

EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Cuadernos vuelve a publicar materiales significativos que nos llegan de etapas anteriores de la Medicina Social. Comenzamos con los siguientes extractos de un artículo publicado por el Dr. Gustavo Molina Guzmán en la Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva, antecesora de nuestra Revista.

Lo hemos seleccionado porque los principios que aquí se sintetizan en un lenguaje correcto, preciso e inspirado, tienen un alcance que trasciende a la institución en que se plasmaron y que llega con validez hasta nuestra época.

La Unidad Sanitaria de Antofagasta fue creada en 1942 por el Servicio Nacional de Salubridad como la primera iniciativa destinada a "probar qué se puede hacer para mejorar el trabajo sanitario, más o menos con los recursos normales de una Jefatura Provincial". En 1943, Gustavo Molina, Director de la Unidad, expone en la primera Convención Sanitaria de la Zona Norte un resumen de la filosofía del establecimiento y una visión de su programa.

Molina fue, - después del "aprendizaje" en la Unidad Sanitaria de Antofagasta y en otros lugares - Maestro de la Salud Pública chilena y latinoamericana. En este artículo lo vemos refiriéndose a la educación de la comunidad, a la atención de la familia, a la formación del personal. Fundamenta la necesidad de integrar las funciones de protección, fomento y recuperación de la salud. Promueve la sectorización. Destaca los papeles de la enfermera sanitaria, del médico clínico y del sanitarista.

Los invitamos a una lectura de la cual se pueden extraer lecciones sorprendentes y no poco agrado.

ORIENTACIONES DE LA SALUBRIDAD.

(Teoría y práctica de la Unidad Sanitaria de Antofagasta)

Dr. Gustavo Molina Guzmán*

Rev. Chilena de Higiene y Med Preventiva 1945;7 (4):251-307 (recibido para publicación en agosto de 1943)

INTRODUCCIÓN.

Ha parecido conveniente, al final de estas jornadas de fatigosa consideración de nuestras dificultades y realizaciones pasadas y presentes, exponer en forma sumaria la filosofía de nuestra Unidad Sanitaria y una visión de conjunto de su programa y actividades.

Esto importa una invitación a todos a mirar los caminos que el futuro promisor ofrece a los sanitarios y a los médicos animosos y dispuestos a cumplir mejor su papel en da protección y fomento de la salud.

Ningún prejuicio deberá confundir nuestra actitud en este instante.

La tradición y experiencia del Servicio Nacional de Salubridad, en sus veinticinco años de vida, será fuente de enseñanza y estímulo al proceso. Tal vez

la lección objetiva más rica del período vivido es la necesidad categórica de apartar a la Sanidad de la menuda política partidista para supeditarla por entero a criterios y normas técnicas enraizadas en las aspiraciones sociales de la época.

La experiencia de otros países será un bagaje valioso aportado a esta discusión sólo si somos capaces de desentrañar en ella los factores y los principios susceptibles de aplicación útil a nuestro ambiente, en nuestras manos.

* El Dr. Molina falleció en Medellín, Colombia, el 5 de agosto de 1978.

LOS PRINCIPIOS BÁSICOS.

Los principios expuestos a continuación tienen un alcance general, que rebalsa los lindes de la limitada acción presente del Servicio Nacional de Salubridad; no van más allá, sin embargo, de los amplios horizontes señalados en el Código Sanitario. Enunciándolos, el énfasis ha sido colocado sobre aquellos menos considerados en nuestra organización y labor actual: no tendría sentido insistir, por ejemplo, sobre la necesidad de autoridad estatal, que poseemos en grado teórico suficiente. Por fin, los diversos principios están estrechamente ligados en forma que no reconocen precedencia, y la validez de cada uno se apoya y refuerza la validez de los otros, para construir una filosofía de la salubridad, capaz de impulsar el progreso efectivo en el futuro próximo.

La experiencia de las discusiones con los médicos de la Zona ha inducido a presentar aquí algunas definiciones -mejor descripciones- necesarias para entendernos mejor.

