escuelas, a ciertas complejidades administrativas, a la necesidad de encuadrar la información dentro de un marco de referencia común, a la escasez de datos en ciertos casos y a otros factores limitantes.

Al término de las visitas se tabuló la información recogida, la cual se presenta en 34 cuadros que enfocan particularmente la función docente y reúnen el máximo de datos comparables. Las escuelas aparecen en todos los cuadros en orden alfabético. Durante la encuesta se obtuvo también otra información valiosa no susceptible de tabulación en forma comparativa. Las entrevistas estimularon valiosos procesos de discusión de ideas que pueden considerarse como un subproducto importante de la investigación. De un modo general, se puede decir que la colaboración de los directores y demás personal docente fue excelente.

Los cuadros y sus correspondientes comentarios fueron sometidos a la consideración de los directores de las distintas escuelas a fin de que hicieran las enmiendas o rectificaciones necesarias. Sólo dos escuelas no respondieron, lo que se interpretó como señal de aprobación. Este ma-

terial, comentado y revisado por la mayoría de las escuelas de salud pública, se ofrece más adelante. En su análisis se siguió el plan siguiente: 1) Historia de las escuelas de salud pública de la América Latina. 2) Estructura de las mismas (régimen de dependencia, medidas contenidas en convenios Ministerio-Universidad, niveles de autoridad, organismos ejecutivos y consultivos, medidas y decisiones determinadas por los reglamentos, denominación y composición de las unidades docentes). 3) Recursos humanos para la docencia e investigación (categorías académicas del personal docente, distribución del mismo según dedicación, sexo, edad y categoría profesional o técnica). 4) Facilidades y servicios (planta física, equipos docentes, servicios y facilidades generales para estudiantes, biblioteca, facilidades para prácticas de terreno). 5) Recursos financieros (presupuesto, presupuesto según fuentes de ingreso). 6) Actividades docentes de las escuelas (resumen de las actividades que se realizan, cursos dictados, carga docente, contenidos del curso, capacidad máxima admisible). 7) Los alumnos y los egresados (distribución según categoría profesional o técnica, alumnos del curso básico, alumnos extranjeros, número de graduados de los diferentes cursos). 8) Comparación con las escuelas de Estados Unidos y Canadá.

RESULTADOS

1. *Información histórica*

Este capítulo presenta los hechos más sobresalientes y significativos con relación al origen y a la creación de las escuelas de salud pública de la América Latina.

Es difícil establecer con precisión una fecha de origen porque habitualmente ésta se remonta a las diversas tentativas de organizar cursos de adiestramiento, institutos o laboratorios que más adelante sirvieron de base, de una manera más o menos gradual, al establecimiento de las escuelas con la estructura que presentan hoy día. No obstante, podría fijarse como fecha de origen de la institución la del comienzo del primer curso básico de salud pública para médicos, siguiendo la concepción del "Master of Public Health" (MPH) de las escuelas de Estados Unidos.

La creación y la evolución de las escuelas de salud pública de la América Latina guardan una estrecha dependencia doctrinaria con las escuelas de Estados Unidos, ya que la mayoría de los profesores latinoamericanos se han formado en Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapel Hill, Ann Arbor, California, y otras.

Quizás la más antigua de las escuelas de salud pública latinoamericanas sea São Paulo, cuyo origen se remonta a 1918, dos años después de

fundada la de Johns Hopkins. Surgió con la creación de un laboratorio de higiene en virtud de un acuerdo entre la Fundación Rockefeller y la entonces Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo. Sus iniciadores fueron los Dres. S. T. Darling y Wilson G. Smillie, seguidos por sus contrapartes nacionales, los Dres. Geraldo H. de Souza y Francisco Borges Viera, ambos del primer grupo de graduados de Johns Hopkins. En 1924 fue reconocida oficialmente por el gobierno como Instituto de Higiene, en el cual se comenzaron a ofrecer cursos de perfeccionamiento para personal de salud. En 1931 fue reconocida como Escuela de Higiene y Salud Pública del Estado de São Paulo. En 1938 se incorporó a la Universidad del Estado, y en 1945 se transformó en la actual Facultad de Higiene y Salud Pública. De acuerdo con el criterio ya expuesto, el primer curso básico de salud pública se realizó en 1928, año fijado como el de iniciación efectiva de las actividades docentes. Hasta 1968, la Escuela de São Paulo exhibe la cifra más alta de graduados, 6.277 en total.

Simultáneamente con el desarrollo descrito en São Paulo, la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, bajo la inspiración de Carlos Chagas, inició en 1925 un curso de dos años de duración que exigía como requisito de ingreso la aprobación de un curso previo administrado por el Instituto Oswaldo Cruz. Esto podría tomarse como la iniciación de la especialización en salud pública en el Brasil. En 1941 pasó a depender de dicho Instituto y al año siguiente formó parte de un programa nacional del Ministerio de Salud. Los esfuerzos por crear una escuela con carácter nacional, ya fuera dependiente de la Universidad o del Ministerio, dieron origen, finalmente, a la creación de la Escuela Nacional de Salud Pública en 1958. En 1959 adquirió la estructura actual, dentro de la Fundación de Enseñanza Especializada en Salud Pública.

En la década de los 20, México confrontaba también la aguda necesidad de capacitar personal para el desarrollo de sus programas de salud, puestos en marcha después de la revolución. Los iniciadores, en su mayoría formados en Johns Hopkins, introdujeron el concepto de una escuela de salud pública que comenzó a funcionar en 1922. Es difícil medir el impacto que esto ha tenido en ese país a través de sus 4.910 graduados, y su fuerte contribución en el adiestramiento de alumnos extranjeros. Desde su creación hasta el momento actual ha dependido de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Cuba también ofrece un historial interesante, vinculado a la tradición dejada por Carlos Finlay y a su contribución decisiva para esclarecer la epidemiología de la fiebre amarilla a fines del siglo pasado. El Instituto que lleva su nombre fue fundado en 1927, con el propósito de dictar

cursos que se limitaron a la preparación de médicos de salud pública, enfermeros especializados y oficiales de salud en escala todavía reducida. Sólo después de la revolución, en 1959, la rápida expansión de los servicios de salud exigió el adiestramiento masivo de personal a todos los niveles. Entre 1959 y 1967 el Ministerio de Salud, con la colaboración de la Escuela adiestró 17.085 funcionarios. En 1965 se estableció en un edificio propio, con un esquema de estructura y funciones semejantes a la imagen clásica. Se dio un gran impulso a la preparación de profesores, llegando a tener unos 15 docentes a tiempo completo. En 1968 se dio un vuelco hacia un tipo de adiestramiento para el servicio que ha conducido a la configuración de la actual Dirección Nacional de Docencia, caracterizada por una identificación docente-ejecutiva y una integración de la enseñanza para estudiantes de medicina, postgraduados y de niveles intermedios.

En Puerto Rico, la creación de la Escuela de Salud Pública se identifica con su mentor espiritual, el Dr. Ashford, médico militar norteamericano que, entre otras contribuciones notables, descubrió el *Necator americanus* como el agente etiológico de la anquilostomiasis, a comienzos del siglo. De ese acontecimiento y de las actividades de investigación y control que derivaron, surgió la Escuela de Medicina Tropical, en 1923, con funciones de adiestramiento e investigación. En 1940 se iniciaron cursos para personal de salud (incluso un MPH con tres alumnos), que no tuvieron continuidad. La Escuela de Medicina fue fundada en 1950; dentro de ella el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva asumió la responsabilidad de adiestrar personal de salud. En 1955 se reinició el curso de MPH, suspendido desde 1941, y ha continuado en un proceso de expansión hasta convertirse en un departamento de medicina preventiva, dentro del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, con todas las características funcionales de una escuela de salud pública.

Un resumen de los acontecimientos hasta comienzos de la década del 40, permite establecer que, de hecho, funcionaban dos escuelas en forma regular: São Paulo y México, si bien ambas distaban mucho de llenar las necesidades de adiestramiento en Latinoamérica. Fue entonces cuando en Chile ocurrió un hecho trascendental: el brote masivo de un grupo de hombres que han dejado huellas no sólo en su país, sino en todo el Continente. Un verdadero torrente de becarios de la Fundación Rockefeller, del Instituto Cooperativo Interamericano y de otras agencias, acudió a prepararse a Johns Hopkins, Harvard, Columbia y otras escuelas de reconocido prestigio en los Estados Unidos. Merecen citarse

los nombres de Abraham Horwitz, Hernán Romero, Gustavo Molina, Mario Pizzi, Benjamín Viel, entre los exponentes de esa generación. El número y competencia de este grupo de especialistas condujeron a la creación, en 1944, de una escuela, como resultado de esfuerzos conjuntos de la Fundación Rockefeller y el Instituto Cooperativo de Asuntos Interamericanos, el Ministerio de Salubridad y la Universidad de Chile. En 1945 se aceptaron alumnos extranjeros y siguió el proceso de expansión que la ha llevado a su condición actual, con un rendimiento de 3.398 egresados hasta 1968. En ese año, como parte de un movimiento de reforma universitaria, desapareció el concepto de "escuela de salubridad" para dar paso a una concepción integral bajo la denominación de "Departamento de Salud Pública y Medicina Social", dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Un conjunto de factores complejos ha conducido a la creación de nuevas escuelas en las décadas posteriores. Se podría mencionar la necesidad viva de capacitación en salud pública como resultado de la formulación de programas en todo el Continente; el estímulo creado por la existencia de las escuelas mencionadas, junto al impacto ejercido por sus egresados; la necesidad de adecuación de la enseñanza al idioma, a la idiosincrasia y a la problemática latinoamericanos; la política de las agencias becarias que encauzaron estudiantes hacia las nuevas escuelas alertas a las ventajas que esto significaba; una creciente comprensión por parte de los gobiernos con respecto a elevar el nivel tecnológico de los dirigentes de la salud; la creciente demanda de atención médica y el surgimiento de seguros sociales; la agresividad creadora de los departamentos de medicina preventiva en las facultades de medicina, que empezaron a producir generaciones de médicos más conscientes de su responsabilidad social.

En Venezuela, los primeros cursos de adiestramiento de personal se iniciaron en 1936. En 1942, la Universidad reconoció el título de "Médico higienista". En 1948 se creó la Sección de Preparación de Personal en la Dirección General de Salud Pública. Si se relaciona este acontecimiento con la creación de las Escuelas de Malariología y de Higiene Escolar en 1937 y la fundación de las Escuelas de Enfermería y Servicio Social en 1940, se podrá comprender la concatenación de hechos que condujo a la fundación de la Escuela de Salud Pública, el 3 de diciembre de 1958. Las actividades se iniciaron el año siguiente.

En Perú se puso en marcha un centro de capacitación del personal del Ministerio de Salud Pública en 1961. Las actividades docentes con

carácter de escuela comenzaron en 1962, hasta conducir a su fundación oficial en 1964.

