

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud

Formación y utilización de personal auxiliar para grupos rurales de salud en países en desarrollo

Informe de un
Comité de Expertos de la OMS

Organización Mundial de la Salud
Serie de Informes Técnicos
633



Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1979

ISBN 92 4 320633 8

© Organización Mundial de la Salud 1979

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

	Página
Introducción	7
1. Desarrollo sanitario rural	9
1.1 Modalidades de la dotación de personal para atención primaria de salud	10
1.2 Compromiso del gobierno	13
1.3 Intervención y participación de la comunidad	14
2. Desarrollo de los servicios de salud y de los recursos de personal	15
3. Organización de grupos rurales de salud	16
3.1 Denominación de los puestos y clasificación del personal sanitario de primera línea	16
3.2 Composición de los grupos rurales de salud	18
3.3 Selección de estudiantes	19
3.4 Organización de un programa docente y métodos de enseñanza y aprendizaje	20
3.5 Formación de profesores	23
3.6 Formación permanente	24
3.7 Administración de los grupos rurales de salud	25
3.8 Evaluación	28
3.9 Centros nacionales de referencia para atención primaria de salud y personal rural de salud	29
4. Estrategia nacional para el establecimiento de grupos rurales de salud	31
Bibliografía	33
Bibliografía selecta.	33
Películas	37

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN FORMACION Y UTILIZACION
DE PERSONAL AUXILIAR PARA GRUPOS RURALES DE SALUD
EN PAISES EN DESARROLLO

Ginebra, 12-16 de diciembre de 1977

*Miembros**

- Srta. A. Dagbe, Directora de la Escuela de Ayudantes de Medicina, Centro Médico John F. Kennedy, Monrovia, Liberia
- S. E. Majid Rahnema, Asesor Especial de la Organización Imperial de Servicios Sociales, Teherán, Irán (*Presidente*)
- Dr. R. A. Smith, Director, Servicio de Desarrollo de los Recursos de Personal de Salud, Escuela de Medicina, Universidad de Hawai, Honolulu, HI, Estados Unidos de América (*Vicepresidente*)
- Dr. J. Vysohlid, Profesor Asociado y Jefe del Departamento de Enseñanzas de Medicina para Graduados, Instituto de Enseñanzas de Medicina y Farmacia para Graduados, Praga, Checoslovaquia (*Relator*)

Representantes de otras organizaciones

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

- Sr. El Atki, Jefe de Programa, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ginebra, Suiza

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

- Sr. M. Idoux, Asesor Interregional para la Formación, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Ginebra, Suiza

Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población

- Dr. A. Burhanuddin, Especialista de Salud Pública, Sección de Servicios Técnicos, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, Nueva York, NY, Estados Unidos de América

Organización Internacional del Trabajo

- Dr. M. Stilon de Piro, Servicio de Seguridad e Higiene del Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza

Banco Mundial

- Dr. B. H. Liese, Oficina de Asuntos Sanitarios y del Medio Ambiente, Banco Mundial, Washington, DC, Estados Unidos de América

Centro Internacional de la Infancia

- Dr. E. Berthet, Director General Honorario, Centro Internacional de la Infancia, París, Francia

Comisión Médica Cristiana

- Dr. E. Ram, Comisión Médica Cristiana, Ginebra, Suiza

* No pudieron asistir: Profesor Dinh Câu Hoàng, Viceministro de Salud, Viet Nam; Dr. Moin Shah, Decano, Instituto de Medicina, Universidad Tribhuvan, Kathmandu, Nepal.

Consejo Internacional de Enfermeras

Srta. M. Rychtelska, Asesora de Enfermería, Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza

Unión Internacional para la Educación Sanitaria

Dr. E. Berthet, Secretario General, Unión Internacional para la Educación Sanitaria, París, Francia

Federación Mundial para la Enseñanza de la Medicina

Dr. E. Croft Long, Jefe de la División de Salud Pública, Misión de la ADI, Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Sra. D. Storms, Decana Auxiliar para la Evaluación del Programa y Directora de la Oficina de Estudios sobre Recursos de Personal de Salud, Escuela de Servicios de Salud, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, Estados Unidos de América

Secretaría

Profesor N. R. E. Fendall, Departamento de Salud Tropical y de la Comunidad, Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, Liverpool, Inglaterra (*Asesor temporero*)

Dr. D. Flahault, Jefe Médico para el Desarrollo de Grupos de Salud, División de Formación y Perfeccionamiento de Personal de Salud, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)

Dr. T. Fülöp, Director de la División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud, OMS, Ginebra, Suiza

Dr. K. A. Pisharoti, Ingeniero Sanitario, Banco Mundial, Dacca, Bangladesh (*Asesor temporero*)

Sra. U. L. Samekto, Enfermera Jefe de Salud Pública, Dirección de los Servicios de Salud de la Comunidad, Ministerio de Salud, Yakarta, Indonesia (*Asesor temporero*)

Dr. E. Tarimo, Director de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza



FORMACION Y UTILIZACION DE PERSONAL AUXILIAR PARA GRUPOS RURALES DE SALUD EN PAISES EN DESARROLLO

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

El Comité de Expertos de la OMS en formación y utilización de personal auxiliar para grupos rurales de salud en países en desarrollo se reunió en Ginebra del 12 al 16 de diciembre de 1977. Inauguró la reunión, en nombre del Director General, el Sr. W. Furth, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud.

INTRODUCCION

Para las poblaciones de los países en desarrollo, los efectos de los recientes aumentos en el nivel de los gastos para atenciones de salud y los espectaculares adelantos registrados en la medicina y otras ciencias han sido muy limitados. De persistir esa situación, la meta de una salud mejor seguiría resultando tan inalcanzable como siempre para las poblaciones pobres de las zonas rurales y de las zonas desfavorecidas de la periferia de las ciudades.

En los países en desarrollo, la gran mayoría de los habitantes pobres de las zonas rurales han carecido hasta ahora de sistemas bien organizados de servicios de salud, pese a los esfuerzos hechos para facilitarles personal auxiliar de salud. La formación de esa categoría de personal ha ido evolucionando con el tiempo, a la vez que ha evolucionado el criterio sobre la forma de prestar los servicios sanitarios.

El interés creciente por el mejoramiento de los servicios de salud condujo a la iniciación de programas para la formación de agentes sanitarios polivalentes. Los auxiliares de dispensario, llamados también « asistentes » o « enfermeros », fueron los primeros en aparecer, y a pesar de que su formación era mínima, de la limitación del equipo y suministros de que disponían, y de la supervisión insuficiente de que eran objeto, desempeñaban satisfactoriamente sus funciones, generalmente en dispensarios

de zonas rurales remotas. Más tarde se empezó a dar formación a varios tipos de personal de categoría intermedia, correspondientes a diversas profesiones médicas, tales como enfermería, partería e higiene del medio. Al principio, los « alumnos », en su mayoría, eran analfabetos pero, a medida que la escolarización de las poblaciones se desarrollaba, fue posible la selección de candidatos que habían cursado la enseñanza primaria.

Aunque el concepto de personal auxiliar surgió al término de la Primera Guerra Mundial, la noción del centro de salud y de los grupos de personal de salud se originó después de la Segunda Guerra Mundial. Y ha sido en los últimos 30 años cuando se ha empezado a dar verdadera importancia a la formación de personal auxiliar como medio para atender las necesidades generales de salud de las poblaciones rurales. La formación de personal auxiliar como agentes polivalentes de salud para los servicios sanitarios rurales constituye, en efecto, un factor de importancia para la prestación de una atención de salud apropiada.

Una aplicación generalizada del concepto de atención primaria de salud (APS), tal como fue aceptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 (1) y 1976 (2), podría contribuir a mejorar considerablemente la situación sanitaria de la población rural de los países en desarrollo.

La formación y utilización del personal de salud de primera línea y de nivel intermedio¹ que se necesita para atender las necesidades de salud básicas de las poblaciones rurales de los países en desarrollo son elementos capitales para poder alcanzar la meta de la « salud para todos en el año 2000 » (3). El mejoramiento de la situación sanitaria será siempre insuficiente si no se acompaña del mejoramiento de las condiciones sociales y económicas fundamentales. Por consiguiente, las funciones del agente de APS no deben limitarse a la labor sanitaria sino que deben guardar relación en la mayor medida posible con el gran número de aspectos de la vida social y de la comunidad que influyen en el bienestar

¹ En el contexto de las actividades — tanto horizontales como verticales — del sistema de prestación de atención de salud, el Comité tomó únicamente en consideración al personal de salud rural de primera línea y de nivel intermedio. A los fines del presente informe, se entiende por personal de primera línea al que establece el primer contacto con la población en un punto periférico de prestación de servicios; los agentes de primera línea son los primeros que atienden al enfermo, al herido y a la mujer embarazada. La atención primaria que prestan consiste en primeros auxilios, asistencia curativa básica (diagnósticos y tratamientos sencillos, y envío de los casos más complicados a un escalón superior), atención preventiva y medidas de educación indispensables. Esos agentes son miembros de la comunidad a la que atienden, y viven en ella. Su función consiste en ayudar a la población local a resolver sus propios problemas y a organizarse para convertirse en los protagonistas de su propio desarrollo. Sus actividades y su participación son factores cruciales en el desarrollo rural y general, y en particular en el de la atención de salud.

del ser humano. Una de las responsabilidades básicas del agente de primera línea debe ser la de fomentar unas condiciones de vida más higiénicas. Es indispensable que el país esté resuelto a aplicar y desarrollar la APS. Una vez que se ha comprometido a mejorar los servicios de salud rurales, el vasto acervo de experiencia, conocimientos y técnicas que se han acumulado en todo el mundo puede utilizarse para ayudarle a conseguir una salud mejor para todos.

El Comité espera que las recomendaciones contenidas en el presente informe contribuyan a facilitar a las autoridades nacionales la tarea de formular planes de acción para desarrollar y perfeccionar sus servicios de APS en las zonas rurales mediante la formación y utilización de personal de primera línea y de categoría intermedia para los grupos de salud.

1. DESARROLLO SANITARIO RURAL

El proceso del desarrollo rural ² exige un método integrado y equilibrado, en el que se tengan presentes ciertos factores como las condiciones sanitarias, las distribuciones de la población, la producción agrícola, la enseñanza y la capacidad económica.

El desarrollo de la salud puede servir de punto inicial del desarrollo general, en el que los grupos rurales de salud tienen una función propia que desempeñar. La planificación de una asistencia sanitaria mejor debe englobar otros aspectos de la vida socioeconómica, como la enseñanza, la asistencia social y la agricultura, con la máxima participación de la comunidad en el proceso decisorio.

