

NACIONES UNIDAS

CONSEJO  
ECONOMICO  
Y SOCIAL



LIMITADO

UNESCO/ED/CEDES/11  
ST/ECLA/CONF.10/L.11  
PAU/SEC/11  
6 de diciembre de 1961

ESPAÑOL  
ORIGINAL: INGLES

CONFERENCIA SOBRE EDUCACION Y DESARROLLO  
ECONOMICO Y SOCIAL EN AMERICA LATINA

Patrocinada por la Organización de las Naciones  
Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura,  
la Comisión Económica para América Latina y la  
Organización de los Estados Americanos

Santiago de Chile, 5 a 19 de marzo de 1962

LA RELACION ENTRE LA SALUD Y LA EDUCACION EN EL  
DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL

preparado por la  
Oficina Sanitaria Panamericana



Es evidente que el desarrollo económico y social progresivo y permanente debe basarse en un sistema de educación que promueva el eficaz aprovechamiento de todos los recursos disponibles, tanto humanos como materiales. Cuando la sociedad proporciona a sus miembros formación técnica y profesional en cantidad y calidad necesarias para definir y resolver sus problemas económicos y sociales, se inicia una reacción en cadena. El mejoramiento social y económico resultante provoca cambios que, a su vez, requieren cierto desenvolvimiento y adaptación del sistema educativo que conduzcan a una extensión todavía mayor del potencial económico y a un mejoramiento del medio social. Sin embargo, esa reacción es solamente teórica o, en el mejor de los casos, limitada en sus efectos si al mismo tiempo no se adoptan medidas para crear y mantener condiciones óptimas de salud para el individuo y la comunidad.

El recién nacido es para la sociedad un capital en potencia. Su participación y el grado en que se beneficie del crecimiento económico y social de la sociedad a que pertenezca dependerán en parte de las oportunidades que tenga para educarse y desempeñar las funciones que de él se espera; dependerán también de las condiciones sanitarias, individuales y colectivas, en que se efectúe su educación. La muerte prematura y la incapacidad representan para la sociedad una pérdida en individuos que nunca contribuirán a ella o cuya capacidad física para prestar servicios ha sido menoscabada. Hay una pérdida más sutil en los muchos supervivientes cuya capacidad total de aprendizaje se resiente por las enfermedades a que han estado o estarán expuestos.

En los programas de erradicación del paludismo se ha comprobado que los niños libres de esa enfermedad pierden menos días de clases, trabajan y juegan con mayor vigor y aprenden mejor que los niños infestados del parásito palúdico. Lo mismo se ha comprobado en programas para el control de las enfermedades diarreicas y el mejoramiento del estado nutritivo.

En los últimos años, los economistas han reconocido cada vez más el papel que, directa o indirectamente, desempeñan los servicios sanitarios en el desarrollo económico. La importancia de la salud está implícita en el Acta de Bogotá y en la insistencia en proyectos relacionados con la salud, como programas de abastecimiento de agua en los recientes préstamos para el desarrollo destinados a países latinoamericanos. Es igualmente conocido

/el papel

el papel que corresponde a la educación en el desarrollo económico y social. Por consiguiente, el presente estudio tratará de la relación mutua entre la salud y la educación dentro del marco del proceso de desarrollo, suponiendo que la contribución de cada uno de ellos no necesite mayor demostración.

Examinemos ante todo, la relación entre niveles educativos, problemas sanitarios y servicios de sanidad.

En su trabajo La situación educativa en América Latina, el Sr. Oscar Vera, Coordinador del Proyecto Principal sobre Extensión y Mejoramiento de la Educación Primaria en América Latina, (UNESCO), señala que veinte países latinoamericanos pueden dividirse en tres grupos bien definidos según su situación educativa, social y económica. El Sr. Vera hace notar que cinco países con el 20 por ciento de la población total de la región, tienen un promedio de 17 por ciento de analfabetos, 66 por ciento de población de 15 años y más y un promedio de ingreso anual de 300 a 349 dólares. El segundo grupo comprende ocho países que representan el 70 por ciento de la población total de América Latina, con un promedio de 49 por ciento de analfabetos, 58 por ciento de la población de 15 años y más y un ingreso por habitante de 100 a 149 dólares. En el tercer grupo quedan los siete países restantes, con el 10 por ciento de la población total de la región, 70 por ciento de analfabetos, 59 por ciento de 15 años y más y menos de 100 dólares de ingreso medio por habitante.

Se podría suponer que el nivel educativo de una población determinada constituye un factor importante para determinar el grado en que planea y utiliza los servicios sanitarios indispensables. Examinemos desde este punto de vista los grupos definidos por el Sr. Vera.

