

PERSPECTIVAS EN MEDICINA

PRODUCCION "EN LINEA" DE PARTERAS RURALES *

LEO ELOESSER †

Marco Polo dijo, después de permanecer 18 años en China, que había ido con el propósito de enseñar, pero se quedó para aprender. En mi caso, también partí hacia China para enseñar y permanecí para aprender más pero, a diferencia de mi ilustre predecesor, encontré a mis maestros y aprendí mis lecciones, no en la corte de los emperadores, sino en niveles cada vez más humildes del pueblo.

Cinco años en China hicieron cada vez más evidente que si se deseaba mejorar la salud de millones de habitantes del Lejano Oriente, de manera razonablemente práctica, se tendría que echar mano de medios distintos del simple trasplante de los métodos occidentales. Los nuevos procedimientos, tal vez provisionales, buscarían avenencia entre su temporalidad y la perfección, en tanto se adaptasen no sólo a las necesidades sino también a los recursos y capacidades de la población campesina a la que se intentaba servir.

Era evidente que China requería personal profesional, y que era necesario llenar múltiples vacíos en la base, en los niveles altos y en las capas intermedias. Resultaba también que los métodos hasta entonces en boga no habían logrado la eliminación de esos huecos,

especialmente los del primer nivel, y por ello era necesario buscar otros procedimientos.

Se necesitaban unos cuantos profesionales rigurosamente preparados, particularmente en áreas estratégicas, muy versados en las necesidades peculiares de su país y con la responsabilidad de llenar los huecos en los altos niveles; un grupo mayor de directores de alta responsabilidad y jefes de campo en los niveles medios; por último, un crecido grupo de trabajadores manuales, distribuidos en todo el país.

Serán los métodos y medios de preparación de este gran cuerpo de trabajadores de campo los que describiremos aquí; métodos diferentes de los comunes, teniendo *in mente* la posibilidad de que este experimento doméstico de China pueda servir de orientación en otros países con necesidades similares, parecidos recursos y capacidades afines.

Algunas cifras pueden ilustrar las necesidades, no sólo de China, sino de otros países del Lejano Oriente. Hasta 1948, la parte comunista de China tenía pocos médicos bien adiestrados para unos 50 a 100 millones de habitantes. Todo el país contaba con 450 a 500 millones de seres y aproximadamente 18 000 médicos titulados, tal vez la mitad de ellos con conocimientos moderadamente completos, aunque anticuados, y cuando menos tres cuartas partes de esos médicos estaban en las grandes ciudades de la costa. Cerca de

* Como recuerdo de Leo Eloesser, en el primer aniversario de su fallecimiento, se reproduce, traducido, su trabajo *Assembly lines for country midwives*, aparecido en *The Pacific Spectator*, vol. 7, 1953.

† Académico honorario.

80 por ciento de la población era rural y los 350 a 400 millones de campesinos disponían para su atención, en teoría, de unos 4 500 médicos, aunque tal vez la mitad de esta cifra sería más probablemente la real. En fin, para cada 80 a 150 000 campesinos habría un solo médico.

Los hospitales misionales estaban dispersos aquí y allá por el país y trataban a los enfermos de los alrededores; algunos médicos privados en las capitales de provincia proporcionaban medicinas a quienes podían comprarlas; herbolarios, brujos y ancianas atendían a los demás.

Unas 50 escuelas de medicina, desde las buenas hasta las absolutamente malas producían tal vez de 100 a 200 médicos aceptablemente preparados y unos 1 000 mal preparados, anualmente. Este simple esquema estadístico pone en claro que la esperanza de extender y desarrollar con amplitud suficiente la práctica médica, para poner a China en situación de comparación tolerable para el mundo occidental —digamos un médico razonablemente bien preparado para una población de 2 500 a 5 000 habitantes— era una ilusión que requería muchos decenios para convertirse en realidad. Un promedio de 250 médicos aceptablemente bien preparados por año nunca alcanzarían el objetivo de 100 000 médicos; éstos morirían antes de que sus reemplazos pudieran llegar.

Esas mismas características y circunstancias privan en otros países asiáticos, cuyas poblaciones alcanzan 80 por ciento de ruralidad. ¿Cómo se podría, o mejor, cómo se puede cerrar la brecha en un futuro predecible, por métodos que pueda emplear el Lejano Oriente? Hay una respuesta prometedora: ajustar los trabajos a las personas y las personas a los trabajos.