Para que pueda alcanzarse la meta de la OMS de la « salud para todos en el año 2000 » es preciso incluir en el proceso de desarrollo los siguientes elementos:

alimentación, vivienda adecuada, con protección de los hogares contra insectos y roedores; abastecimiento de agua que permita buenas condiciones de higiene y potabilidad; evacuación apropiada de desechos; prestación de servicios de asistencia prenatal, natal y postnatal, incluida la planificación de la familia; atención del recién nacido y del niño, con nutrición complementaria; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia; prevención y tratamiento de las enfermedades localmente endémicas; asistencia básica contra lesiones y trastornos para personas

² « El desarrollo rural es una estrategia para mejorar las condiciones de vida en el plano social y económico de un grupo determinado de personas: los pobres de las zonas rurales. Su objetivo es hacer llegar los beneficios del desarrollo a los más pobres de entre los que tratan de ganarse la vida en los medios rurales, grupo que comprende a pequeños agricultores, arrendatarios y personas que carecen de tierras. » (4)

de todas las edades ; y acceso fácil a fuentes de información fidedigna y práctica sobre los principales problemas de salud existentes y sobre los métodos adecuados para prevenirlos y resolverlos (5).

1.1 Modalidades de la dotación de personal para atención primaria de salud

Los servicios de salud deben beneficiar a toda la población (Fig. 1). La atención primaria de salud se define como la asistencia sanitaria fundamental puesta al alcance de todos los individuos de una comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. A la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

La formulación de políticas para la planificación y la aplicación de la APS exige la coordinación intersectorial en el plano nacional, puesto que la APS habrá de estar integrada con todos los demás sectores en la comunidad local.

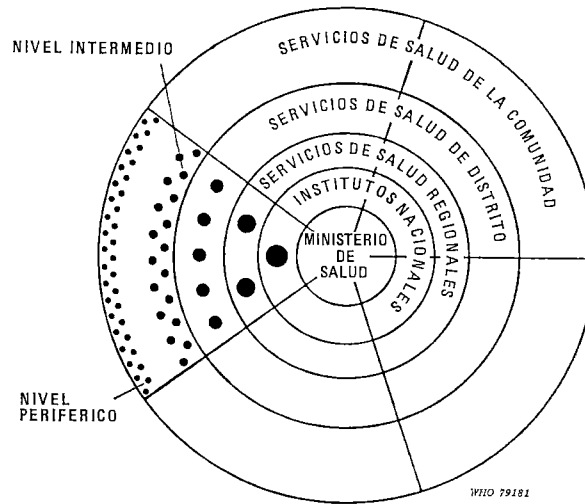
La APS deberá reflejar los valores socioculturales, las condiciones económicas y las necesidades sanitarias de la sociedad en la que funcione. En consecuencia, cada país deberá determinar sus problemas y prioridades específicos antes de iniciar un programa de APS.

En la APS deberán aplicarse tecnologías apropiadas,³ eficaces y aceptables para la comunidad. A poder ser, el personal de APS deberá reclutarse en la misma comunidad local, para que, una vez adiestrado, pueda responder con más eficacia a las aspiraciones, necesidades y prioridades de la comunidad.

El Comité reconoció, en general, el valor de un sistema de prestación de servicios de salud en las zonas rurales organizado en tres niveles, según la clásica pirámide de los servicios de salud (Fig. 2). Debidamente adaptado a las circunstancias específicas de cada país, este sistema permite una organización lógica de la APS.

³ En ese contexto, se entiende por tecnología « apropiada » la que, además de tener una firme base científica, es aceptable para los usuarios, los que la aplican y las autoridades por igual. Es una tecnología de diseño y aplicación sencillos, que está en armonía con las culturas locales y puede ser adaptada y perfeccionada localmente por un bajo coste. Cabe citar como ejemplos de tecnología apropiada para la APS 1) el tratamiento de la diarrea en el hogar mediante la rehidratación oral; 2) el empleo de un sistema económico y eficaz de enlace mutuo entre los agentes de salud; 3) el uso de cañas de bambú para la construcción de muletas; y 4) el empleo de fibra de coco para filtros de agua.

Fig. 1. Cobertura de los servicios de salud



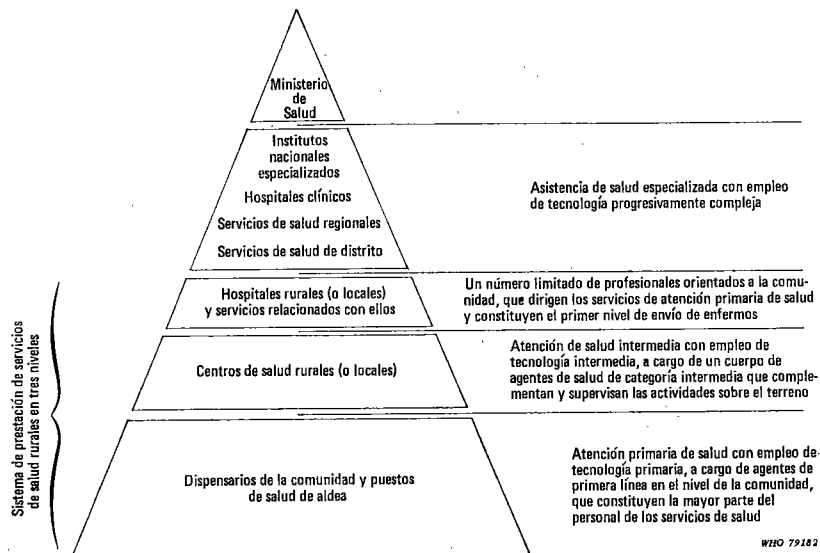
La figura muestra la organización y cobertura de los establecimientos de salud en un país basados en la atención primaria de salud. Los puntos en una sección del círculo representan los establecimientos de salud en una región del país.

La atención primaria de salud empieza en el plano de la comunidad local o del poblado, donde el personal de salud inicia la prestación de servicios básicos preventivos, curativos y de rehabilitación. En este plano, el personal puede consistir en agentes de atención primaria (o de la comunidad), personal de salud de categoría intermedia (ayudantes de medicina, enfermeras prácticas, sanitarios) o médicos, según las posibilidades.

El segundo nivel de intervención, o nivel intermedio, ofrece servicios complementarios de prevención, tratamiento y rehabilitación. En este nivel, el personal de salud debe mantener y mejorar el estado de salud de la población aplicando conocimientos más especializados, y prestar atención complementaria a los enfermos que le sean enviados por los agentes de salud de las aldeas o de la comunidad. Debe además prestar el apoyo necesario a los agentes de atención primaria de salud, en forma de educación continua, supervisión, asistencia y orientación. En este nivel de prestación de servicios, el personal puede ser de diversas categorías, según los países, a saber, médicos, ayudantes de medicina o enfermeras.

El tercer nivel de la atención rural de salud es el de los profesionales, especialistas o generalistas (v. g., enfermeras, enfermeras-parteras, médicos, ingenieros de saneamiento del medio y farmacéuticos), que se ocu-

Fig.2. Pirámide de los servicios de salud



pan de enfermedades más complejas y de los problemas de salud que no pueden resolverse en los dos primeros niveles.

Cada uno de los diversos planos del sistema de prestación de servicios de salud debe mantenerse en relación con los demás. En consecuencia, el personal de salud debe estar familiarizado también con las prácticas adecuadas para una buena gestión (véase la sección 3.7). Aunque el sistema de los tres niveles ha sido aceptado en varios países, no se debe considerar como el único modelo posible; se pueden aplicar otros sistemas de organización cuando así convenga.

La atención primaria de salud «... no es un sustitutivo secundario de algo mejor para aplicarlo exclusivamente en los países en desarrollo. Incluso las sociedades muy industrializadas y con abundantes medios de asistencia médica han tenido que admitir la necesidad de reforzar sus servicios de atención primaria si quieren dispensar a toda su población una asistencia de salud eficaz... » (5).

En algunos países en desarrollo es frecuente que los médicos, los políticos y los ciudadanos en general den la máxima prioridad al tipo de asistencia médica que se dispensa en los centros de salud más perfeccionados, y que acepten el concepto de la APS únicamente como medida provisional. Esas presiones llevan muchas veces a los gobiernos a adop-

tar las modalidades propias de los países industrializados. Habida cuenta de que en muchos países en desarrollo la gente no está convencida aún de la importancia de la APS, convendría emplear los servicios de relaciones públicas para difundir ese concepto. También es importante insistir en la función crucial de las autoridades sanitarias del país en el establecimiento de grupos rurales de salud.

1.2 Compromiso del gobierno

Las autoridades sanitarias de un país deben identificar las necesidades de salud prioritarias y preparar programas eficaces para atenderlas. Para lograr un firme apoyo nacional a los objetivos de la APS, el gobierno debe dar preferencia, en la asignación de los recursos nacionales, a la población rural pobre, pero sin olvidar a la población necesitada de las ciudades y de los suburbios. En la práctica, esa preferencia puede imponer la necesidad de efectuar reformas drásticas de los servicios de salud y de la infraestructura de recursos de personal de salud. En la asignación de los recursos de los sectores públicos y privados se debe inclinar la balanza en favor del desarrollo de la APS, y tratar de conseguir una distribución más equitativa de los gastos de salud por habitante entre los sectores rurales y urbanos y entre la atención primaria y los escalones superiores de asistencia de salud.

El mejoramiento de la APS puede convertirse en un objetivo político particularmente atractivo, para el cual conviene obtener el apoyo de la comunidad, de sus dirigentes y de los ciudadanos más influyentes, incluidos los maestros de escuela, las asociaciones cívicas, las agrupaciones femeninas y las autoridades locales. El apoyo de los maestros, por ejemplo, puede conseguirse más fácilmente si se les hace ver que el programa de APS conduce a la reducción del absentismo escolar y de la propagación de enfermedades infecciosas, mejora la nutrición y la salud de los alumnos y aumenta su capacidad de atención.

Una vez que el gobierno ha formulado una política sobre APS se debe dar prioridad a la formación y utilización de personal para grupos rurales de salud.⁴

Recomendación N° 1: El Comité, convencido de que uno de los requisitos previos para el éxito de una política de APS es el apoyo de los gobiernos

⁴ En el presente informe se entiende por grupo de salud un conjunto de personas con un objetivo sanitario común, determinado por las necesidades de la comunidad, a cuyo logro contribuye cada miembro del grupo de conformidad con su competencia y su capacitación, y en coordinación con las funciones de los demás.

a nivel nacional, recomienda que la OMS siga fomentando ese apoyo en todos los Estados Miembros. Esta ayuda debe traducirse en la asignación permanente de recursos suficientes, dando prioridad a la formación y utilización de personal de primera línea y de categoría intermedia para equipos rurales de salud en los países en desarrollo.