Existe un alto nivel de enfermedades causadas por el inadecuado saneamiento del medio en países de bajos recursos educativos y económicos. La gastritis y la enteritis predominan en tales condiciones. Interesa señalar que a esas enfermedades se atribuye, como causa primordial, el fallecimiento en 1956 de niños entre 1 y 14 años en seis de los países del segundo grupo mencionado por el Sr. Vera y en todos los países del tercer grupo que informaron sobre causas de muerte durante ese año. Como tales enfermedades son más frecuentes donde no hay servicios adecuados para la eliminación de los desperdicios humanos, cabe señalar también que los países del primer grupo

/informaron en

informaron en 1956 que el porcentaje de habitantes que disponía de sistema de alcantarillado variaba entre 30 y 44 por ciento y en esos países la gastritis y la enteritis no eran las causas principales de muerte, mientras que los países del segundo y tercer grupo dieron cuenta de que sólo entre el 4.7 y el 20 por ciento de la población contaba con servicios adecuados para la eliminación de las aguas servidas.

Hemos subrayado la importancia de un abastecimiento de agua potable adecuada para prevenir la enteritis. En el gráfico anexo se mencionan los países latinoamericanos según el porcentaje de habitantes que en 1959 no poseían servicios de agua en ciudades de 2 000 habitantes o más. Los países con el mayor porcentaje sin tal protección siguen muy de cerca a los de más bajo nivel educativo y más alta tasa de analfabetismo.

Se ha observado que países de las Américas con altos niveles de educación y elevadas tasas de alfabetización tienen tasas de mortalidad relativamente bajas en general y que, a la inversa, los que en general exhiben las más altas tasas de mortalidad tienen bajos niveles de educación y alfabetización. Los niveles educativos se correlacionan también positivamente con la disponibilidad de personal médico. Así, en 1957, por ejemplo, había 12.8 médicos por cada 10 000 habitantes en la Argentina, en contraste con sólo uno por cada 10 000 en Haití.

De mayor importancia aún es el hecho de que el nivel educativo de una población dada se correlaciona positivamente con los gastos por habitante en servicios sanitarios. En los países donde esos niveles son altos, los gobiernos dedican más fondos a servicios sanitarios adecuados, sin duda como consecuencia del interés que expresa un público bien informado.

El desembolso de fondos es importante porque tanto los servicios educativos como los sanitarios cuentan dinero. Un país limitado en su desarrollo económico no estará en situación de proveerse de adecuados servicios sanitarios y educativos. El público no estará bien informado de sus problemas sanitarios ni de los medios para resolverlos, la atención médica será deficiente en cantidad y, como es natural, puede esperarse una elevada tasa de morbilidad y mortalidad.

Si se acepta que la salud y la educación constituyen parte integrante del proceso de desarrollo económico, ¿qué medidas concretas procede adoptar?

/En primer

En primer lugar, es esencial dar a las autoridades sanitarias, locales, nacionales e internacionales, plena oportunidad para participar en el planeamiento del desarrollo económico y social. Al efectuarse en cualquiera de esos niveles los estudios iniciales para determinar las posibilidades presentes y futuras del crecimiento económico, es indispensable tener en cuenta el estado de salud de las poblaciones interesadas y las medidas que conviene adoptar para atender adecuadamente sus necesidades sanitarias presentes y futuras. No basta saber cuál es la mano de obra disponible. Es necesario conocer con exactitud cuáles son los problemas sanitarios concretos que se plantean en la zona considerada para el desarrollo, formular planes para proporcionar la cantidad y calidad de los servicios que se requieren y tener la seguridad de que se podrá contar con esos servicios en forma permanente.

Aunque pueda resultar paradójico, hasta hace poco muchos gobiernos que se preocupaban por mejorar la economía de sus países mediante mayores inversiones en actividades directamente productivas subestimaban e incluso ignoraban la necesidad de realizar un esfuerzo igual para mejorar la salud del individuo y de la comunidad. Con frecuencia los presupuestos para servicios sanitarios nacionales no se han aumentado en proporción con los de otros departamentos u organismos vinculados al crecimiento económico y social. En efecto, en ocasiones los presupuestos de sanidad han permanecido estáticos e incluso sufrido reducciones precisamente en cuanto concierne a aquellos servicios que más se relacionan con los programas de desarrollo propuestos.

El planeamiento de los servicios sanitarios en el desarrollo económico debe proyectarse más allá de los problemas que presenta en la etapa inicial y también debe tener en cuenta, con criterio verdaderamente preventivo, los problemas sanitarios cambiantes derivados de condiciones económicas y sociales en evolución.