La tarea de "salvar vidas" puede simplificarse dividiéndola en sus componentes. La medicina puede ser curativa individual, y de salud pública. Las tareas de esta última pueden ser repartidas delegando planificación y dirección a personal competente, totalmente versado en ciencia y teoría, y dejando la ejecución a trabajadores de campo preparados con sencillez pero rigurosamente, para su trabajo manual. Y, a la inversa, la preparación del personal puede adaptarse al trabajo, pues mientras los futuros directores deberán estar adiestrados en la teoría y la ciencia de la bacteriología, la ingeniería sanitaria, la naturaleza y la difusión de las enfermedades, los trabajadores manuales requerirán poco más que una formación artesanal.

Una abreviación en la preparación de los trabajadores de campo impone limitaciones a sus tareas. En una abreviación tal es necesario reducir los requerimientos a lo esencial y descartar lo no esencial.

¿Qué es lo esencial? La capacidad para abatir la diferencia entre el promedio de vida en los pueblos

asiáticos (20 a 30 años) y el de los occidentales, con sus 60 años.

¿Cuál es la causa de esta diferencia? Mala nutrición y enfermedades transmisibles, las cuales matan a los asiáticos en edad temprana. ¿Es posible evitar esas muertes prematuras? Evidentemente; lo atestigua el aumento del promedio de vida en Occidente, simplemente durante los últimos 50 años. ¿Cómo se pueden evitar? Mejorando la nutrición y combatiendo las enfermedades transmisibles. Para la ejecución de esas medidas ¿son necesarios 6 ó 7 años de estudios profesionales? Permítaseme aplazar la respuesta por ahora, ¿qué está implicado en esta gran empresa? La mejor nutrición depende de la planificación y la orientación de la agricultura —trabajo de unos pocos excelentemente preparados y tareas a la altura de los propósitos, y labor de muchos. La lucha contra las enfermedades transmisibles requiere planeamiento cuidadoso y realización factible, trabajo también de unos cuantos bien preparados y ejecución de medidas objetivas de salud: construcción de letrinas, destrucción de insectos nocivos, inmunizaciones contra enfermedades prevenibles, aislamiento de los enfermos contagiosos y destrucción de sus desechos, parteras con buen criterio, —trabajo de los muchos— ¿se necesitan 6 ó 7 años para aprender a hacer estas cosas? ¿o sería posible reclutar personas jóvenes, con inteligencia media y enseñarles en menos tiempo a cavar letrinas, rociar DDT, reconocer en el microscopio los huevecillos de los parásitos intestinales, el bacilo tuberculoso y los productores de paludismo, aplicar inyecciones hipodérmicas, vacunar contra la viruela, atender debidamente un parto normal y abstenerse de poner estiércol de vaca o tierra en el ombligo del recién nacido?

¿Es posible preparar artesanos, simples artesanos, para realizar esas maniobras, las cuales en realidad no son más complicadas que cambiar un neumático en un automóvil o revelar la película de una cámara fotográfica? ¿podrían prepararse simple y rápidamente para realizar en forma satisfactoria esos trabajos manuales, o saber qué hacer y cómo hacerlo sin entrar mucho en los porqué y las razones?

Antes de planificar la ejecución de esas tareas se deben definir con claridad las necesidades por remediar y los recursos indispensables que estén a mano para hacerlo. Si lo que se necesita es procurar más larga y más higiénica vida a las grandes masas, el remedio será aplicar medidas higiénicas y preventivas de ejecución relativamente sencilla.

La medicina curativa dirigida a individuos puede y debe ser dejada aparte, excepto en la medida en que se realice un tratamiento masivo que, por sí mismo, tienda a la erradicación de algunos padecimientos infecciosos muy extendidos. La medicina curativa, el

diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades individuales, son intrincados y difíciles; es difícil aun la clasificación y la separación de varios padecimientos que puedan coincidir en el mismo sujeto, de modo que pueda atenderlo un especialista adecuado. La preparación para este tipo de medicina, la del médico general llamado también "el antiguo médico rural" no puede ser simplificada; requiere el conocimiento de, por lo menos, la naturaleza de los males que pueden afectar al hombre, aun cuando para su tratamiento los enfermos deben ser enviados a los especialistas.