1.3 Intervención y participación de la comunidad

El desarrollo socioeconómico y de la asistencia sanitaria debe empezar en el plano de las aldeas, y es importante que las comunidades rurales de los países en desarrollo participen estrechamente en los programas. Debidamente aconsejadas, las comunidades pueden organizarse para alcanzar los objetivos fijados por ellas mismas, utilizando sus propios recursos. En el curso del último decenio, los éxitos y los fracasos registrados en diversos planes, de raíz popular, encaminados a la aplicación de la APS han demostrado que sólo mediante la participación activa de la comunidad cabe obtener resultados duraderos.

Una de las maneras de conseguir esa participación es la constitución de un comité de salud de aldea que permita a la población rural conocer, por experiencia propia, los problemas que se pueden resolver con los propios recursos. Los comités de salud de poblado pueden ser un primer paso muy importante en el conjunto del proceso de desarrollo. Operando en unión del personal de salud, sus miembros pueden identificar y analizar problemas, establecer un orden de prioridad, trazar planes de acción y ejecutarlos. Con el apoyo del comité así organizado, los agentes de atención primaria de salud y el personal de salud de categoría intermedia podrán crear, mantener en funcionamiento y utilizar las instalaciones sanitarias rurales de la manera que sea más aceptable para el conjunto de la comunidad y que satisfaga sus exigencias en materia de salud.

Debe procurarse que la comunidad tenga cada vez conciencia más clara de sus problemas sanitarios, y para ello el personal de salud de los grupos sanitarios rurales debe desempeñar una función educadora encaminada a suscitar y estimular la participación de los miembros de la comunidad en la asistencia sanitaria prestada a los individuos y a la comunidad, con miras a fortalecer la autorresponsabilidad en el plano local. Puede ser necesario un apoyo exterior a modo de estimulante, pero la comunidad no ha de esperar pasivamente que se le preste ayuda.

Debe establecerse una relación continua entre los representantes de la comunidad y la administración sanitaria central, con el fin de que las necesidades y los objetivos de la comunidad puedan evaluarse con un

criterio realista. La gente puede hacer mucho más por mejorar con su propio esfuerzo la calidad de la vida cuando tiene conciencia de sus posibilidades de trabajar por un futuro mejor.

Debe ponerse al alcance de las comunidades rurales la información relativa a las tecnologías para la salud que puedan serles útiles para resolver algunos de sus problemas sanitarios.

Si la población local ejerce el control de sus servicios de salud, al menos en parte, considerará los programas de salud como cosa propia y se sentirá estimulada a contribuir más a su desarrollo y a superar los obstáculos económicos, culturales y políticos.

Recomendación N° 2. El Comité, persuadido de que el éxito de todo programa de APS depende de la participación y cooperación plenas de la comunidad, recomienda que los gobiernos de los Estados Miembros estimulen a las comunidades a tomar parte activa en las decisiones sobre el personal necesario para integrar los grupos de salud rurales, en particular a nivel de los poblados y a nivel intermedio.

Recomendación N° 3. El Comité recomienda que la OMS estimule las investigaciones sobre las necesidades de las comunidades locales en cuanto a un sistema de información que les permita participar en el programa de APS, conociendo los datos necesarios.

2. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE LOS RECURSOS DE PERSONAL

El desarrollo de los servicios de salud y de los recursos de personal puede definirse como la integración funcional, en un solo sistema, de los distintos elementos de los sistemas de desarrollo de los servicios de salud y de formación y perfeccionamiento de personal de salud. La formación y el perfeccionamiento del personal de salud y la planificación de los servicios de salud rurales son actividades que se complementan mutuamente y que deben coordinarse desde el principio. Los sistemas de recursos de personal de salud y de prestación de asistencia sanitaria deben responder a las necesidades de salud. El objetivo final estriba en fortalecer los servicios de salud, y en mejorar así la situación sanitaria y la calidad de la vida del conjunto de la población.

El Comité se declaró resueltamente partidario de que se aplique ese criterio unificado y racional en el plano de la periferia rural. La integración de las actividades de planificación, « producción » y administración

de los recursos de personal con los servicios sanitarios hace que las políticas sobre servicios de salud y recursos de personal respondan mejor a las necesidades prioritarias de la población en la esfera sanitaria. El establecimiento de un procedimiento para la adopción de decisiones se traducirá en la formulación de una política sanitaria común, una planificación común de los servicios de salud y una utilización en común de organismos, instituciones, instalaciones, personal y otros recursos. La eficacia y la eficiencia del proceso de desarrollo de los servicios de salud y de los recursos de personal podrán apreciarse evaluando en qué medida y con qué resultados ha contribuido ese proceso al desarrollo de los servicios de salud y, por ende, al mejoramiento de la situación sanitaria y del nivel de vida de la población.

La introducción del concepto de desarrollo de los servicios de salud y de recursos de personal en la APS para las zonas rurales es un sector importante, que exige el acopio de un mayor volumen de conocimientos y de aptitudes técnicas.

3. ORGANIZACION DE GRUPOS RURALES DE SALUD

Al deliberar sobre la forma de organizar la asistencia sanitaria rural en los decenios venideros, el Comité puso de relieve la tendencia favorable al trabajo en equipo que se observa en todo el mundo. Es evidente que un agente sanitario podrá desempeñar con más eficacia las numerosas tareas y responsabilidades que le incumben si forma parte de un grupo debidamente compuesto de personas que posean conocimientos teóricos y prácticos de distintos tipos y en distinto grado. Los efectos de la labor del grupo, en su conjunto, serán siempre mayores que la suma de las aportaciones de sus miembros. El concepto del trabajo en grupo implica una prestación coordinada de asistencia sanitaria en forma de servicios de prevención y de curación de las enfermedades, de fomento de la salud y de rehabilitación, incluyendo en ellos programas de nutrición, de protección del medio, de regulación de la fecundidad y de lucha contra las enfermedades transmisibles.

3.1 Denominación de los puestos y clasificación del personal sanitario de primera línea

El personal sanitario de primera línea y de categoría intermedia que trabaja en los servicios periféricos de atención primaria de salud desempeña una función de indudable importancia. Es lamentable que, al refe-

rirse a esta clase de personal sanitario, se haya usado con tanta frecuencia e indebidamente la denominación de « auxiliar ».⁵ (Algunos miembros del Comité de Expertos se mostraron disconformes con esta palabra, por entender que tenía un significado peyorativo. En su opinión, al buscar una nueva palabra, lo que importa realmente no es establecer una categoría sino describir unas funciones.)

El Comité reconoció la dificultad de hallar un término que sea adecuado y aceptable para todos. Para encontrar una solución, se puede recurrir a distintas terminologías nacionales. Podría tomarse como ejemplo el caso del Irán. En el proyecto de desarrollo integrado de Selseleh, se da el nombre de *mardom yar* o « amigo del pueblo » al personal dedicado a las tareas del desarrollo, ya sea en el sector de la salud pública, en el de la educación o en el de la agricultura. Aquellos cuyas responsabilidades pertenecen al campo de la asistencia sanitaria se denominan *behvarz* o prácticos sanitarios. Estos términos se aplican actualmente en todo el territorio a todos los agentes sanitarios de primera línea preparados por el Ministerio de Sanidad del Irán.

Los ayudantes de medicina se llaman en Francia *officier de santé* y en la URSS *feldsher*. Más recientemente, se ha empezado a emplear en los Estados Unidos la palabra *medex*, que ha sido adoptada asimismo en Guyana y en Micronesia. En Indonesia se utilizan las palabras *perawat kesehatan* (enfermera primaria de salud); en Papua Nueva Guinea, *health extension officer*, y en Tailandia, *whetakorn*.

Recomendación N° 4. La OMS debiera intentar de nuevo la revisión de las actuales definiciones de la palabra « auxiliar ». La nueva definición debiera basarse en la competencia conseguida por medio de programas docentes que a su vez se basen en el tipo de actividades que el personal así formado haya de llevar a cabo. En la definición se debería mencionar el trabajo en grupo, en el que ese personal desempeña una función importante.

Son muchas las categorías de personal sanitario que han surgido como respuesta a unas necesidades concretas de salud. El personal sanitario de primera línea y el personal tanto especializado como polivalente difieren, en cantidad y en preparación, en los diferentes programas de asistencia de salud, por ejemplo, los de higiene del medio, los de ayuda

⁵ Por auxiliar se entiende un trabajador remunerado que ejerce una actividad técnica determinada sin poseer todas las calificaciones profesionales existentes en su esfera de actividad y que secunda a un profesional bajo cuya supervisión actúa. Así se desprende de: *Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas. Informe de la reunión especial interorganismos sobre formación de personal auxiliar y de la comunidad, 19° periodo de sesiones, septiembre de 1954.* (Documento de las Naciones Unidas COORDINACION/R. 170/Rev. 1, pág. 2 del Anexo.)

a la madre y al niño y los de planificación familiar. De un programa a otro, incluso en un mismo país, varían mucho los requisitos de contratación, los tipos y duración de la formación, las tareas que se han de desempeñar y las condiciones de trabajo.

Recomendación N° 5. El Comité, consciente de que los miembros del personal de atención primaria de salud no están siempre clasificados ni aceptados como miembros esenciales del grupo sanitario, recomienda que la OMS promueva el establecimiento de métodos que puedan ser adoptados por los distintos países para reforzar la condición (o «imagen») del agente sanitario en el seno de la sociedad, garantizando:

- *una formación adecuada a las funciones propias del puesto que habrá de desempeñar;*
- *la calidad del servicio, mediante una administración eficaz del personal;*
- *la seguridad en el empleo con posibilidad de mejorar de posición;*
- *la satisfacción en el trabajo, debidamente remunerado; y*
- *unas condiciones de trabajo que aseguren la permanencia en el servicio.*

3.2 Composición de los grupos rurales de salud

Los servicios de salud requieren plantillas suficientes de personal capacitado. Al contratar personal sanitario, debe considerarse al conjunto de personas que practican la medicina tradicional en la comunidad como una posible fuente suplementaria de personal. Estas personas deben recibir la formación adecuada⁶ para poder trabajar en grupo en los servicios más periféricos (véase la Fig. 1).