“Salubridad” (Salud Pública), expresa la salud colectiva de gentes que viven juntas en una comunidad y, habitualmente, como una unidad de gobierno. Ella expresa el resultado de todos los factores que influyen en la frecuencia de las enfermedades, anomalías o traumatismos, la duración de la vida, el índice de crecimiento y el bienestar físico y mental de la población.

“Administración de Salubridad”, es la ciencia y el arte de organizar y dirigir las entidades privadas y públicas, destinadas primordialmente a promover y proteger la salud pública.

El objetivo primero de las actividades de salubridad, es prevención de la enfermedad y en todas ellas la base es el saneamiento ambiental; es decir, sistema adecuado de agua y eliminación de excretas, control de enfermedades transmisibles y protección de los alimentos. Sobre estas bases, se construye la superestructura de higiene maternal-infantil, cultura sanitaria, nutrición, prevención de enfermedades no infecciosas y otras causas dominantes de enfermedad.

Principio primero: *La educación del individuo, familia y colectividad sobre los problemas de la salud es condición esencial para toda acción de salubridad.*

El servicio sanitario debe ser capaz de estimular y orientar el interés y la comprensión de la comunidad local, para así obtener la colaboración activa e informada de la población.

La mayor parte de nuestras tareas presentes son de tal naturaleza que, no mediando la información viva de cada grupo y del conjunto, los resultados

serán nulos o de eficacia limitada, al instante de nuestra actuación. Si los varios contactos de un enfermo infeccioso o los manipuladores de alimentos no llegan a compenetrarse de los fundamentos y objetivos de nuestras medidas o consejos, todos los esfuerzos de médicos, enfermeras y auxiliares serán ineficaces para reducir la incidencia de casos secundarios o elevar el standard higiénico de los alimentos.

La Sanidad puramente represiva o aún sólo reglamentista, pertenece al pasado y ha fracasado en todas partes. Desde luego, por una razón práctica, la imposibilidad material de estar siempre controlando la actividad de cada individuo que pueda dañar la salud personal o colectiva. Pero, además, porque una bien entendida democracia supone que las funciones de gobierno sean conocidas por la masa ciudadana: ninguna función es más importante para cada sujeto que la defensa de la salud y ninguna requiere ser compartida en más amplia medida por cada individuo.

Si se piensa en las tareas sanitarias del futuro, esto es, el fomento de la salud, el propósito primordial, si no exclusivo, de los organismos de salubridad pasa a ser la formación de hábitos higiénicos en la masa ciudadana, de modo que ésta no rehuya a Sanidad como entidad burocrática, sino que solicite, practique y propague sus recomendaciones, y utilice sus servicios como los de correos o ferrocarriles.

Esta educación de la comunidad no se consigue por medio de una acción especial de educación o propaganda sanitaria, como la hemos practicado clásicamente, sino a través de un propósito primordialmente educativo, fijado a cada actuación sanitaria en el detalle de su ejecución y que se traduce en enseñanzas directas, lo más prácticas posibles, dirigidas a grupos de la población específicamente interesados (familias visitadas por la enfermera, empresarios o trabajadores visitados por el auxiliar, núcleos de embarazadas o madres u otros con problemas comunes, etc.).

Los técnicos de la propaganda saben, y muchos de los presentes han podido comprobarlo, que los afiches y material impreso, y aún el cine y la radio, sólo son recursos auxiliares; ellos son útiles si van junto a un servicio efectivo ofrecido a la población y si lo complementan directa y específicamente.

En la experiencia extranjera, ha sido de gran valor la creación de un Consejo Asesor, compuesto por delegados de los grupos más representativos de la localidad, que lleva y trae necesidades y orientaciones, a la vez que respalda y prestigia a Sanidad. Su eficacia está por ser vista en Chile; en la ciudad de Antofagasta, ha sido ciertamente útil.