En Argentina, la Universidad Nacional del Litoral organizó en 1947 una escuela de salud pública con profesorado a tiempo completo, que funcionó en Santa Fe hasta 1952, año en que se trasladó a la ciudad de Rosario. La experiencia recogida y el impacto a través de sus egresados llevaron a la fundación de las dos escuelas que se establecieron en la Capital Federal: una dependiente de la Universidad y la otra, del Ministerio de Salud Pública, entre 1958 y 1960. Ambas coexistieron en un clima de dificultades e incluso de cierta rivalidad hasta 1962, año en que se llegó a una fusión o integración bajo la dependencia de la Universidad de Buenos Aires y en estrecha colaboración con la Secretaría de Estado de Salud Pública.

De lo anterior se desprende que en las décadas del 50 y 60 se establecieron, en forma regular, las Escuelas de La Habana, San Juan de Puerto Rico, Caracas, Medellín, Lima, Buenos Aires y Río de Janeiro, no obstante que en varios casos sus orígenes arrancan de varios años más atrás. Cuatro de estas escuelas han adquirido carácter internacional por la admisión de alumnos extranjeros: São Paulo, Río de Janeiro, Santiago y San Juan de Puerto Rico, las cuales, en conjunto, adiestraron en el quinquenio 1964-68, 90% de un total de 696 estudiantes procedentes de otros países, en su mayoría becarios de la OPS. Las escuelas de creación más reciente (Buenos Aires, Caracas, Lima y Medellín) también comienzan a recibir alumnos extranjeros en proporción creciente.

Es difícil medir el impacto que estas escuelas han producido en el pensamiento y la acción de las autoridades de salud de la América Latina. En 1968, mientras en Latinoamérica se graduaron 1.579 estudiantes de las diversas categorías en un conjunto de nueve escuelas (excluido Puerto Rico), 17 escuelas de los Estados Unidos y Canadá graduaron 44 estudiantes latinoamericanos. Las cifras demuestran elocuentemente el desplazamiento masivo de estudiantes latinoamericanos a las escuelas de su propio medio y la grave responsabilidad que recae sobre ellas en cuanto a la formación de personal de salud para el Continente. Más aún si se considera que de los 44 graduados en Estados Unidos y Canadá, 25 son de Puerto Rico, escuela donde se imparte enseñanza en español y la cual por su naturaleza y cultura encuadra dentro de las escuelas latinoamericanas.

2. Estructura

Como puede observarse en el Cuadro No. 1, todas las escuelas tienen más o menos un tipo de sistema que las relaciona con la Universidad y

CUADRO No. 1—*Línea de dependencia (Universidad o Ministerio) de las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Dependencia	Convenio Ministerio-Universidad
Buenos Aires	Universidad de Buenos Aires	Existe
Caracas	Ministerio de Sanidad y Asistencia Social	Existe
La Habana	Ministerio de Salud Pública	Tácito
Lima	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	No existe específico
Medellín	Universidad de Antioquia	Existe
México	Secretaría de Salubridad y Asistencia	Existe de alcance limitado
Río de Janeiro	Fundación vinculada al Ministerio de Salud	No existe
San Juan, P.R.	Universidad de Puerto Rico	Existe
Santiago	Universidad de Chile	Existe
São Paulo	Universidad de São Paulo	No existe

el Ministerio, salvo, en cierto modo, las Escuelas de México, Río de Janeiro y São Paulo cuyas líneas de dependencia con el Ministerio son más rigurosas. La Escuela de La Habana mantiene una identificación total Ministerio-Universidad, derivada de la identidad docente-ejecutiva y de la responsabilidad docente entregada a diversos establecimientos de servicios (hospitales y policlínicos integrales docentes).

En el Cuadro No. 2 se dan las medidas fundamentales establecidas en

CUADRO No. 2—*Medidas fundamentales establecidas en las escuelas sujetas a convenio Ministerio-Universidad.*

Medidas	Escuelas con Convenio Ministerio-Universidad				
	Buenos Aires	Caracas	Medellín	San Juan, P.R.	Santiago
Co-participación presupuestaria	sí	no	sí	sí	sí
Composición mixta del personal docente	no	no	no	sí	sí
Co-dirección administrativa	no	no	no	sí	no
Selección conjunta de alumnos	sí	sí	no	no	sí *

* Limitada a funcionarios del Servicio Nacional de Salud.

CUADRO NO. 3—Niveles de autoridad existentes por encima del director de las escuelas de salud pública, según dependencia, 1968.

Escuela	Dependencia	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Buenos Aires	Universidad	Rector	Decano de la Facultad	—
Caracas	Universidad *	Ministro	Director General	—
La Habana	Ministerio	Ministro	Vice-Ministro de Docencia	Director Nacional de Docencia
Lima	Ministerio	Director del SESP †	—	—
Medellín	Universidad	Rector	Decano	—
México	Ministerio	Secretario de Salud	Subsecretario	Director de Educación Profesional de Salud Pública
Río de Janeiro	Ministerio	Ministro	Presidente de la Fundación	—
San Juan, P.R.	Universidad	Presidente	Rector del Recinto	Decano, Escuela de Medicina
Santiago	Universidad	Rector	Decano de la Facultad	—
São Paulo	Universidad	Rector	—	—

* En Venezuela las actividades de la Escuela de Salud Pública están estrechamente ligadas al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

† Servicio Especial de Salud Pública.

CUADRO No. 4—*Organismos ejecutivos y consultivos en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Número de consejos, comités o comisiones	
	Ejecutivos	Consultivos o asesores
Buenos Aires	3	2
Caracas	2	5
La Habana	3	4
Lima	3	2
Medellín	1	25
México	3	1
Río de Janeiro	2	—
San Juan, P.R.	5	7
Santiago	2	4
São Paulo	2	3

las escuelas sujetas a convenio Ministerio-Universidad (Buenos Aires, Caracas, Medellín, San Juan de Puerto Rico y Santiago). En Cuba la unidad de propósitos del Ministerio de Salud Pública y la Universidad, la identificación docente-ejecutiva y el concepto de la Dirección Nacional de Docencia establecen un convenio tácito que hace innecesaria una expresión escrita. En Perú existe un convenio amplio entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Asociación de Facultades de Medicina y la OPS, que en cierta manera incluye la Escuela de Salud Pública, si bien no específicamente.* En México hay un convenio, firmado en 1959, que establece los términos de co-participación presupuestaria en el desarrollo del curso de administración de hospitales.

En el Cuadro No. 3 aparecen descritos los diversos niveles de autoridad para las diversas escuelas. En Venezuela existe una duplicidad de líneas de dependencia: una que podría llamarse formal, dentro de la estructura universitaria, y otra de tipo ejecutivo estrechamente ligada al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En Perú se da una situación propia derivada de la existencia de un organismo autónomo: el Servicio Especial de Salud Pública (SESP), cuyo Director representa la autoridad máxima en la línea ejecutiva y de la Escuela.*

En Brasil la Escuela de Río de Janeiro funciona dentro de una fundación autónoma (Fundación de Enseñanza Especializada de Salud Pública), cuyo Presidente es designado por el Presidente de la República.

* Esta situación está actualmente en revisión por parte del Gobierno del Perú a la luz de las nuevas estructuras de la administración pública y de la universidad en ese país.

CUADRO No. 5—Medidas y decisiones determinadas por los reglamentos en las escuelas de salud pública, 1968.

Tipo de medida o decisión	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Promoción del personal docente	X	—	X	—	X	—	—	X	X	X
Nombramiento del jefe de la unidad docente	X	—	X	X	X	—	—	X	X	X
Planes de estudio en cada curso	X	—	—	X	—	X	X	X	X	X
Programas de cada asignatura	—	—	—	X	—	X	—	—	—	—
Presupuesto por unidad docente	—	—	X	—	—	—	—	X	—	—
Creación de nueva unidad docente	—	—	X	—	X	—	—	X	X	—
Introducción de nuevas técnicas y métodos de enseñanza en una asignatura	—	—	—	—	X	X	—	—	X	—
Cursos que se darán en un año lectivo	—	—	X	—	—	X	—	X	—	X
Introducción de una nueva asignatura	X	—	X	—	X	X	—	—	—	—
Número de alumnos nacionales y extranjeros por curso	—	—	X	—	X	X	—	—	—	—
Reducción o incremento de horas de enseñanza por asignatura	—	—	—	—	X	X	—	—	—	—
Convenios y contratos con instituciones nacionales y extranjeras	X	—	X	—	X	X	—	X	—	—
Duración (horas-alumno) por curso	—	—	X	—	X	X	—	X	—	X
Presupuesto global de la escuela	—	—	X	—	—	X	—	X	X	—

Todas las escuelas poseen cuerpos ejecutivos a los cuales responde el Director y un número variable de comisiones asesoras o consultivas para diversos propósitos (selección, biblioteca, etc.) (véase el Cuadro No. 4).

Al examinar el Cuadro No. 5, en el cual se exponen las medidas y decisiones según los reglamentos, se observa que las escuelas aparecen situadas entre dos extremos: las que tienden a regirse fundamentalmente por disposiciones reglamentarias y las que dependen completamente de las decisiones del Director.

En el Cuadro No. 6 se advierte una tendencia general hacia la estructura por departamentos, los cuales se subdividen en secciones funcionales.

CUADRO No. 6—*Estructura de las escuelas de salud pública, 1968.*

Tipo de estructura	Escuela
Departamentos exclusivamente:	
a) Constituidos por cátedras	Caracas, São Paulo
b) Constituidos por secciones	Buenos Aires, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro
Cátedras (o secciones) coexisten con departamentos:	Santiago, San Juan, P.R.

El número, jerarquía y cobertura de las unidades docentes hace difícil un análisis comparativo (véase el Cuadro No. 7). En algunas escuelas el curso de administración en salud abarca administración hospitalaria, mientras que en otras constituye una unidad separada. Lo mismo ocurre con estadística y epidemiología. Llama la atención el número y la denominación de las unidades docentes en Puerto Rico, en donde coexisten unidades por sector del conocimiento (por ejemplo, bioestadística); por categoría profesional (enfermería), o por responsabilidad de curso (maestría en salud pública).

3. *Recursos humanos*

Con excepción de la de Caracas, las escuelas de salud pública presentan una gran variedad en las categorías de su personal docente (véase el Cuadro No. 8). El Cuadro No. 9 da a conocer la categoría profesional o técnica establecida entre 502 docentes de las escuelas encuestadas. Se halló que el 47,6% de ellos eran médicos.

Se hallaron algunas dificultades para interpretar las variaciones locales de vocabulario con respecto a dedicación (tiempo completo, geo-

CUADRO NO. 7—Número y composición de las unidades docentes, 1968.