Al organizar el grupo de salud rural, la primera medida consiste en determinar el alcance de las actividades de los servicios sanitarios en cada lugar de prestación de asistencia de una región rural. La siguiente medida es la definición de las funciones y tareas generales que habrán de desempeñar los miembros del personal sanitario de primera línea y de categoría intermedia. Estas tareas se han de asignar entonces a los miembros del grupo sanitario, elaborando la descripción de funciones de cada uno de ellos. Esta descripción: 1) facilitará las relaciones entre los servicios de formación y los de asistencia, así como la cooperación entre personal de

⁶ Es oportuno advertir que se insiste en la «formación adecuada» más bien que en una «formación muy completa», por considerar que un trabajador que ha recibido una formación adecuada puede resultar más útil en una situación determinada que otro que ha recibido una formación más completa y más costosa.

distintas categorías, con lo que se evitarán conflictos inútiles; 2) servirá para definir el cometido y la situación de cada agente sanitario y aumentará en el personal de primera línea e intermedio la confianza en sí mismo y la seguridad en su labor; 3) señalará el lugar apropiado de cada miembro del grupo en el sistema de presentación de asistencia; 4) proporcionará una base para la evaluación del rendimiento de cada miembro del grupo, y 5) facilitará la preparación de personal y la selección de estudiantes.

El Comité estima que debe hacerse un detenido análisis de las nuevas tareas que se habrán de llevar a cabo, de la forma en que la comunidad podrá participar en algunas de ellas, de las actividades de las categorías de personal hoy existentes y de la preparación que ese personal debe recibir para el desempeño de nuevas funciones suplementarias. En consecuencia, todas las tareas que puedan quedar a cargo de un personal de formación menos completa se le deben asignar a ese personal.

De preferencia, el grupo sanitario debe estar integrado por personas procedentes de los distintos sectores de la comunidad, por ejemplo, trabajadores agrícolas, maestros de escuela y representantes de asociaciones femeninas. Estos miembros del grupo sanitario podrán encargarse de tareas sanitarias relacionadas con su labor cotidiana. Por ejemplo, la prevención de los accidentes del trabajo en la agricultura incumbiría a los trabajadores agrícolas, la higiene y salud escolar a los maestros de escuela y la educación sanitaria sobre destete o sobre salud de la familia a los miembros de asociaciones femeninas.

Recomendación N° 6. El Comité recomienda que, al organizar un grupo sanitario rural, los países tengan en cuenta los distintos factores históricos, psicológicos, sociológicos y científicos para que la composición de ese grupo (particularmente la de personal de primera línea e intermedio) esté en consonancia con los objetivos generales del desarrollo rural.

3.3 Selección de estudiantes

Los candidatos al grupo de salud se elegirán de preferencia en el seno de su propia comunidad y en la zona en la que en principio hayan de trabajar. Este procedimiento no sólo garantiza en parte el regreso de los candidatos, una vez adiestrados, a su lugar de origen, sino asimismo el que los candidatos seleccionados estén familiarizados con la cultura local y resulten aceptables para los miembros de la comunidad. Es preciso establecer criterios para la selección de estudiantes destinados a nutrir todas las categorías de personal sanitario. Un método práctico de selección de

alumnos consiste en evaluar sus posibilidades de adiestramiento y de servicio después de un breve periodo de prueba. Debería estudiarse más a fondo todo el problema de la selección de alumnos y se debiera conceder especial importancia a la evaluación de la actitud y la vocación de los candidatos.

3.4 Organización de un programa docente y métodos de enseñanza y aprendizaje

Los agentes sanitarios rurales de primera línea no son sustitutos provisionales de médicos y enfermeras, por lo que deben tener una preparación que les permita atender las necesidades básicas de salud de la comunidad rural, en su primer escalón, dentro de un sistema completo de asistencia sanitaria. Si equivocadamente se da a estos agentes una formación de técnicos de segunda fila y si no se planifican sus funciones como parte del sistema general de servicios de salud, se convertirán en unos « mini-médicos » y subprofesionales inaceptables cuya actividad no permitirá, en último término, atender las necesidades sanitarias.

No existe un modelo único de programa de formación de personal sanitario auxiliar para las zonas rurales de los países en desarrollo. El planteamiento de este problema ha de ser detenidamente estudiado en cada país y desarrollado detalladamente con arreglo a las características, las necesidades, la cultura, la historia y los recursos locales.

La palabra clave para el desarrollo de un programa docente es *pertinencia*, es decir, pertinencia en relación con las necesidades sanitarias de la comunidad, tal como vengan determinadas por encuestas epidemiológicas sobre las enfermedades y estudios sociológicos de los conocimientos, actitudes, anhelos y exigencias de la comunidad respecto a la salud. La formación de cada categoría de personal sanitario debe tener por objetivo fundamental preparar a los educandos para que presten servicios eficaces pese a las limitaciones impuestas por los recursos y medios disponibles.

En los programas de enseñanza se deben poner de relieve las funciones de grupo que facilitan el trabajo en equipo. La finalidad de esta formación es conseguir que los miembros del grupo sanitario sepan cómo actuar eficazmente juntos y comprendan: 1) cuál es la responsabilidad colectiva del grupo; 2) cuál es la función que corresponde a cada miembro en el cumplimiento de la función colectiva; 3) cuál es la medida en que coinciden las funciones de los distintos miembros del grupo; 4) cuáles son los procedimientos requeridos para trabajar juntos, y 5) cuál es la labor que ha de incumbir al grupo dentro del sistema general de asisten-

cia sanitaria. Los cambios que se produzcan en las expectativas y las necesidades de la comunidad deben dar lugar a cambios equivalentes en el propio sistema de asistencia sanitaria y en la formación de los miembros del grupo de salud.

El objetivo inmediato de la enseñanza teórica y práctica ha de ser dotar a los alumnos de una competencia basada en la descripción y el análisis crítico de las distintas tareas (análisis de las tareas esenciales para un agente sanitario en unas circunstancias determinadas). Una vez definida la competencia que se requiera para llevar a cabo una tarea específica, es necesario averiguar cuáles son los conocimientos teóricos y los conocimientos prácticos que integran esa competencia. La lógica de este método sistemático ha de ser todavía más universalmente aplicada al preparar programas docentes para personal sanitario, incluido el de primera línea y el intermedio (6, 7).

Los objetivos docentes⁷ deben expresarse en relación con las funciones previstas y en la formación profesional debe insistirse en la competencia para la práctica de esas funciones. Los objetivos deben facilitar el logro de unos niveles previamente determinados y la solución de problemas relacionados con las necesidades de la comunidad. La calidad y la pertinencia de los objetivos docentes se pueden evaluar eficazmente utilizando las guías sugeridas por la OMS (8) u otras guías apropiadas.

Se podría lograr una mejor coordinación entre la planificación de la enseñanza, la enseñanza propiamente dicha y la prestación de servicios sanitarios si los planificadores y los administradores estuvieran al corriente de las técnicas de planificación en materia docente y los profesores estuvieran familiarizados con los propósitos básicos de la planificación y la administración sanitarias.

Los métodos de enseñanza y aprendizaje no sólo han de traducirse en un aprendizaje satisfactorio (es decir, la consecución de los objetivos), sino que han de ser asimismo aceptables culturalmente. La selección de métodos dependerá de diversos factores, tales como su idoneidad en determinadas circunstancias y su adecuación respecto a los educandos, los profesores y las condiciones socioculturales. En principio, los métodos de enseñanza y aprendizaje han de ser lo más sencillos que sea posible para que el personal de primera línea pueda aplicarlos más tarde en el ejercicio de sus propias actividades docentes.

Los métodos docentes son eficaces cuando en ellos se tienen en cuenta

⁷ Un objetivo docente es una « descripción de los resultados que se esperan del proceso de aprendizaje y que se manifiestan en el comportamiento y el rendimiento del alumno » (8, pág. 7).

el interés y la capacidad del alumno y sus futuras funciones y cuando se le da al alumno ocasión de participar en la organización del proceso de aprendizaje. Se ha comprobado que los ejercicios de solución de problemas tanto en clase como en la práctica son útiles para mejorar los conocimientos y modificar las actitudes. Se debe procurar que los métodos sean los más apropiados para cada situación y que se basen en las anteriores experiencias de aprendizaje de los alumnos. Los manuales programados de autoaprendizaje resultan particularmente útiles para la formación permanente y la formación de profesores, especialmente los que insisten en la iniciativa docente del propio alumno y en los conocimientos y experiencia anteriores.

La experiencia reciente ha demostrado que técnicas tales como los flujogramas⁸ y los módulos de aprendizaje⁹ pueden servir para mejorar la competencia del personal sanitario; por eso deben hacerse estudios sobre nuevas técnicas mediante las cuales el personal sanitario aprecie la necesidad de mejorar su aptitud para enjuiciar las situaciones, su iniciativa y su capacidad de decisión, así como su capacidad para reaccionar de modo determinado en diferentes circunstancias.

Se necesita más material docente para los alumnos y más textos de consulta para los profesores. El material docente debe estar ideado de tal manera que suscite la participación activa del alumno en el proceso docente. Siempre que sea posible, los materiales de enseñanza y de consulta han de prepararse para atender las necesidades locales. Sería a este respecto de gran utilidad un modelo de material que pudiera adaptarse a diversas situaciones. El Comité ensalzó los esfuerzos hechos por instituciones y organizaciones como la OMS para preparar manuales y textos de consulta destinados a la formación de personal sanitario rural (9-12).

En los criterios relativos a la preparación de material docente y de consulta se deben tener en cuenta el tiempo, la energía, los recursos financieros y materiales y las posibilidades de conservación del material. La OMS debe proseguir su labor encaminada a idear, introducir, promover y difundir unos métodos y materiales docentes que tengan una forma adecuada para el uso general y local.

Recomendación N° 7. El Comité recomienda el establecimiento de programas de formación de personal sanitario de primera línea e intermedio

⁸ Un flujograma es un diagrama en que se representan las etapas que han de seguirse en un proceso de solución de problemas, desde la identificación del problema hasta su solución, gracias a la eliminación progresiva de otras posibles soluciones.

⁹ El módulo de aprendizaje es una serie planificada de actividades que ayudará al estudiante (agente sanitario primario) a adquirir determinada competencia (9).

que guarden relación con las necesidades prioritarias de salud de la comunidad y puedan adaptarse a las condiciones, recursos y medios locales. En estos programas de formación de personal sanitario de primera línea e intermedio se deben utilizar técnicas acordes con las necesidades de la comunidad, y que favorezcan la competencia y una mayor confianza en el propio esfuerzo. (En otras palabras, la tecnología debe ser « apropiada ».)

3.5 Formación de profesores

La finalidad de la formación de profesores es capacitar a un personal docente que pueda ayudar a los agentes sanitarios primarios a adquirir la competencia requerida para ejecutar las tareas necesarias.

