La extensión de la cobertura de los servicios de salud y los recursos humanos

DR. J. V. PILLET [1]

El Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por la III Reunión Especial de Ministros de Salud (Santiago, Chile, 1972) para 1971-1980 (*1*), se articula alrededor de un objetivo central: la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales mediante una regionalización de los servicios. En este trabajo se analiza una alternativa de sistema regionalizado y sus implicaciones para los recursos humanos; se relacionan luego estas implicaciones con las perspectivas de empleo para la década, y por último se examinan los cambios correspondientes en el sistema de formación del personal de salud.

COBERTURA

Al inicio del Primer Decenio para el Desarrollo, la Carta de Punta del Este estableció las metas de salud para 1961-1970. La Carta contenía dos metas de interés en el campo de la planificación de recursos humanos. Una, relativa a la planificación, decía: "crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación . . .", y otra, relativa a los recursos humanos en salud, en estos términos: "Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con ese fin es preciso: determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión; capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y ampliar o crear los centros educativos necesarios" (*2*).

[1] Funcionario del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS.

América Latina alcanzó estas dos metas en cierta medida. En el campo de la planificación, 11 países han creado unidades de planificación sectorial de salud; 13 países han formulado su plan de salud, 11 de los cuales lo han ejecutado; otros cinco países preparan actualmente su plan de salud. Pero más que el número de planes en preparación o en ejecución, el elemento significativo es la aceptación del principio de la planificación en sí, su aplicación al sector salud, su impacto sobre el pensamiento sanitario y las prácticas administrativas del sector.

En el campo de los recursos humanos, la meta, de carácter muy general, daba prioridad a los aspectos cuantitativos, y dentro de esta limitación se realizaron en América Latina importantes progresos. Estos progresos son descritos y analizados en diversos documentos (*3-5*). En forma general, se puede decir que los esfuerzos de la pasada década fueron orientados hacia la reducción de un déficit cuantitativo para algunas profesiones particularmente importantes: los médicos, los dentistas, las enfermeras diplomadas o auxiliares. Los esfuerzos fueron a menudo desordenados, raramente coordinados con los otros objetivos de salud.

Al términar la década, la inadecuación cuantitativa y cualitativa entre los recursos humanos disponibles y las metas del Plan es tan notoria que todos los países reclaman un desarrollo de los recursos humanos más conforme a los objetivos decenales; o sea todos reclaman los recursos humanos "que el país necesita".

Al inicio de esta segunda década, América Latina debe aprovechar las experiencias y los resultados de la década anterior. Si entre 1973 y 1980 se debe producir los recursos humanos "que el país necesita", es importante recordar las metas del Plan Decenal y estudiar sus consecuencias para los recursos humanos, centrando el análisis en una meta que consideramos clave: extender la cobertura de los servicios de salud.

Extensión de la cobertura de los servicios de salud

En el Plan Decenal de Salud la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todas las poblaciones accesibles urbanas, periurbanas o rurales aparece como el objetivo central, alrededor del cual vienen a articularse los otros objetivos y, en particular, los de infraestructura. Para obtener la extensión de la cobertura, el Plan propone un esquema muy general de la regionalización; este esquema deberá, desde ahora, ser adaptado a las diversas situaciones nacionales.

Se encontrará aquí una hipótesis de trabajo basada en el esquema general propuesto en el Plan, aplicada a una región-tipo, cuyas características son las promediales del conjunto de América Latina.

Población rural. El Plan propone brindar servicios mínimos a toda la población rural, dispersa o residente en localidades de menos de 2,000 habitantes. Esta población representa el 45% de los habitantes de América Latina y del Caribe y era estimada, en 1970, en 125 millones de personas. Se estima que esta población alcanzaría 151 millones en 1980.

Los servicios mínimos ofrecerán a la población la atención de emergencia y la derivación de pacientes, la protección maternoinfantil, la educación nutricional, la inmunización. Asegurarían, asimismo, el saneamiento básico y el registro de la información estadística elemental.

Los servicios mínimos estarían organizados en unidades de salud elemental, con una cobertura de 5,000 habitantes.

¿Qué representa esta proposición en términos de recursos humanos? Teniendo en cuenta que actualmente las necesidades de la población rural así definidas están satisfechas a no más del 20% de sus necesidades por unas 5,000 unidades actualmente existentes, se estima que será necesario crear 25,000 unidades de salud elemental más para el final de la década. La experiencia acumulada en delegación de funciones permite entregar la responsabilidad de estas unidades al personal auxiliar, siempre que este cuente con: formación específica; supervisión estrecha, y apoyo de trabajadores voluntarios, elegidos por las comunidades.

Si se cumplen estas condiciones sería posible operar una unidad con dos auxiliares a tiempo completo, mínimo por debajo del cual no podría esperarse un servicio permanente y eficaz. Para el conjunto de América Latina se necesitaría entonces 60,000 auxiliares adicionales activos en 1980. Para complementarlos y "asegurar el contacto" de estos auxiliares con la población, se debería contar con un mínimo de una persona de la comunidad (trabajadores voluntarios o a tiempo parcial) por 1,000 habitantes, o sea, cinco "voluntarios" por unidad elemental. El número de voluntarios depende de las condiciones locales: relieve, distancias, vías de comunicación, dispersión de la población, etc. Se propone la relación de 1/1,000 como un mínimo absoluto que debería ser superado lo antes posible; se necesitaría entonces un mínimo de 151,000 voluntarios a tiempo total o parcial, activos, en 1980.[2]

Para asegurar la dirección técnica y administrativa de los auxiliares que sirven en las unidades elementales, sería necesario un equipo mínimo de supervisión situado en el nivel de atención inmediatamente superior. Suponiendo que este equipo supervisor mínimo lo constituye una enfermera y un médico "omnipráctico", debidamente apoyados por uno o varios internos rotatorios de enfermería y medicina, este equipo

---

2 Sobre disponibilidad y remuneración del personal auxiliar y de la comunidad, véase más adelante, en el capítulo "Empleo".

tendría capacidad de supervisión para cuatro unidades elementales, o sea, 20,000 habitantes.

De acuerdo a este esquema de supervisión, se requerirán para América Latina y el Caribe 6,000 enfermeras y 6,000 médicos, ayudados por un considerable número de internos rotatorios de estas dos profesiones.

Se vislumbran, en esta forma, los grandes rasgos teóricos del personal de salud estrictamente indispensable:

151,000	voluntarios
60,000	auxiliares
6,000	enfermeras
6,000	médicos omniprácticos
—	internos rotatorios de enfermería y medicina

Población semirural. Según las bases del Plan Decenal, las localidades de 2,000 a 20,000 habitantes serían dotadas de servicios integrales básicos. Estos servicios serían el centro de un grupo de unidades elementales de salud, y estarían encargados de:

1. La supervisión de las unidades de salud elemental en cada campo de actividad: atención médica y planificación, estadísticas, etc.
2. Asegurar:
   a) los cuidados médicos generales ambulatorios, la orientación y la derivación de los pacientes hacia centros diversificados y especializados;
   b) los programas de salud escolar, control de enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica;
   c) los servicios básicos de laboratorio;
   d) los servicios básicos de saneamiento ambiental.

Aproximadamente 8,000 localidades tendrán entre 2,000 y 20,000 habitantes en 1980, y representarán el 13% de la población total de América Latina y el Caribe. Existen actualmente 6,600 de estos servicios integrales básicos (o su equivalente), que cubren aproximadamente el 90% de las necesidades de la población así definidas. No parece necesario, por tanto, prever la creación de numerosos centros adicionales. Estudiando las relaciones que en 1980 existirán entre el número de localidades semirurales y la población rural, se estima que cada uno de estos servicios integrales básicos tendrá la dirección de tres o cuatro unidades en promedio. Cada servicio integral dará atención básica a 15,000–20,000 habitantes rurales y atención elemental y básica a 2,000–20,000 habitantes de la localidad misma; o sea, una población total del orden de 17,000 a 40,000 habitantes.