Dondequiera que se desarrollen industrias, es de suponer que se proveerá lo necesario para la higiene industrial, que protegerá al trabajador en el empleo. Sin embargo, la responsabilidad no cesa cuando éste abandona la fábrica. Como hace notar Hunter, "en la higiene industrial moderna tienen importancia las personas, las condiciones en que vive y trabaja, sus esperanzas y temores, su actitud hacia su empleo, hacia sus compañeros de trabajo y hacia sus empleadores".

En el planeamiento para las necesidades sanitarias futuras del nuevo trabajador industrial se debe tener en cuenta la vivienda, con objeto de dar a éste óptimas condiciones sanitarias fuera de la fábrica, sin descuidar los servicios sanitarios, públicos y privados, un abastecimiento adecuado de agua potable y, para la mejor salud mental, el planeamiento del empleo razonable del tiempo libre.

El ideal consistirá pues, en un ordenado planeamiento sanitario a largo plazo que permita el desenvolvimiento efectivo de individuos sanos y un ambiente saludable como condición previa para el desarrollo económico y social y para resolver también los problemas sanitarios, individuales y ambientales, que resulten de tal desarrollo.

Es evidente que el elemento clave para ese planeamiento, el que convertirá la teoría en realidad, será la disponibilidad de personal sanitario en la cantidad y calidad que se requiera.

Procede, por lo tanto, formular la segunda pregunta importante: ¿qué debe exigirse de la educación para contar con servicios sanitarios y para que éstos reporten el mayor beneficio a las poblaciones atendidas?

Mencionaremos por lo menos las siguientes necesidades básicas:

1. Educación y formación de personal profesional directamente encargado de proporcionar servicios sanitarios a individuos y a la comunidad: médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, veterinarios, bacteriólogos y personal de laboratorio, especialistas en educación sanitaria, etc.
2. Revisión y extensión de los cursos de estudio de nivel secundario para ampliar los conocimientos básicos de personas que aspiran a recibir formación auxiliar en servicios sanitarios (por ejemplo, enfermeras auxiliares, ayudantes sanitarios, etc.).
3. Mejor educación y formación de personal docente de nivel primario, secundario, vocacional y universitario, con miras a una educación sanitaria eficaz de los maestros y por su intermedio, de los estudiantes, padres y comunidades en que trabajan.
4. Programas intensivos a fin de seleccionar y formar el personal profesional necesario para el eficaz desarrollo y aplicación de métodos sanitarios modernos (por ejemplo, sociólogos, especialistas en antropología social, psicología del comportamiento y economía médica).

/5. Incorporación

5. Incorporación de por lo menos un programa básico de formación sanitaria en todas las escuelas profesionales y técnicas cuyos egresados puedan ocuparse directa o indirectamente de las condiciones sanitarias (por ejemplo, Escuelas de Agricultura, de Trabajo Social, de Antropología, de Sociología, etc.).

No describiremos en detalle el contenido de la formación ni los métodos que convendría aplicar. Entendemos que esta Conferencia se interesa principalmente en declaraciones generales de principio y que de ella surgirán la orientación y los procedimientos adecuados para mejorar el aporte de las especialidades de que se trata. Nos limitaremos, pues, a exponer algunos de los cambios principales que se requieren y a razonarlos brevemente.

En cuanto a las Escuelas de Medicina, y esto se aplica también a las demás instituciones profesionales de formación sanitaria, el primer Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica de Personal Médico y Auxiliar (OMS), formuló interesantes comentarios sobre la formación de estudiosos en esas especialidades: "El Comité examinó primero la formación de estudiantes de medicina y enfermeras y expresó la opinión de que debía darse un lugar más importante a la medicina social y preventiva. Se destacó el principio de que tal formación no podía darse eficazmente en un solo semestre; era indispensable que se prosiguiera en todo el período de instrucción... En general, el Comité recomendó que se restableciese el equilibrio de la formación en medicina y enfermería, de modo que se acentuaran más los aspectos sociales de la salud y las enfermedades y el estudiante estuviera más en contacto con los enfermos teniendo en cuenta la situación en sus hogares y el ambiente industrial".

Con anterioridad, el Comité había expresado: "En el pasado se concedió una importancia desproporcionada en el plan de estudios a la medicina curativa. En muchos casos se ha descuidado completamente el aspecto social y lo psicosomático ha quedado sumergido por lo psicoquímico".

El segundo Comité de Expertos en esta misma materia se refirió a la formación de graduados en medicina en los términos siguientes: "Una consecuencia de la división cada vez más acentuada de la ciencia médica en varias especialidades ha sido la tendencia a no reconocer el paciente como un ser humano... Los médicos del futuro deben comprender plenamente que la sociedad a la que sirven está compuesta de individuos y grupos (es decir, familias) cuyos problemas sanitarios y epidemiológicos están influidos por el ambiente físico, fisiológico y social en el que viven, de ahí la "medicina social"."