Escuela	Denominación de las unidades docentes	Número de docentes según dedicación		
		Completo	Parcial	Total
Buenos Aires	1. Administración de la salud	4	9	13
	2. Atención médica y administración hospitalaria	1	11	12
	3. Bioestadística	1	17	18
	4. Epidemiología	1	6	7
	5. Higiene y saneamiento ambiental	—	3	3
	6. Odontología sanitaria	1	1	2
	7. Salud materna e infantil	—	5	5
	Total	8	52	60
Caracas	1. Administración sanitaria	6	—	6
	2. Administración de hospitales	2	1	3
	3. Ciencias sociales y educación sanitaria	3	—	3
	4. Epidemiología	2	2	4
	5. Estadística	3	—	3
	6. Nutrición	3	—	3
	7. Saneamiento ambiental	3	—	3
	Total	22	3	25
La Habana	1. Administración de salud pública	—	50	50
	2. Epidemiología	—	24	24
	3. Higiene	—	32	32
	Total	—	106	106
Lima	1. Administración de salud pública	3	—	3
	2. Educación sanitaria y ciencias sociales	1	—	1
	3. Enfermería	6	—	6
	4. Epidemiología y estadística	5	—	5
	5. Salud de madre y niño	1	—	1
	6. Saneamiento ambiental	5	—	5
	Total	21	—	21
Medellín	1. Administración de salud	10	1	11
	2. Ciencias sociales	3	—	3
	3. Epidemiología	8	—	8
	4. Estadística	5	—	5
	5. Saneamiento ambiental	3	—	3
	Total	29	1	30
México	1. Administración en salud pública	4	—	4
	2. Administración de hospitales y atención médica	2	2	4
	3. Ciencias sociales	1	—	1
	4. Enfermería en salud pública	3	—	3
	5. Epidemiología y estadística	5	2	7
	6. Saneamiento ambiental	3	—	3
	Total	18	4	22
Río de Janeiro	1. Administración de salud	6	—	6
	2. Ciencias biológicas	6	—	6
	3. Ciencias sociales	9	—	9
	4. Epidemiología	3	—	3
	5. Estadística	5	—	5
	6. Metodología del planeamiento	3	1	4
	7. Saneamiento	6	—	6
	Total	38	1	39

CUADRO NO. 7—Cont.

Escuela	Denominación de las unidades docentes	Número de docentes según dedicación		
		Completo	Total	Parcial
San Juan, P.R.*	1. Administración de servicios de salud	1	1	2
	2. Administración en salud pública a estudiantes de medicina	5	4	9
	3. Bioestadísticas	5	—	5
	4. Demografía	5	—	5
	5. Educación sanitaria	5	1	6
	6. Enfermedades crónicas	—	2	2
	7. Enfermería	11	1	12
	8. Epidemiología	1	—	1
	9. Maestría en salud pública	4	7	11
	10. Nutrición	2	—	2
	11. Planificación de servicios de salud	3	1	4
	12. Records médicos	1	2	3
	13. Salud ambiental	5	4	9
	14. Salud de madre y niño	6	12	18
	15. Salud radiológica	—	10	10
	Total	54	45	99
Santiago †	1. Administración en salud pública	10	3	13
	2. Alimentación	10	2	12
	3. Bioestadística	12	3	15
	4. Epidemiología	3	3	6
	5. Enfermedades infecciosas	—	9	9
	6. Higiene industrial	1	4	5
	7. Higiene materna e infantil	3	4	7
	8. Ingeniería sanitaria	2	3	5
	9. Microbiología	4	4	8
	10. Organización de atención médica y administración hospitalaria	2	8	10
	11. Salud pública veterinaria	—	2	2
	12. Departamento de estudios	6	2	8
	Total	53	47	100
São Paulo	1. Administración en salud pública	13	8	21
	2. Administración hospitalaria	2	5	7
	3. Enfermedades transmisibles	3	8	11
	4. Epidemiología	3	—	3
	5. Estadísticas aplicadas a salud pública	8	3	11
	6. Higiene materna e infantil	2	4	6
	7. Higiene del trabajo	1	2	3
	8. Microbiología aplicada	1	5	6
	9. Nutrición e higiene alimentaria	5	3	8
	10. Parasitología e higiene rural	6	4	10
	11. Saneamiento del medio	5	5	10
	Total	49	47	96

* Se excluyen 16 profesores de la Escuela de Medicina (bacteriología y parasitología).

† Se excluyen la Cátedra de Parasitología de la Escuela de Medicina, profesores del Servicio Nacional de Salud y otros.

CUADRO No. 8—Categorías académicas del personal docente en las escuelas de salud pública.

Escuela	Nivel académico (de menor a mayor)	Método de nombramiento
Buenos Aires	1. Auxiliar 2. Jefe de sección 3. Encargado de docencia y/o investigación 4. Jefe de división 5. Jefe de departamento	Concurso Concurso Designación Concurso Concurso
Caracas	No existe carrera docente	
La Habana	1. Instructores de secciones de asignaturas 2. Auxiliares de secciones de asignaturas 3. Titulares de secciones de asignaturas 4. Jefes de asignaturas 5. Responsables de cursos 6. Responsables de unidades docentes 7. Jefes de grupos docentes especiales	Designación Designación Designación Designación Designación Designación Designación
Lima	1. Ayudante de práctica 2. Profesor adjunto 3. Profesor asociado 4. Profesor principal	Concurso Concurso Concurso Concurso
Medellín	1. Instructor 2. Auxiliar 3. Agregado 4. Profesor 5. Profesor titular	Designación Designación Designación Designación Designación *
México	1. Ayudante 2. Instructor 3. Profesor asociado 4. Profesor titular	Designación Designación Designación Designación
Río de Janeiro	1. Practicante de enseñanza 2. Auxiliar de enseñanza 3. Asistente 4. Adjunto 5. Titular	Designación Designación Designación Designación Designación
San Juan, P.R.	1. Conferenciante (<i>ad-honorem</i>) 2. Instructor 3. Catedrático auxiliar 4. Asociado 5. Profesor	Designación Designación Designación Designación Designación
Santiago	1. Encargado de curso 2. Profesor auxiliar 3. Profesor agregado 4. Profesor extraordinario 5. Profesor titular	Designación Designación Designación Concurso Concurso
São Paulo	1. Instructor 2. Profesor asistente doctor 3. Profesor asistente docente 4. Profesor asociado 5. Catedrático	Designación por profesor Concurso Concurso Concurso Concurso

* A partir de Auxiliar se requiere trabajo de investigación. Existen además los niveles de Profesor asociado y Auxiliar de docencia.

CUADRO No 9.—Distribución del personal docente por profesiones, 1968.*

Categoría profesional o técnica	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo	Total
Médicos	43	14	28	6	7	10	11	10	49	63	241
Estadísticos y matemáticos	13	1	2	3	4	2	4	6	7	3	45
Enfermeras	—	2	4	6	4	3	3	11	5	2	40
Ingenieros	1	1	1	2	1	1	5	2	6	17	37
Científicos sociales	—	2	4	—	1	1	4	7	3	5	27
Dentistas	2	—	2	—	2	1	1	—	1	6	15
Nutricionistas	—	2	1	—	4	—	—	2	3	1	13
Químicos-farmacéuticos	—	—	—	—	—	2	3	—	5	3	13
Técnicos en saneamiento	1	1	3	3	2	1	—	—	1	—	12
Educadores sanitarios	—	—	—	1	1	—	—	5	1	3	11
Veterinarios	—	1	2	—	1	—	2	—	2	3	11
Administradores	—	1	—	—	1	1	—	2	3	—	8
Pedagogos	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7
Parteras †	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Demógrafos	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	3
Otros §	—	—	2	—	2	—	6	1	4	4	19
Total	60	25	49	21	30	22	39	48	100	110	502

* Dato obtenido entre 502 profesores.

† En algunos países se les denomina obstetrices y en otros, matronas.

§ Incluye biólogos, físicos, economistas, arquitectos, especialistas en registros médicos, filósofos, etc.

CUADRO No. 10—Distribución del personal docente según tipo de dedicación, 1968.*

Escuela	Número de docentes según dedicación			Porcentaje con dedicación exclusiva
	Exclusiva †	Parcial §	Total	
Buenos Aires	8	52	60	13,3
Caracas	23	2	25	92,0
La Habana	—	49	49	—
Lima	21	—	21	100,0
Medellín	14	16	30	46,7
México	14	8	22	68,0
Río de Janeiro	38	1	39	97,4
San Juan, P.R.	49	47	96	51,0
Santiago	53	47	100	53,0
São Paulo	25	86	111	22,8
Total	245	308	553	44,3

* Dato obtenido entre 553 profesores.

† Incluye tiempo completo con dedicación exclusiva.

§ Incluye tiempo completo sin dedicación exclusiva, tiempo parcial.

gráfico, integral con o sin dedicación exclusiva, parcial, por horas, etc.). El Cuadro No. 10 presenta datos sobre 553 profesores y los agrupa bajo dedicación exclusiva y dedicación parcial, sea cual fuere el tiempo de dedicación de este segundo grupo. En cuanto a la Escuela de La Habana debe aclararse que la fusión docente-ejecutiva excluye la posibilidad de dedicación exclusiva docente, aun cuando los profesores están dedicados por completo a su función pública. La Escuela de Lima sólo clasificó al personal docente de tiempo completo, si bien suministró una lista considerable de colaboradores que forman parte del Ministerio y no tienen dedicación permanente a la docencia. Hechas estas aclaraciones, en el Cuadro No. 10 se puede observar que el personal docente de tiempo completo y dedicación exclusiva en las escuelas de salud pública es más bien reducido, habiendo dentro de esta categoría sólo 245 personas, lo cual representa el 44% del personal docente de todas las escuelas.

En el Cuadro No. 11 se da la distribución del personal docente por edad. Se separa en dos grandes grupos: menores y mayores de 40 años de edad. Los profesores de las escuelas de creación más reciente son, por lo general, más jóvenes que los de las escuelas más antiguas.

El Cuadro No. 12 señala la distribución del personal docente por

CUADRO NO. 11—Distribución del personal docente según edad, 1968.*

Escuela	Menos de 40 años de edad	40 y más años de edad	Total	Porcentaje con menos de 40 años de edad
Buenos Aires	37	23	60	62
Caracas	17	9	26	65
La Habana	32	17	49	65
Lima	13	8	21	62
Medellín	25	5	30	83
México	11	11	22	50
Río de Janeiro	32	7	39	83
San Juan, P.R.	17	35	52	33
Santiago	50	50	100	50
São Paulo	39	72	111	35
Total	273	237	510	53

* Dato obtenido entre 510 profesores.

sexo, con un promedio general del profesorado masculino, salvo Puerto Rico cuya información aparece incompleta.

CUADRO NO. 12—Distribución del personal docente según sexo, 1968.

Escuela	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje sexo masculino
Buenos Aires	41	19	60	68
Caracas	20	6	26	77
La Habana	37	12	49	76
Lima	15	6	21	71
Medellín	20	10	30	67
México	19	3	22	86
Río de Janeiro	30	9	39	77
San Juan, P.R.*	17	35	52	33
Santiago	60	40	100	60
São Paulo	89	22	111	80
Total	348	162	510	68

* Datos incompletos.

4. Facilidades y servicios

El Cuadro No. 13 muestra de un modo general que fuera de Río de Janeiro la planta física de las demás escuelas es muy reducida; disponen,

CUADRO No. 13—*Información sobre la planta física de las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Propiedad del edificio	Area en m ²	Año de construcción
Buenos Aires	Compartido	1.029	1942-1968
Caracas	Propio	1.357	1966
La Habana ¹	Propio	—	—
Lima	Alquilado	1.060	1940
Medellín ²	Propio	1.400	Siglo XIX
México	Compartido	Ignorado	Ignorado
Río de Janeiro	Propio	14.000	1966
San Juan, P.R. ³	Compartido	1.500	1950
Santiago ⁴	Compartido	2.483	1945
São Paulo ⁵	Propio	6.122	1931

¹ La Escuela hace uso de un complejo constituido por 15 hospitales, 19 policlínicos y otros.