Los problemas relacionados con la formación de profesores para personal sanitario de primera línea e intermedio no se han delimitado hasta hace poco. Además, la magnitud de esta tarea exigirá el empleo de métodos dinámicos y poco acostumbrados.

Uno de los obstáculos con que se tropieza en los programas de formación de esta clase de personal es la falta de profesores con la información, los conocimientos y la experiencia práctica que se necesita para planear, realizar y evaluar los procesos de enseñanza y aprendizaje. Aunque esta situación puede plantearse también con respecto a otras categorías de personal sanitario, hay algunas dificultades especiales en cuanto a los profesores encargados de formar personal de primera línea e intermedio con destino a los grupos de sanidad rural.

La enseñanza del personal de asistencia primaria de salud se ha subestimado y descuidado durante mucho tiempo, con lo que se ha privado a los propios profesores de la oportunidad de mejorar sus conocimientos de atención primaria de salud, tecnología apropiada y principios y métodos docentes. Esos profesores han sufrido una falta de aceptación de sus méritos, una carencia de posibilidades de hacer carrera y una grave falta de reconocimiento de su verdadero nivel profesional y social. La OMS debe promover activa y firmemente el reconocimiento de los méritos de esos profesores.

Cuando los alumnos tienen una instrucción general limitada, es preciso que los profesores estén particularmente bien preparados y que posean especial destreza para planificar, organizar, ejecutar y evaluar el proceso de enseñanza y aprendizaje. Los futuros profesores se deben elegir con sumo cuidado, teniendo en cuenta su conocimiento de las ciencias de la salud, la pedagogía y las ciencias sociales y del comportamiento, así como su interés por la enseñanza. Los aspirantes deben conocer,

ante todo, los principios de la atención primaria de salud y deben tener experiencia en la aplicación de este concepto.

Los países deben esforzarse seriamente por formar — quizá en colaboración con la OMS y otros organismos interesados — un número mayor de profesores que posean la debida competencia técnica y pedagógica y que orienten su labor hacia la comunidad. Se puede buscar a los profesores en diversos medios fuera de las profesiones sanitarias. Los maestros de escuela, por ejemplo, pueden convertirse en profesores de atención primaria de salud, previa formación suplementaria en ciencias de la salud. De este modo se podría preparar a personal sanitario de primera línea y de otras categorías como parte de un programa profesional especialmente incluido en los planes escolares generales. Otro medio consistiría en establecer métodos docentes mediante los cuales los agentes de atención primaria de salud competentes y con amplia experiencia recibirían la preparación necesaria para actuar como demostradores, instructores y profesores.

Recomendación N° 8. Se deben organizar cursos de formación de profesores de atención primaria de salud en centros nacionales, regionales e internacionales para aumentar el número y mejorar la competencia de esta clase de profesores. Los centros nacionales y los centros regionales de la OMS para la formación de profesores podrían ser los medios adecuados para emprender esa actividad. Ciertas universidades podrían asimismo ofrecer grandes posibilidades para la organización de cursos de formación de profesores.

3.6 Formación permanente

La finalidad principal de la formación permanente es mantener despierto el estímulo entre el personal sanitario y mejorar su competencia para el desempeño de sus tareas cotidianas. Las razones que se alegan en favor de la formación permanente son aplicables a todas las categorías de personal sanitario y, desde un principio, deben incorporarse planes de formación permanente del personal de primera línea e intermedio a todos los programas de enseñanza y de servicios de salud.

Desde luego, los programas de educación permanente han de tener por principal objeto descubrir errores, insuficiencias y faltas provocadas en la práctica cotidiana por la falta de conocimientos teóricos o prácticos o por una actitud inconveniente. La formación permanente ha de basarse también en los resultados de las encuestas sociales, los estudios epidemiológicos, las investigaciones operacionales y la evaluación de los

servicios prestados. La formación permanente ha de tener tres objetivos: 1) preparar al personal que se encargue de tareas nuevas o modificadas; 2) preparar al personal para que realice sus tareas cotidianas con mayor eficiencia, y 3) dar al personal una nueva orientación concorde con los conceptos, prioridades y técnicas que se vayan introduciendo.

3.7 Administración de los grupos rurales de salud

A los efectos del presente informe, se entiende por administración el conjunto de actividades encaminadas a movilizar, desplegar, supervisar y evaluar los recursos humanos y de otro género (financieros y materiales) necesarios para alcanzar los objetivos del programa de salud.

Los administradores deben esforzarse siempre por conseguir una gran eficiencia en la actuación de su personal, más bien que por construir un sistema burocrático.

La eficacia máxima de la actuación del personal sanitario depende de que se dedique concretamente a las tareas para las cuales haya sido preparado; de que quiera y pueda realizar estas tareas, de que se encuentre satisfecho en su trabajo y de que su nivel de vida y sus condiciones de empleo sean también satisfactorios. Por estas razones, la información remitida por el personal sanitario ya en ejercicio es indispensable para planificar nuevos recursos de personal y orientar la labor docente.

Se estimó que, desde el punto de vista administrativo, hay cinco elementos que son necesarios para que la asistencia prestada por el personal sanitario rural sea eficaz. Esos elementos son los siguientes:

1) *Actitud favorable en el medio laboral y social.* La experiencia ha demostrado la necesidad de un respaldo político, jurídico, profesional, institucional y comunitario a los grupos sanitarios que trabajan en las aldeas. Ese apoyo debe prestarse a escala nacional (véase la sección 1.2). La ayuda de las profesiones sanitarias al personal sanitario rural se considera indispensable. La existencia de una actitud favorable a este personal depende, en última instancia, de su rendimiento, a su vez supeditado al apoyo profesional y a la apreciación de su labor por la comunidad.

2) *Estructura orgánica.* En la sección 1.1 se ha aludido ya a las ventajas de una organización tripartita para permitir que el personal sanitario rural actúe con eficacia y eficiencia máximas, proporcionando así una cobertura sanitaria más económica a la población. La administración puede incrementar la eficiencia mediante: *a)* la adopción de una tecnología apropiada; *b)* el mejoramiento de la preparación del personal sani-

tario de primera línea como resultado de la formación permanente y de la supervisión; c) la asignación a ese personal de unas funciones adecuadas, y d) el empleo de personal sanitario intermedio para la supervisión técnica a modo de nexo de unión con el escalón siguiente de los servicios de salud.

3) *Coordinación de la formación de personal de salud y de los servicios sanitarios.* Es imprescindible que exista una estrecha coordinación entre los encargados de la administración de las operaciones y de la planificación de las plantillas de personal, por una parte, y los que tienen a su cargo los programas de formación, por otra. Para comprobar si la formación dada al personal se ajusta a las necesidades de la comunidad se puede utilizar la información relativa al rendimiento de los miembros del grupo sanitario, al personal del grupo que opta por cambiar de trabajo y a la aptitud del personal para adaptarse rápidamente a los continuos cambios de circunstancias.

4) *Supervisión.* La supervisión se ha de considerar como un proceso educativo en el que el supervisor ayuda y orienta al agente sanitario para que adquiera más competencia, en beneficio, finalmente, de los pacientes y del conjunto de la comunidad. La experiencia muestra que los agentes sanitarios de primera línea no siempre aprecian bien cuál es el lugar que les corresponde en el marco de los servicios sanitarios, por lo que pueden sentirse abandonados si no reciben ayuda de los organismos centrales. El personal de primera línea debe saber que la supervisión se concibe como una relación de apoyo encaminada a facilitar la marcha del trabajo y a mejorar las relaciones humanas. Siempre que sea posible, los supervisores deben participar tanto en la selección como en la preparación de los miembros de los grupos sanitarios que actúan bajo su responsabilidad. Es de suma importancia que el personal de administración y el de formación profesional se mantengan en estrecha relación, porque la supervisión es, a la vez, instrumento de la administración y de la formación y resulta, en consecuencia, una responsabilidad compartida.

En la administración de personal se debe facilitar mucho la comunicación, tanto horizontal como vertical, entre los miembros del grupo. Los supervisores deben interesarse tanto por la satisfacción en el trabajo, de los agentes sanitarios, como por su mejoramiento personal y profesional. Se admite que los factores culturales ejercen una gran influencia en la forma de administración de personal y que algunos de ellos pueden incluso convertirse en obstáculos opuestos al proceso de supervisión. Puede ocurrir que en algunas sociedades no esté permitido que los hombres examinen a las mujeres o que los horarios de trabajo se hayan de

adaptar a los de la práctica religiosa. Son éstos unos factores que han de tener en cuenta los administradores y los supervisores.

5) *Comunicación.* Debe establecerse un sistema adecuado de comunicación entre el primer escalón de asistencia sanitaria y el siguiente, comunicación que debe mantenerse durante toda la preparación y ejecución de los programas de atención primaria de salud. El sistema de comunicación reviste particular importancia para los agentes de primera línea que trabajan en lugares aislados o remotos. Por eso se debe estimular el empleo de medios apropiados de comunicación (incluida la comunicación radiofónica en ambas direcciones, cuando sea posible y necesario) a fin de facilitar las consultas, los traslados de pacientes, la supervisión, la gestión y la formación permanente.

Aparte de estos cinco elementos de la administración de personal, hay también otros puntos relacionados con ella y referentes a la formación y la utilización de los grupos de sanidad rural. Las técnicas de retroinformación rinden los datos necesarios para ajustar los programas. La fijación de normas de rendimiento sienta las bases de la evaluación de éste (incluida la evaluación por el propio interesado) y conduce a un grado mayor de interés, de productividad y de satisfacción en el trabajo. El empleo de normas e indicadores del rendimiento facilita la tarea de los supervisores de categoría intermedia y superior.

Los administradores han de mostrarse interesados por las influencias exteriores, ya sean políticas, sociales, económicas o físicas. Han de mostrarse asimismo capaces de prever las necesidades y de hacer los oportunos reajustes en el programa, que debe tener la flexibilidad suficiente para esto. Además, los administradores han de estar constantemente enterados de la calidad y cantidad de los recursos disponibles, particularmente de los recursos humanos, y atentos para evitar que se desaprovechen las fuerzas disponibles y para simplificar los trabajos.

Una vez formados, los miembros del personal de primera línea e intermedio han llegado con demasiada frecuencia a la conclusión de que su asignación de funciones ha sido entorpecida por deficiencias del apoyo que ha de prestarles la administración: escasez de medicamentos y de otros suministros; falta de equipo; comunicaciones y medios de transporte deficientes; condiciones de trabajo y de vida poco atractivas en las zonas rurales y, a veces, incapacidad para hacer efectivo el pago de los sueldos de manera regular y con puntualidad. A menudo se dispone de fondos para la adquisición de instalaciones y equipo complicados, pero no para los suministros, los trabajos de conservación y las reparaciones indispensables. El suministro continuo de recursos en cantidad suficiente

para sostener los programas de salud rural es un requisito fundamental de la atención primaria de salud.