/El Comité

El Comité propuso que como centro de la medicina en la sociedad, la Escuela de Medicina debe aceptar varias funciones:

1. En su comunidad, la institución de formación médica debe ser no sólo el repositorio de conocimientos de la ciencia médica moderna, sino también el instrumento para desarrollar y complementar este acervo de información científica. Por lo tanto, le corresponden ciertas funciones consultivas que permitan a la comunidad recurrir a ella en busca de asesoramiento técnico. Es, al mismo tiempo, una institución de investigación.
2. Además de ser repositorio del conocimiento científico, la institución de formación médica debe también conocer a la sociedad de la cual forma parte. Sólo combinando el conocimiento científico con el del medio cultural y social podrá la institución promover los fines y objetivos de la medicina.
3. La institución de formación médica, al difundir sus conocimientos y actitudes a través de los estudiantes a quienes prepara para la práctica de la medicina, cumple su función de influir sobre el futuro de la medicina en esa sociedad. Y puede ejercer una influencia positiva analizando las tendencias del desarrollo en la sociedad en que se desenvuelve y anticipándose a ellas en sus programas de enseñanza.

De especial interés es la recomendación de que el plan de estudios comprenda las ciencias sociales y del comportamiento, con objeto de desarrollar en el estudiante esos conceptos necesarios para comprender y apreciar la conducta humana y su variabilidad. Los estudios sobre las ciencias sociales y del comportamiento en las instituciones de formación profesional de personal sanitario tienen por finalidad preparar al alumno para estudiar y comprender los antecedentes culturales de la población, tanto enferma como sana, con la cual trabaja y saber en qué forma puede ayudarle a comprender y aceptar la ciencia médica moderna. Insistiríamos, además, en que las ciencias sociales incluyan no sólo antropología, sociología y psicología, sino también formación en técnicas y métodos pedagógicos. Se advierte que en muchas escuelas de medicina se dedica muy poca o ninguna atención a este aspecto de la formación. Cada oportunidad de entrar en contacto con el paciente, la familia y la comunidad constituye una oportunidad de educación. La posición del médico en la comunidad y el servicio que ofrece, así como la situación psicológica favorable creada por la necesidad del paciente, constituyen /excelentes oportunidades

excelentes oportunidades para la educación del individuo y la comunidad. Cuando el médico no se ha capacitado verdaderamente en el empleo de esta técnica, la educación suele entenderse a menudo como una mera "exposición" de lo que sabe, sin que se lleve a cabo efectivamente el proceso de aprendizaje.

Hay todavía otra manera en que la educación puede contribuir a la salud. El médico de formación exclusivamente didáctica, es decir, que no ha recibido información más que "en una sola vía", tenderá naturalmente a usar este mismo método con los pacientes. Si no se le ha hecho comprender que la educación es en realidad "una vía de doble tráfico", en que el profesor y el alumno ejercen una acción recíproca y en que cada cual contribuye al proceso de aprendizaje, el médico no podrá emplear ese proceso en la relación médico-paciente. En el informe del segundo Comité de Expertos ya mencionado se señala la necesidad de dar a los miembros de las facultades de medicina formación en métodos pedagógicos, y se expresa que, si bien es importante que tengan un conocimiento directo de la materia que enseñan, debe también prestarse atención a la experiencia y a la capacidad docentes. Por lo tanto, debemos encontrar la manera de proporcionar a las instituciones de enseñanza médica una formación apropiada en métodos pedagógicos modernos.

1. Si las profesiones sanitarias han de contribuir adecuadamente al desarrollo económico y social, la educación debe cooperar orientando sus planes hacia un programa de educación y formación que capacite a los que practican las ciencias médicas y sanitarias a fin de que adquieran los conocimientos y actitudes indispensables para atender al ser humano en su ambiente total, social y económico.

Además de ampliar las bases técnicas de tal formación, es evidente que, a fin de resolver los crecientes problemas sanitarios de las Américas, también será necesario ampliar la capacidad total para formar trabajadores sanitarios profesionales. Ya hemos citado las cifras correspondientes a médicos y enfermeras que actualmente ejercen su profesión en determinados países latinoamericanos. Es siempre difícil generalizar y no deseamos por ahora hacer un cálculo categórico de las necesidades totales de las profesiones sanitarias. La determinación de la proporción de profesionales en relación con la población es a lo más objeto de simple conjetura, ya que no se puede saber con

/qué ritmo

qué ritmo ni en qué dirección pueden ampliarse los servicios sanitarios. En América Latina es difícil estimar esa proporción debido a la gran variedad de servicios, a la combinación del ejercicio privado de la profesión con el servicio público que se observa con tanta frecuencia y a los niveles de educación de la población que ya se han mencionado. No obstante, con el aumento de la población y con las perspectivas de desarrollo económico y social, se puede afirmar sin temor a dudas que todas las instituciones de formación antes mencionadas tendrán que prever un incremento de su estudiantado y que en varios países se requerirán nuevas instituciones de formación.

