



**acta
médica
peruana**

Informe final del II Seminario Regional de Tuberculosis

El II Seminario Regional de Tuberculosis, convocado por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, se celebró del 6 al 10 de noviembre de 1972 en la Biblioteca Luis Angel Arango, de Bogotá, con la colaboración del Ministerio de Salud Pública de Colombia.

Propósitos del Seminario.— El Seminario tuvo por objeto reunir personas de todos los países de la Región, con funciones de responsabilidad en el control de la tuberculosis, para estudiar y hacer una revisión crítica sobre los problemas que dificultan la implementación de los programas nacionales de control, así como también proponer conclusiones y recomendaciones que constituyen la base doctrinaria realista para la superación de los problemas existentes y la adecuada programación de las actividades de control de la tuberculosis dentro del proceso general de planificación y operación de los servicios de salud.

Participantes.— Concurrieron al Seminario especialistas en tuberculosis y salud pública, designados por los Gobiernos a invitación de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, asesores temporeros y consultores permanen-

tes de ésta, y observadores de los Gobiernos de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología y del Comité Latinoamericano de la Unión Internacional contra la Tuberculosis (Documento II SRT/3, Rev. 1).

Programa de Temas.— Los temas del Seminario fueron los siguientes:

Conferencia inicial

Planificación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Prioridades epidemiológicas, sociológicas y tácticas. Presentada por el Dr. K. L. Hitze, Jefe de la Unidad de Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

Tema I Vacunación BGG

a) Estado actual de los conocimientos técnicos sobre inmunización contra la tuberculosis.

Presentado por el Dr. K. Toman, de Colonia, Alemania Federal.

b) Programa de Vacunación BCG.

Presentado por el Dr. J. M. Borgoño, Jefe de la Sección de Epidemiología, Servicio Nacional de Salud, Santiago, Chile.

Tema II Localización de casos

a) Valoración técnica y operacional de los métodos de localización de casos de tuberculosis.

Presentado por el Dr. S. Grzybowski, Profesor Asistente de Medicina, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Canadá.

b) Programa de localización de casos.

Presentado por el Dr. R. Sentís, Jefe de la Campaña Nacional contra la Tuberculosis, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F., México.

Tema III Tratamiento

a) Recientes progresos en la quimioterapia de la tuberculosis aplicables a los programas de salud pública.

Presentado por el Dr. G. M. Teixeira, Consultor en Tuberculosis, Zona IV, OPS/OMS, Lima, Perú.

b) Programa de tratamiento.

Presentado por el Dr. E. Frías, Jefe del Grupo Nacional de Tuberculosis, Ministerio de Salud, La Habana, Cuba.

Tema IV Adiestramiento de personal

a) La enseñanza de las enfermedades transmisibles en las escuelas de ciencias médicas.

En ausencia del Dr. M. A. Márquez, Departamento de Recursos Humanos, OPS/OMS, Washington, D.C., E. U. A., fue presentado por el Dr. L. E. Giraldo, Consultor en Educación Médica, Zona I, OPS/OMS, Caracas, Venezuela.

b) Capacitación del personal profesional y auxiliar de los Servicios Generales de Salud para el programa integrado de control de la tuberculosis.

Dr. Aldo Villas Boas, Fundación Servicio Especial de Salud Pública, Río de Janeiro, GB, Brasil.

Conferencia.— El control de la tuberculosis en los países de baja prevalencia. Presentada por la Dra. P. Q. Edwards, Jefe de la Sección de Tuberculosis, Centro para el Control de Enfermedades, Servicio de Salud Pública, Atlanta, Georgia, E. U. A.

Grupos de Trabajo.— Se constituyeron tres grupos de trabajo. Los directores de debates y los relatores fueron elegidos por los participantes. Actuaron en calidad de secretarios técnicos funcionarios designados por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Informes.— Los grupos de trabajo discutieron los temas del Seminario y presentaron sus informes correspondientes a la Secretaría General. El Comité de Relatores preparó los informes conjuntos de los cuatro temas que fueron examinados y aprobados en las sesiones plenarias.