La medicina curativa es esencialmente individual; tiene pocas reglas "de sentido común"; la teoría y el razonamiento son la base de su práctica y ésta no puede ser reducida a una artesanía. En cambio, la salud pública y la medicina preventiva pueden reducirse a procedimientos "de sentido común" que pueden ejecutarse, sin riesgo de errores graves por personal de nivel artesanal.

Las medidas sanitarias y profilácticas pagan grandes dividendos; los logros de la medicina curativa, comparativamente, son pequeños; tan pequeños y costosos que en el presente constituyen para las grandes masas de hambrientos un lujo totalmente fuera de su alcance. Por ejemplo, un hindú de la clase humilde tiene un ingreso aproximado de 55 dólares por año. El presupuesto total de la India para salud cuenta en promedio con 7.5 a 32 centavos de dólar (6 a 16 *annas*) por persona y por año. En estas circunstancias la medicina curativa es ciertamente un raro lujo; aun con los 55 dólares anuales y mucho menos los 24 céntimos, difícilmente comprarían medicinas, se construirían pocos hospitales y se podrían mantener menos aún. Otros países del Lejano Oriente tienen ingresos *per capita* similares y parecidos presupuestos para servicios médicos. Carecen de dinero, pero tienen otro capital más valioso que el dinero: el pueblo. Si no hay dinero, deben emplear a su pueblo si quieren mantenerse "sobre sus propios pies", de manera independiente.

Tomando en cuenta las necesidades de China y su capacidad para satisfacerlas, se hizo evidente que si se preparaba a un gran grupo de trabajadores del campo de manera sencilla y rápida, podrían actuar como artesanos, trabajando con reglas "de sentido común", con un mínimo de teoría, y que su preparación artesanal quedaba restringida a las rutinas para la conservación de la salud pública y si, además, no se intentaba enseñarles, con esfuerzos inadecuados, lo intrincado del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades individuales.

La separación de la teoría y la "artesanía" no es nada nuevo. Ha ocurrido espontánea y naturalmente en muchas profesiones, especialmente en aquellas en

las cuales el "oficio" precedió a sus bases teóricas. Los sindicatos no han pedido que un aprendiz de panadero tenga un grado en química de la nutrición, ni que el de herrero lo tenga en metalurgia, como requisitos para darles sus credenciales. Por otra parte, los nutriólogos están satisfechos dejando la panadería a los panaderos y la sociedad de ingenieros mecánicos deja el manejo de los remaches a los remachadores. A diferencia de otras profesiones, la medicina ha negado a los trabajadores manuales el acceso al santuario. ¿Sería posible para la medicina ser dividida en teoría y labores manuales? ¿Es posible en la realidad reducir algunos de sus aspectos a nivel artesanal, simplificar y acelerar la preparación para hacer frente a las urgentes necesidades de la población rural carente de atención médica?

Las ideas básicas para la preparación de grandes masas de personal preparado en forma sencilla no eran nuevas. Norman Bethune, un cirujano canadiense, fue a China en 1938, asignado a la 8a. ruta del ejército; él fue quien dio lecciones de primeros auxilios a grupos de soldados y los hizo camilleros y auxiliares del cuerpo médico.

Las lecciones ocupaban los diez minutos de descanso durante cada hora de marcha; al terminar el día, sentados alrededor de vivaques y sus hogueras, los grupos discutían, hacían demostraciones y practicaban lo que se les había enseñado.

Conocí y trabajé con muchos egresados de esos cursos y de las escuelas médicas rudimentarias que de ellos resultaron. Ellos formaron parte del cuerpo médico del ejército, manejaron los hospitales y dieron ayuda médica esporádica a los civiles en los distritos rurales aislados.

En el verano de 1948 fui enviado al gobierno de Hwa Pei en misión del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF), al que la Organización Mundial de la Salud (WHO) había brindado mis servicios. La propuesta de UNICEF fue ayudar en la preparación de trabajadores manuales sanitarios mediante cursos breves y sencillos, algún personal extranjero y el suministro de materiales. Las negociaciones empezaron en agosto de 1948 y terminaron en dos semanas.