2. Revisión y extensión de los cursos de estudio de nivel secundario, para ampliar los conocimientos básicos de las personas que aspiren a recibir formación auxiliar en servicios sanitarios (por ejemplo, enfermeras auxiliares, ayudantes sanitarios, etc.).

En muchos países de la región se ha juzgado necesario seleccionar y formar personal auxiliar para los servicios sanitarios, debido a numerosos y variados motivos. Las limitaciones presupuestarias, que fijan los sueldos a niveles subprofesionales, la presión de necesidades de sanidad pública por la población y la escasez de personal de nivel profesional, han obligado a seleccionar graduados de varios niveles de la escuela secundaria para darles una formación acelerada como auxiliares sanitarios. Esa formación se efectúa como parte de los programas generales de salubridad pública y el número y calidad de los alumnos suele depender de la presión del programa y de las limitaciones presupuestarias.

Sería sumamente útil si después de un cuidadoso estudio de las necesidades presentes y proyectadas de este tipo de personal, se adoptaran las medidas pertinentes para poder dar formación a largo plazo a ese personal dentro del sistema de enseñanza secundaria. Esto permitiría no sólo atender más al contenido de la formación en sanidad pública sino a la incorporación del conocimiento básico de las ciencias sociales indispensables para aumentar la eficacia de su trabajo en relación con determinados grupos culturales del país. Naturalmente, la formación en métodos de educación sanitaria formará también parte de esos estudios, de modo que cada trabajador pueda hacer de su servicio una experiencia educativa para el pueblo con el cual trabaja.

Hacer más eficientes los servicios oficiales de sanidad pública tendría otras ventajas, ya que el personal profesional podría dedicar más tiempo a supervisar el trabajo que realicen los auxiliares.

3. Mejor educación y formación de personal docente de nivel primario, secundario, vocacional y universitario, con miras a una educación sanitaria eficaz de los maestros y, por su intermedio, de los estudiantes, padres y comunidades en que trabajan.

"La formación sanitaria debe basarse en hechos científicamente comprobados y emplear métodos psicológicamente válidos. En dicho programa corresponde un papel central a los maestros profesionalmente calificados y emocionalmente adaptados. El éxito de los maestros en la difícil tarea de la educación sanitaria depende de su formación y del apoyo y orientación que reciban de los dirigentes médicos, autoridades sanitarias, administradores escolares y el público" (Grout).

El personal de sanidad pública ha tenido con frecuencia la oportunidad de solicitar la cooperación del personal docente escolar con objeto de obtener su apoyo en programas sanitarios para la comunidad. Es lógico suponer que el maestro puede influir en los hábitos y actitudes del escolar en asuntos relacionados con la salud y que tal influencia, debidamente canalizada, se refleje también en las actitudes de la familia y la comunidad. Sin embargo, hemos comprobado que tal cooperación, aunque suele ofrecerse libremente, no siempre ha producido los resultados esperados, principalmente por el deficiente conocimiento y experiencia del maestro en materia de sanidad.

El Sr. Vera ha señalado que frecuentemente los programas de educación primaria y secundaria son "enciclopédicos, excesivamente recargados, ambiciosos y rígidos; que, divorciados de la realidad que viven los alumnos, pierden de vista los objetivos fundamentales de la educación general, y estimulan la memorización, el verbalismo y el intelectualismo, en vez de favorecer el desarrollo integrado de la personalidad, de la iniciativa, del espíritu de observación y la aplicación del método científico y de las habilidades y conocimientos adquiridos a los problemas reales de la vida; que incluyen materias o tópicos de dudosa justificación y excluyen otros que serían del mayor interés y eficacia para la obra educativa".

/Hemos observado

Hemos observado que la educación sanitaria que se da al futuro maestro en los colegios en que se forma suele consistir en la simple comunicación de hechos abstractos y esotéricos que a su vez se comunican a los estudiantes, los cuales harán muy poco o ningún uso práctico de ellos. Así, por ejemplo, dudamos del valor de la instrucción en anatomía y fisiología que se reduce a enseñar los nombres de huesos y órganos vitales del cuerpo en una escuela que carece de agua potable y que posee un sistema primitivo de alcantarillado y un patio lleno de basuras y desperdicios.