Debe haber asimismo una asignación adecuada de recursos para costear los gastos de formación en técnicas de administración. Esto incluye la formación inicial y permanente de personal de supervisión en los aspectos administrativos de las operaciones y la preparación de administradores que necesiten los conocimientos prácticos y teóricos requeridos para hacer funcionar un sistema de prestación de asistencia sanitaria.

Recomendación N° 9. Persuadido de que la administración es un factor fundamental para la utilización óptima de los recursos disponibles, y con el fin de dar la mayor eficacia a la administración de los grupos rurales de salud, el Comité recomienda que, en el sistema de prestación de servicios de salud, se emplee personal de categoría intermedia para facilitar la comunicación y para la enseñanza y la supervisión.

3.8 Evaluación

La evaluación es un proceso continuo principalmente encaminado a corregir y mejorar la labor que se lleve a cabo y a conseguir, por ende, que los programas de salud y de formación respondan mejor a las necesidades sociales y sanitarias de la población de un país. Es una manera sistemática de aprovechar las lecciones de la experiencia y no se la debe considerar meramente como un procedimiento estereotipado para mejorar la planificación. La evaluación comprende el examen del programa en cuanto a su pertinencia, sus progresos, su eficacia, su efectividad y sus repercusiones.

Dado que la APS tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de la vida de la comunidad, es difícil señalar indicadores útiles que permitan formular los juicios necesarios. Sin embargo, es importante establecer esos indicadores y llevar a cabo la evaluación.

La evaluación es un elemento indispensable de la planificación, la ejecución y la administración de los servicios, así como de la educación. Al planificar un programa de formación para personal de salud de primera línea debe preverse siempre la evaluación de todos los elementos del programa. Esta evaluación se facilitará si las funciones asignadas se definen claramente, si se fijan y comprenden bien los objetivos de cada una de esas funciones y si se emplean indicadores normalizados, siempre que sea posible, para evaluar el rendimiento. Deben obtenerse datos sobre las inversiones (recursos), la producción (servicios prestados) y las repercusiones (modificación de la situación sanitaria de la comunidad).

De este modo, los que tengan a su cargo la planificación del programa dispondrán de la información necesaria sobre la medida en que se están alcanzando los objetivos señalados.

Uno de los elementos del programa cuya vigilancia constante es indispensable para asegurar su eficacia óptima es el proceso de enseñanza/aprendizaje. Conviene, pues, establecer indicadores que permitan evaluar la eficiencia, la efectividad y los resultados del proceso. Entre esos indicadores pueden figurar, por ejemplo, la medición de la competencia adquirida, la población atendida, la calidad de los servicios prestados y el grado en que se ha facilitado el acceso a la asistencia. La evaluación de los programas de enseñanza forma parte de un proceso más amplio de mejoramiento de la atención de salud, y se aplica igualmente a la formación continua del personal de primera línea.

La evaluación exige la formulación de juicios bien fundamentados en una información pertinente y fidedigna. El empleo de indicadores y la aplicación de los criterios adoptados facilitan la formulación de esos juicios. Cuando se emplean indicadores, los cambios operados pueden medirse directa o indirectamente. Si el objetivo de un programa consiste en adiestrar a un número determinado de agentes de salud al año, el número de los que hayan sido realmente adiestrados constituirá un indicador directo para la evaluación. Ahora bien, para la medición de cambios cualitativos puede ser necesario emplear varios indicadores. Estos deben seleccionarse cuidadosamente para tener la seguridad de que son sensibles a las tendencias del desarrollo y de que pueden utilizarse para el análisis de las actividades que se trate de evaluar. Los criterios son normas o patrones en comparación con los cuales cabe medir los cambios conseguidos. Los criterios pueden ser de índole social (v.g., la disponibilidad de agua potable), técnica (v.g., un grado determinado de pureza del agua) o administrativa (v.g., la garantía del abastecimiento continuo de agua para una comunidad, a cargo de una organización).

3.9 Centros nacionales de referencia para atención primaria de salud y personal rural de salud

Para comprobar la eficacia de la APS y de su personal se deben establecer centros nacionales de referencia, aprovechando en lo posible las instalaciones existentes. Esos centros deben disponer de las instalaciones y el personal experto necesarios para poder desempeñar una serie de funciones, principalmente las cuatro siguientes:

- 1) estudios de investigación operativa sobre APS y formación y utilización de personal de APS;

2) participación en la planificación, la ejecución y la evaluación de programas de formación para personal de APS y para el personal encargado de su adiestramiento;

3) acopio y difusión de información y material de referencia sobre la APS y sobre la formación y utilización de agentes de APS; y

4) observación y evaluación continuas de las repercusiones de los servicios de APS en la situación sanitaria de la comunidad.

Un centro nacional de referencia podría participar en la ejecución y la vigilancia continua de los programas de APS y de los grupos rurales de salud. Al mismo tiempo, todos los interesados en la APS y en el establecimiento de grupos rurales de salud podrían obtener orientación de esos centros, e intercambiar con ellos información y materiales de referencia. Algunos de esos centros podrían ser designados como centros colaboradores de la OMS, y se les podrían confiar determinadas funciones como el fomento de investigaciones operativas sobre grupos rurales de salud, la práctica de estudios sobre la composición y la formación de esos grupos y sobre métodos educativos, y la preparación de programas para la formación de personal docente.

Un centro de referencia debe ser un lugar donde la APS — uno de los factores vitales para el desarrollo rural dentro del desarrollo socioeconómico general de un país — pueda estudiarse como un problema multidisciplinario. Conviene que las autoridades nacionales de algunos países seleccionados exploren las posibilidades de organización y funcionamiento de esa clase de centros, quizá en cooperación con la OMS y con otros organismos internacionales.

Los centros de referencia podrían además organizar reuniones de prácticas, seminarios y reuniones de otros tipos, a fin de favorecer el desarrollo racional de los programas de salud para las zonas rurales. De esta manera podría constituirse un fondo común de personal experimentado, con miembros de las profesiones sanitarias, profesionales de otros sectores como la agricultura, la enseñanza y la asistencia social, y representantes de la comunidad. La experiencia reunida mediante esas actividades es requisito previo indispensable para la organización de reuniones análogas sobre la reorientación y la ejecución de programas de APS.

Recomendación N° 10. Se debe estimular a los países para que emprendan un examen histórico de sus experiencias en todos los aspectos de la atención primaria de salud y para que evalúen la situación actual, a fin de poder dirigir específicamente la evaluación y las investigaciones hacia la solución de problemas y de obtener orientaciones para planificar las nuevas actividades. El Comité recomienda, pues, que los países establezcan centros

regionales de referencia encargados de llevar a cabo actividades de investigación, planificación, formación, ejecución y evaluación, y de reunir y difundir información sobre APS y sobre personal sanitario rural.

4. ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL ESTABLECIMIENTO DE GRUPOS RURALES DE SALUD

La estrategia nacional a este respecto se debe formular teniendo en cuenta la meta « salud para todos en el año 2000 » y dentro del marco del concepto del desarrollo de los servicios de salud y de los recursos de personal (véase la sección 2). Los países deben determinar sus propios objetivos, teniendo en cuenta las prioridades establecidas para el desarrollo rural en la programación sanitaria por países.¹⁰

Se describen a continuación las actividades que forman parte de esa estrategia. Aunque algunas de esas medidas precederán lógicamente a otras, ciertas actividades se desarrollarán al mismo tiempo.

1) Desarrollo sanitario para la población rural, concebido como uno de los posibles puntos iniciales para el desarrollo rural en general, dentro de los planes nacionales de desarrollo socioeconómico.

2) Compromiso firme por parte de los gobiernos de favorecer el desarrollo de la APS y de los grupos rurales de salud.

3) Formación y utilización de grupos rurales de salud como objetivo prioritario dentro de los servicios de salud, en los niveles periféricos e intermedios de la prestación de esos servicios.

4) Reconocimiento de prioridad a la asignación de recursos para el establecimiento de grupos rurales de salud a fin de fomentar en la comunidad la autosuficiencia y la confianza en el esfuerzo propio.

5) Aprovechamiento de todos los medios disponibles de información y comunicación para suscitar el interés por la APS y el apoyo a la misma en el plano nacional y de la comunidad.

6) Inclusión en la programación sanitaria por países de provisiones para la planificación, la organización y la administración de los grupos rurales de salud, de conformidad con las actividades previstas de los servicios de salud.

¹⁰ A los fines del presente informe, la programación sanitaria por países es un conjunto de métodos para la planificación del desarrollo sanitario nacional concebido de modo que pueda integrarse en los planes de conjunto del desarrollo socioeconómico. El procedimiento para establecer un programa sanitario nacional comprende: la identificación sistemática de los problemas prioritarios de salud y otros afines; la especificación de objetivos para la reducción de esos problemas, incluido el establecimiento de metas específicas; la identificación de estrategias que permitan alcanzar esos objetivos; y la traducción de esas estrategias en programas de desarrollo de la salud.

7) Fomento de los programas de desarrollo rural integrado orientados a conseguir su total autofinanciación en lo posible.

8) Establecimiento de centros nacionales de referencia para la APS y el personal rural de salud, encargados de llevar a cabo investigaciones, participar en el establecimiento de programas de formación, reunir y difundir información y ejercer vigilancia.

9) Organización de reuniones con participación intersectorial de representantes de diversas profesiones, dirigentes de las comunidades rurales y políticos, a fin de identificar y resolver problemas importantes relativos a la APS y al desarrollo de grupos rurales de salud.

Una vez adoptadas estas medidas preparatorias, debe trazarse un plan de trabajo pormenorizado.

Conviene establecer cierto equilibrio entre la delegación de poderes a la comunidad, para fomentar el interés y la participación locales, y los poderes que ha de reservarse el gobierno con miras a la formulación centralizada de una política nacional y a su aplicación coherente. La interacción entre la comunidad y los servicios de salud es el mecanismo que ha de hacer posible el desarrollo eficaz de un programa de APS.

La ejecución del plan puede facilitarse mediante el empleo de ciertos medios administrativos, como la técnica para la evaluación y el examen de programas (PERT), que es una forma gráfica de planificación de las actividades. Será útil, en efecto, preparar un diagrama: 1) que ofrezca una presentación visual de todas las actividades planeadas para la ejecución de un programa desde el principio hasta el final, 2) que muestre la sucesión de las actividades dentro de unos periodos especificados y 3) que permita su vigilancia y control, de modo que puedan ejecutarse siguiendo un orden lógico. La responsabilidad de la ejecución debe confiarse a una sola persona, que tenga a su disposición todos los medios necesarios, tanto financieros como de personal.