² Nuevo edificio planeado y financiado para 1970. La Universidad de Antioquia aporta un lote de 3.500 m², evaluado en 65.000,00 dólares. La construcción costará 160.000,00 dólares, y se proyecta una planta de 4.600 m².

³ Ocupará en 1970 el 4º piso del edificio de ciencias médicas, en construcción.

⁴ Con un préstamo del BID de 1.250.000,00 dólares se está habilitando un edificio propio de 7.000 m² para 1969.

⁵ Debe considerarse, además, el Servicio Especial de Salud de Araraquara, cuyos terrenos y edificios tienen un valor aproximado de 75.000,00 dólares.

en promedio, de unos 2,200 m². Como consecuencia de esta situación, tres de las escuelas tienen planeados y ya en vías de construcción nuevos edificios, con una planta más satisfactoria. Otra escuela (Lima) planea la construcción de un edificio propio, ya que, además de la estrechez actual, es la única que tiene alquilada una propiedad que ha sido habitada, pero que aun adolece de serias limitaciones.

En relación con el Cuadro No. 14, el total de asientos en aulas y salas de seminarios es superior al número de alumnos en todas las escuelas, siendo más notable esta diferencia en las Escuelas de México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico y São Paulo. Sin embargo, en la mayoría de las escuelas vimos realizar seminarios en las oficinas de los profesores y en un caso tuvimos oportunidad de observar un grupo considerable de alumnos realizando un examen escrito en la cafetería. Esta situación podría significar una distribución inadecuada de horarios y de espacio físico.

El Cuadro No. 15 muestra el número de metros cuadrados por número de asientos en cada escuela. Si se considera que el espacio por

CUADRO No. 14—*Capacidad de las escuelas de salud pública (datos estimados), 1968.**

Escuela	Número de asientos		Total
	Aulas	Salas seminarios	
Buenos Aires	257	50	307
Caracas	255	—	255
Lima	180	—	180
Medellín	250	—	250
México	366	—	366
Río de Janeiro	178	175	353
San Juan, P.R.	654	—	654
Santiago	200	150	350
São Paulo	511	90	601
Total	2.851	465	3.316

* Se excluye La Habana por su organización especial.

CUADRO No. 15—*Espacio disponible en las escuelas de salud pública (en metros cuadrados por alumno sentado), 1968.**

Escuela	Area útil en m ²	Número de alumnos sentados	m ² por alumno
Buenos Aires	1.029	307	3,3
Caracas	1.357	255	5,3
Lima	1.060	180	5,8
Medellín	1.400	250	5,6
México	?	366	?
Río de Janeiro	14.000	353	39,6
San Juan, P.R.	1.500	654	2,2
Santiago	2.483	350	7,1
São Paulo	6.122	601	10,2
Total	28.957	2.950 †	9,8 †

* Dato que no es posible calcular para La Habana.

† Excluido México. Si se excluye también Río de Janeiro, por su planta excepcional, el promedio de metros cuadrados por alumno baja a 5.

CUADRO No. 16—*Inversión en equipos en las escuelas de salud pública (estimado), 1968.* (Laboratorio, audiovisuales, reproducción de material docente, vehículos y otros.)

Escuela	Valor de equipos inventariables (en dólares)
Buenos Aires	33.896
Caracas	6.500
La Habana	20.000
Lima	51.716
Medellín	70.850
México	No informado
Río de Janeiro	70.447
San Juan, P.R.*	11.118
Santiago	57.879
São Paulo	80.000

* Información incompleta.

cada asiento en las aulas debe ser de un metro cuadrado y que el mismo valor en salas de seminario debe ser de unos tres metros cuadrados, se podría concluir que en algunos casos el área disponible para otras dependencias (oficinas, pasillos, etc.), es muy pequeña o inexistente. Cabe hacer presente, además, que las Escuelas de San Juan de Puerto Rico y Santiago comparten el mismo espacio con alumnos de otras escuelas (medicina, enfermería, etc.).

La estimación y comparación de las inversiones en equipos docentes presentan enormes dificultades debido a la variación local de costos, depreciación, heterogeneidad de equipos y, además, al uso de equipos proporcionados por otras instituciones. Varias escuelas utilizan las facilidades de laboratorio de la escuela de medicina, institutos conexos, ministerios, etc. Las estimaciones anotadas en el Cuadro No. 16 demuestran que el conjunto de equipos, de un modo general, es de escala modesta si se considera la importancia de una escuela de salud pública.

El número y tipo de servicios generales en las escuelas visitadas son muy variables como puede observarse en el Cuadro No. 17. Salvo excepciones, la atención médica obedece más bien a mecanismos de buena voluntad que a estructuras bien dotadas. Lo mismo podría decirse de los servicios restantes a pesar de los esfuerzos hechos por mejorarlos.

El Cuadro No. 18 muestra que siete de las escuelas tienen su propia biblioteca en tanto que las otras tres utilizan las facilidades bibliográficas de otras instituciones (escuelas de medicina).

CUADRO No. 17—Algunos servicios y facilidades generales para estudiantes en las escuelas de salud pública, 1968.

Servicio	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Atención médica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Restaurante-cafetería	—	—	X	—	X	—	X	X	X	X
Salas de recreo	—	X	X	—	—	—	X	X	X	X
Salas de estudio	—	—	X	—	—	—	X	X	—	X
Correo	—	X	X	X	X	X	—	X	X	X
Vehículos para alumnos	—	X	X	X	X	X	X	—	X	X
Relacionador público	—	—	—	—	X	—	X	X	X	X
Tutores de alumnos	—	X	—	—	X	X	—	X	—	X

CUADRO No. 18—Facilidades de biblioteca en las escuelas de salud pública.

Escuela	Propia o compartida	No. de libros	No. de revistas	Bibliotecarias profesionales	No. de asistentes
Buenos Aires	Propia	1.692	44	1	1
Caracas	Propia	2.000	60	1	1
La Habana	Propia	2.500	—	2	1
Lima	Propia	2.475	80	—	1
Medellín *	Compartida	17.000	1.300	—	—
México	Compartida	15.000	50	1	4
Río de Janeiro	Propia	10.897	634	3	—
San Juan, P.R.*	Compartida	18.500	1.307	11	1
Santiago	Propia	10.300	210	2	1
São Paulo	Propia	17.285	1.485	4	5

* Se indican los libros y revistas propios.

Todas las bibliotecas propias de las escuelas de salud pública cuentan con menos de 2.500 libros de texto, excepto la de Santiago que tiene 10.500 y la de São Paulo, 17.285. El número de publicaciones periódicas recibidas regularmente por cada una de esas bibliotecas varía entre 44 en el caso de Buenos Aires, y 1.485, en el de São Paulo. En cuanto a su personal puede decirse que todas ellas tienen por lo menos los servicios de un profesional y de un asistente.

Si bien las escuelas en su mayoría cuentan con servicios técnicos generales, el número y calidad de éstos son muy variables; salvo excepciones, se podrían considerar limitados (véase el Cuadro No. 19).

CUADRO NO. 19—*Servicios técnicos generales en las escuelas de salud pública.*

Escuela	Fotografía	Traducción	Material gráfico	Personal (Total)
Buenos Aires	x	x	x	4
Caracas	—	x	x	1
La Habana	x	x	x	*
Lima	—	—	x	1
Medellín	x	x	x	3
México	x	—	x	3
Río de Janeiro	x	x	x	19
San Juan, P.R.	x	x	x	5
Santiago	—	†	x	1
São Paulo	—	—	x	3

* Ministerio de Salud Pública.

† Cuenta además con un equipo de traducción simultánea.

Como puede observarse en el Cuadro No. 20, algunas escuelas disponen de cualquier área del país para las prácticas de terreno de sus estudiantes; en otras estas facilidades están limitadas. Es dado señalar que en este aspecto existen otros problemas como la escasez de profesores en las funciones de terreno, el grado de madurez de las estructuras en los servicios de salud y el tiempo que en realidad los alumnos pueden dedicar a observaciones y prácticas de campo, que el cuadro no podría reflejar. Las áreas de demostración varían considerablemente en tamaño y complejidad: comprenden éstas desde servicios locales de salud hasta extensas regiones de cientos de miles de habitantes.

5. *Recursos financieros*

A pesar de lo incompleto de los datos en el Cuadro No. 21 se advierte una tendencia general al aumento del presupuesto, en proporciones variables. La diferencia de una a otra escuela es muy marcada.

CUADRO No. 20—Facilidades para práctica de terreno en las escuelas de salud pública 1968.

Características de las actividades	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Permanentes	—	—	x	—	—	x	x	x	—	x
Periódicas	x	x	—	x	x	x	—	—	x	—
Áreas de demostración y número *	8	x	1	x	1	x	2	1	x	2
Fijas	—	—	x	—	x	—	x	x	x	x
Opcionales	x	x	—	x	x	x	—	—	—	—
Nivel: Nacional	x	x	x	x	x	x	—	—	x	x
Regional-zonal	x	x	x	x	x	x	—	x	x	—
Local	x	x	x	x	x	x	x	x	x	—
Tipo: Urbano	x	—	—	x	x	—	x	—	—	x
Urbano-rural	x	x	x	—	x	x	x	x	x	x
Personal: de salud con responsabilidad docente	x	x	x	x	—	—	x	x	x	x
Docente con responsabilidad de terreno	x	—	x	x	x	x	—	x	x	x

* La x indica el número y la ubicación de las áreas de demostración.

CUADRO No. 21—Presupuesto de las escuelas de salud pública para los años 1966, 1967 y 1968.

Escuela	Presupuesto anual *		
	1966	1967	1968
Buenos Aires	—	121.300	168.571
Caracas †	—	368.100	368.100
La Habana	67.414	118.551	1.068.043
Lima †	—	220.302	245.313
Medellín	68.000	150.000	200.000
México †	114.575	195.787	191.315
Río de Janeiro	795.747 (1966-67)	1,356.758 (1967-68)	1.550.862 (1968-69)
San Juan, P.R.	1.202.996 (1965-66)	1.435.830 (1966-67)	1.541.820 (1967-68)
Santiago †	—	511.398	—
São Paulo	900.000	1.220.000	1.241.300

* Expresado en dólares.

† Existen otros aportes difíciles de cuantificar: vehículos, reparaciones, mantenimiento, etc., del Ministerio de Salud Pública.

La Escuela de Río de Janeiro tiene un presupuesto que representa casi diez veces el de la Escuela de Buenos Aires. Sin embargo, estas cifras no deben llevar a rápidas interpretaciones porque algunos ingresos o aportes no aparecen en el cuadro; por ejemplo, gastos por consumo de electricidad, reparaciones, vehículos, equipos, mantenimiento. En la mayoría de los casos estos gastos están sufragados por el Ministerio, y no se pudieron clasificar ni cuantificar.