Repetimos que el maestro, especialmente en las zonas rurales, se encuentra en una situación excepcional para influir de manera favorable en la actitud de los estudiantes y los padres hacia la salud. Esta ventaja estratégica se pierde, sin embargo, si el maestro desconoce los valores sanitarios y no demuestra con su propia práctica una base sólida de conocimientos en la materia.

La vida escolar debe enseñar al estudiante a adaptarse de la mejor manera a su ambiente físico, social y biológico. La educación sanitaria en las escuelas debe, al menos, tratar de hacer de la salud un bien de gran valor tanto para el individuo como para la comunidad, ayudar al individuo a ejercer con idoneidad aquellas actividades que le corresponde realizar como tal y como miembro de la comunidad para conquistar y preservar la salud, así como comprender y utilizar de la manera más eficaz los servicios sanitarios disponibles.

El programa de formación sanitaria en las instituciones de capacitación del personal docente debe preparar al maestro para apertar su máxima contribución a la salud del individuo y de la comunidad en cualquiera de esas situaciones. Cuando no se dispone de servicios sanitarios o éstos son limitados, el maestro puede ser llamado a asumir una función rectora para orientar a la comunidad hacia una vida sana y fomentar el eventual establecimiento de los servicios sanitarios que se requieren. Cuando la comunidad dispone de estos servicios en gran escala, el maestro necesitará conocimientos para enseñar a usarlos con mayor eficacia. Un programa sanitario escolar debidamente orientado puede lograr que padres y alumnos aprendan juntos y aportar valiosa ayuda a los servicios sanitarios oficiales en programas de inmunización, mejora del saneamiento del medio, localización de casos, etc.

No es nuestra intención proponer que el maestro se convierta en un trabajador voluntario a jornada completa del departamento de salubridad, a expensas de su labor docente. Se reconoce que el maestro es considerado como un agente permanente de la comunidad en relación con todo intento de mejoramiento social y que deben aprovecharse sus aptitudes en forma razonable sin explotar constantemente su presencia. Sin embargo, una adecuada preparación sanitaria en las instituciones de formación del magisterio, seguida de una coordinación práctica de los esfuerzos por las autoridades escolares y sanitarias, puede contribuir mucho a satisfacer las necesidades de la comunidad en materia sanitaria y en otros aspectos del adelanto económico y social.

Insistimos por esto en que se amplíen los actuales programas de formación de maestros, a fin de darles un conocimiento más acabado y realista al menos de lo siguiente: a) problemas sanitarios que encontrarán en la escuela y en la comunidad; b) servicios sanitarios disponibles y cómo utilizarlos de la mejor manera; c) métodos y técnicas de educación sanitaria que harán más eficiente su labor docente en la comunidad; d) cómo reconocer los síntomas de la mala salud u otros defectos en sus estudiantes y dónde y cómo obtener asistencia para el tratamiento de esas enfermedades y defectos; e) integración de la enseñanza sanitaria en todas las asignaturas de la escuela, así como en determinadas materias como biología, economía doméstica, etc.

Ya se supone que tal formación se proporcionará en instituciones que de por sí permiten una vida sana mientras dura la formación, y que cuentan con servicios sanitarios para los estudiantes y con profesores calificados en materia de sanidad. En los últimos años se ha observado la tendencia a preparar especialistas en educación sanitaria que puedan ejercer el magisterio en su propia materia y que asesoren también a otros profesores respecto a la integración de la formación sanitaria en sus propias especialidades. Estimamos que esa tendencia debe fomentarse en lo posible.

Aunque los cursos antes descritos serán muy útiles para contar con maestros debidamente preparados en el futuro, conviene pensar también en los que ahora ejercen la profesión sin haber recibido los beneficios de este tipo de formación. Para ello podrían organizarse cursillos, escuelas de verano /y programas

y programas de formación en el servicio, ya sea como una responsabilidad de las autoridades educativas o como un esfuerzo conjunto de los organismos sanitarios y educativos.

4. Programas intensivos para la selección y formación del personal profesional necesario al eficaz desarrollo y aplicación de métodos sanitarios modernos, (por ejemplo sociólogos, especialistas en antropología social, psicología del comportamiento, economía sanitaria).

Ya se aludió al creciente interés por la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina y otras instituciones que preparan para las profesiones sanitarias la necesidad de tal formación. En efecto, parece evidente que la enseñanza de las ciencias sociales como parte integrante y vital del desarrollo económico y social debe incorporarse o intensificarse en todos los programas de formación de instituciones u otros relacionados con el cambio social. Podemos, pues, prever la necesidad de contar con una facultad de ciencias sociales en las escuelas normales, institutos pedagógicos de nivel universitario, escuelas agrícolas y de trabajo social, etc.