NOTA

El Comité agradece de un modo especial la participación en sus trabajos de los siguientes miembros del personal de la OMS: Srta. E. Barton, División de Salud de la Familia, Dr. A. el Bindari Hammad, Jefe de Sector de Programa, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Rural, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud; Sr. J. N. Lanoix, Jefe, Desarrollo de Instituciones y Servicios, División de Higiene del Medio; Dr. S. Litsios, Jefe de Sector de Programa, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Rural, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud; Dr. A. Mangay Maglacas, Especialista Jefe de Enfermería, División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud; Dr. R. Strudwick, Médico Jefe, División de Salud de la Familia.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS, Manual de Resoluciones y Decisiones, Volumen II, 2ª ed., 1977, pág. 20 (resolución WHA28.88).
2. OMS, Manual de Resoluciones y Decisiones, Volumen II, 2ª ed., 1977, pág. 21 (resolución WHA29.74).
3. MAHLER, H. *Crónica de la OMS*, 29: 497 (1975).
4. *Desarrollo rural*, Washington, D. C., Banco Mundial, 1975 (Documento de Política Sectorial), pág. 3.
5. MAHLER, H. *Crónica de la OMS*, 31: 548 (1977).
6. *Report of the fifth African regional conference on education for development* (págs. 42-65). *Education pour le développement. Cinquième Conférence régionale africaine, Rapport III*, (págs. 49-76). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1977.
7. MCGAGHIE, W. C. Y COLS. *Introducción a la preparación de planes de estudios de medicina basados en la competencia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Cuadernos de Salud Pública, N° 68).
8. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 608, 1977 (*Normas para la evaluación de los objetivos de aprendizaje en la formación de personal de salud*).
9. *The primary health worker: working guide, guidelines for training — L'agent de santé communautaire*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1977, pág. 321.
10. LANOIX, J. N. Y ROY, M. L. *Manuel du technicien sanitaire*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976.
11. *Reference material for health auxiliaries and their teachers — Matériel de référence destiné aux auxiliaires sanitaires et à leurs enseignants*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976 (publicación en offset N° 28).
12. WYATT, G. B. Y WYATT, J. L. *Medical assistant's manual: a guide to diagnosis and treatment*. Singapur, McGraw-Hill, 1973 (International Health Services Series).

BIBLIOGRAFIA SELECTA

(véase también la lista bibliográfica precedente)

- ABBAS, K. H. *Sudan: the national health programme with special reference to primary health care* — Khartoum, Khartoum University Press, 1976.
- ACUÑA, H. R. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 82: 93-97 (1977).
- AHMED, S. Potential contribution of the primary-school teachers to the health of a developing country. *Lancet*, 2: 307-308 (1978).
- ANDREOPOULOS, S. ED. *Primary care: where medicine fails*. Nueva York, Wiley, 1974.

- ARNOLD, M. F. Y COLS., ED. *Health programme implementation through PERT; administrative and educational uses*. San Francisco, American Public Health Association, 1966 (Continuing Education in Public Health Monographs, N° 6).
- BACQUERO ANGEL, J. Y FERRER FERRER, H. La educación médica en el área rural — una experiencia en Colombia. *Educación médica y salud*, 9: 55-73 (1975).
- BAKER, A. S. Primary care by the nurse. *New England journal of medicine*, 290: 282-283 (1974).
- BEDAYA-NGARO, S. Y CHAMORIN, L. La formation para-médicale en République Centrafricaine. *Afrique médicale*, 14: 563-567 (1975).
- BRYANT, J. *Health and the developing world*. Ithaca, Nueva York, Cornell University Press, 1969.
- CASTELLANOS ROBAYO, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 82: 478-492 (1977).
- Centre International de l'Enfance. *La santé de la famille et de la communauté*. Issy-les-Moulineaux, 1976 (Les Classiques africains, N° 615).
- DE MERS, J. L. *Educating new health practitioners; the MEDEX Northwest approach*. Seattle, University of Washington, 1976.
- DJUKANOVIC, V. Y MACH, E. P. *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo; estudio conjunto UNICEF/OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976.
- ELLIOT, K. *The training of auxiliaries in health care, an annotated bibliography*. Londres, Intermediate Technology Ltd, 1975.
- L'équipe de santé. *Afrique médicale*, 13: 837-839 (1974).
- ESSEX, B. J. *Diagnostic pathways in clinical medicine; an epidemiological approach to clinical problems*. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1976.
- FENDALL, N. R. E. *Los auxiliares en el cuidado de salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1975.
- FENDALL, N. R. E. Auxiliaries and primary medical care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 48: 1291-1300 (1972).
- FENDALL, N. R. E. Health care for the deprived. *Internationale Entwicklung*, 2: 26-30 (1977).
- FENDALL, N. R. E. Primary medical care in developing countries. *International journal of health services*, 2: 297-315 (1972).
- FENDALL, N. R. E. Rational use of health manpower. *World medical journal*, 20: 104-106 (1973).
- FLAHAULT, D. Le concept de soins de santé primaires. *Cahiers médicaux*, 3: 1041-1045 (1978).
- FLAHAULT, D. Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria de salud. *Crónica de la OMS*, 30: 481-485 (1976).
- FLAHAULT, D. Relación entre los agentes de salud de la comunidad, los servicios sanitarios y la propia comunidad. *Crónica de la OMS*, 32: 162-166 (1978).
- FLAHAULT, D. La formación del personal sanitario de primera línea: un factor decisivo del desarrollo. *Crónica de la OMS*, 27: 256-262 (1973).

- La formation du personnel para-médical en Tanzanie. *Afrique médicale*, **16**: 193-194 (1977).
- FREYVOGEL, T. A. Die Ausbildung von « Medical Assistants » in Tansania. *Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, **30**: 230-237 (1974).
- FÜLÖP, T. ED. Manpower for national health: needs, planning, implementation. *Impact of science on society*, **25**: 213-224 (1975).
- FÜLÖP, T. Nuevos enfoques de un problema permanente: desarrollo integrado de los servicios sanitarios y del personal de salud. *Crónica de la OMS*, **30**: 471-480 (1976).
- GARCÍA MANZANEDO, H. Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad. *Educación médica y salud*, **11**: 346-361 (1977).
- GALE, G. W. Health service problems in developing countries. *Royal Society of Health journal*, **93**: 17-19 (1973).
- Guía para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud, 1974 (Publicación Científica N° 290).
- GUILBERT, J.-J. *Educational handbook for health personnel*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1977 (Publicación en offset N° 35).
- HEVIA RIVAS, P. Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. *Educación médica y salud*, **11**: 258-276 (1977).
- HUDSON, J. I. Y NOURSE, E. S., ED. Perspectives in primary care education. *Journal of medical education*, **50**, Parte 2: 3-253 (1975).
- ISELY, R. B. Y MARTIN, J. F. El comité sanitario de aldea, punto de partida del desarrollo rural. *Crónica de la OMS*, **31**: 343-352 (1977).
- JOSEPH, S. C. Health manpower for rural primary care: problems and potentials in relating medical education to rural needs, as illustrated by recent attempts in Wyoming and in Central Africa. *Public health reports*, **91**: 159-163 (1976).
- KATZ, F. M. *Guidelines for evaluating a training programme for health personnel*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Publicación en offset N° 38).
- LATHEM, W. Y NEWBERRY, A. *Community medicine: teaching, research and health care*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1970.
- LELE, U. *The design of rural development: lessons from Africa*. Baltimore, Johns Hopkins, 1975.
- LONG, E. C. Y VIAU, A. Health care extension using medical auxiliaries in Guatemala, *Lancet*, **1**: 127-130 (1974)
- Low-cost rural health care and health manpower training: an annotated bibliography with special emphasis on developing countries*. Ottawa, International Development Research Centre, 1975-1977, Vol. 1-3.
- MAYER, T. The dimensions of human hunger. *Scientific American*, **235**: 10-64 (1976).
- MASCAREÑO SAUCEDA, F. Y MARTÍNEZ URBINA, R. Necesidad, utilización y capacitación de personal auxiliar voluntario en programas rurales de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, **82** (1): 7-13 (1977).

- Medical auxiliaries: proceedings of a symposium.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1973 (Publicación Científica N° 278).
- MONTROYA AGUILAR, C. Objetivos de salud y decisión política: definiciones y problemas de las políticas nacionales de salud. *Crónica de la OMS*: 31: 493-500 (1977).
- NEWELL, K. W., ED. *La salud por el pueblo.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
- New directions in education for changing health care systems.* París, Organization for Economic Co-operation and Development Center for Educational Research and Innovation, 1975.
- OMS, Actas Oficiales, N° 226, 1976, Anexo 15 (*Promoción de los servicios sanitarios nacionales en relación con la asistencia sanitaria primaria*).
- OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 521, 1973 (*Formación teórica y práctica del personal docente de las escuelas de medicina y de ciencias de la salud*).
- OSEASOHN, R. Y COLS. Primary care by a nurse practitioner in a rural clinic. *American journal of nursing*, 75: 267-271 (1975).
- El papel de la enfermera en la atención primaria de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 82: 446-455 (1977).
- PARKER, A. Y COLS. Instrumentos adecuados de asistencia sanitaria: establecimiento de una tecnología de la asistencia primaria de salud y del desarrollo rural. *Crónica de la OMS*, 31: 148-154 (1977).
- PARKER, A. W. *The team approach to primary health care.* Berkeley, University of California, 1972. (Neighborhood Health Center Studies Seminar Program: Monograph Series, N° 3).
- PITCAIRN, D. M. Y FLAHAULT, D., ED. *El ayudante de medicina: personal de asistencia sanitaria de grado intermedio.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975 (Cuadernos de Salud Pública, N° 60).
- RAHNEMA, M. Función del personal sanitario de asistencia primaria. *Crónica de la OMS*, 29: 6-10 (1975).
- RAHNEMA, M. Y COLS., ED. *Report of the Commission on the Study of Health and Medical Problems: a summary*, 2ª ed. Teherán, Imperial Organization for Social Services, 1975.
- ROVIN, S. A curriculum for primary care dentistry. *Journal of dental education*, 41: 176-190 (1977).
- Seminario sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural: informe final.* Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1975 (Publicación Científica N° 296).
- SIDEL, V. Y SIDEL, R. *Serve the people: observations on medicine in the People's Republic of China.* Nueva York, Josiah Macy Jr Foundation, 1973.
- SILVER, H. K. Y KECHER, J. A. The pediatric nurse practitioner and the child health associate: new types of health professionals. *Journal of medical education*, 45: 171-176 (1970).
- SKEET, M. Y ELLIOTT, K. *Health auxiliaries and the health team.* Londres, Croom Helm, 1978.