A pesar de la limitación de los datos obtenidos, se procuró estimar la distribución porcentual de las fuentes de ingreso de las escuelas, la cual, dicho sea de paso, ofrece variaciones considerables. Los datos se agrupan en las cinco categorías mayores que aparecen en el Cuadro No. 22.

6. Actividades docentes

Todas las escuelas dedican atención preferente a los cursos académicos y cortos, tarea que consume más o menos el 80% del tiempo de la enseñanza (véase el Cuadro No. 23). Esta situación disminuye la posibilidad de realizar investigaciones en la escala requerida para una buena enseñanza. Tres escuelas declararon no disponer de tiempo para dedi-

CUADRO NO. 22—Presupuesto de las escuelas de salud pública y distribución porcentual según fuentes de ingreso, 1968.*

	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Presupuesto total	168.571	368.100	1.068.043	245.313	200.000	191.315	1.550.862	1.541.820	511.398	1.241.300
Fuentes de ingreso:										
Gubernamentales	8	96	100	71	79	100†	84	23	3	—
Universidad	66	—	—	—	13	—	—	6	82	95
Donaciones nacionales	13	—	—	10	—	—	0,2	—	—	—
Donaciones foráneas	12	4	—	17	1	—	13,4	69	13	5
Otras (matrículas, etc.)	1	—	—	2	7	—	2,4	3	2	—

* Cifras aproximadas.

† Información incompleta.

CUADRO NO. 24—Cursos que se dictan en las escuelas de salud pública, 1968.

Escuela	Nombre de los cursos	Número de alumnos	Duración (Meses)	Horas-alumno *
Buenos Aires	1. Diplomados en salud pública	47	9	1.069
	2. Organización y administración hospitalaria	88 (3 cursos)	4	600
	3. Técnicos en estadísticas aplicadas a salud pública	83	9	1.100
	4. Administración sanitaria para funcionarios administrativos en servicios de salud	28	4	450
	5. De post-grado en salud materna e infantil	10	4	400
	Total	256		265.943
Caracas	1. Maestría en salud pública	36	11	1.766
	2. Medio de clínicas sanitarias	11	4½	780
	3. Educación avanzada en enfermería	20	11	1.140
	4. Metodología de planificación en salud	25	5 semanas	220
	5. Diversificado de administración de hospitales	13	8	1.238
	6. Inspección sanitaria	20	10	1.524
	7. Intendencia de hospitales	12	11	1.427
	8. Diversificado de epidemiología	9	7	1.092
Total	146		173.982	
La Habana	1. Organización y administración de salud pública	19	11	1.860
	2. Enfermería de terreno	41	11	1.860
	3. Trabajadores sanitarios	78	11	1.860
	4. Estadísticos de segundo nivel	30	11	1.860
Total	168		7.440	
Lima	1. Regular de salud pública para médicos	25	12	1.684
	2. Enfermería de salud pública	12	5	700
	3. Administración de servicios integrados de enfermería	28	10	1.400
	4. Educación en enfermería	9	10	1.400
	5. Orientación en salud pública para médicos	15	3½	570
	6. Administración de atención médica y hospitalaria	12	8	1.281
	7. Técnicos en estadísticas de salud y en registros de atención médica	19	8	1.200
	8. Inspectores de saneamiento	11	6	810
Total	131		155.132	
Medellín	1. Maestría en salud pública para médicos	17	10	1.390
	2. Doctorado en salud pública	4	33	4.000
	3. Salud pública para veterinarios (Parte común con 1)	3	10	1.390
	4. Administración de servicios de enfermería (Planeado para 1969)	—	10½	1.568

* El total de horas-alumno se ha calculado multiplicando, para cada curso, las horas por el número de alumnos. La suma total aparece al pie de cada columna. (Ejemplo: Río de Janeiro).

CUADRO No. 24—Cont.

Escuela	Nombre de los cursos	Número de alumnos	Duración (Meses)	Horas-alumno *	
México	5. Diversificación de registros médicos y hospitalarios	32	3½	628	
	6. Administración en atención médica y hospitalaria	25	10 se- manas	409	
	7. Epidemiología y control de tuberculosis	11	2	335	
	8. Planificación de la salud (2 cursos)	31	2	312	
	9. Orientación en odontología sanitaria	20	3	419	
	10. Asistentes en administración de servicios de salud	26	10	1.540	
	11. Estadísticos de nivel intermedio en salud pública	24	7	1.132	
	12. Promotores de saneamiento	28	6	988	
	Total	221		190.730	
	Río de Janeiro	1. Maestría en salud pública y administración médica	47	10	1.563
		2. Especialización en infectología de salud pública	3	32	5.779
		3. Especialización en administración de salud pública	2	32	4.773
4. Maestría en salud pública y administración de hospitales		7	10	1.575	
5. Especialización en administración de hospitales y atención médica		—	21½	3.127	
6. Administración de hospitales para personal no médico		1	21½	1.575	
7. Enfermería en salud pública		23	10	1.011	
8. Técnicos en saneamiento		12	10	1.599	
9. Técnicos en estadísticas		16	10	1.602	
10. Auxiliar de laboratorio		19	4	500	
11. Administración de centros de salud		26	4	668	
Total	156		189.737		
San Juan, P.R.	1. Maestría en salud pública (Multiprofesional)	58	10	67.355	
	2. Malaria	22	4	11.934	
	3. Tisiología clínica y sanitaria	17	5	8.415	
	4. Especialización en administración de asistencia médica	20	4	10.000	
	5. Especialización en planeamiento del sector salud	22	4	11.083	
	6. Técnicas de laboratorio	16	6	14.080	
	7. Iniciación en parasitología aplicada	9	3	3.105	
	8. Iniciación en virología aplicada	8	2	1.824	
	9. Ingeniería de mantenimiento hospitalario	9	2	2.079	
Total	181		129.875		
San Juan, P.R.	1. Maestría en salud pública	14	9½	935	
	2. Maestría en administración de servicios de salud	21	9	792	
	3. Maestría en educación en salud pública	29	10	918	

CUADRO No. 24—Cont.

Escuela	Nombre de los cursos	Número de alumnos	Duración (Meses)	Horas-alumno *	
	4. Maestría en salud ambiental	8	9	792	
	5. Maestría en demografía	4	7	684	
	6. Maestría en ciencias de la salud con conocimiento en nutrición	6	9	920	
	7. Maestría en ciencias en salud radiológica	6	8	768	
	8. Maestría en enfermería	32	10	1.100	
	9. Maestría en planificación de servicios de salud	6	2 años	1.152	
	10. Diploma de profesor en ciencias de records médicos	6	11	1.170	
	11. Bachillerato en ciencias de enfermería	17	4 años	2.250	
	12. Para enfermeras graduadas de Latinoamérica	8	10	594	
	Total	157		148.553	
	Santiago (Graduados, 1967)	1. Licenciados en salubridad	37	9½	1.230
		2. Administración de servicios de enfermería y obstetricia	30	9	1.023
3. Estadísticas de salud		14	15	1.700	
4. Latinoamericano de salud maternoinfantil		25 (1968)	2	258	
5. Salud y dinámica de la población		15	4	381	
6. Docencia en salud		24	9	936	
7. Administración hospitalaria para jefes de departamento		76	11	903	
8. Especial de administración hospitalaria		4	6	648	
9. Educación en salud pública		14	9½	1.230	
10. Salud ocupacional		17	9½	1.230	
Total	256		257.944		
São Paulo	1. Post-grado en salud pública para médicos	31	12	900	
	2. Post-grado en administración hospitalaria	29	15	900	
	3. Post-grado en salud pública para ingenieros	26	12	900	
	4. Post-grado en salud pública para dentistas	19	12	800	
	5. Post-grado en educación en salud pública	17	12	900	
	6. Post-grado en salud pública para enfermeros	7	12	900	
	7. Post-grado en salud pública para químicos-farmacéuticos	18	12	900	
	8. Post-grado en salud pública para arquitectos	3	12	900	
	9. Post-grado en salud pública para otros profesionales	13	12	800	
	10. Post-grado en salud pública para veterinarios	3	12	800	
Total	166		145.000		

carse a investigación planeada, y en las restantes se llevan a cabo estudios de variada amplitud, duración y alcance. Sólo tres de las escuelas asesoran en forma permanente a los servicios de salud; las restantes lo hacen en forma periódica y ocasional. La función de difusión aparece muy generalizada.

El Cuadro No. 24 muestra en detalle los diversos cursos que se dictaron en 1968 en cada una de las escuelas, el número de alumnos inscritos en cada uno de ellos, su duración en meses, y el número de horas de clase por alumno.

La carga docente es considerable como puede verse en el Cuadro No. 25. Debe tenerse en cuenta, además, que en varios casos se dictan cursos para otras escuelas conexas, ya sea en forma de asignaturas de responsabilidad exclusiva, colaboración parcial o periódica (Buenos Aires, La Habana, San Juan de Puerto Rico, y Santiago). Aun tomando en cuenta el coeficiente de error que pueda haber, los datos demuestran que el personal docente está sometido a una carga de horas-alumno que llega a sobrepasar 8.000 (véase también el Cuadro No. 28). En la elaboración del cuadro sólo se consideró el personal docente regular o permanente, ya que fue de todo punto difícil cuantificar con exactitud la colaboración de todas las personas y funcionarios que tomaron parte en la enseñanza.

Dada la importancia del curso básico de salud pública, en el Cuadro No. 26 se analizan el contenido y la extensión de cada uno. Todo es-

CUADRO No. 25—Carga docente en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Total horas-alumno	Total de docentes	Horas-alumno por docente permanente
Buenos Aires	265.943	60	4.432
Caracas	173.982	25	6.959
La Habana	312.480	106	2.947
Lima	155.132	21	7.387
Medellín	190.730	30	6.357
México	189.737	22	8.624
Río de Janeiro	129.870	39	3.300
San Juan, P.R.	148.553	105	1.414
Santiago	257.944	100	2.579
São Paulo	145.900	96	1.519
Total	1.970.271	604	3.262

* No se computó la carga docente en las escuelas de medicina y otras.

CUADRO No. 26—Contenido del curso básico en las escuelas de salud pública, 1968.

Escuela	Nombre del curso y año de iniciación	Asignatura	No. de horas-alumno
Buenos Aires	Diplomados en salud pública, 1960	Administración de la salud	111
		Ciencias de la conducta	69
		Nutrición	45
		Atención médica y administración hospitalaria	179
		Epidemiología	123
		Bioestadística	92
		Demografía	18
		Maternidad e infancia	42
		Saneamiento ambiental	111
		Odontología sanitaria	12
		Otras actividades, terreno, visitas, etc.	267
	Total		1.069
Caracas	Maestría en salud pública, 1959	Epidemiología	160
		Estadística y demografía	135
		Saneamiento e higiene de alimentos	213
		Nutrición	76
		Microbiología	80
		Ciencias sociales	120
		Administración de salud pública y hospitalaria	575
	Total		1.359
La Habana	Organización y administración en salud pública, 1959	Introducción a la salud pública	25
		Organización y administración de salud pública	564
		Atención materna e infantil	229
		Ciencias sociales	66
		Educación para la salud	67
		Epidemiología	319
		Estadística	73
		Generalidades de higiene	39
		Higiene urbana y rural	184
		Higiene de los alimentos	113
		Higiene del trabajo	81
		Higiene escolar	52
		Nutrición	48
	Total		1.860
Lima	Curso regular en salud pública para médicos, 1963	Principios de salud pública	13
		Estadística y demografía	81
		Principios de epidemiología	62
		Microbiología aplicada	60
		Educación sanitaria y ciencias de la conducta	78
		Nutrición	36
		Epidemiología y control de enfermedades	105
		Saneamiento ambiental	90
		Salud de madre y niño	90
		Salud del adulto	102
		Atención médica	30
Administración de salud y administración hospitalaria	286		

CUADRO No. 26—Cont.