El servicio integral básico es un eslabón muy importante del sistema regional, donde se opera la "articulación" entre la medicina clásica

occidental y el sistema de atención rural. En este nivel, el número y la estructura del personal necesario no son determinados por las dificultades técnicas de las tareas a cumplir, pero más bien por la diversidad de las tareas, por el número de unidades elementales a dirigir y supervisar, y las condiciones locales (geografía, densidad, dispersión de la población, comunicaciones, etc.). Mediante el análisis de estos factores se llegará a calcular el personal necesario para los servicios integrales básicos. Mientras tanto, y sólo para fijar las ideas, aceptemos como hipótesis que las tareas de dichos servicios tienen suficiente complejidad como para justificar, además del equipo de supervisión arriba mencionado, un equipo para asegurar la atención elemental y básica a la población de la localidad: un médico omnipráctico, una enfermera, internos rotatorios, un técnico de laboratorio, un dentista o sustituto, un farmacéutico o sustituto, un inspector sanitario, seis auxiliares, o sea, contando los internos rotatorios, de 15 a 20 personas.

La información disponible sobre la distribución geográfica del recurso humano muestra que el número de personal de salud actualmente localizado en las 6,600 pequeñas localidades de 2,000 a 20,000 habitantes de América Latina y el Caribe, es aproximadamente el que se señala aquí como dotación mínima absoluta. La diferencia es que el personal actual no está organizado ni integrado para una acción común y adolece de serios defectos en cuanto a distribución funcional estructural, formación, etc.

En 1980 existirán no menos de 8,000 localidades semiurbanas. Teniendo en cuenta las necesidades de suplencia y rotación de personal, se necesitará para cubrirlas alrededor de 10,000 médicos onmiprácticos, igual número de enfermeras, técnicos de laboratorio, dentistas o sustitutos, farmacéuticos o sustitutos, inspectores sanitarios, 55,000 auxiliares y un número variable de internos rotatorios en las diferentes disciplinas. Para lograr esta meta seguramente se debe incrementar el personal actual, pero ante todo es necesario un esfuerzo de integración, organización y adiestramiento del personal actual dentro del marco de un sistema regionalizado.

Poblaciones urbanas. Unas 800 localidades urbanas de 20,000 a 100,000 habitantes reagrupan aproximadamente 40 millones de habitantes, o sea, el 14% de la población de América Latina y el Caribe. Estas ciudades cuentan con servicios de salud y su nivel de atención es superior al del promedio de la población, ya que se considera que están cubiertas al 100%, si se le aplica los mismos criterios que se utilizaron para la población rural y semirural.

El Plan Decenal propone dotar los centros urbanos de servicios diversificados: servicios hospitalarios, cabecera de programas especia-

lizados, dirección y supervisión de los servicios de una subregión de 200,000 a 300,000 habitantes. Los servicios urbanos ofrecerían atención diversificada a la población rural, semirural y urbana de su área y también atención elemental y básica a la población urbana local. Se podrá estimar el personal de salud necesario para estos centros cuando se cuente con la definición precisa de sus funciones y se conozca el grado de centralización conveniente a cada situación nacional. Se sabe, sin embargo, que la aplicación de las técnicas actualmente disponibles para estimar la demanda se adaptan mejor a las poblaciones urbanas, lo que permitirá obtener resultados más exactos para este grupo de población. También se admite que la estructura actual del personal de salud, por imperfecta que sea, se adapta mejor a las necesidades urbanas y a niveles más especializados del sistema de salud, ya que el personal de salud se desarrolló espontáneamente para responder a la demanda urbana.

Por tanto, se puede suponer que el personal de salud actual, con algunas mejorías cualitativas y estructurales, permitiría asegurar la cobertura de las poblaciones urbanas. Esta suposición será también válida—*a fortiori*—para las poblaciones metropolitanas. De todas maneras, para estos niveles se han experimentado diferentes modalidades de dotación de personal y nos encontramos en terreno conocido.

Poblaciones metropolitanas. Las grandes ciudades de 100,000 habitantes y más reagrupan el 28% de la población de América Latina y del Caribe. En 1980, el subcontinente contará con 150 a 200 de estas metrópolis, algunas de las cuales serán las cabeceras de los sistemas regionales propuestos. Los servicios centrales, y en el caso de los pequeños países, los servicios nacionales, tendrán su asiento en estas metrópolis. El Plan propone para las grandes ciudades la organización de servicios especializados, que cubran toda la gama de la atención de salud, desde los servicios más elementales, hasta los más sofisticados. Los servicios metropolitanos asegurarán la atención especializada a toda la población de la Región y la atención diversificada básica y elemental a la población metropolitana local.

Las estadísticas muestran que los recursos humanos concentrados en las metrópolis permiten una adecuada cobertura de la población metropolitana. La realidad suele ser diferente: el sobreconsumo médico de los grupos más favorecidos económicamente enmascara el subconsumo del proletariado periurbano. Antes que una escasez de personal de salud, hay aquí un problema de distribución y accesibilidad económica de la atención médica. Los comentarios hechos en relación con el número de personal de salud necesario para los servicios urbanos son igualmente aceptables para los servicios metropolitanos.

El sistema regional. El Plan Decenal contiene, implícito, el esbozo de un sistema regionalizado basado en la distribución geográfica actual y futura probable de América Latina. Cada país debe, por supuesto, adoptar la estructura, el número de niveles más apropiado a sus necesidades y contexto. Sin embargo, cualquiera que sea el número de niveles escogido y la estructura final, el principio fundamental del sistema regionalizado es la distribución de servicios (y recursos humanos) en forma equitativa y acorde a la distribución y dispersión de la población.

Analizando la distribución demográfica de América Latina y utilizando la llamada hipótesis del espacio homogéneo, se puede elaborar una región teórica cuyas características son las promediales del subcontinente en 1980. Se obtiene así una "región-tipo" de dos millones de habitantes, centrada en una metrópolis de 600,000 habitantes, con seis ciudades de 20,000 a 100,000 habitantes, 48 localidades menores, de 2,000 a 20,000 habitantes y 800,000 habitantes rurales uniformemente dispersos (cuadro 1).

En base a esta región-tipo se puede elaborar un sistema regionalizado teórico o tipo, consistente con la distribución de la población, cuya

CUADRO 1—*Distribución de población y servicios de una "región-tipo" de dos millones de habitantes, América Latina y el Caribe, 1980.*[a]

Población			Número de localidades	Población promedio por localidad	Número de servicios
Tipo	% del total	Habitantes			
Rural dispersa	40	800,000	—	—	168 unidades de salud elemental
Semirural (localidades de 2,000 a 20,000 habitantes)	15	300,000	48	6,000	48 servicios básicos integrados
Urbana (ciudades de 20,000 a 100,000 habitantes)	15	300,000	6	50,000	6 servicios diversificados
Metropolitana (ciudades de 100,000 habitantes o más)	30	600,000	1	600,000	1 unidad de servicios especializados
Total	100	2,000,000			

[a] Se estima que en 1980 América Latina tendrá una metrópolis por cada dos millones de habitantes y la región-tipo se construyó para corresponder a esta relación.

estructura y representación espacial aparece en la figura 1. El sistema se diseñó con el objeto de visualizar la dispersión física y las relaciones funcionales del recurso humano. Se da importancia a los datos cuantitativos (relaciones numéricas entre niveles de servicios, número de trabajadores de salud, etc.) únicamente en la medida en que condicionan la dinámica del sistema y las características del recurso humano.