I Vacunación BCG

1. El Seminario unánimemente reconoce que la calidad de la vacuna BCG es de vital importan-

cia para el éxito de los programas de inmunización contra la tuberculosis, y recomienda la utilización de cepas que hayan sido reconocidas como de mayor virulencia residual en animales de laboratorio mientras no se disponga de información sobre cuál es la cepa de mayor eficacia en el ser humano.

Es manifiesta la preocupación de los responsables de los programas de control por utilizar vacunas de alta calidad, de acuerdo con los requisitos recomendados por el 18o. Informe del Comité de Expertos en Estandarización Biológica de la Organización Mundial de la Salud del año 1966.

La producción de vacuna BCG liofilizada en los países de América Latina está aún en la fase experimental. El Seminario reconoce que la obtención de un producto BCG liofilizado de alta calidad requiere, además de una cepa potente, instalaciones y equipos adecuados y personal técnico con elevada preparación y experiencia. Los controles de calidad deben efectuarse con regularidad tanto localmente como en el Laboratorio de referencia de la OMS para el Control de Calidad de la vacuna BCG de Copenhague, Dinamarca.

Por las dificultades que plantea la producción de la vacuna BCG liofilizada, no se considera recomendable la iniciación o continuación de ensayos de producción de esta vacuna en laboratorios que no tengan una suficiente base técnica, administrativa y presupuestaria. Más aún, se considera necesario limitar la producción de vacuna BCG liofilizada a pocos laboratorios de la Región, en los cuales se haya llegado a obtener un producto de calidad probada, en forma constante y cuyas variaciones estén dentro de los límites internacionalmente aceptados.

El Seminario señala la importancia de que los procedimientos administrativos para adquirir vacuna BCG liofilizada en el exterior sean simplificados de modo que no constituyan un obstáculo para el programa de inmunización.

Finalmente, se señaló que no basta con proveer a los Servicios de Salud con vacuna de buena calidad; es necesario tomar todas las medidas para que sea transportada, conservada y usada en condiciones óptimas en cuanto a la luz y la temperatura en el terreno. Se recomienda que periódicamente muestras de la vacuna sean recogidas en el terreno a fin de realizar las pruebas de control en el laboratorio.

En países donde se produce vacuna BCG líquida, esta vacuna puede usarse mientras no se disponga de un producto liofilizado que garantice la

mejor estabilidad de una vacuna de alta calidad.

El Seminario recomienda que se constituya un Comité Regional de Expertos en BCG con el propósito de planear y asesorar sobre estudios científicamente controlados para evaluar la efectividad de los diferentes métodos conocidos de administrar la vacuna BCG; además, el Comité investigaría y asesoraría sobre la producción y adecuada utilización de la vacuna BCG en la Región.

2. En la mayoría de los países de la Región los niveles de cobertura con la vacunación BCG son muy bajos. Se mencionaron numerosas dificultades que se oponen al logro de las metas de inmunización, entre las cuales se dio mayor énfasis a las siguientes:

a) Débil infraestructura de los servicios existentes de salud que determina limitada cobertura en la comunidad de su área de acción, habiendo un alto porcentaje de población sin ningún acceso a los mismos.

b) Formulación inadecuada de los programas, falta de adiestramiento del personal, provisión irregular de materiales y equipos, y ausencia casi completa de supervisión y evaluación.

Fue unánime la aceptación del uso de la vacunación BCG directa sin prueba tuberculínica previa por sus ventajas operacionales, así como también la aplicación simultánea del BCG con otras vacunas. Se considera que esto tiene muy importantes consecuencias porque la campaña mundial de vacunación antivariólica ha demostrado plenamente que es posible, sin lugar a dudas, obtener las altas coberturas requeridas en las poblaciones.

En los países que aún no lo han hecho y que tienen baja cobertura de vacunación BCG se recomienda la realización de un programa masivo inicial que cubra el 80% de los menores de 15 años, meta aprobada en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en Santiago, Chile, en octubre de 1972. El Seminario reconoce esta recomendación oficial de los Ministros de Salud como el instrumento para la exitosa implementación de los programas de vacunación BCG en el futuro en los países de la Región.