Hay ciertos grupos de la sociedad, especialmente concernidos con la educación sanitaria. Uno de ellos son los maestros, por razones obvias. Otro, son los

médicos. La colaboración de la profesión médica es indispensable en cualquier plan de salubridad y ha sido descuidada. La población tiende a consultar los problemas de la salud con quien trata sus enfermedades y, lo sabemos por experiencia, la opinión que reciba influenciará en forma decisiva su actitud ante los organismos sanitarios. Es necesario, pues, a toda costa, que la profesión médica conozca y colabore a cada acción específica de Sanidad, en el convencimiento de que es útil y de que facilita su labor profesional. Diciendo "a toda costa", creo oportuno un ejemplo: en Noviembre pasado, propusimos a la Sociedad Médica de Antofagasta la vacunación antidiftérica sistemática de los niños menores; en el debate, nuestros argumentos no lograron convencer a los colegas que invocaban la mínima incidencia de esta enfermedad. Pues bien, a pesar de nuestra convicción absoluta, aceptamos retardar la vacunación, hasta convencer a los médicos con nuevos argumentos o hechos.

Principio 2°. *La acción sanitaria debe ajustarse en sus programas y métodos a las necesidades y características locales.*

Este modelo y principio es especialmente válido, por olvidado, en países centralistas, como el nuestro. Mirado en el detalle, esto significa que normas y aun reglamentos útiles en Santiago, pueden ser inadecuados para Antofagasta o Valdivia; ello suele ocurrir, en verdad, en nuestras instituciones de salubridad. En un plano más general, este principio supone que la acción sanitaria sea precedida de un conocimiento elaborado de las condiciones demográficas y sanitarias de la localidad, tanto como de los recursos médicos disponibles y de la composición y actitud de la población.

En cualquier país, pero particularmente en la larga extensión de Chile, los problemas de salubridad varían o adquieren muy distinta importancia relativa en las diversas regiones. Lo que es importante y urgente en una, puede no serlo en otra. La acción sanitaria debe, por lo tanto, desarrollar una cierta jerarquía en su esfera de trabajo, para concentrar sus esfuerzos y recursos en aquellos, problemas que, siendo más agudos, pueden ser abordados útilmente con los elementos de que dispone la colectividad.

Esta jerarquización local de los problemas es una necesidad imperiosa para hacer más eficiente y económica nuestra acción. La protección de la salud puede ser estimada una empresa comercial, en que tienen prioridad las inversiones más remunerativas. Basta un ejemplo: Las infecciones entéricas y los factores relacionados con ellas (saneamiento, alimentos), son la causa prevenible más importante de morbilidad

en Linares, Talca, San Felipe y ciudades similarmente rodeadas por población rural; ellas alcanzan cifras mínimas en Antofagasta, puerto lindante con el trópico, donde otros problemas –tifus, tuberculosis, venéreas, – adquieren mayor importancia relativa. La labor sanitaria debe ser determinada por esta circunstancia y todos los recursos y esfuerzos locales deben concentrarse a los problemas prevalentes y susceptibles de control, aunando las facilidades existentes. Ello, sin perjuicio de cumplir las normas generales repartidas por las directivas nacionales, las cuales serán siempre respetuosas y cooperativas de una iniciativa local bien orientada y fundamentada.

Este criterio –que deberá ser transmitido a la opinión pública– obliga a una permanente iniciativa local que no espera directivas de Santiago para actuar, sino que ajusta con agilidad sus programas para servir oportuna y sistemáticamente las necesidades e intereses de la comunidad que sirve. Esto da absoluta primacía a la calidad del trabajo sobre la cantidad, implicando en ello que una actuación errada perjudica más, a la larga, que una no efectuada.

Para jerarquizar los problemas y concentrar los esfuerzos en un programa racional; para medir sus resultados, en cortos y largos períodos; para cambiar oportunamente la orientación o intensidad del trabajo es indispensable disponer de una información completa y oportuna sobre las condiciones demográficas y sanitarias de la localidad; esto supone que la estadística demográfica y del trabajo se organice en tal forma que pueda servir en todo momento las necesidades prácticas del servicio, sin exigir complicados escrutinios especiales.

Principio 3°. *–La función de proteger y fomentar la salud individual y colectiva es una sola y no divisible.*

Por comodidad, ella es dividida arbitrariamente en varias actividades (atención curativa, prevención, saneamiento ambiental), así como los fenómenos naturales son artificialmente distinguidos en fenómenos físicos, químicos, biológicos u otros, para su mejor estudio. En el proceso práctico de esquematización, sin embargo, se ha perdido la concepción unitaria de la salubridad, desarrollando un criterio y una modalidad de trabajo antieconómicas y de eficiencia amenguada.