Antes de analizar el recurso humano necesario para animar el sistema regionalizado, conviene insistir en que la distribución espacial de los

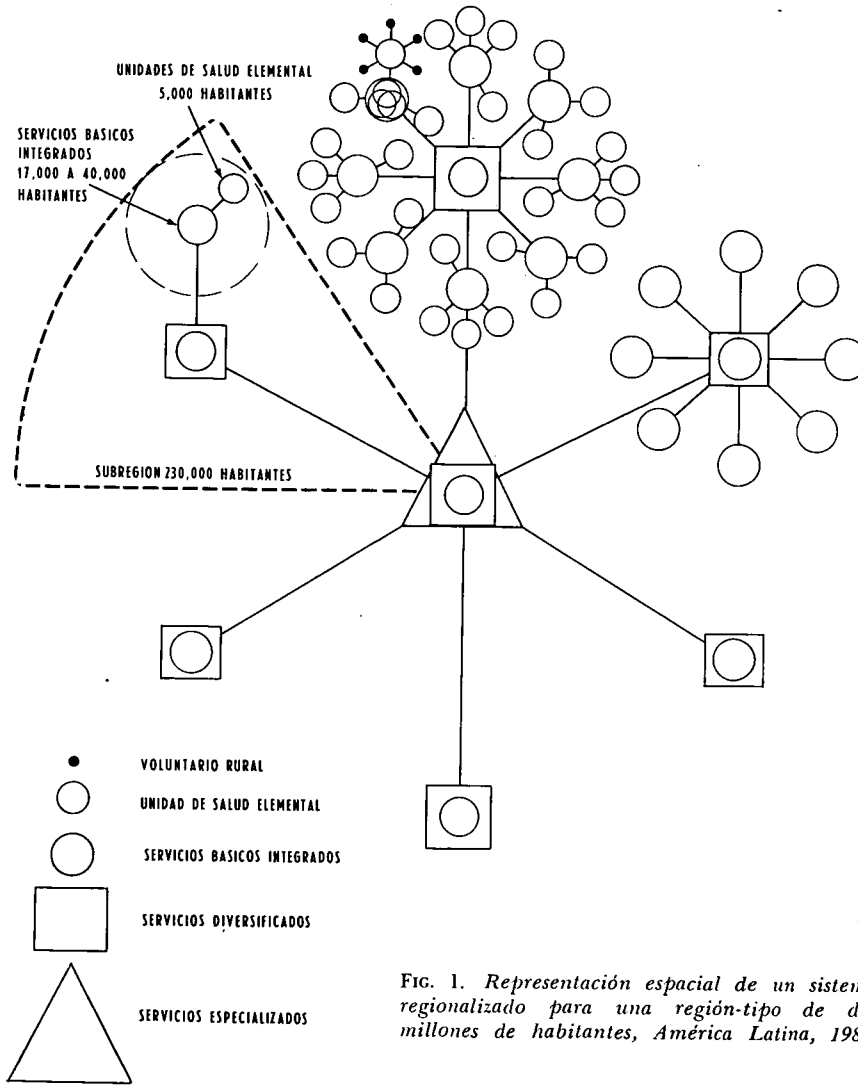


FIG. 1. *Representación espacial de un sistema regionalizado para una región-tipo de dos millones de habitantes, América Latina, 1980.*

servicios no debería influenciar el número ni la estructura del personal necesario. Efectivamente, que se establezca el sistema, con tres, cuatro o más niveles, de acuerdo al grado de centralización deseado, no tendría por qué alterar el total de personal de salud, ya que está basado en el total de población y su distribución. Sin embargo, sí cambiará la situación geográfica del personal de salud y, lo que más nos preocupa, cambiarán sus características.

La consecuencia implícita de un sistema regionalizado es la compensación de la flagrante desigualdad entre zonas centrales y periféricas, mediante una redistribución igualitaria de los recursos humanos en razón de la población. Teniendo en cuenta que en América Latina los centros metropolitanos y urbanos ya tienen su capacidad instalada y los recursos humanos correspondientes, que los servicios semirurales están apenas esbozados y que los servicios rurales prácticamente no existen, es evidente que el esfuerzo deberá concentrarse en los dos últimos. Pensar, por otra parte, que los recursos humanos pueden movilizarse de los centros urbanos hacia las zonas periféricas, sería poco realista; lo probable es que las ciudades retendrán sus recursos humanos actuales y que la compensación de la desigualdad se hará con aportes de nuevo personal de salud a las zonas rurales. En consecuencia, la pirámide actual de personal de salud deberá complementarse con el personal señalado, al tratar de los servicios rurales y semirurales (figura 2).

Conclusiones: implicaciones para los recursos humanos

El estudio de diferentes esquemas de distribución de personal para un sistema regionalizado permite hacer algunos comentarios sobre aspec-

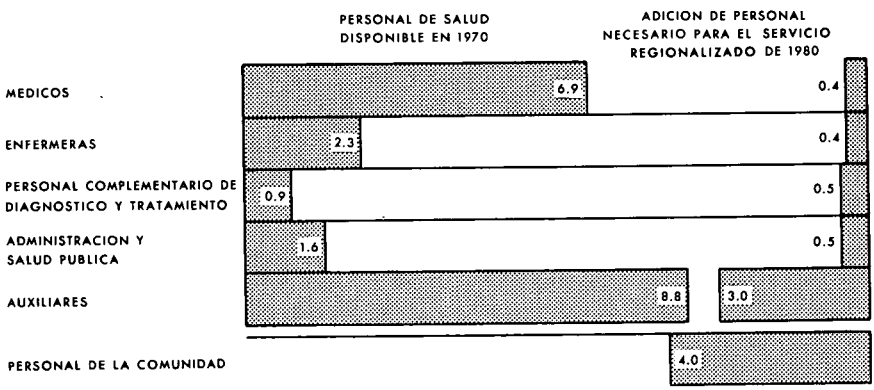


FIG. 2. *Tasas de personal de salud por 10,000 habitantes, América Latina y el Caribe, 1970 y 1980.*

tos cuantitativos del recurso humano y otros sobre las características del recurso humano necesario para un sistema regionalizado.[3]

1. La extensión de la cobertura rural exige la incorporación de un contingente importante de personal de la comunidad, voluntario o remunerado, empleado a tiempo completo o a tiempo parcial, con un adiestramiento mínimo. La formación en cada país de un trabajador de la comunidad por 1,000 habitantes de población rural dispersa justifica la creación de un programa especial de adiestramiento.
2. La cobertura rural y la supervisión de los trabajadores de la comunidad requiere un número importante de auxiliares polivalentes adicionales, a tiempo completo y debidamente remunerados, con formación limitada y adiestramiento muy preciso. El número de auxiliares a formar, así como la especificidad de su preparación, justifica en cada país la creación de un programa especial.
3. Como lo muestra la figura 2, el volumen del sistema regionalizado requiere un número relativamente reducido de técnicos, personal intermedio y mandos medios. A estos niveles la dificultad no radica en el número de personal a formar, sino en la calidad de su formación. El sistema requiere médicos, enfermeras y técnicos formados para la acción de salud extensiva antes que intensiva, y familiarizados con las técnicas de delegación de funciones y supervisión. Para obtener este personal se requiere un cambio radical de los sistemas de formación existentes, sobre el cual se volverá más adelante.
4. El comentario final sobre los aspectos cuantitativos sería para subrayar que se trabajó aquí con dotaciones mínimas que sólo pueden ser eficientes en un poderoso sistema integrado. No basta, como se pensó en 1960, "formar y perfeccionar el mínimo indispensable de personal profesional y auxiliar", sino que este mínimo indispensable debe ser concebido, formado e integrado para un sistema sin el cual sería totalmente inoperante.
5. Las primeras descripciones del sistema regionalizado (*6, 7*) ya hacen énfasis en la dispersión geográfica de las instalaciones (y por lo tanto, del recurso humano). La dispersión es evidente en las zonas rurales y semirurales; en las ciudades y metrópolis existe un aglomerado de unidades de atención—desde "el mostrador de la farmacia de la esquina" hasta el hospital especializado. La dispersión de las unidades de atención favorece la accesibilidad y el contacto con la población: el

[3] Estos comentarios se basan en el estudio de varios sistemas regionalizados, en diversas etapas de planificación, elaboración o funcionamiento, en Africa Occidental, Camerón, Portugal, Dahomey, Puerto Rico, Israel, Suiza (Vaud), Gran Buenos Aires, Quebec y New Brunswick, Canadá. Están, sin embargo, influenciados por varios años al servicio del servicio regionalizado de Zaire. Este sistema, conocido como sistema Van Hoff-Duren, fue establecido en los años 1930 para cubrir de 10 a 15 millones de habitantes y ha funcionado con notables resultados. Entre 1960 y 1966 el sistema se mantuvo gracias al apoyo técnico y operativo de la OMS.

sistema regionalizado no pretende reagrupar las unidades en un solo establecimento ni en una institución única, pero sí intenta una integración funcional. Es aquí donde intervienen en forma decisiva las actitudes del recurso humano: la dispersión geográfica simultánea con la integración funcional sólo se logra mediante un personal con preparación técnica y psicológica específica para el sistema regionalizado. La importancia de este factor permite afirmar que la regionalización es, ante todo, un problema de recursos humanos.