Para el mantenimiento de la cobertura útil de vacunación BCG en los menores de un año se debe utilizar la infraestructura existente de salud, no como actividad diferenciada, sino integrada al programa de acciones preventivas de los servicios. En países con baja proporción de partos institucionales, los servicios generales de salud no pueden por sí mismos mantener la cobertura deseada de vacunación BCG como tampoco la de otras

inmunizaciones. En tales países se deben estudiar soluciones realistas a este problema como la utilización de equipos permanentes de vacunación. Estos equipos deben evaluar regularmente la cobertura alcanzada por los servicios y efectuar campañas periódicas para suplir las deficiencias encontradas, tanto en zonas urbanas como en las rurales.

La participación de la comunidad es indispensable para el desarrollo exitoso del programa de BCG, debiéndose utilizar todos los medios de comunicación y de información en todos los sectores de la población, así como también los servicios de las organizaciones voluntarias. Se puso de relieve la actualización de conceptos que los médicos generales, y en especial los pediatras, deben tener del valor de la vacunación BCG en el control de la tuberculosis de nuestros países.

Fue unánime considerar a la vía intradérmica como la mejor técnica de vacunación. Al mismo tiempo, se expresó el deseo, teniendo en cuenta la fase masiva de ataque de la vacunación BCG y los programas de inmunización simultáneas, que pueda disponerse de técnicas de aplicación que ofrezcan ventajas operacionales sin pérdida de la efectividad de la vacunación como ha sido demostrado para la técnica intradérmica recomendada. Las ventajas operacionales de las técnicas como el inyector a presión, la vía oral, la multipuntura y otras justifican la realización de experiencias controladas de terreno para conocer la efectividad, utilidad e inocuidad de las mismas en la aplicación de la vacuna BCG.

3. El Seminario considera sumamente importante la reflexión de que antes de entrar a ejecutar un programa de revacunación es necesario resolver los problemas que existen para obtener una alta cobertura de primovacunación. Por razones operacionales se considera que si se hace la primovacunación en menores de un año, sería aconsejable realizar una sola revacunación al ingreso de la escuela primaria porque allí se encuentra una alta proporción de niños entre 6 y 10 años de edad.

II. Localización de casos

1. La localización de casos no es una actividad aislada sino que se realiza con el objeto de tratar de aliviar el sufrimiento de los que padecen tuberculosis y neutralizar las fuentes de infección. Así pues la localización de casos en el control de la tuberculosis debe ser planeada y conducida en el contexto del programa de tratamiento.

El Seminario considera que la primera prioridad en la localización de casos la constituyen los consultantes con síntomas respiratorios que acuden a los servicios de salud. Es deseable el examen de todos los sintomáticos respiratorios pero se pueden fijar limitaciones a la definición operacional de "sintomático respiratorio" en cuanto a la edad y la duración de los síntomas de acuerdo con los recursos de laboratorio y las características culturales de la población en relación a la conciencia de los síntomas de enfermedad y la motivación ante ellos.

Una vez atendida esta prioridad se podrá ampliar el programa de localización de casos a otros grupos de alta prevalencia como contactos, consultantes a servicios generales de salud y otros grupos especiales que necesiten algún tipo de tratamiento. Las alternativas dependerán de la situación epidemiológica, las facilidades de infraestructura y los recursos existentes.

2. Fue unánime considerar a los procedimientos bacteriológicos como prioritarios para la localización de casos. Se puso especial énfasis en que el examen microscópico directo constituye un método eficaz, barato y sencillo que permite el logro de alta cobertura en la detección de los casos epidemiológicamente más importantes, aquellos que constituyen las principales fuentes de infección en la comunidad. Todos los servicios generales de salud deben contar con facilidades para cumplir con el programa bacilosκόpico de localización de casos, ya sean centros de toma de muestras o de procesamiento de las mismas.

Hubo acuerdo en que la utilización del cultivo debe reservarse para los sintomáticos respiratorios con exámenes directos de esputo repetidamente negativos y para las personas con sombras radiológicas pulmonares anormales.

Los servicios de fotofluorografía deben ser fijos y racionalmente utilizados, de acuerdo a los recursos disponibles en el programa de control, especialmente, como complemento del diagnóstico en pacientes que residen en el área de acción del servicio.