Consideremos, primero, un aspecto particular que nos concierne de modo directo y mediato, las labores del Servicio Nacional de Salubridad. Es indispensable reconstruir nuestra unidad de acción, que cada actuación sea parte integrante del conjunto de la tarea única, que cada funcionario se sienta partícipe activo de todo el complejo de las funciones sanitarias. La idea es que cada médico, enfermera, auxiliar

o administrativo sanitarios, se sientan vinculados a todos los servicios preventivos que Sanidad ofrece, los conozcan, divulguen y ayuden a la población a obtenerlos. Quien desratiza, o atiende los baños, o vacuna a domicilio, no puede ser indiferente a los otros modos en que se protege la salud y deberá siempre estar preocupado de las condiciones de la vivienda, de averiguar si ha habido enfermos infecciosos, de encontrar una oportunidad para inducir a los interesados a utilizar las clínicas, etc.; viceversa, el personal de clínicas estará interesado en las vacunaciones y en el aseo de sus clientes. Del sistema presente ha resultado una especialización innecesaria e injustificada del personal de auxiliares, que despilfarran tiempo y energías en viajes de un rincón a otro de cada ciudad o pueblo en que trabaja, impidiendo el conocimiento y contacto continuado con un sector de población, indispensable para asegurar una acción unitaria y completa.

Esta falta de coordinación entre brazos de un mismo cuerpo produce tantos daños y pérdidas de esfuerzos en la práctica de cada servicio sanitario local, como en los Departamentos de la Dirección General, cada uno de los cuales aborda separadamente facetas parciales de un mismo problema único. Bastaría con reconocer plena validez al principio antes anunciado para corregir este grave defecto; pues el hacerlo no implica la demanda cualitativa o cuantitativa de mayores recursos, sino sólo una organización más racional del trabajo.

Falla parecida se registra en el seno de todas las instituciones de salubridad. Cada clínica o instituto especializado de Beneficencia, Caja de Seguro, y demás entidades, funciona, en general, desvinculado de las restantes actividades del mismo servicio, como si no fuera igualmente necesario vigilar la correcta evolución del embarazo que prevenir en esa mujer la tuberculosis o las caries dentales, mediante vigilancia médica; o como si no fuera igualmente útil tratar sífilis que tuberculosis, en los contactos de un cliente de la clínica de broncopulmonares.

El individuo es un ente complejo, no susceptible de reducir a presas; siendo así, su concurrencia a cualquiera clínica y su aproximación a cualquier servicio médico-preventivo-asistencial, debería ser una oportunidad preciosa para abordar en él todos los problemas de salud; por muchos años, hasta que la educación haya cavado surcos más hondos, la condición de estar enfermo ofrecerá un momento y motivo precioso para hacer efectiva prevención.

Mirando ahora en el conjunto este principio, importa afirmar que la familia como unidad, y no el individuo, debe ser el sujeto de toda actividad directa tendiente a proteger y fomentar la salud del ser humano.

La unidad familiar -entendida como el conglomerado de personas que conviven constantemente y no sólo como entidad jurídica- ha sido dispersada en Chile en variados grupos para su control médico. Diversos organismos, como el Seguro Obrero, la Beneficencia, Sanidad, Cajas de empleados y otras entidades han desarrollado, independientemente, actividades preventivas, dirigidas a los mismos fines, entre otros: protección de la madre y el niño, control de tuberculosis, control de venéreas, profilaxis de infecciosas agudas, higiene dental, etc. Debido a su estructura interna, cada organismo ha ofrecido atención y control médico a determinados grupos de la población (asegurados de todo tipo, indigentes de diversa clase), vale decir, a determinados miembros de la familia, sin preocuparse de las relaciones de vecindad o convivencia que ellos mantienen entre sí. Por otra parte, como ya se indicó, la familia ha sido también parcelada en las distintas clínicas y servicios especializados, descuidando el carácter de agrupación familiar que revisten las enfermedades infecciosas, agudas y crónicas, y la estrecha relación que éstas tienen con el desarrollo del embarazo y el niño y su dependencia de las condiciones de vida de cada hogar.