Escuela	Nombre del curso y año de iniciación	Asignatura	No. de horas-alumno
Medellín	Total Maestría en salud pública para médicos, 1964	Planificación en salud (Se incluyen 89 horas de biblioteca)	290
		Ciclo de terreno	272
			<u>1.595</u>
		Ciencias sociales	192
		Medicina familiar	92
		Estadísticas	160
		Epidemiología	236
		Saneamiento	80
		Administración de salud	214
		Planificación de salud	240
México	Total Maestría en salud pública y administración médica, 1942	Administración de atención médica y hospitalaria	80
		Atención maternoinfantil	32
		Asignaturas opcionales (Microbiología, parasitología, salud mental, docencia en medicina preventiva y estadística.)	64
			<u>1.390</u>
		Administración general	34
		Administración de salud pública	42
		Administración de centros de salud	16
		Administración de hospitales	32
		Planificación en salud	46
		Epidemiología	219
Río de Janeiro	Total Maestría en salud pública, 1960	Estadística	60
		Saneamiento del medio	50
		Ciencias sociales	102
		Higiene maternoinfantil	26
		Educación higiénica	46
		Nutrición en salud pública	32
		Higiene del trabajo	18
		Organización de la atención médica	16
		Trabajo de campo interdisciplinario	824
			<u>1.563</u>
Río de Janeiro	Total	Microbiología e inmunología	Información no entregada en detalle
		Parasitología	
		Estadística sanitaria	
		Saneamiento	
		Nutrición	
		Epidemiología y profilaxis	
		Higiene maternoinfantil	
		Fundamentos socio-económicos	
		Educación sanitaria	
		Fundamentos de servicio social	
Administración general			
Administración pública			
Administración sanitaria			
Diagnóstico de enfermedades transmisibles			
Higiene del adulto			
Legislación sanitaria			
	<u>1.161</u>		

CUADRO NO. 26—Cont.

Escuela	Nombre del curso y año de iniciación	Asignatura	No. de horas-alumno		
San Juan, P.R.	Maestría en salud pública, 1955	Dinámica de grupo aplicada	18		
		Introducción a la salud comunal	36		
		Administración en salud pública	90		
		Seminario sobre administración en salud pública	54		
		Práctica en salud pública	36		
		Aspectos sociales y culturales de salud pública	36		
		Rehabilitación y enfermedades crónicas	36		
		Metodología estadística	108		
		Salud ambiental	72		
		Principios de epidemiología	72		
		Educación sanitaria	36		
		Enfermedades infecciosas	36		
		Salud internacional	18		
		Higiene maternoinfantil	36		
		Legislación en salud	36		
		Organización y manejo de hospitales	72		
		Nutrición en salud pública	18		
Asignaturas electivas (7)	125				
	Total	935			
Santiago	Licenciados en salubridad, 1944	Inmunología básica	24		
		Enfermedades infecciosas I-II	81		
		Parasitología I-II	42		
		Epidemiología I-II	111		
		Estadística I-II	123		
		Administración en salud pública I	126		
		Atención médica y administración hospitalaria I-II	45		
		Salud materna e infantil I-II	63		
		Alimentación I-II	54		
		Higiene de alimentos I-II	27		
		Saneamiento I-II	69		
		Higiene industrial I-II	36		
		Asign. de capacitación técnica (Administración en salud pública; epidemiología, higiene maternoinfantil; salud dental; farmacia en salud pública y veterinaria en salud pública)	165		
		Planificación en salud—práctica en terreno	264		
			Total	1,230	
		São Paulo	Post-grado en salud pública para médicos, 1928	Epidemiología	70
				Administración sanitaria	147
Estadística vital	52				
Ciencias sociales aplicadas	54				
Saneamiento	59				
Educación sanitaria	28				
Seminarios de epidemiología	32				
Bacteriología sanitaria	42				
Bioestadística	54				
40 asignaturas optativas, horas requeridas (mínimo)	235				
Trabajo de campo multiprofesional	127				
	Total (mínimo requerido)	900			

fuerzo de comparación tropieza con la dificultad de que algunos de los términos no son equivalentes. Por ejemplo, en ciertas escuelas la asignatura de administración en salud pública abarca principios generales de administración, administración sanitaria, administración hospitalaria y de atención médica, higiene maternoinfantil, educación sanitaria y ciencias sociales, mientras que en otras, varios de estos sectores se tratan como asignaturas separadas, según la formación del profesor, su especialización o la importancia relativa que se confiera a la asignatura. Lo propio ocurre con estadística y epidemiología. En algunas escuelas aparecen asociadas, y en otras, se dictan como asignaturas diferenciadas. En San Juan de Puerto Rico, se agregan siete asignaturas electivas, en São Paulo 40, y en Medellín cinco. Esta situación hace difícil establecer una comparación entre las distintas escuelas. Un análisis cuidadoso del cuadro permite percibir los rasgos básicos que derivan del clásico "MPH" por una parte, y las variaciones locales introducidas en cada escuela, por otra.

A fin de explorar las posibilidades materiales de expansión en el curso básico, se consultó a los directores de las escuelas sobre la capacidad máxima admisible en dicho curso según su propio juicio y, la planta física y los recursos docentes materiales y humanos. Los resultados de tal consulta aparecen en el Cuadro No. 27. Al comparar estos datos con el número de alumnos admitidos, se percibe que, en general, las escuelas están trabajando por encima de su capacidad.

CUADRO No. 27—*Capacidad máxima admisible (cupo) y número de alumnos en el curso básico en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Cupo	Número de alumnos
Buenos Aires	35	47
Caracas	30	36
La Habana	30	19
Lima	25	25
Medellín	25	17
México	45	47
Río de Janeiro	30	58
San Juan, P.R.	15	14
Santiago	30	37
São Paulo	155	166
Total	420	466

En el Cuadro No. 28 se señala el grado de participación de cada una de las escuelas de salud pública en actividades docentes de otras escuelas universitarias. Nótese que con excepción de la Escuelas de México y Río de Janeiro, las demás participan en actividades docentes diferentes a las propias, siendo la colaboración más frecuente la prestada a escue-

CUADRO NO. 28—*Colaboración entre las escuelas de salud pública y otras escuelas, 1968.*

Escuela de salud pública	Escuelas con que colabora	Responsabilidad exclusiva	Asignaturas como colaboración parcial	Colaboración ocasional
Buenos Aires	Medicina	x	—	—
	Veterinaria	x	—	—
	Ingeniería sanitaria	—	x	—
	Técnicos para la salud	—	x	—
Caracas	Medicina	—	—	x
	Enfermería	—	—	x
	Otras tres de medicina	—	—	x
La Habana	Medicina	x	—	—
	Enfermería	—	x	—
	Odontología	—	x	—
Lima	Dos de medicina	—	x	—
	Enfermería	—	x	—
Medellín	Medicina	x	x	x
	Veterinaria	—	x	x
	Enfermería	x	—	x
	Técnicos de laboratorio	x	—	—
México *		—	—	—
Río de Janeiro *		—	—	—
San Juan, P.R.	Medicina	x	—	—
	Odontología	x	x	—
	Enfermería	x	—	—
	Planificación	—	x	—
	Servicio social	—	x	—
	Farmacia	—	x	—
Santiago †	Medicina (4 escuelas)	x	x	x
	Veterinaria	—	x	—
	Enfermería (dos escuelas)	x	x	—
	Odontología (dos escuelas)	x	x	—
	Dietistas	x	—	—
	Obstetricia	x	—	—
	Ingeniería (dos escuelas)	—	x	—
	Sociología	—	—	x
	Tecnología médica	x	x	—
	São Paulo	Enfermería	—	x

* No tiene actividades docentes en otras escuelas.

† En 1967 se consignaron 927 alumnos en el total de las otras escuelas.

las de medicina y enfermería. Con frecuencia que merece ser señalada en forma explícita, las escuelas de salud pública aparecen como responsables directas y en forma exclusiva del desarrollo de cursos en otras escuelas universitarias.

7. Los alumnos y los egresados

A pesar de sus recursos más bien limitados y de la reciente iniciación de sus actividades, las escuelas de salud pública de la América Latina han graduado en total más de 20.000 profesionales y técnicos (véase el Cuadro No. 29). Sería difícil medir la influencia que estos egresados han tenido en los servicios de salud pública. En conjunto, las tres escuelas más antiguas han formado el 71% de este personal, mientras que las más recientes se hallan todavía en fase de incremento y perfeccionamiento.

La heterogeneidad de los egresados aparece manifiesta en el Cuadro No. 30; en él las categorías profesionales y técnicas aparecen en orden de frecuencia decreciente, encabezadas por los médicos, con un 34% del total.

Con el deseo de cuantificar la pérdida estudiantil en el curso básico de las diferentes escuelas de salud pública, se hizo un análisis del por-

CUADRO NO. 29—Número de egresados de las escuelas de salud pública desde su iniciación hasta 1968 (porcentajes aproximados).

Escuela	Año de iniciación de actividades	No. total de egresados	Porcentaje
Buenos Aires	1960	946	4
Caracas	1959	913	4
La Habana	1959	907	5
Lima	1962	565	3
Medellín	1964	867	4
México	1922	4.910	24
Río de Janeiro *	1959	915	4
San Juan, P.R.	1955	1.035	5
Santiago †	1944	3.398	16
São Paulo	1928	6.277	31
Total		20.733	100

* Sin computar los datos de egresados en 1925-36 y otros períodos previos a 1959.

† Excluidos 188 alumnos especiales.

CUADRO No. 30—Distribución según frecuencia de los alumnos, y según categoría profesional o técnica, 1966-1968.

Categoría profesional o técnica	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago*	São Paulo	Total
Médicos	310	340	90	142	153	237	229	36	55	144	1,736
Enfermeras	2	31	140	260	19	91	66	287	34	66	996
Estadísticos	222	1	—	—	62	—	1	—	—	—	286
Administradores de salud	56	24	—	—	62	—	—	110	11	—	263
Inspectores sanitarios	—	60	—	40	133	—	—	18	—	—	251
Auxiliares de estadística	—	—	90	145	—	—	—	—	—	—	235
Dentistas	11	1	—	—	36	45	48	15	3	71	230
Auxiliares de trabajadores sanitarios	—	—	197	—	—	—	—	—	—	—	197
Ingenieros	—	4	—	—	—	3	30	23	4	88	152
Educadores sanitarios	—	—	—	—	—	19	—	88	14	14	135
Técnicos de registros médicos hospitalarios	—	—	—	—	51	—	—	22	—	—	73
Veterinarios	2	1	—	—	3	8	26	2	3	17	62
Demógrafos	—	—	—	—	—	—	—	45	—	—	45
Nutricionistas	—	1	—	15	15	—	—	—	9	3	43
Parteras graduadas	—	—	—	24	—	—	—	—	19	—	43
Asistentes sociales	—	—	—	22	—	—	—	—	9	—	31
Otros †	3	8	—	—	—	—	84	10	73	90	268
Total	606	471	517	648	534	403	484	656	234	493	5,046

* Dato disponible sólo para 1967.