Conviene asimismo utilizar cada vez más a esos profesionales en actividades prácticas directas. En sanidad pública la colaboración de antropólogos que trabajan como miembros de equipos sanitarios ha dado positivos resultados. Así, por ejemplo, sus estudios previos del grupo cultural involucrado en un programa de higiene han sido muy útiles para determinar los tipos de servicios que conviene ofrecer y la manera de integrarlos en el perfil cultural de la población atendida. De haberse prestado ayuda similar en la ejecución de otros programas, se habrían evitado los errores cometidos al tratar de imponer conceptos sanitarios "foráneos" a poblaciones que poseen sus propios sistemas para el tratamiento de enfermedades. La experiencia demuestra que deben utilizarse los conocimientos y técnicas de los especialistas en ciencias sociales en los programas sanitarios en curso y futuros.

Este nuevo criterio debe promoverse cuidadosamente debido a la escasez de personas que, además de la formación en su propia especialidad, tengan formación y experiencia práctica en materia sanitaria. Es inútil alentar la creación de puestos en los Ministerios de Sanidad cuando no exista la posibilidad inmediata de llenarlos. También aquí la educación puede ayudarnos.

/En algunos

En algunos países, la universidad comprende ya institutos o departamentos de Antropología, Sociología, Psicología, etc. En tales casos, convendría dar el estímulo apropiado para aumentar el número de estudiantes que reciben formación en ellos. En el momento oportuno se podría intentar también interesar a los organismos competentes para que empleen a hombres de ciencia en sus programas. Desde el punto de vista sanitario, se podría dar formación y experiencia en servicios sanitarios, a fin de que los graduados pudieran emplearse directamente en los programas sanitarios. Se comprende, sin embargo, que exigencias semejantes de organismos en otras esferas podrían crear confusión o recargar los programas de estudio de las ciencias sociales. En este caso, se podría ofrecer formación especializada en ciencias sociales a través de las escuelas de sanidad pública, formación que ya proporcionan por lo menos varias escuelas latinoamericanas de salubridad pública.

5. Incorporación por lo menos de un programa básico de formación sanitaria en todas las demás escuelas profesionales y técnicas como agricultura, trabajo social, etc.

Al acelerarse el ritmo del progreso social, el hombre, tanto el de la ciudad como el del campo, se encuentra cada vez más en contacto con una gran variedad de trabajadores dispuestos a ayudarlo a mejorar su suerte y ansiosos de hacerlo. Mas, con la creciente tendencia a la especialización, es de temer que cada uno de esos agentes de cambio social sólo se preocupe de obtener resultados positivos en su propia especialidad y tal vez apenas si tenga conciencia de la relación que esa especialidad puede guardar con otras necesidades y otros intereses de la persona o comunidad atendida.

Un programa eficaz de formación sanitaria en las escuelas de agricultura debe comprender el estudio de las condiciones del ambiente rural que influyen en la salud de las familias agrícolas, las medidas que pudieran adoptarse para proteger y promover su salud, la información exacta acerca de la naturaleza y finalidades de los servicios sanitarios disponibles, la relación entre la salud y las prácticas agrícolas recomendadas, etc. El prestigio o la aceptación del funcionario de extensión agrícola bien puede servir para orientar al agricultor a fin de que adopte las medidas sanitarias recomendadas cuando se ignoren los consejos similares de otras fuentes. Su habilidad para hacerse entender del campesino le permitirá interpretar la salud desde un punto de vista agrícola y situar las ideas en un marco conveniente. Un funcionario de extensión agrícola

con tal formación está en una situación excelente para recomendar y fomentar el empleo de abastecimientos de agua potable, la instalación y uso de letrinas, condiciones sanitarias para la conservación de alimentos, etc. También puede desempeñar un papel importante en el proceso de preparar y transportar alimentos al mercado en condiciones higiénicas aceptables. Mediante el conocimiento de la naturaleza y objeto de determinadas campañas sanitarias, como la erradicación del paludismo y la viruela, puede asimismo ayudar a la familia campesina a comprender y apoyar esas medidas.

De igual modo, en las escuelas de trabajo social y en otras instituciones que forman personas que participarán en las transformaciones sociales, la educación sanitaria debe incluirse en el plan de estudios adaptándola a los grupos de población y a las situaciones de que se ocupará cada especialista.