Este sistema de trabajo, dispendioso y desordenado, está siendo objeto de diversas tentativas de corrección, con variados criterios. En general cada servicio especializado (tuberculosis, venéreas), está dando más y más atención a los contactos familiares, mediante fórmulas de coordinación entre los diversos organismos interesados; pero se mantiene la absoluta desconexión entre los diversos servicios de la misma o distintas entidades, que controlan a los varios miembros de una familia determinada. En otras palabras, siempre olvidando la concepción unitaria de la salubridad, se tiende a dividir artificialmente a la población en "problemas", tales como tuberculosis, o enfermedades venéreas, o madre y niño.

La idea directriz de esta unidad sanitaria propuesta a discusión, es que ningún programa de acción preventiva -sea de higiene maternal, infantil, sea de higiene dental, o de control de tuberculosis, venéreas o infecciones agudas- alcanzará debida eficiencia si no se aborda en conjunto esos distintos problemas, en el seno de cada hogar, con una intención primordialmente educativa, práctica, que convierta a la clínica o consultorio en un centro efectivo de control de sanos -además de atención de enfermos- y en el punto de partida de la labor educacional. Y se espera lograr este propósito haciendo de la enfermera sanitaria el instrumento de reconstrucción de la unidad familiar, para su control médico por las distintas entidades preventivas.

Para muchos, esta idea despertará una estrecha

asociación con los zarandeados proyectos de fusión y coordinación que han preocupado la atención del gremio médico en los últimos años. Obviando las implicancias políticas y aun administrativas que estos proyectos suscitan en el plano nacional, creemos posible, a base de la experiencia de Antofagasta, propiciar y obtener una integración de los esfuerzos y recursos disponibles en cada localidad, a fin de obtener su máximo aprovechamiento. Más aun, la existencia de problemas similares que afectan a todos los grupos de población de una comunidad determinada exige allí que las instituciones, grupos y personas interesadas en los problemas de la salud colaboren en forma estrecha y activa, aplicando armónicamente las normas generales de cada entidad al desarrollo de la acción local.

La fusión o la coordinación de servicios podrá ser útil o no, muy probablemente sí. Pero no es una base indispensable para producir de inmediato un mayor rendimiento de los esfuerzos en cada localidad. La enfermera sanitaria parece ser el instrumento adecuado y eficiente para producir esta integración de las varias actividades locales, a lo largo de las ideas antes expuestas. Podrán las diversas clínicas y servicios funcionar en locales separados, pertenecer a distintas entidades y ser financiadas por fuentes heterogéneas. Pero el objeto de su acción es uno solo, mantener y fomentar la salud; y el sujeto de su labor es también uno: la población local agrupada en unidades familiares y en barrios, en que la vida se desenvuelve sin reconocer barreras artificiales. De allí que visitación domiciliaria deba necesariamente centralizarse para colocar en una sola persona la vigilancia y educación sistemáticas de todas las familias de un sector determinado. El reconocimiento de este principio es de la mayor importancia, porque la sola correcta redistribución del escaso personal de visitación domiciliaria disponible, determinará un progreso enorme en todo el trabajo, en la calle y en las clínicas.

Principio 4°. *Para- el desarrollo eficiente de toda labor de salubridad, es condición imprescindible la existencia de personal competente y responsable y con medios adecuados de trabajo.*

La educación de la colectividad y el progreso del servicio exigen o requieren necesariamente que el personal mismo esté informado y participe con interés e iniciativa.

Este es un principio muy fácil de enunciar y que recibe unánime e inmediata aceptación. Pero la dificultad de su aplicación práctica -a primera vista insalvable- obliga a examinar separadamente los varios elementos en él implícitos.