6. Los mecanismos de comunicación entre los diferentes niveles de servicios son la fisiología del sistema. Se entiende aquí por mecanismos de comunicación el enlace entre los niveles:

   a) Del nivel central al periférico: órdenes, instrucciones, informaciones, comunicaciones de urgencia, envío de equipos y materiales, visitas de supervisión, asesoramiento, etc.
   b) Del nivel periférico al central: consultas, orientación de pacientes, derivaciones de urgencia, informes, sesiones de adiestramiento, etc.

   Las técnicas derivan de la logística, de las relaciones industriales y de la administración. Estos mecanismos son fundamentales a todos los niveles del sistema regionalizado y adquieren, pues, crucial importancia en los servicios básicos, punto crítico de la articulación con la población.

   El éxito de la comunicación depende casi exclusivamente de las actitudes del personal de salud, las técnicas necesarias deben ser desarrolladas e incorporadas en su formación.

   La experiencia muestra al respecto que entre el personal de salud se establecen muy pronto dos grupos: a) el de los servicios centrales—diferenciados y especializados—quien acapara el prestigio, los poderes de decisión y vuelve muy pronto a sus actitudes de tecnicismo y academicismo; b) el de los servicios periféricos—servicios básicos y elementales—quien abandonado y sin prestigio se siente traicionado por el personal central, pierde su dinamismo, y evoluciona hacia la rutina y la negligencia. A partir de entonces los mecanismos de supervisión se degradan y el personal emigra hacia las zonas urbanas; el sistema regionalizado dejó de funcionar. Estos aspectos deben ser objeto de estrecha vigilancia, ya que la ruptura de la articulación no impide el funcionamiento *aparente* del sistema; por el contrario, el personal central acepta muy bien la ruptura que le permite volver a los patrones de la medicina urbana tradicional. La población urbana tampoco percibe los efectos de la ruptura, aunque los síntomas del deterioro son evidentes en las zonas rurales. Se conocen algunos paliativos para evitar o demorar esta disociación del personal de salud, pero la solución radica en la adquisición temprana de técnicas y actitudes adecuadas durante la formación del recurso humano.

7. Se dijo más arriba que el sistema regionalizado no busca necesariamente la integración institucional, pero sí intenta la integración funcional, mediante normas técnicas, normas de procedimiento, técnicas

administrativas y esquemas universales de financiamento. El sistema, es, en esencia, unitario (cuando no único), igualitario y universal. Es unitario porque establece un solo acceso a la atención; es igualitario porque provee teóricamente iguales niveles de atención a los diferentes grupos de población, y es universal porque cubre la totalidad de la población de la región. En este contexto, cuando un grupo determinado—empleados del Estado, industria, fuerzas armadas—goza de una cobertura privilegiada a través de mutuales, seguros u otros subsistemas de atención, ello representa un real peligro para el sistema regionalizado. Nada en teoría se opone a brindar la mejor atención posible, siempre que el beneficio de una minoría no se establezca en detrimento del conjunto. En la práctica, esto entraña el peligro de que un grupo socioeconómico se desolidarice de la población general y acapare más que su parte de los recursos comunes. El peligro mayor radica, sin embargo, en la perspectiva para el personal de salud de una escapatoria de sus obligaciones dentro del sistema general. Las coberturas especiales tienen tendencias a multiplicarse y pueden ser el motivo de la ruptura arriba mencionada o de una división del personal de salud entre dos sistemas paralelos pero desiguales.

Concluyendo este análisis de la extensión de la cobertura de salud durante la próxima década, se debe señalar que el sistema regionalizado propuesto a tal efecto requerirá un contingente importante de personal adicional. Sin embargo, las mayores dificultades no radicarán en la producción de este personal en número suficiente, sino en darle la formación adecuada para que integre eficazmente el sistema regionalizado. La importancia de contar rápidamente con personal adiestrado en las técnicas de la medicina extensiva, familiarizado con los mecanismos de comunicación, delegación, supervisión, y dotado de las actitudes profesionales adecuadas, sugiere que el éxito de la cobertura dependerá ante todo, de los recursos humanos del sistema regionalizado.

Es evidente que la formación y la utilización de un personal de salud con las características mencionadas supone una evolución correspondiente de contexto social. No se ignora la importancia de los cambios más amplios que requiere el cumplimiento de la meta de cobertura; el presente análisis los considera implícitamente como posibles.

EMPLEO

Las posibles repercusiones del Plan Decenal sobre el recurso humano de salud, fueron analizadas, tratando de prefigurar cómo la extensión de la cobertura de los servicios imprimirá su sello al personal de salud. Si a través de diversas modalidades nacionales esto se cumpliera, 1980

conocerá un recurso humano de salud diferente del actual, tanto en su cantidad como en su estructura y características.

Esta hipótesis debe cotejarse con las previsiones y perspectivas extrasectoriales, y especialmente con la evolución del empleo por las repercusiones que pueda tener sobre la disponibilidad de recursos humanos para el sector salud.

En el curso del Primer Decenio para el Desarrollo, el producto interno bruto aumentó en todos los países de América Latina. Los economistas consideran que este incremento fue generalmente "satisfactorio", haciendo excepción un grupo de países que conocieron un aumento particularmente rápido y sostenido. La tasa de crecimiento del producto interno bruto en América Latina entre 1960 y 1969 se sitúa en 4.7, y el cuadro 2 muestra las variaciones nacionales.

Si la tendencia actual se mantuviera durante la presente década, los países de América Latina dispondrían de un superávit económico; este incremento anual de riquezas nacionales permitiría teóricamente esperar una mejoría progresiva del empleo y del bienestar general.

El desempleo actual, en cierta manera indicador de la utilización de los recursos humanos generales y expresado por la tasa de no-empleo se

CUADRO 2—*Tasa de crecimiento del producto interno bruto en América Latina, 1960-1969.*

País	1960–1969
Argentina	3.6
Bolivia	5.7
Brasil	5.5
Colombia	4.8
Costa Rica	6.6
Chile	4.5
Ecuador	4.6
El Salvador	6.0
Guatemala	5.3
Haití	1.4
Honduras	5.2
México	7.2
Nicaragua	7.5
Panamá	8.1
Paraguay	4.3
Perú	5.1
República Dominicana	3.3
Uruguay	0.7
Venezuela	4.5
América Latina	4.7

Fuentes: CEPAL, *Producto interno bruto de los países de América Latina*, 1970, y Secretaría de la OEA.

sitúa alrededor de 50%. Esta tasa se debe comparar a la de 32.1 de un grupo de países desarrollados durante el mismo período (cuadro 3).

La tasa de no-empleo, definida como $\left[1 - \frac{\text{Empleo}}{\text{PET}}\right]\%$, refleja la proporción de la población de 15 a 64 años sin empleo. Se entiende por empleo una ocupación remunerada; no incluye por lo tanto una parte de la población activa y productiva pero no remunerada, estudiantes, amas de casa, etc. El "no empleo", por lo tanto, no es equivalente a improductivo.