† Incluye arquitectos, abogados, contadores, economistas, bioquímicos, tecnólogos, técnicos de salud ocupacional, etc.

CUADRO No. 31—*Alumnos admitidos y graduados en el curso básico de las escuelas de salud pública, 1960-1968.*

Escuela	No. de admitidos	No. de graduados	Porcentaje de aprobación
Buenos Aires	344	324	94,1
Caracas	212	207	97,5
La Habana	293	270	92,0
Lima (1964-68)	115	112	97,3
Medellín (1964-68)	80	73	91,3
México (1960-67)	402	353	88,0
Río de Janeiro (1960-66)	475	300	63,1
San Juan, P.R.	260	148	57,0
Santiago (1960-67)	276	234	85,0
São Paulo	1.010	789	78,1
Total	3.467	2.810	81,0

CUADRO No. 32—*Distribución de alumnos extranjeros en las escuelas de salud pública, 1964-1968.*

Escuela	Comienzo de admisión (Año)	No. de alumnos	Porcentaje
Buenos Aires	1965	5	1
Caracas	1961	19	3
La Habana *	—	—	—
Lima	1966	5	1
Medellín	1964	31	4
México	?	75	11
Río de Janeiro *	—	—	—
San Juan, P.R.	1945	105	14
Santiago	1945	290	42
São Paulo	1948	166	23
Total		696	99

* Se excluye.

centaje de los alumnos que aprobaron dichos cursos en relación con el total de admitidos entre los años de 1960-68 (véase el Cuadro No. 31). Obsérvese que con excepción de las Escuelas de San Juan de Puerto Rico y Río de Janeiro, las demás presentan una pérdida estudiantil por debajo del 20%.

Las Escuelas de México, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo, por varias décadas han sido consideradas escuelas internacionales y, en efecto, a ellas concurre el 90% de los alumnos extranjeros. Sin embargo, en los últimos diez años, cuatro de las escuelas restantes han recibido a un ritmo creciente alumnos de otros países, lo que es de suma importancia por la posibilidad de expansión de los recursos de adiestramiento en Latinoamérica (véase el Cuadro No. 32).

Se obtuvieron datos sobre 635 estudiantes extranjeros en las escuelas que actualmente los aceptan, según país de origen, con la distribución geográfica que se muestra en el Cuadro No. 33.

8. *Comparación con las escuelas de Estados Unidos y Canadá*

Finalmente, en el Cuadro No. 34 se intenta comparar las escuelas de salud pública de la América Latina con las de Estados Unidos y el Canadá. Para ello hubo que utilizar algunos datos del informe de 1968 del Dr. James L. Troupin.* Con respecto a algunos promedios, las nueve escuelas latinoamericanas cuentan con menos de la mitad de planta física y de libros que las escuelas de Estados Unidos y Canadá. El presupuesto representa menos de la sexta parte, a pesar de que las Escuelas de La Habana, Río de Janeiro y São Paulo elevan fuertemente la cifra. El presupuesto de las otras seis escuelas es inferior a un millón de dólares, con un promedio de 280.783 dólares, equivalente a 1/13 del promedio de las escuelas de Estados Unidos y Canadá.

En cuanto al personal docente, en promedio, las escuelas de Estados Unidos y Canadá tienen tres veces más profesores a tiempo completo y su distribución por edad y sexo es comparable a las escuelas latinoamericanas. La diferencia de recursos docentes se mantiene al comparar categorías profesionales y las asignaturas que dictan. Llama la atención el reducido número de graduados latinoamericanos (44) en Estados Unidos y Canadá, si se compara con los 1.614 graduados en las nueve escuelas latinoamericanas. En conjunto, las 17 escuelas de Estados Unidos y Canadá graduaron 1.376 estudiantes, de los cuales los 44 latinoameri-

* Troupin, James L.: *Report on the Schools of Public Health in the United States and Canada*, 1968, The American Public Health Association, New York, New York. (Versión mimeografiada.)

CUADRO No. 33—Distribución de alumnos extranjeros en las escuelas de salud pública según país de procedencia, 1964-1968.

País de procedencia	Buenos Aires	Caracas	Lima	Medellín	México	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo	Total
Argentina	—	1	—	—	—	15	42	23	81
Bolivia	—	2	4	4	8	1	7	10	36
Brasil	—	1	—	1	—	11	17	—	30
Colombia	—	1	—	—	4	6	34	24	69
Costa Rica	—	2	—	2	6	6	13	8	37
Cuba	—	—	—	1	16	—	19	—	36
Chile	—	—	—	—	—	3	—	2	5
Ecuador	—	1	1	8	8	15	14	18	65
El Salvador	—	—	—	4	2	6	10	9	31
Guatemala	—	—	—	2	10	3	13	3	31
Haití	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Honduras	—	9	—	1	6	4	9	5	34
México	—	—	—	—	—	1	5	2	8
Nicaragua	—	—	—	1	3	6	4	9	23
Panamá	—	—	—	2	1	2	6	2	13
Paraguay	1	—	—	—	4	7	7	6	25
Perú	—	—	—	4	—	5	9	17	35
República Dominicana	—	—	—	—	6	5	5	4	20
Uruguay	4	1	—	1	—	2	8	5	21
Venezuela	—	—	—	—	1	4	7	11	23
Otros países	—	—	—	—	—	2	1	8	11
Total	5	18	5	31	75	105	230	166	635

CUADRO NO. 34—Comparación entre diez y siete escuelas de Estados Unidos y Canadá y nueve de Latinoamérica, 1968.

Atributo analizado	Estados Unidos y Canadá	Latinoamérica
a) <i>Algunos promedios</i>		
Unidades docentes	9,5	7,0
Espacio en metros cuadrados	7.881	3.921 *
Libros en la biblioteca	12.000	5.900
Revistas	335	332
Presupuesto en dólares	3.712.000	616.000 †
b) <i>Algunos datos sobre personal docente</i>		
Promedio de profesores a tiempo completo	74	22
Porcentaje con menos de 40 años de edad	36	54
Porcentaje de varones	72	69
<i>Número de profesores según categorías profesionales:</i>		
Médicos	344	231
Matemáticos-estadísticos	133	39
Científicos-sociales	114	20
Educadores-educadores sanitarios	78	13
Químicos-bioquímicos	76	11
Enfermeras	70	29
Ingenieros	59	35
Administración-administración hospitalaria	54	6
Dietistas-nutricionistas	26	11
<i>Número de profesores en algunas asignaturas:</i>		
Administración en salud pública	81	47
Bioestadística	109	40
Saneamiento ambiental	78	27
Epidemiología	144	20
Higiene maternoinfantil	58	9
Atención médica y administración hospitalaria	132	12
c) <i>Alumnado</i>		
Total de graduados	1.376	1.614
Graduados latinoamericanos	44 §	1.614
Promedio de graduados por escuela	80	179

* Suman 2,200 si se excluye Río de Janeiro.

† Seis escuelas con un promedio de 280.783 dólares.

§ Se graduaron 25 en San Juan, P.R.

canos representan el 3%. Debe agregarse que 25 de los 44 se graduaron en la Escuela de San Juan de Puerto Rico, la única de las escuelas estadounidenses que dicta el curso en español. Aun considerando la diferente calidad de graduados, el promedio para las escuelas latinoamericanas (179) es más del doble de las de Estados Unidos y Canadá.

DISCUSION

Los problemas que confrontan las escuelas de salud pública de la América Latina exceden con mucho su estructura interna. Dimanan del desafío planteado por una realidad multifacética de comunidades en desarrollo, caracterizadas por su plasticidad y dinamismo. Toda la América Latina atraviesa por un período crucial de su historia. En cada región, aun en cada ciudad, es dado encontrar un mosaico de comunidades en diferentes etapas de desarrollo: desde aquellas con una economía agrícola o arcaica, hasta las que se encuentran en elaboradas fases de despegue industrial. Esta heterogeneidad de situaciones es muy acentuada en la América Latina y, como es natural, se refleja en los problemas de salud, que abarcan toda la extensa gama que va desde la viruela hasta las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes.

Si bien debemos aprovechar la experiencia obtenida por aquellos países que han alcanzado altos niveles de desarrollo cultural y sanitario a costa del sacrificio de varias generaciones, también hay que considerar que el progreso de las ciencias asociadas a la salud ha llevado al hombre a una posición en que, como sostiene Bertrand Russell, puede manipular la naturaleza. Sin embargo, todo ese rico caudal deberá aprovecharse con la inteligencia necesaria para discriminar aquello que conviene a la salud de nuestras comunidades latinoamericanas, que sea práctico de llevar a cabo con los recursos existentes y potenciales; que encuadre en su idiosincrasia, dentro de la política de sus gobiernos y la soberanía de su pensamiento.

Podríamos preguntarnos entonces si las escuelas de salud pública tienen clara conciencia de este mundo kaleidoscópico al que sirven; de este acontecer dinámico integral, del medio hacia el cual se proyectan; de la flexibilidad que la época exige a sus cultores para adecuar sus programas de trabajo a esa realidad dinámica, de la interacción entre salud y desarrollo; de la convergencia hacia una integración fructífera de las ciencias biológicas, sociales y matemáticas. Y si, atiborradas de preocupaciones pragmáticas en torno a distribución de horarios y de atención a la demanda que crece en progresión exponencial, les queda

tiempo para meditar sobre las responsabilidades y proyecciones de su función.

Las escuelas aparecen muy disímiles entre sí en cuanto a estructura, organización, recursos y funciones. Todas ellas dictan un curso básico, con variaciones locales, y varios cursos más de tipo académico o corto, a nivel profesional o intermedio. Por lo general, el personal docente es escaso y su preparación académica y experiencia muy variables. El 44% es de tiempo completo con dedicación exclusiva, y buena parte de la enseñanza depende de personal de tiempo parcial, pagado por horas o proveniente de otras instituciones.

En general, los recursos financieros, la planta física y el equipo docente son pobres. Si sus presupuestos se comparan con los de las escuelas de Estados Unidos y Canadá, su promedio representa menos de la sexta parte y la planta física, menos de la mitad.

La sobrecarga docente, que podría estimarse en 80% del tiempo del personal, junto a las limitaciones de medios, exigen revisar cuidadosamente el programa de enseñanza, a fin de concentrar los recursos en la formación de personal más urgente y de mayor prioridad.

Como consecuencia de la sobrecarga docente y de la escasez de recursos, la investigación, en general, es muy débil. Esto, unido a las limitadas posibilidades de realizar buenas prácticas de terreno, hace que la enseñanza sea más bien teórica y no siempre adecuada a la realidad.