En primer lugar, no existe hasta el presente un

mecanismo que asegure la preparación adecuada, en escuelas especiales, de los diversos funcionarios (médicos, enfermeras, inspectores, auxiliares, etc.), que los organismos de salubridad hoy emplean. Cual más, cual menos, todos son autodidactas que aprenden empíricamente la técnica de su trabajo mientras ejercen su función y, con pocas excepciones, desconocen o no se interesan por la filosofía de su labor. Mientras la mayor parte de las instituciones o empresas técnicas exigen como requisito previo al ingreso un entrenamiento teórico y práctico, específicamente adaptado a las labores que sus empleados van a desarrollar, el personal de las diversas entidades de salubridad está formado por profesionales sin preparación específica o por personas sin ninguna competencia básica.

En segundo lugar, en nuestra forma actual de salubridad, funcionarizada a medias, aún no existe la posibilidad económica o de escalafón, de exigir a un gran número de funcionarios la dedicación completa que estas labores requieren.

Durante muchos años, estos dos factores han sido considerados una y otra vez, más que nada como una cómoda excusa para justificar muchas de nuestras fallas, particularmente dentro del Servicio Nacional de Salubridad. Ahora que numerosos médicos y enfermeras están siendo entrenados en escuelas especializadas fuera del país y que el Director General de Sanidad prosigue con éxito las gestiones para organizar una escuela de salubridad nacional, yo quisiera afrontar el problema presente del personal sobre bases de alcance práctico inmediato.

Antes, sin embargo, parecería útil señalar que la manera más estable y eficiente de obtener rentas y medios de trabajo satisfactorios, es crear un real prestigio de los organismos de salubridad en la conciencia colectiva. Es necesario que Sanidad, por lo menos, deje de ser un organismo de tercera clase, destinado solo a los "pobres" (todos los servicios de tercera clase son malos en una democracia incipiente como la nuestra.); es necesario que se prestigie para obtener recursos suficientes, atendiendo a todos los grupos sociales, incluso aquellos que resuelven los presupuestos. El día que decidamos afirmar el reconocimiento de nuestra labor en la conciencia de cada comunidad, obtendremos los recursos necesarios sin tener que mendigarlos en los comités parlamentarios del presupuesto.

Pero, entretanto, puede lograrse -Antofagasta es una demostración- que nuestros funcionarios se capaciten e interesen de veras en su trabajo, si los médicos y jefes locales dedican atención preferente al entrenamiento teórico y práctico de cada funcionario en la ejecución de las normas de trabajo encomendadas a cada uno. Se trata de sustituir los cursos o

charlas académicas para auxiliares por un sistema más eficaz, que describo como ha funcionado en esta Unidad: se elaboran previamente normas detalladas de trabajo, con sus respectivos formularios e instrucciones; estas normas constituyen el texto base de la instrucción del personal y son explicadas, con libre discusión, dando todo el tiempo necesario a la exposición de los fundamentos teóricos o científicos de dichas normas; la enseñanza práctica se da haciendo que el auxiliar efectúe el trabajo (vacunación, visitas inspectivas, etc.), en compañía del médico o del inspector jefe, varias veces, después de lo cual las normas han sido de nuevo discutidas en grupo, en ocasiones modificadas en el detalle; la enseñanza ha sido individual o de pequeños grupos, permitiendo clasificar al personal en sus actividades; los formularios de trabajo están hechos para que toda actuación resulte educativa para el auxiliar y el individuo o grupo de la colectividad en que incide.

La necesidad de adoptar a las enfermeras sanitarias una mentalidad de trabajo, para la cual tampoco han recibido una instrucción específica, ha sido satisfecha en la misma forma. El resultado ha sido igualmente satisfactorio: el espíritu burocrático es desterrado; cada acción se transforma, de trámite coercitivo (para el ciudadano, familia o grupo afectado, y para el funcionario mismo) en gestión dirigida, en la cual se concentran todos los esfuerzos de un personal informado, que participa con entusiasmo en el programa local.