En consideración del desarrollo alcanzado por los programas de vacunación BCG, la prueba tuberculínica es poco útil como procedimiento de localización de casos en la mayoría de los países de la Región.

3. Es un hecho que aún el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis no está al alcance de la mayoría de la población en muchos países del Continente. Se mencionaron las siguientes como

las principales dificultades para extender la cobertura de este método de localización de casos:

a) Débil infraestructura de salud con cobertura parcial de la población.

b) Red inadecuada, o inexistente, de laboratorios de salud, en los diferentes niveles de atención médica. Se señaló que en los laboratorios de nivel intermedio y periférico, la capacidad instalada y los recursos humanos están absorbidos por el procesamiento de análisis clínicos de rutina, y no realizan los exámenes bacteriológicos en la proporción y cantidad necesarias.

Además, la insuficiente capacitación y las fallas en la supervisión de los técnicos se traducen en resultados de laboratorio que no se corresponden con el estado clínico de los pacientes y por ende conducen al descrédito del método frente a los profesionales de la salud.

c) Ausencia de real motivación del personal de salud por el diagnóstico de la tuberculosis y falta de delegación de responsabilidad al personal de enfermería para la búsqueda de sintomáticos respiratorios y solicitud del examen bacteriológico como medida rutinaria del servicio de salud.

d) Limitada educación en los problemas de salud de grandes sectores de la población, con escasa conciencia de los síntomas y falta de motivación para buscar su alivio en el Servicio de Salud.

La insistencia en dirigir los programas de localización de casos hacia la población aparentemente sana, con bajo rendimiento y alto costo, continúa siendo una dificultad para reorientar el programa hacia objetivos epidemiológicamente más útiles.

4. El desarrollo de la infraestructura de salud debe incluir el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud, una de cuyas funciones es el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. A nivel central debe existir un laboratorio de referencia de alta calidad técnica, a nivel intermedio servicios regionales con facilidades para hacer cultivos, y a nivel local centros de baciloscopia y unidades de toma de muestras. La red debe funcionar en forma coordinada, con supervisión periódica de los niveles inferiores por parte del nivel superior.

Se recomienda a los países la implantación de normas nacionales de bacteriología de la tuberculosis con estandarización de las técnicas, métodos y procedimientos que debe utilizar el personal técnico de la red de laboratorios de salud. Las normas deben establecer las prioridades en las ac-

tividades de laboratorio de acuerdo con la magnitud de los problemas de salud.

Es de vital importancia el adiestramiento continuo del personal de laboratorio de los servicios periféricos de salud en la técnica estandarizada de la baciloscopia y también del personal de salud en relación con las actividades de localización bacteriológica de casos.

Finalmente, el Seminario recomienda a los jefes de programa de tuberculosis la permanente motivación de las autoridades de salud, la profesión médica, el personal de laboratorio y de enfermería y de la comunidad para obtener su participación activa en la búsqueda bacteriológica de casos de tuberculosis.

5. El Seminario considera que el programa de localización de casos debe ser uniforme en los diferentes niveles de la estructura de salud, basado fundamentalmente en el examen bacteriológico. En los niveles superiores este método se complementa con los demás procedimientos diagnósticos de acuerdo con los recursos existentes y la situación epidemiológica de la tuberculosis en el país.

III. Tratamiento

1. El Seminario unánimemente considera que es conveniente la estandarización de los regímenes terapéuticos en los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis, por las siguientes razones:

a) Utilización de esquemas de eficacia comprobada.

b) Programación de la producción o adquisición de las drogas antituberculosas a mejores precios y su distribución oportuna de acuerdo con las necesidades del programa.

c) Coordinación de las actividades de los diferentes servicios de la estructura de salud, con lo cual se facilita el seguimiento de los enfermos en cualquier región del país.

d) Simplificación de los esquemas terapéuticos, lo que permite la participación del personal auxiliar de salud en el tratamiento de la tuberculosis.

e) Evaluación uniforme de la eficiencia de la organización del tratamiento de la tuberculosis.