- SMITH, R. A., ED. *Manpower and primary health care: guidelines for improving/expanding health service coverage in developing countries*. Honolulu, University of Hawaii Press, 1978.
- SMITH, R. A. MEDEX — five years later. *Journal of the American Medical Association*, **233**: 135-136 (1975).
- SUYADI, A. Y COLS. Primary care in the village. An integrated approach to village self-help health programmes. *Tropical doctor*, **7**: 123-128 (1977).
- SWINSCOW, T. D. V. Primary care: a look at Kenya. *British medical journal*, **1**: 1337-1338 (1977).
- TAYLOR, C. E. Y COLS. *Doctors for the villages: study of rural internships in seven Indian medical colleges*. Nueva York, Asia Publishing House, 1976.
- THACKER, S. B. Y BANTA, H. D. El servicio nacional en las zonas rurales: el caso de Colombia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, **82**: 327-333 (1977).
- VERDERESE, M. DE L. Y TURNBULL, L. M. *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: a guide to her training and utilization*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975 (Publicación en offset N° 18).
- VOGEL, L. C. Y COLS. The spectrum of behaviour and decisions of clinical officers: an analysis of decisions made by clinical officers at the Government Hospital, Kiambu, Kenya. *East African medical journal*, **53**: 226-235 (1976).
- WANG, V. L. Training of the barefoot doctor in the People's Republic of China: from prevention to curative service. *International journal of health services*, **5**: 475-488 (1975).
- WATSON, E. J. Necesidades sanitarias de la colectividad: función del personal auxiliar de salud. *Crónica de la OMS*, **30**: 97-103 (1976).
- WERNER, D. Donde no hay doctor. México, Pax-México, 1977.
- YANGNI ANGATE, A. Rôle de l'infirmier au sein de l'équipe médicale. *Afrique médicale*, **12**: 461-465 (1973).

PELICULAS

- The barefoot doctors of rural China*. Diane Li Productions, P.O. Box 2110, Stanford, CA, Estados Unidos de América (francés e inglés; en color; 50 min.; 16 mm).
- Behvarz* (Formación de personal rural de salud en Irán). Imperial Organization for Social Services, 132 Raisi Street, Teherán, Irán (inglés; en color; 25 min.; 16 mm).
- Buen camino* (Aspectos de la atención primaria de salud en México). Organización Mundial de la Salud, División de Información Pública, Películas y Televisión, 1211 Ginebra 27, Suiza (inglés; en color; 30 min.; 16 mm).
- Did you take your tablets?* (Lucha antituberculosa en las zonas rurales de Malí). Pando Film, K202 Dorpsweg, Twisk, Países Bajos (inglés y francés; en color; 15 min.; 16 mm). También se puede pedir a: Organización Mundial de la Salud, División de Información Pública, Películas y Televisión, 1211 Ginebra 27, Suiza.
- Donde el médico no llega*. (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Sección de Sanidad Internacional, Edificio Sur, Avenida Bolívar, Caracas, Venezuela (español e inglés; en blanco y negro; 25 min.; 16 mm).

- The dream comes true* (La atención primaria de salud en Guatemala). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Palacio Nacional, Guatemala, C.A. (español e inglés; 55 min.; 16 mm).
- A fair share of what little we have* (La atención primaria de salud en Tanzania). BBC Enterprises, Villiers House, The Broadway, Londres W5 2PA, Inglaterra (inglés; en color; 50 min.; 16 mm).
- First port of call*. Ministry of Health and Environmental Control, Permanent Secretary, 10 Caledonia Avenue, P.O. Box 478, Kingston, Jamaica (inglés; en color; 25 min.; 16 mm).
- The implementation of primary health programs*. Health Manpower Development Staff, School of Medicine, University of Hawaii, Honolulu, Hawaii 96822, Estados Unidos de América (inglés; en color; 20 min.; 16 mm).
- Learning to live* (La atención primaria de salud en Lorestán, Irán). Imperial Organization for Social Services, 132 Raisi Street, Teherán, Irán (inglés; 55 min.; 16 mm).
- Medicine of liberation* (Aspectos de la atención primaria de salud en Mozambique). Organización Mundial de la Salud, División de Información Pública, Películas y Televisión, 1211 Ginebra 27, Suiza (inglés; en color; 35 min.; 16 mm).
- The most precious property* (Aspectos de la atención primaria de salud en Viet Nam). Organización Mundial de la Salud, División de Información Pública, Películas y Televisión, 1211 Ginebra 27, Suiza (inglés; en color; 40 min.; 16 mm).
- Panoi, the village midwife* (Formación de las parteras tradicionales en Tailandia). International Development Research Centre, P.O. Box 85000, Ottawa, Canadá K19 3H9 (inglés; en color; 15 min.; 16 mm).
- Rural health in India*. Ministry of Health, Department of Family Welfare, Nirman Bhavan, Nueva Delhi 110011, India (inglés; en blanco y negro; 25 min.; 16 mm).
- The rural health worker* (La atención primaria de salud en seis países; Bangladesh, Canadá, Irán, Panamá, Tailandia y Venezuela). International Development Research Centre, P.O. Box 85000, Ottawa, Canadá K19 3H9 (francés e inglés; en color; 30 min.; 16 mm).
- Seeds of health* (El proyecto de Chimaltenango en Guatemala). Tedlok-Films, Schillerstrasse 52, 7800 Friburgo, República Federal de Alemania (alemán, español, francés e inglés; en color; 45 min.; 16 mm). También se puede pedir a: Consejo Mundial de las Iglesias, Route de Ferney, 1211 Ginebra, Suiza.
- The story of Kauko* (Aspectos de la atención primaria de salud en Finlandia). Organización Mundial de la Salud, División de Información Pública, Películas y Televisión, 1211 Ginebra 27, Suiza (inglés; en color; 25 min.; 16 mm).

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

Informes recientes :

Nº	Fr. s.
586	
(1976) Riesgos para la salud ocasionados por nuevos contaminantes del medio	
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (104 páginas)	
	8,—
587	
(1976) Indices estadísticos de la salud de la familia	
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (97 páginas)	
	8,—
588	
(1976) Lucha contra la meningitis cerebroespinal	
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (31 páginas)	
	6,—
589	
(1976) Planificación y evaluación de servicios de odontología de salud pública	
Informe de un Comité de Expertos de la OMS (37 páginas)	
	6,—
590	
(1976) Carencia de vitamina A y xeroftalmía	
Informe de una Reunión Conjunta OMS/AID (Estados Unidos) (96 páginas)	
	10,—
591	
(1976) Medicina nuclear	
Informe de un Comité Mixto OIEA/OMS de Expertos en el uso de radiaciones ionizantes y de isótopos radioactivos en medicina (medicina nuclear) (78 páginas)	
	7,—
592	
(1976) Residuos de plaguicidas en los alimentos	
Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1975	
	6,—
593	
(1976) Metodología de la vigilancia nutricional	
Informe de un Comité Mixto FAO/UNICEF/OMS de Expertos (74 páginas)	
	7,—
594	
(1976) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos	
27º informe (91 páginas)	
	8,—
595	
(1976) Coadyuvantes inmunológicos	
Informe de un Grupo Científico de la OMS (43 páginas)	
	6,—
596	
(1976) Aplicación del análisis de sistemas a la gestión sanitaria	
Informe de un Comité de Expertos de la OMS (75 páginas)	
	7,—
597	
(1976) Epidemiología de la oncocercosis	
Informe de un Comité de Expertos de la OMS (103 páginas)	
	8,—
598	
(1976) Aspectos microbiológicos de la higiene de los alimentos	
Informe de un Comité de Expertos de la OMS reunido con participación de la FAO (114 páginas)	
	9,—
599	
(1976) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios	
20º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (31 páginas)	
	6,—
600	
(1976) Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud	
Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño (109 páginas)	
	12,—
601	
(1977) Métodos utilizados para establecer niveles admisibles de exposición profesional a los agentes nocivos	
Informe de un Comité de Expertos de la OMS con participación de la OIT (74 páginas)	
	8,—

Nº		Fr. s.
602	(1977) Progresos en el estudio de la hepatitis vírica Informe del Comité de Expertos de la OMS en Hepatitis Vírica (69 páginas)	8,—
603	(1977) Problemas técnicos de las operaciones de lucha antivectorial Primer informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (44 páginas)	6,—
604	(1977) La comestibilidad de los alimentos irradiados Informe de un Comité Mixto FAO/OIEA/OMS de Expertos	6,—
605	(1977) Quimioterapia de los tumores sólidos Informe de un Comité de Expertos de la OMS (119 páginas)	12,—
606	(1977) Acción patógena de los complejos inmunitarios Informe de un Grupo Científico de la OMS (63 páginas)	8,—
607	(1977) Comité de Expertos de la OMS en Lepra Quinto informe (51 páginas)	6,—
608	(1977) Normas para la evaluación de los objetivos de aprendizaje en la formación de personal de salud Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (49 páginas)	6,—
609	(1977) Necesidades de salud de los adolescentes Informe de un Comité de Expertos de la OMS (60 páginas)	7,—
610	(1977) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 28º informe (144 páginas)	11,—
611	(1977) Uso de radiaciones ionizantes y de radionúclidos en seres humanos para la investigación y la formación médicas y con fines no médicos Informe de un Comité de Expertos de la OMS (42 páginas)	6,—
612	(1977) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1976 (38 páginas)	6,—
613	(1977) Salud mental y desarrollo psicosocial del niño Informe de un Comité de Expertos de la OMS (77 páginas)	7,—
614	(1977) Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas 26º Informe (59 páginas)	7,—
615	(1977) Selección de medicamentos esenciales Informe de un Comité de Expertos de la OMS (38 páginas)	5,—
616	(1978) Neisseria gonorrhoeae e infecciones gonocócicas Informe de un Grupo Científico de la OMS (156 páginas)	12,—
617	(1978) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios 21º informe del comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (48 páginas)	5,—
618	(1978) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 21º informe (52 páginas)	6,—
619	(1978) Contracepción por esteroides y riesgo de neoplasia Informe de un Grupo Científico de la OMS (59 páginas)	6,—
620	(1978) Química y especificaciones de los plaguicidas Segundo informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (40 páginas)	5,—
621	(1978) Epidemiología, etiología y prevención de las periodontopatías Informe de un Grupo Científico de la OMS (65 páginas)	6,—