El grado de participación o de responsabilidad en la enseñanza dentro de escuelas conexas (medicina, enfermería, veterinaria, etc.) salvo algunas excepciones, también es limitado. Las Escuelas de La Habana y Santiago están dando pasos hacia una integración, mientras otras escuelas tratan de extender gradualmente su acción de acuerdo con sus posibilidades. Sólo dos, Río de Janeiro y México, no participan en la enseñanza de pre-grado.

Existe en general una excelente disposición para revisar críticamente el programa de trabajo.

De un modo general se han percibido, entre muchos otros, los siguientes problemas:

- 1) Necesidad de establecer una definición clara de objetivos, tanto desde el punto de vista nacional como del regional.

- 2) Diferentes etapas de desarrollo de las escuelas y coexistencia de áreas fuertes y débiles en cada una de ellas.

- 3) Sobrecarga docente por falta de una definición clara de objetivos y, como consecuencia, por falta de una planeación correcta de la docencia.

4) Situaciones conflictivas con la política de los servicios de salud y de las facultades de medicina debidas a discrepancias doctrinarias y operacionales.

5) Bajo rendimiento, lejos todavía de alcanzar un nivel útil.

6) Necesidad de una revisión crítica de los planes de estudio, de la secuencia de asignaturas, de la coordinación e integración de la enseñanza, de los métodos de evaluación y de su adecuación a los problemas de salud y características socioeconómicas del área mayor donde funciona la escuela.

7) Necesidad de promover el perfeccionamiento técnico del profesorado y nuevos cuadros docentes.

8) Limitación de presupuesto, de recursos humanos, materiales, equipos, laboratorios y sobre todo de facilidades para el trabajo de campo. Cada escuela trata de resolver sus problemas según el grado de iniciativa e imaginación de sus profesores, pero por lo general falta un plan articulado y coherente.

9) Enfoque local de los problemas asociados a un inevitable nacionalismo, que impone a los egresados la dura tarea de decantar aquellas ideas o principios rectores que le servirán realmente para desempeñarse en sus países.

10) Dispersión de valiosos recursos y limitado desarrollo de la investigación.

11) Diferencias de criterio entre los profesores con espíritu renovador, los que prefieren la adopción de métodos y tendencias foráneas y los más respetuosos de la tradición y ortodoxia.

A pesar de tales problemas y debido a una serie de factores, estas escuelas han tenido que asumir prácticamente toda la responsabilidad de adiestramiento en la América Latina. En 1968, mientras un total de 16 escuelas de salud pública de Estados Unidos y Canadá graduaron 19 estudiantes latinoamericanos, las diez escuelas analizadas en el estudio graduaron 1.639. El peso que esta tarea representa estimula a serias consideraciones.

Durante el estudio todo el Continente se vio sacudido por un movimiento de reforma que ha afectado a varias escuelas en tal forma que muchos de los datos registrados han experimentado variaciones substanciales. El proceso de reforma en las escuelas de salud pública adquiere un enorme interés en cuanto a que envuelve una serie de pasos en busca de una definición de su destino dentro del contexto del desarrollo y lo que se ha dado en llamar la "tendencia a la coalición modernizante". La Escuela de Chile inició un proceso de coalición con las

cátedras de medicina preventiva bajo la nueva denominación de "Departamento de Salud Pública y Medicina Social", con el objeto de integrar todo el proceso docente de pre y post-grado bajo una sola dirección. En Cuba se ha venido gestando un movimiento de identificación docente-ejecutiva, a través del cual se integra la función de adiestramiento en salud para todos los niveles, bajo una Dirección Nacional de Docencia, con lo cual desaparece totalmente la imagen clásica de la escuela de salud pública.

Un asunto largamente debatido en la Primera Conferencia de Directores en San Miguel Regla, México, en 1959, sobre si las escuelas deben depender del Ministerio de Salud o de la Universidad, pierde importancia cuando se examina a la luz de las relaciones que deben existir entre ambas instituciones y la responsabilidad de las escuelas de salud pública.

Si imaginamos el área de responsabilidades de la Universidad y el área de responsabilidades del Sector Salud, se nos configuran dos elipses que se superponen parcialmente. Una y otra apuntan hacia un objetivo común que es la comunidad a la cual sirven; de aquí la identificación de propósitos que se ha hecho manifiesta en Cuba y en Chile. El proceso de diálogo necesario e ineludible entre la institución que forma personal y el mercado de empleo, a fin de adecuar la enseñanza a la función y vice-versa, para lograr la utilización plena del personal adiestrado, lleva a ubicar funcionalmente a las escuelas de salud pública en aquella área de superposición de intereses Ministerio-Universidad. Podría concluirse entonces que lo que importa no es tanto la línea de dependencia Ministerio-Universidad, sino la interacción recíproca, el diálogo abierto y productivo entre ambas instituciones. El éxito de este diálogo es responsabilidad de las escuelas de salud pública, como intérpretes de las necesidades y aspiraciones de ambas instituciones, más aun como promotores y agentes de cambio en ambas direcciones.

Es evidente que las escuelas de salud pública han estado cumpliendo una importantísima función a pesar de las serias limitaciones de recursos ya señaladas. Sin embargo, la mayoría de los educadores se formulan preguntas como éstas: ¿ En qué medida las escuelas están cumpliendo su función? ¿ Será la docencia adecuada a las necesidades, en cantidad y calidad? ¿ Cómo es posible incrementar y mejorar el rendimiento? y ¿Cuál será el destino de las escuelas?

Se advierte una marcada inquietud derivada de una toma gradual de conciencia sobre el torrente de acontecimientos que están ocurriendo en el mundo al que sirven las escuelas, tales como el crecimiento exponencial en la demanda de atención médica, las exigencias tecnológicas

de la enseñanza (necesidad de diseñar modelos, investigación operacional, la incorporación de la computación electrónica y la necesidad de transformar la administración en salud en un cuerpo científico de conocimientos y métodos), las corrientes de pensamiento que exigen un cambio profundo de todas las estructuras a fin de permitir el proceso del desarrollo, el proceso de la reforma universitaria que plantea concepciones novedosas sobre el papel de la universidad en la sociedad moderna, el fermento de pensamiento en lo que se refiere al papel del estado moderno frente al desarrollo, la definición del sector salud y del equipo de salud dentro del marco del desarrollo, la abolición de barreras e integración funcional dentro del sector salud y el desarrollo de departamentos de medicina preventiva en las escuelas de medicina.

Se vive en un mundo en el cual se desarrolla una búsqueda intensa de nuevas vías de solución a problemas seculares, y la juventud atraviesa por una crisis expresada en huelgas y conflictos estudiantiles. Por cierto que las escuelas de salud pública no podrían permanecer indiferentes ante la convulsión social del Continente y están llamadas a adoptar una posición y definir su propio destino. Más aún, debido a su trayectoria histórica y a que generalmente concentran los mejores recursos humanos, tienen la responsabilidad de orientar los procesos de cambio en el sector en que funcionan, en vez de ir a la zaga de los acontecimientos.

La gran pregunta que surge es qué hacer y cómo. Ya no es cuestión de pulir el plan de estudios y asignar mayor número de horas a determinadas disciplinas, desechar cursos considerados como de dudoso rendimiento, estimular la investigación o incrementar las actividades de terreno. Es todo eso y mucho más: es definir el destino y el papel de las escuelas de salud pública en este momento histórico de la América Latina.

Esta podría ser en verdad la médula de discusión en la próxima Conferencia de Directores en Medellín, el próximo mes de diciembre de 1969, y cuyo tema es analizar las funciones de las escuelas de salud pública de la América Latina frente a los cambios socio-económicos. Confiamos en que esas deliberaciones conduzcan a esclarecer respuestas a las graves preguntas planteadas más arriba y se defina una orientación para el futuro, el destino y la finalidad de las escuelas de salud pública.

RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de una encuesta llevada a cabo por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organi-

zación Panamericana de la Salud en las diez escuelas de salud pública de la América Latina (Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo).

Contiene información referente al desarrollo histórico de las escuelas, su estructura administrativa y académica, los recursos humanos y materiales con los cuales cuentan, y las características de su alumnado y de sus egresados. Se trata de establecer una comparación entre las diferentes escuelas estudiadas en lo que respecta a los aspectos arriba mencionados. Se comparan algunos de los datos con los similares conocidos de las escuelas de salud pública de los Estados Unidos y del Canadá y, por último, se discute el papel que han de desempeñar las escuelas de salud pública de la América Latina en el proceso de desarrollo y cambio socio-económico de sus países.

PUBLIC HEALTH SCHOOLS IN LATIN AMERICA

(Summary)

This paper is based on a survey carried out by the Department for Development of Human Resources of the Pan American Health Organization in the ten Public Health Schools of Latin America (Buenos Aires, Caracas, Havana, Lima, Medellín, Mexico City, Rio de Janeiro, San Juan, Puerto Rico, Santiago and São Paulo).

The paper describes the development of the schools, their administrative and academic structure, human and material resources, and the characteristics of the students and graduates. Some of the data are compared with similar available information with reference to Public Health Schools in the United States and Canada. Finally, the future role of Latin American Public Health Schools in the development and economic and social changes in countries of the region is discussed.

AS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA LATINA

(Resumo)

O presente trabalho é o resultado de um levantamento levado a efeito pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organi-

zação Pan-Americana de Saúde nas dez escolas de saúde pública da América Latina (Buenos Aires, Caracas, Havana, Lima, Medellín, México, Rio de Janeiro, São João de Pôrto Rico, Santiago e São Paulo).

Contém informações sôbre o desenvolvimento histórico das escolas, sua estrutura administrativa e acadêmica, os recursos humanos e materiais de que dispõem e as características de seu corpo discente e de seus doutorandos. Faz-se uma comparação entre as diferentes escolas estudadas, no que respeita aos aspectos acima mencionados. Comparam-se alguns de seus dados com os das escolas de saúde pública dos Estados Unidos e do Canadá e analisa-se o papel que as escolas de saúde pública da América Latina deverão desempenhar no processo de desenvolvimento e evolução sócio-econômica de seus respectivos países.

LES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE EN AMÉRIQUE LATINE

(Résumé)

La présente étude est l'aboutissement d'une enquête menée par le Département de développement des ressources humaines de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans les dix écoles de santé publique de l'Amérique latine (Buenos Aires, Caracas, La Havane, Lima, Medellín, Mexico, Rio de Janeiro, San Juan (Porto Rico), Santiago et São Paulo).

Elle fournit des détails concernant l'évolution historique des écoles, leur structure administrative et scolastique, les ressources humaines et matérielles dont elles disposent, les caractéristiques de leurs élèves et de leurs diplômés. L'étude cherche à établir une comparaison entre les différentes écoles en question en ce qui concerne les aspects mentionnés plus haut et fait un rapprochement entre certaines des données et des données analogues émanant des écoles de santé publique des Etats-Unis et du Canada; elle examine enfin le rôle qui incombe aux écoles de santé publique de l'Amérique latine dans le processus de développement et d'évolution socio-économique de leurs propres pays.