Las dificultades más importantes que impiden la estandarización de los regímenes terapéuticos a nivel nacional están dadas por la existencia de instituciones de salud de distintas jurisdicciones, estatales, paraestatales y privadas, sin una coordinación adecuada, y la reticencia de los médicos a ceñirse a esquemas normalizados. Para superar es-

tas dificultades se considera indispensable la información adecuada a los profesionales de la salud y a la comunidad sobre la importancia de la quimioterapia estándar en el control de la tuberculosis y la uniformación de criterios en todas las entidades del sector salud.

2. Cada país debe establecer los regímenes nacionales estandarizados para el tratamiento de la tuberculosis de acuerdo con las condiciones epidemiológicas, administrativas y presupuestarias. Los regímenes deben ser de fácil aplicación, eficacia comprobada y costo reducido. La provisión de drogas debe ser completamente gratuita para todos los pacientes.

Se recomienda para todos los países el empleo de regímenes intermitentes, enteramente supervisados, con una primera fase de cuatro a ocho semanas de administración diaria de las drogas.

En áreas donde la infraestructura de salud no permite supervisar la administración completa de los medicamentos, se aconseja utilizar, luego de una fase inicial supervisada de cuatro a ocho semanas de duración con tres drogas, la combinación de dos quimioterápicos orales en forma diaria. El régimen isoniacida-thioacetazona, al que se agrega estreptomina en la fase inicial, es recomendado por su probada eficacia y costo muy reducido. Previamente a la adopción de un régimen terapéutico estándar, debe verificarse la aplicabilidad, aceptabilidad y toxicidad de las drogas a emplear.

3. Los estudios de sensibilidad mycobacteriana a las drogas antituberculosas como examen previo al tratamiento inicial de la tuberculosis no tienen utilidad desde el punto de vista operacional, especialmente si se adopta un régimen estándar con una fase inicial de tres medicamentos.

La realización de estudios de sensibilidad para determinar la resistencia mycobacteriana en una muestra de pacientes vírgenes a tratamiento, se justificaría para la elección de regímenes terapéuticos estándares si existen recursos adecuados de laboratorio y de personal especializado. Igualmente, si los recursos lo permiten, deben realizarse las pruebas de sensibilidad en los casos de fracaso del tratamiento inicial, sugerido por la falta de negativización bacteriológica del esputo a los seis meses después de iniciado el tratamiento.

El Seminario aconseja la realización de pruebas de sensibilidad solamente en laboratorios altamente especializados.

4. Las principales razones por las cuales en la mayoría de los países una alta proporción de en-

fermos interrumpen el tratamiento son las siguientes:

a) Desarrollo insuficiente de la infraestructura de salud y falta de integración del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en los servicios generales de salud.

b) Provisión irregular de medicamentos antituberculosos.

c) Fallas en la información y educación del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento que recibe, por inadecuado adiestramiento y falta de motivación del personal de salud.

d) Deficiencias en la organización del control y seguimiento de los pacientes.

5. El Seminario reconoce como de gran importancia para el futuro del control de la tuberculosis la recomendación aprobada por la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Santiago, Chile, en octubre de 1972: "... procurar tratar (exitosamente) todos los casos de tuberculosis descubierto, utilizando principalmente técnicas y actividades de los servicios de atención médica ambulatoria".

A fin de dar cumplimiento a este objetivo continental, se recomienda:

a) La integración del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en los servicios generales de salud, de modo que estas acciones sean permanentes y cubran al máximo posible de población.

b) Canalización de los recursos actualmente usados en camas hospitalarias para la organización e integración del tratamiento en los servicios de atención médica ambulatoria. Los actuales hospitales de tuberculosis deberán ser transformados gradualmente en otros hospitales que sean necesarios, paralelamente al desarrollo del programa de tratamiento ambulatorio.

c) Suministro ininterrumpido de medicamentos, y adiestramiento y supervisión continua del personal de salud.

d) Establecimiento de registros nacionales o provinciales de tuberculosis que pueden ser inicialmente limitados a un área piloto, apoyado por un sistema de información continua de los centros de salud, de modo de permitir la evaluación de la asistencia regular de los pacientes y los resultados del tratamiento.

e) Delegación de funciones en el personal auxiliar de los servicios de salud para el control y seguimiento de los pacientes.

f) Se considera importante la participación activa de la comunidad en el programa de tratamiento.