En resumen, he aquí las diversas formas en que la educación, considerada como institución y como sistema, puede contribuir a promover un estado mejor de bienestar físico, mental y social, destinado a influir en el desarrollo económico y social y a ser influido por él:

1. Analizar los actuales programas educativos en todas las especialidades, teniendo en cuenta su relación con los cambios económicos y sociales y las revisiones o modificaciones que tales cambios exijan;
2. Crear o fomentar escuelas e instituciones de las que saldrán recursos humanos calificados en la cantidad y la calidad necesarias para iniciar y/o continuar los servicios básicos que requiere el desarrollo económico y social;
3. Estimular la comprensión y aceptación de la necesidad de contar con esas técnicas y proporcionar oportunidades para su uso eficaz;
4. Participar con otros organismos interesados en una evaluación constante de los resultados obtenidos, de manera que puedan adaptarse fácilmente a nuevas necesidades o a la nueva orientación que requiera el desarrollo económico y social.

Ya se ha realizado cierta labor en ese sentido. A través de la UNESCO y de otros organismos internacionales interesados, no puede negarse que se ha avanzado mucho en el análisis de los sistemas de educación actuales y en la introducción de las reformas y planes necesarios para la adecuada formación de personal. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organismos conexos se han esforzado también por mejorar la formación sanitaria

/mediante seminarios,

mediante seminarios, becas, ayuda a Escuelas de Medicina y Salubridad Pública, distribución de publicaciones de carácter profesional, etc.

Recientemente la OMS y la UNESCO han combinado sus esfuerzos para mejorar la formación de maestros en educación sanitaria, preparando documentos básicos, mediante la labor de comités mixtos UNESCO/OMS, y estableciendo comités nacionales de naturaleza similar en algunos países.

Se trata de una labor meritoria que indudablemente ejercerá considerable influencia en la salud de las comunidades de que se trate. Sin embargo, falta aún mucho por hacer a fin de que esa influencia se extienda a todos los países y zonas donde los bajos niveles en materia de salubridad y educación constituyen serios obstáculos para el desarrollo económico y social.

Lo que se necesita para que la educación y la salud se beneficien del adelanto económico y social y contribuyan al mismo es una filosofía básica y planes prácticos que permitan una evaluación conjunta del propósito, la importancia y los métodos de la labor actual y una acción coordinada para alcanzar los objetivos que nos fijará la sociedad. La necesidad de comprensión y esfuerzo mutuos en el mundo de hoy por individuos, organismos y naciones está expresada, acaso en forma inmejorable, en las palabras de John Donne, quien hace más de cinco siglos dijo: "Ningún hombre es en sí equiparable a una isla; todo hombre es un pedazo del continente... la muerte de cualquier hombre me disminuye porque soy una parte de la humanidad. Por eso no quiero saber nunca por quién doblan las campanas; están doblando por ti."

Esperemos que esta Conferencia prepare el camino adecuado para que puedan realizarse nuestras aspiraciones profesionales y personales a fin de lograr un mundo mejor.

Bibliografía

1. Octavo informe del Comité de Expertos de la OMS en Paludismo, Serie de informes técnicos, No. , 1960.
2. Crónica de la OMS, Vol. 14, No. 7, julio de 1960.
3. Informe anual del Director, OSP/OMS, 1959.
4. Informe cuatrienal sobre condiciones sanitarias en las Américas, 1954-57, OSP/OMS.
5. D. Hunter, Health in industry (Harmondsworth, Penguin Books, 1954).
6. Primer informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica de Personal Médico y Auxiliar, OMS, Serie de informes técnicos, No. 20, 1950.
7. Segundo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica de Personal Médico y Auxiliar, OMS, Serie de informes técnicos, No. 69, 1953.
8. Ruth Grout, Planning for health teaching in the schools, Coloquio sobre educación sanitaria escolar, Ginebra, 1957.
9. J. Paul Leagans, The Communication process in rural development, Cornell University, Cooperative Extension Publications Mimeo Release No. 6.
10. Comité de Expertos sobre Educación en Sanidad Pública, OMS, Serie de informes técnicos, No. 89, 1954.
11. Comité de Expertos en Formación de Personal de Sanidad en Educación Sanitaria del Público, OMS, Serie de informes técnicos 1956,1957.
12. Teacher preparation for health education, Comité mixto de expertos OMS/UNESCO, OMS, Serie de informes técnicos, No. 193, 1960.
13. Oscar Vera, La situación educativa en América Latina, documento provisional UNESCO SS/SAED/LA/C-3 (b), 1960.
14. Dr. Abraham Horwitz, "Problems of health education in the Americas", International Journal of Health Education, Vol. III, No. 3, julio de 1960.
15. "The facts on your water supply", Journal British Waterworks Association, Vol. XLII, No. 348, septiembre de 1960.