Es motivo de preocupación la evidencia de que los países de América Latina—países en expansión y con una población joven—no aprovechan sus recursos humanos. El subempleo masivo hace sospechar que gran parte de la población no participa de los beneficios del "crecimiento". Las estadísticas sobre la distribución del ingreso (*8*) señalan para el conjunto de América Latina una distribución sumamente sesgada, como lo muestra la figura 3. Como puede verse en esa figura, los dos grupos inferiores, que totalizan el 50% de la población, sólo reciben el 13.4% de la renta nacional. Dos interpretaciones permiten explicar esa marcada desigualdad: o una mitad de la población total trabaja, pero

CUADRO 3—*Tasa de no-empleo en algunos países y para ciertos años.*

País	Año	Tasa de no-empleo (%)
Barbados	1966	44
Brasil	1970	55
Chile	1970	56
Guatemala	1964	59
Guyana	1960	57
Panamá	1970	53
Trinidad y Tabago	1968	50
Venezuela	1970	58
América Latina		47.4
Estados Unidos de América	1960	38.5
Japón	1970	28.5
Bélgica	1961	40.8
Checoslovaquia	1961	30.0
Finlandia	1960	24.5
Alemania Occidental	1961	27.6
Hungría	1960	28.5
Noruega	1960	38.5
Promedio		32.1

Fuente: OEA/CIES: *Lineamientos para alcanzar el mayor empleo y crecimiento en América Latina*, Washington, D.C., 1973.

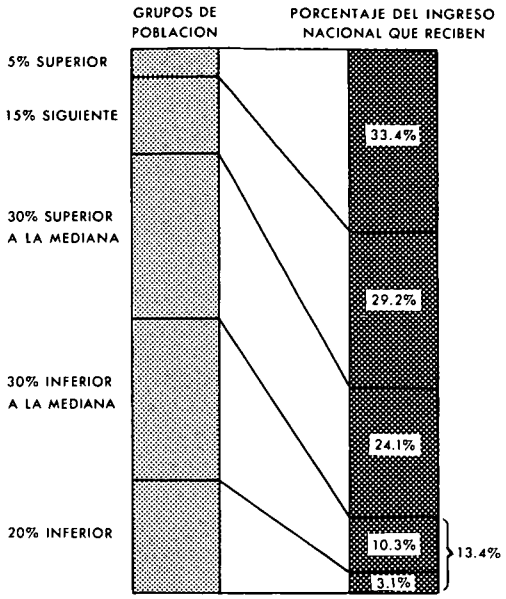


FIG. 3. *Distribución del ingreso por grupos de población, América Latina.*

con muy baja remuneración, o bien esta mitad de la población se encuentra subempleada. En la práctica, las dos posibilidades se combinan en diferente grado según los países.

¿Cuáles son las previsiones y las perspectivas para 1970-1980? El Consejo Interamericano Económico Social (CIES) acaba de calcular que para mantener la tasa actual de desempleo, América Latina debería alcanzar un crecimiento anual del producto interno bruto de 7.2, sostenido a lo largo de la década (cuadro 4).

Raúl Prebisch estima en la misma forma que un crecimiento de 7.8% anual resolvería el problema del desempleo. Esta meta parece difícil alcanzar si se recuerda que durante la década pasada la media anual fue de 4.7 por ciento.

Entre 1960 y 1970, la población de América Latina en edad de trabajar (PET)—es decir, la población entre 15 y 64 años—pasará de 119 millones a 154 millones (figura 4). En 1980 el PET alcanzará 220 millones. Si la tendencia actual del empleo se verifica en los años venideros, 110 millones de personas en edad de trabajar estarán desempleadas en 1980.

El problema no es exclusivo de América Latina, ya que es común a varios países en desarrollo. Lo que sí es particularmente inquietante es encontrar esta alarmante situación de desempleo en todos los países del subcontinente.

CUADRO 4—*Tasas de crecimiento para 1970-1980 para mantener estable el actual nivel de desempleo abierto, América Latina.*

País	Tasa
Argentina	4.4
Bolivia	6.4–5.0
Brasil	7.4–5.8
Colombia	7.5
Costa Rica	9.2–7.2
Chile	5.3
Ecuador	8.7–6.8
El Salvador	8.2–6.4
Guatemala	7.7–6.0
Haití	6.1–4.8
Honduras	9.2–7.2
México	8.7–6.8
Nicaragua	8.4–6.6
Panamá	6.7
Paraguay	4.3
Perú	8.2–6.4
República Dominicana	8.7–6.8
Uruguay	3.3–2.6
Venezuela	4.1
América Latina	7.2

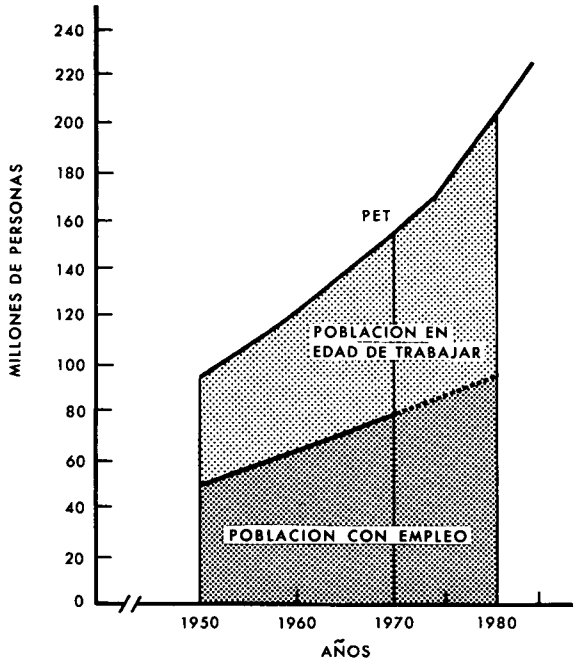
Fuentes: CEPAL, *Producto interno bruto de los países de America Latina*, 1970, y Secretaría de la OEA.

Dos hechos por lo menos vendrían a agravar la demanda real de empleo: la mejoría de las condiciones físicas de la población en edad de trabajar y la entrada de la mujer en el mercado de trabajo.

Es probable, por tanto, que la utilización de los recursos humanos y la desigual distribución de la renta que la acompaña resultarán en una importante demanda de empleo insatisfecha. Es probable también que la opinión pública ejerza una creciente presión política para obligar a los gobiernos a intervenir.

¿Cuáles pueden ser las medidas correctivas? Una política de pleno empleo recomienda, entre otras medidas, un cambio profundo de nuestras técnicas de producción: la utilización de métodos llamados "intensivos en trabajo" de preferencia a los métodos "intensivos en capital". Los sectores primario y secundario podrían tener un papel más importante en la absorción del desempleo. Sin embargo, la conversión de las técnicas industriales requiere cierto tiempo y, *a priori,* no se está seguro de que las técnicas "intensivas en trabajo" sean más rentables que los procedimientos mecanizados o automatizados actualmente en uso. Por estas y otras razones, las empresas privadas considerarán con mucha prudencia—cuando no desconfianza—la contratación masiva de

FIG. 4. *Evolución de la población en edad de trabajar y el empleo, América Latina, 1950 a 1980.*[a]



[a] Adaptado de OEA/CIES: Lineamientos para alcanzar el mayor empleo y crecimiento en América Latina. Washington, D.C., 1973.

mano de obra. Es posible que el gobierno entonces se dirija al sector terciario, es decir, los servicios, y entre ellos hacia el sector salud, para absorber parte del desempleo, fenómeno que ya ha ocurrido anteriormente.

Los servicios públicos tienen la particularidad de utilizar técnicas relativamente sencillas y susceptibles de reconversión. Otra particularidad es la posibilidad de absorber mano de obra extendiendo el campo de sus actividades y preocupándose menos con la rentabilidad puramente económica. De hecho, este mecanismo entra en juego más a menudo que lo que las apariencias dejarían suponer y en muchos casos, la obligación política de "crear empleo" ha sido el origen de la incorporación de personal de salud a nivel local o regional.

¿Qué pasaría si el sector salud fuera confrontado con la obligación de absorber mano de obra en forma masiva? Y ante todo, ¿cuál sería esta mano de obra? Se trataría probablemente de mano de obra no calificada, con una educación primaria completa o incompleta, cuando más una educación posprimaria o secundaria incompleta.