6. En la situación actual de los países latinoamericanos, el retratamiento no tiene prioridad mientras no se organice en forma adecuada el tratamiento inicial de la tuberculosis. Sin embargo, no se puede dejar de reconocer la existencia actual de un número importante de enfermos crónicos, cuyo tratamiento debe efectuarse de acuerdo a las posibilidades de recursos de cada país.

Según investigaciones recientes, estos pacientes pueden ser tratados con regímenes supervisados en servicios de atención médica ambulatoria, de acuerdo con los programas de cada país, teniendo en cuenta que deberán intervenir los supervisores médicos al nivel correspondiente en la indicación del esquema terapéutico. Se espera que futuras experiencias entreguen nuevos regímenes simplificados de retratamiento, de costo moderado y buena tolerancia y aceptabilidad.

7. La evaluación clínica del tratamiento de la tuberculosis debe hacerse mediante los exámenes bacteriológicos, salvo en aquellos casos en que la bacteriología es reiteradamente negativa como primoinfecciones, tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa.

La evaluación del programa de tratamiento contempla los siguientes aspectos:

a) Proporción de pacientes que inician tratamiento sobre el número de los enfermos diagnosticados bacteriológicamente.

b) Proporción de pacientes que abandonan el tratamiento durante el primer año.

c) Proporción de pacientes que persisten positivos después de 12 meses de tratamiento.

IV. Adiestramiento de personal

1. La enseñanza de la epidemiología y administración de programas de control de la tuberculosis debe ser introducida en los planes de estudio de las escuelas de formación de profesionales de la salud. Lo esencial es que los estudiantes se familiaricen con los objetivos y actividades del programa nacional de control de la tuberculosis. Los responsables de los programas deberán mantener informados a los profesores de las diferentes escuelas de formación de personal de salud sobre la situación epidemiológica y el desarrollo de las acciones del programa de control. De esta manera los profesionales egresarán de las escuelas con los conocimientos y aptitudes mínimos necesarios para participar en la solución del problema de la tuberculosis.

Sin una adecuada orientación de los profesio-

nales de la salud que los motive a delegar en el personal auxiliar la realización de las acciones básicas de control, el programa de tuberculosis no podrá tener impacto relevante sobre el problema.

2. Para la conducción del programa de tuberculosis se requiere un equipo de profesionales a nivel central formado por el administrador sanitario, la enfermera de salud pública, el bacteriólogo y el estadístico. Este grupo, con preparación especializada en epidemiología y control de la tuberculosis, constituye la unidad normativa, supervisora y evaluadora del programa nacional de control de la tuberculosis.

A nivel intermedio el grupo de tuberculosis debe estar constituido por el médico, la enfermera y el bacteriólogo, quienes deben tener preparación en control de la tuberculosis. Sus funciones son de coordinación de las acciones del programa de control en ese nivel en relación con los niveles inferiores, adiestramiento del personal polivalente, supervisión y evaluación técnica y operacional.

A nivel local debe participar todo el personal polivalente profesional y auxiliar de salud, con adiestramiento específico de acuerdo con sus funciones. En especial se debe prestar preferente atención al personal auxiliar de enfermería y de laboratorio a quienes se debe confiar la ejecución directa de las acciones básicas de control: vacunación BCG, diagnóstico bacilosκόpico y tratamiento quimioterápico ambulatorio. Las tareas y responsabilidades de cada uno deben ser claramente definidas y orientadas hacia el cumplimiento de los objetivos cuantitativos del programa.

3. El adiestramiento de personal en las actividades del control de la tuberculosis tropieza con varios obstáculos entre los que se mencionaron en forma especial:

a) Programación inadecuada de todos los aspectos concernientes al adiestramiento.

b) Limitación de recursos humanos en el nivel operativo, con recargo de actividades, lo que impide la salida del personal a las áreas de adiestramiento.

c) Falta de recursos presupuestarios para cubrir los gastos que el adiestramiento demanda.