La educación del personal, en el sentido expuesto, es decir, su capacitación teórica y práctica para cumplir correctamente la labor asignada a cada uno, es igualmente necesaria en todos los otros organismos de salubridad, y vale para casi todas las funciones técnicas y administrativas que ellos desarrollan. Aparte de su resultado directo, esta actitud es útil en cuanto obliga a una revisión ordenada del plan de trabajo de cada sección y del conjunto del servicio, en cada localidad. En este sentido sí que no importa cuán limitadas sean las actividades de un servicio: cuando todos sus miembros, desde el jefe hasta el portero, ejecutan a conciencia y con interés educativo la tarea correspondiente a cada uno, sea la que sea, el servicio adquiere eficiencia y prestigio y se ve automáticamente impulsado a nuevos campos de acción, por obra de la propia iniciativa del personal y del reconocimiento ambiente.

Estos principios -aún siendo válidos como definición de una meta última- resultarían inoportunos si no constituyeran un instrumento práctico para mejorar las formas presentes de nuestra acción. Y deseo decir en dos palabras, cómo ellos pueden servir en las actuales condiciones de trabajo de cualquier médico sanitario en la Zona Norte.

El primer paso es acumular una información completa de la localidad. Se indica más adelante cuál sería la información mínima necesaria para bosquejar un programa comprensivo de prevención. Luego, analizarla con miras a jerarquizar los problemas, destacando aquellos que son más importantes o urgentes en los cuales cabe una acción efectiva con los medios disponibles.

El segundo paso es organizar el trabajo, concentrando a esas labores todo el personal y los recursos, sin desmedro de las emergencias, pero asegurando la continuidad de una acción sistemática por sectores. Debido énfasis inicial será puesto en aquellas tareas hoy encomendadas al Servicio (profilaxis, saneamiento, control de alimentos, etc.). Las emergencias serán una oportunidad para estimular el interés y la colaboración local.

Enseguida, procede poner en práctica las normas de trabajo para esas actividades (formularios, instrucciones y archivos, que no necesitan siempre ser discurridos localmente); y entrenar teórica y prácticamente al personal en su ejecución para que toda acción deje de ser coercitiva o rutinaria y pase a ser educativa. No importa reducir la cantidad y extensión del programa, pues se ganará con creces actuando bien en un campo más limitado. El personal debe compenetrarse de este criterio y estar informado de lo que el Servicio hace y sentirse parte de un todo; mejorando sus medios de trabajo (uniformes, maletines, mesas individuales, biblioteca) será fácil despertar su interés e iniciativa.

Simultáneamente se expondrá a la población, por todos los medios al alcance - pero en especial en cada actuación de los funcionarios del Servicio y mediante reuniones con las personas o grupos más interesados en los problemas - la orientación y los métodos de trabajo que el Servicio está comenzando a aplicar. El Consejo Asesor de Salubridad puede ser muy útil. No plantear ni ofrecer otra cosa que programas concretos, que puedan ser cumplidos con la cooperación local.

La discusión será detallada con los grupos profesionales (médicos, maestros, etc.), o Jefes de instituciones, cuya cooperación es requerida para fines inmediatos, a base de servicios efectivos ofrecidos. Será la oportunidad para sugerir un programa racional ante problemas preventivos en que el Servicio no tiene acción directa por el momento, pero sobre los cuales tiene información acumulada y un criterio definido.

Y así dejará abierta la puerta a tentativas posteriores de integración local de esfuerzos y recursos, a medida que los medios del Servicio lo permitan. En particular, si se dispone de enfermeras sanitarias, deberá lograrse un acuerdo para organizar una

acción conjunta de todos los profesionales de este tipo disponibles, acercándose a mirar a la familia como unidad y a correlacionar los servicios clínicos y otros elementos de cada entidad, para aumentar la eficiencia de los recursos preventivos.

Para ayudar a los médicos de la Zona a poner en práctica esta forma de trabajo, se han definido en esta Convención un criterio y normas de acción preventiva frente a los problemas más importantes - infecciosas agudas, venéreas, tuberculosis, control de alimentos, higiene maternal e infantil; se ha señalado también métodos precisos para entrenar al personal, organizar la estadística y obtener la colaboración de los médicos, las instituciones y la población local. Cada una de esas materias ha sido objeto de un relato especial, no académico sino destinado a servir las necesidades inmediatas de los médicos de la zona.