La demanda de empleo para el sector salud podría entonces dividirse en dos categorías:

1. La demanda habitual por parte de trabajadores calificados o semicalificados, generalmente recién egresados, enfermeras no universitarias, técnicos, mandos medios, administrativos, etc.
2. La demanda masiva, de causa sociopolítica, proveniente de la mano de obra no calificada. Esta segunda demanda podría resultar en una orientación general del gobierno y traducirse en medidas de absorción progresiva del desempleo, dentro de plazos razonables, o bien, culminar en una crisis, obligando a los servicios a absorber mano de obra en los plazos más breves. Se podría suponer también que la demanda provendría principalmente de los grupos económicos menos favorecidos, originarios de las zonas semirurales, urbanas o metropolitanas. Analizando ahora las características de esta mano de obra disponible (edad, sexo, origen étnico, origen geográfico, nivel de educación, experiencias laborales anteriores, lugar de residencia actual, expectativas de remuneración, etc.), se reconocerá que estas características son exactamente las requeridas para el personal de salud de los servicios periféricos de un sistema regionalizado y en particular para el personal de la comunidad (ese mismo personal que más arriba se denominaba "voluntario" o auxiliar polivalente), y para la dotación de las unidades elementales de salud y de los servicios básicos integrados.

Sin embargo, si esto ocurriera, es probable que el sector salud no esté preparado para aprovechar esta circunstancia y movilizar estos recursos potenciales. El sector no estaría preparado "psicológicamente", porque la idea de la cobertura total, única, igualitaria y universal, es todavía una perspectiva lejana; porque el personal de salud actual guarda una percepción rígida de sus papeles profesionales, incompatible con la medicina extensiva, y sobre todo, incompatible con la delegación de funciones, con la redistribución del prestigio. Las barreras psicológicas creadas por un sistema de educación academicista hacen que nuestro personal de salud actual, simplemente no sabría en qué y cómo utilizar mano de obra no calificada. El sector tampoco estaría preparado técnicamente; todo faltaría: los métodos de formación y adiestramiento adecuados para personal de bajo nivel educacional, la estandarización de los procedimientos, la conversión de la terminología, los equipos y materiales de utilización simplificada, la farmacopea elemental, el personal de supervisión, las técnicas y mecanismos de comunicación.

Si, por el contrario, el sector salud hubiera iniciado a tiempo una conversión psicológica y técnica, sería posible aprovechar la coyuntura y las posibilidades presupuestarias adicionales, movilizando los recursos humanos potenciales que por otra parte son indispensables para el éxito del sistema regionalizado y la cobertura total de la población.

UNIVERSIDAD

Suponiendo que el plan de extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales y las proposiciones de absorción del desempleo se cumplan, ¿cuál sería la participación de las instituciones que en América Latina forman el recurso humano de salud? ¿cuál sería la misión de la Universidad?

Conviene subrayar el papel particular de la Universidad en América Latina. Por varias razones, la vida intelectual y científica de América Latina gravita alrededor de la Universidad.

Razones históricas: una larga tradición señala la Universidad como depositaria y guardiana de la cultura en el medio hostil del Nuevo Mundo. Con la independencia la Universidad sigue la reforma napoleónica y se establece el diálogo permanente con el Estado.

Razones de trabajo: los intelectuales encuentran en la Universidad su formación, su vocación y su medio natural de trabajo; fuera de ella existen escasas perspectivas de empleo para los intelectuales y los investigadores. La concentración intelectual alrededor de la Universidad es mucho más evidente si se compara el mercado de trabajo de América Latina con el de los Estados Unidos, por ejemplo, donde la industria, el gobierno, las fundaciones y las agencias paraestatales ofrecen alternativas de empleo a los trabajadores intelectuales y científicos.

Esta centralización cultural dentro o alrededor de la Universidad le confirió un gran peso en la vida nacional; a pesar de sus defectos y debilidades, la Universidad sudamericana tiene sobre el país una influencia incomparablemente más importante y sostenida que la de sus contrapartes de Norteamérica y aun de Europa. Germán Arciniegas ve la Universidad de América Latina como "la conciencia del gobierno"; según él, la Universidad identifica y define los problemas de la sociedad, ella los señala a la atención de la opinión pública y del gobierno. La Universidad estadounidense, por el contrario, se limita a su función educativa, ayudando a resolver los problemas, tales como se presentan.

Risieri Frondizi distingue claramente la misión de formación de la misión social: "La misión de formación consiste en formar los expertos competentes, dentro de las normas modernas, las más exigentes. La misión social exige que estos profesionales sean los que el país necesita".

En el contexto de América Latina la Universidad tiene un sentido que sobrepasa ampliamente la institución, sus profesores, sus estudiantes, los intelectuales que alrededor de ella gravitan. La Universidad reagrupa en su esfera de influencia todo el sistema de educación: en muchos casos la enseñanza primaria, la alfabetización popular, la enseñanza profesional, la enseñanza secundaria—cuyos programas y di-

plomas a veces sanciona—además de la enseñanza superior, las sociedades científicas y los institutos de investigación.

Desprovista de poderes temporales, se le reconoce una autoridad intelectual que le garantiza la influencia política directa. ¿Quién ejerce esta influencia? El profesorado era el portavoz tradicional de la Universidad; con el crecimiento de la matrícula, la masa estudiantil se ha convertido en un poderoso agente de difusión de las ideas universitarias.

Varios observadores exteriores atribuyen la actuación sociopolítica de los profesores y estudiantes latinoamericanos a diversos motivos: la duración de los estudios, los estudios a tiempo parcial, los campus urbanos, el sistema de exámenes, el puntaje, las escasas perspectivas de empleo, el profesorado a tiempo parcial, etc. Estos motivos son secundarios o circunstanciales y las razones profundas quedan sin aclarar. Los motivos del activismo universitario radican más bien en las contradicciones o frustraciones profundas que profesores y alumnos sienten al consagrar sus vidas a problemas o técnicas que no tienen relación directa con las apremiantes necesidades de la sociedad que los rodea.

Potencializada por la masa estudiantil, la Universidad tiene, a pesar de las apariencias, más influencia que nunca en la vida nacional.

Así definida la Universidad, es imposible pensar que cambios tan importantes como la extensión de la cobertura rural y la extensión del empleo en el sector salud, puedan llevarse a cabo sin su participación activa.

Quisiéramos considerar aquí las orientaciones que la Universidad debe tomar—y en particular, aquellas que sólo la Universidad está en condiciones de tomar—para alcanzar los objetivos propuestos.

Hasta 1972, los planes o proyectos de regionalización ignoraban los requerimientos de recurso humano o suponían que el sistema regionalizado puede establecerse con el recurso humano actual con algunas modificaciones cuantitativas. Al analizar la cobertura, vimos que, al contrario, este sistema exige un personal de salud diferente del actual, no sólo en su cantidad sino en su calidad; vimos también que es necesario aumentar el personal auxiliar y el personal de la comunidad y que se precisa un cambio profundo en la formación del personal profesional. El objeto del cambio es obtener profesionales rápidamente utilizables en la producción de servicios, capaces de desempeñarse con eficiencia y sin frustraciones en cualquier nivel del sistema regionalizado, capaces de dinamizar el rendimiento del personal subalterno, utilizando plenamente sus potencialidades. Para ello la Universidad debería enseñarles nuevas técnicas médicas y paramédicas adaptadas a este sistema, debería proponerles nuevos valores y nuevos patrones de conducta profesional. Para lograrlo la Universidad deberá cambiar sus mecanismos de orienta-

ción profesiónal, selección y evaluación de los estudiantes y deberá adoptar esquemas más flexibles de formación: carreras abiertas, carreras iterativas, etc.

Se mencionan a continuación algunos cambios curriculares como ejemplo de los replanteos indispensables.

1. *El abandono del mito científico.* Aunque el tema es bien conocido en los círculos docentes, su importancia justifica mencionarlo en primer término. Si la misión de la Universidad es formar expertos para las tareas que el país necesita, obteniendo un profesional técnicamente preparado y socialmente útil, la Universidad debe reconsiderar algunas orientaciones científicas ambiguas. Por ejemplo, sigue escuchándose que "la medicina es una carrera científica", frase que se ha convertido en lema. El ciclo de estudios generales, el énfasis en las ciencias básicas (biología, bioquímica, biofísica), el estímulo indiscriminado a la investigación fundamental, la enseñanza clínica departamentalizada y orientada hacia la especialización, son rasgos del cientificismo.