4. La preparación de todo el personal profesional y auxiliar debe estar de acuerdo con las funciones que cada uno debe desempeñar en los diferentes niveles. Se recomienda establecer en forma de normas nacionales los estándares mínimos de adiestramiento en cada nivel y para cada tipo de personal. Se consideró de gran importancia el adiestramiento del equipo conductor del programa a nivel central en cursos nacionales o internacionales de epidemiología y administración de programas de control de la tuberculosis.

Especial atención debe merecer el programa de adiestramiento del personal auxiliar de los servicios de salud, teniendo en cuenta sus funciones polivalentes. El programa se confecciona de acuerdo con las actividades que este personal debe desempeñar y con un enfoque general del problema de la tuberculosis. Se impartirán los conocimientos mínimos necesarios, dedicándose la mayor parte del tiempo a la enseñanza práctica. El adiestramiento se continuará en el servicio mediante el sistema de supervisión, debidamente programado.

Se considera indispensable que se disponga de un manual de adiestramiento que luego servirá de documento de consulta durante el trabajo en el servicio de salud. El adiestramiento del personal auxiliar debe realizarse lo más cerca posible al centro de salud donde cumple regularmente sus actividades.



acta médica peruana

Premios Científicos

“COLEGIO MEDICO DEL PERU”

El Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú

CONSIDERANDO:

Que es su deber propender a que la ciencia y la profesión médicas, desempeñen en el país la función social que les atañe, al servicio de la colectividad, y contribuyendo a la promoción del desarrollo.

Que, asimismo, es su obligación promover el adelanto de la medicina y la defensa de la salud individual y colectiva, cooperando con los poderes públicos, instituciones universitarias, científicas, gremiales y otras.

Que, igualmente, es de su responsabilidad, estimular el estudio y la investigación en los diversos ramos de la medicina y crear los incentivos necesarios para que sus asociados se interesen en la producción y en la publicación de trabajos científicos que expresen el avance de la medicina en el Perú.

Que, finalmente, es necesario asegurar a Acta Médica Peruana, su órgano oficial, la permanente contribución de los médicos que laboran en las diversas circunscripciones del país y afirmar su calidad como medio de expresión científica del Colegio Médico del Perú.

RESUELVE:

1. Instituir los PREMIOS CIENTIFICOS COLEGIO MEDICO DEL PERU.

2. Los premios Colegio Médico del Perú se otorgarán a un médico o grupo de médicos cuyos trabajos científicos hayan sido publicados en Acta Médica Peruana, sea como trabajo original, trabajo de revisión o caso clínico y que constituyan aporte significativo al avance de la medicina en el país.

3. Los premios serán en número de dos y se concederán cada dos años, por un monto de S/. 25,000.00 cada uno. Además, se otorgará a los profesionales ganadores un diploma especial.

4. Los premios serán otorgados:

1 Premio: a la mejor publicación de médicos del área de Lima Metropolitana.

1 Premio: a la mejor publicación de médicos de otras circunscripciones del país.

5. Los premios serán discernidos por un Jurado especial constituido por:

— El director del Comité Editorial de Acta Médica Peruana, que lo presidirá.

— Un delegado del Comité Editorial elegido por sorteo entre sus miembros.

— Un delegado del Consejo Nacional, elegido entre sus miembros.

— 2 presidentes de los Consejos Regionales, elegidos por sorteo por el Consejo Nacional.

— El editor responsable de Acta Médica Peruana, que actuará como secretario.

6. Los premios serán discernidos luego de la publicación del último número de Acta Médica Peruana correspondiente al segundo año, debiendo para el efecto reunirse el Jurado en Lima, ocho días después de la aparición de dicho número.

7. El Consejo Nacional, otorgará los premios a los profesionales ganadores en la ceremonia de transmisión de cargos del Consejo Nacional.

8. Los Premios Científicos Colegio Médico del Perú se financiarán del producto del avisaje comercial que aparezca en cada número de Acta Médica Peruana. El monto correspondiente se mantendrá en una cuenta especial y tendrá carácter intangible, destinado específicamente para la finalidad que se crea mediante la presente Resolución.

Lima, 8 de marzo de 1,973.