   Los estudios de medicina, odontología, farmacia, bioquímica, etc., exigen una actitud científica que debe ser mantenida. Pero la práctica profesional de los médicos, dentistas, farmacéuticos, bioquímicos, salvo excepciones, no tiene carácter científico, ya que su objetivo fundamental no es la investigación ni la adquisición de conocimientos, sino que es la entrega de un servicio. No se niega el valor de la investigación, sólo se pone en duda la incorporación en la docencia de valores engañosos que serán motivo de frustración para el 90% de los graduados. La Universidad debe aclarar la confusión entre estudios científicos y profesión científica, deberá convertir sus patrones de prestigio y enseñar en consecuencia.

   Las facultades de ciencias de la salud deben enseñar a aprender, transmitiendo a los estudiantes las inquietudes y las bases intelectuales y técnicas para que continúen su formación durante su vida profesional; por otra parte, tienen el compromiso de entregar a la sociedad diplomados inmediatamente utilizables. Si las facultades descuidaran la formación científica en aras de la eficiencia a corto plazo, comprometerían el futuro alejado para cumplir con los objetivos de la década. Es preciso encontrar la fórmula de compromiso entre la formación científica para seguir aprendiendo y una sólida formación técnica para la práctica inmediata en los distintos niveles del sistema regionalizado. En esta fórmula para América Latina y para esta década, no cabe la falsa vía científica.

2. *El estudio del sistema regionalizado.* El estudiante debe adquirir lo antes posible en el curso del primer año de estudios una noción del conjunto de servicios a brindar a la población y cómo las tareas se reparten dentro del equipo de salud. El estudiante tendrá una visión más exacta de la vida profesional, evitándose así los errores en la elección de carreras, las ilusiones y los desengaños. Inmediatamente después y muy

temprano en la carrera, el estudiante debe adquirir un conocimiento detallado, teórico y práctico de un sistema regionalizado.

El conocimiento teórico comprendería la descripción del sistema y de su funcionamiento. El estudiante participaría en discusiones interdisciplinarias sobre funciones, funciones profesionales, mecanismos operativos, etc. En un marco más amplio, el estudiante debe ser familiarizado con la planificación de salud y la planificación de recursos humanos, que deberían ser utilizados como instrumentos didácticos. Si se quiere evitar la alienación de los estudiantes, es importante que participen en el análisis crítico, desarrollo y mejoramiento del sistema en el cual se van a integrar.

El conocimiento práctico se obtendría por la participación directa en la prestación de servicios. La extensión de la cobertura requiere la participación de internos de las diferentes carreras. La rotación por los distintos niveles del sistema regionalizado podría hacerse a lo largo de los estudios, en períodos cortos de un trimestre por año, evitando que la secuencia de las pasantías por los servicios elementales, básicos, diversificados y especializados sea interpretada como una progresión profesional.

3. *La "nivelización" del currículo.* El currículo reflejaba la división de las distintas disciplinas: anatomía, fisiología, patología, etc. El currículo integrado, basado en los sistemas anatomofisiológicos, se acerca más a la realidad biológica, y permite al estudiante orientarse mejor en la práctica profesional.

Un currículo basado en las tareas a cumplir, tal como están definidas por las funciones de cada nivel de sistema regionalizado, capacitaría al estudiante, cualquiera sea la carrera elegida, para participar de inmediato en la prestación de servicios. En el nivel periférico elemental se atiende una patología determinada, a esta patología corresponden determinadas conductas diagnósticas, preventivas, asistenciales, curativas y administrativas. El conjunto de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para el trabajo en el nivel elemental podría constituir una unidad docente, bloque o módulo de enseñanza. En la misma forma, los niveles básicos, diversificados y especializados constituirían otras unidades docentes. La "nivelización" (así llamada por no encontrar otro neologismo más descriptivo) puede combinarse con el enfoque sistémico integrado; si un cambio tan radical no fuera deseable, nada impide introducir nociones de nivelización en el currículo integrado.

Para llegar a esto, la Universidad debe preparar los materiales necesarios: nuevos enfoques, nuevas clasificaciones nosológicas, codificación de las conductas diagnósticas, preventivas, asistenciales, curativas y administrativas. En esta tarea nos encontramos nuevamente con que los niveles centrales—diversificado y especializado—son terreno conocido, mientras los periféricos—básico y elemental—han sido totalmente olvidados y hay que redescubrirlos.

4. *Las técnicas de enlace.* Un adiestramiento en las técnicas de enlace es indispensable para la eficacia del sistema regionalizado. (El término "enlace" se emplea aquí convencionalmente para designar las comunicaciones entre el personal de salud de los diferentes niveles del sistema.)

   Estas técnicas recibirían aportes del campo de la teoría de las comunicaciones, de las relaciones industriales y de la sociología del trabajo y comprenderían las técnicas de información, de instrucción, las técnicas de mando, la supervisión, el asesoramiento, los informes, etc. Al enseñar la materia, se evitará caer en una óptica burocrática o militar; todo el campo queda por explorar y sólo la Universidad puede explorarlo con la altura y la objetividad necesarias.

5. Al dar un paso más en esta dirección se aborda un tema delicado: *la comunicación entre el personal de salud y la población.* Este es un tema que la gente seria mira con desconfianza y nuestra renuencia es un signo del malestar.

   En América Latina el mundo urbano y el rural coexisten incomunicados. En otras regiones en desarrollo se advierte la diferencia de los niveles económicos, y niveles de educación entre la población urbana y rural. En América del Sur (llamada Latina) una oposición cultural urbana/rural agrega una dimensión particular al problema. Entre zonas urbanas y rurales no hay diferencia de nivel cultural, pero más bien una diferencia entre dos culturas muy diferentes: la población de las ciudades que fue criolla en un tiempo, se ha vuelto cosmopolita y se abre sin reparos a la penetración cultural del exterior, la población rural guarda silenciosa pero profundamente arraigada la cultura ascentral, que en muchos casos es la cultura india, bien conocida por su resistencia al contacto y su rechazo de los valores extranjeros. Con algunas excepciones, las loables tentativas de acercamiento hacia la cultura rural han sido tan superficiales que la evocación del tema recuerda inevitablemente la jerigonza antropocultural importada. Sin embargo, el problema tiene fundamental importancia y debemos encontrar las auténticas actitudes culturales que permitan al personal de salud una buena comunicación con las poblaciones rurales. En este sentido, el sistema regionalizado podría hacer suyo el lema "El trabajador de salud debe encontrarse en la población como el pez en el agua".

   Si las facultades de ciencias de la salud decidieran efectuar en este campo la conversión necesaria, encontrarían dentro del recinto universitario los medios y los talentos para hacerlo.

Los cambios curriculares señalados son modestos, pero implican un penoso y profundo proceso de conversión de técnicas y valores. La tarea y la responsabilidad del profesorado son enormes; ya no se trataría de transmitir conocimientos académicos y patrones establecidos de comportamiento profesional, sino de inventar y transmitir todo el sistema, sus técnicas, sus valores y su ética.

Sería preferible hablar aquí de un proceso de invención antes que de conversión o adaptación. En primer lugar porque algunas técnicas y valores actuales no son adaptables al sistema regional; en segundo lugar porque adaptar es ante todo conservar las técnicas y valores conocidos y tratar de utilizarlos, mientras inventar presupone replanteos más profundos y resultados independientes de la situación actual.

Esta visión un tanto tradicional de los profesores que deciden lo que habrá de transmitirse sólo es válida en la medida que señala la responsabilidad principal del cuerpo profesoral en este proceso. De hecho, es probable que los estudiantes y tal vez los egresados participen en este proceso de invención. Suponiendo que la Universidad cumpla con su cometido y elabore las nuevas técnicas y valores, vendrá entonces el problema de su transmisión al personal de salud. Recordando lo dicho anteriormente sobre la Universidad, ella aparece como la única institución con el prestigio y la autoridad intelectual para llevar a cabo los nuevos valores.

Se efectuará la transmisión a los estudiantes durante el curso de los estudios; a los profesionales, a través de la educación permanente; a los trabajadores de salud, a través de los mecanismos formales de extensión universitaria, de planificación de recursos humanos y de los mecanismos informales de transmisión de los valores en la sociedad.

La transformación progresiva del personal de salud por la Universidad supone una evolución paralela de la sociedad en su conjunto (actitudes, relaciones, etc.) hacia valores compatibles con la extensión de la cobertura y el pleno empleo.

Sin desconocer la importancia del contexto, se señala aquí la responsabilidad particular de la Universidad en el proceso global de cambio.

La Universidad por sí sola no puede crear una voluntad de cambio en la sociedad pero puede inducirla, y si esta voluntad existe debe estar preparada para aportar los elementos de su realización.

RESUMEN

El Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por los Ministros de Salud de las Américas en su III Reunión Especial (Santiago, Chile, 1972) se articula alrededor de un objetivo central: la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales mediante una regionalización de los servicios. En base a los niveles y funciones del sistema regionalizado propuesto por el Plan, en este trabajo se tratan de puntualizar los grandes rasgos del recurso humano necesario, llegándose a la conclusión de que este sistema requiere un personal de salud específico y diferente del actual. Los cambios necesarios consistirían en

un aumento significativo del personal auxiliar periférico y en una diferente orientación y formación del personal profesional. El éxito del sistema regionalizado depende del recurso humano.

Se pronostica para la década un creciente desempleo, que ocasionará presiones para la utilización de mano de obra no calificada por el sector salud. Esta eventualidad sería favorable para el establecimiento del sistema regionalizado siempre que se disponga de las técnicas y del personal de supervisión necesarios.

La cobertura y la utilización masiva de personal auxiliar requieren un cambio en la formación del personal de salud. Para lograrlo, las facultades de ciencias de la salud deben replantear sus métodos y valores actuales, identificar y desarrollar las nuevas técnicas y valores indispensables al funcionamiento del sistema regionalizado, y transmitirlos a todo el personal de salud actual y futuro.

La Universidad es el principal reservorio de recursos, talento y autoridad para llevar a cabo los cambios necesarios.

REFERENCIAS

(*1*) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas.* Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. *Documento Oficial de la OPS 118* (1973).

(*2*) Organización de los Estados Americanos. *Documentos Oficiales de la OEA Ser.H/XII.1. Rev.2* (esp.). Washington, D.C., 1967.

(*3*) Organización de los Estados Americanos. Consejo Interamericano Económico y Social. *El desarrollo de América Latina.* Washington, D.C., 1973.

(*4*) Organización Panamericana de la Salud. "Procesos de administración, planificación e información de salud". Documento REMSA 3/6. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 1972). Washington, D.C., 1972.

(*5*) Organización Panamericana de la Salud. "Recursos humanos de salud en las Américas—Estadísticas básicas". Documento HR/CPP/D/19. Washington, D.C., 1973.

(*6*) Bridgman, R. F. *The Rural Hospital—Its Structure and Organization.* Serie de Monografías de la OMS No. 21. Ginebra, 1955.

(*7*) Organización Mundial de la Salud. *The Health Aspects of Planning for Regional Socioeconomic Development.* Ginebra, 1968.

(*8*) Naciones Unidas. *Income Distribution in Latin America.* Nueva York, 1971.

EXTENSION OF HEALTH SERVICES COVERAGE AND HUMAN RESOURCES (*Summary*)

The Ten-Year Health Plan for the Americas, adopted by the Ministers of Health of the Americas at their III Special Meeting in Santiago, Chile, 1972, is developed around one central aim: the extension of health coverage to the rural populations through the regionalization of services. An attempt is made in this article, on the basis of the levels and functions of the regionalized system proposed in the Plan, to outline the main characteristics of the human resources necessary for this purpose. It is concluded that this system will require specific types of health manpower, different from those now available. There will have to be a major increase in the numbers of local auxiliary personnel, and at the same time the orientation and training of professionals will need to be changed. The success of the regionalized system depends on manpower.

Increasing unemployment is forecast for the decade, and there will be corresponding pressure to use unqualified workers in the health sector. Such a development will be favorable to the establishment of the regionalized system as long as the necessary techniques and supervisory personnel are available.

Mass health coverage and utilization of auxiliary personnel will call for changes in health manpower training. The schools of health sciences will have to reformulate their current methods and values, identify and develop the new techniques and approaches that will make for the operation of the regionalized system, and, finally, communicate the results of this process to all existing and future health personnel.

The university is the main repository of the resources, skills, and authority needed to bring about the required changes.

A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E RECURSOS HUMANOS (*Resumo*)

O Plano Decenal de Saúde para as Américas, aprovado durante a III Reunião Extraordinária de Ministros de Saúde das Américas (Santiago do Chile, 1972), articula-se em torno de um objetivo central: a extensão da cobertura de saúde às populações rurais mediante a regionalização dos serviços. Com base nos níveis e nas funções do sistema regionalizado proposto pelo Plano procura-se determinar, neste trabalho, as linhas gerais dos recursos humanos necessários, chegando-se à conclusão de que tal serviço requer um pessoal de saúde específico e diferente do atual. As modificações necessárias consistiríam num significativo aumento de pessoal de atividade periférica e numa diferente orientação e formação do pessoal profissional. O êxito do sistema regionalizado depende dos recursos humanos.

As projeções de emprego para a presente década prevêem desemprego crescente, que exercerá pressões para a utilização de mão-de-obra não qualificada para o setor da saúde. Essa eventualidade sería favorável para o estabelecimento do sistema regionalizado sempre que se hajam preparado as técnicas e o pessoal de supervisão necessários.

A cobertura e a utilização maciça de pessoal auxiliar exigem certas reformas na preparação do pessoal de saúde. Para tanto, as faculdades de ciências da saúde devem reformular suas técnicas e seus valores atuais, identificar e aperfeiçoar as novas técnicas e os valores indispensáveis ao funcionamento do sistema regionalizado, e transmití-los a todo o pessoal atual e futuro de saúde.

A universidade é a principal reserva de recursos, talento e autoridade para efetuar as reformas necessárias.

L'EXTENSION DE LA COUVERTURE DES SERVICES DE SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES *(Résumé)*

Le Plan décennal de santé pour les Amériques, adopté par les ministres de la Santé des Amériques lors de leur IIIe Réunion spéciale (Santiago, Chili, 1972) est axé sur un objectif central: l'extension de la couverture sanitaire aux populations rurales au moyen d'une régionalisation des services. En ce qui concerne les niveaux et le rôle du système régionalisé, proposé par le Plan, cette étude cherche à faire ressortir les grandes lignes des ressources humaines nécessaires et aboutit à la conclusion que ce service a besoin d'un personnel de santé particulier et différent du personnel actuel. Les changements nécessaires consisteraient en une augmentation importante du personnel auxiliaire périphérique et en une orientation et une formation différentes du personnel professionnel. Le succès du système régionalisé est fonction des ressources humaines.

Les perspectives d'emploi pour da décennie prévoient un chômage crossant qui engendra des pressions en vue de l'utilisation de main-d'oeuvre non qualifiés par le secteur de la santé. Cette éventualité serait favorable à la mise sur pied du système régionalisé à condition que l'on prépare les techniques et le personnel de surveillance nécessaires.

La couverture et l'utilisation massive de personnel auxiliaire exigent un changement dans la formation du personnel de santé. Pour y parvenir, les facultés de sciences sanitaires devront réviser leurs méthodes et valeurs actuelles, déterminer et développer les nouvelles méthodes et valeurs indispensables pour le fonctionnement du système régionalisé, et les transmettre à l'ensemble du personnel de santé actuel et futur.

L'université est la réserve principale de ressources, compétence et autorité pour amener les changements nécessaires.