Aunque el pueblo de Shih-Chia-Chuang, en el cual nos encontrábamos, era un centro de actividad militar bajo constante bombardeo, la preparación avanzó rápidamente. En tres meses las autoridades sanitarias chinas habían construido un nuevo edificio escolar en un pueblo cercano y habían reclutado una pequeña "facultad" de cuatro profesores y cuatro ayudantes, organizaron calendarios para adiestrar parteras rurales y sanitarias y reunieron algunos materiales con no pocas dificultades. Fueron inscritos 20 estudiantes y el pri-

mer curso experimental fue inaugurado formalmente el 22 de noviembre de 1948.

Como Marco Polo, el profesorado aprendió mucho en ese primer curso. Los estudiantes no habían sido seleccionados muy felizmente, pues muchos de ellos eran de bachillerato o premédicos y aspiraban a una preparación superior, por lo que no se conformaban con las simples tareas rurales. Además, el curso no era suficientemente especializado; el doctor Su Chin Kwan, director de salud, comentaba que por intentar enseñar demasiado a muchos, no enseñábamos a cada quien lo suficiente.

Pekín fue ocupada antes de que el primer curso terminara. La escuela se trasladó al norte y el segundo curso se abrió seis meses después en una pequeña aldea, 13 millas al oriente de Pekín. Ingresaron 80 estudiantes, 20 muchachos y 60 muchachas, casi todos con primaria o secundaria más que con bachillerato; es decir, sabían leer, escribir y algo de aritmética. Los jóvenes fueron particularmente aptos, constantes, dedicados e inteligentes. Pareció muy importante aprovechar este veneno de fuerza femenina, inexplorado hasta entonces, en beneficio de este tipo de trabajo. La edad mínima para el ingreso se fijó en 18 años.

Atendiendo el excelente consejo del doctor Su, el curso fue dividido en cuatro secciones especializadas: sanidad, con 20 muchachos; partos, enfermedades transmisibles y puericultura, con 20 muchachas en cada sección.

La enseñanza ocupaba seis días de la semana. En las primeras horas de la mañana todos los estudiantes se reunían en clases elementales de anatomía, fisiología y primeros auxilios, salubridad y control de transmisibles. El resto del día se les separaba en las cuatro secciones especializadas; las tardes y los sábados eran dedicados en gran parte a trabajos prácticos en el campo.

Las 7 de la mañana encontraban a toda la escuela haciendo ejercicios físicos; a las 9 de la noche se iban a dormir. Diez horas de estudio, discusiones, conferencias o clases, laboratorio y trabajo de campo, llenaban el día; dos horas a medio día y dos en la noche estaban libres para comidas y deporte. El trabajo escolar duró tres meses y siguieron otros tres de trabajo de campo supervisado. La instrucción integró la teoría con la práctica; las lecciones fueron sencillas, limitadas hasta donde fue posible a qué y cómo hacer algo, y fueron seguidas de inmediato por los ejercicios prácticos. La anatomía y la fisiología fueron explicadas sobre personas y animales, y los modelos mecánicos fueron integrados con aplicaciones prácticas. Así, la anatomía de la piel fue seguida por ejercicios de aplicación de inyecciones hipodérmicas, usando tiras de cuero fresco de ternera; la fisiología de la respiración

fue combinada con los ejercicios de primeros auxilios a los ahogados.

El curso de transmisibles empezó con el estudio de los parásitos fácilmente observables —*áscaris*— con los cuales muchos de los estudiantes estaban infectados; de ahí se pasó a las enfermedades producidas por microbios, como el paludismo o la tuberculosis.

Gran parte del tiempo se dedicó a discusiones, preguntas de los estudiantes y problemas. Algunos de los mejores alumnos del segundo curso fueron escogidos como instructores del primero; se les estimuló para que dieran las lecciones e hicieran demostraciones.

Cada intento se hizo siguiendo a Bethune con el propósito de dar a los estudiantes sólo tareas que no estuvieran más allá de sus habilidades de comprensión y de ejecución. Maniobras técnicas, tinciones, microscopía y diagnóstico de organismos ordinarios; esterilización de equipos, vendajes simples no presentaron dificultad alguna. Fue más complicado hacer que los estudiantes razonaran por sí mismos. Es difícil destruir los siglos de tradición escolástica, de lecciones, recitaciones y exámenes.

No había textos disponibles para este tipo de cursos. Los maestros prepararon unos nuevos y los distribuyeron a los estudiantes en hojas mimeografiadas. El manual de obstetricia fue impreso y una edición revisada apareció en breve. En cada esfuerzo realizado se trató de acostumbrar a los jóvenes a trabajar con los materiales disponibles, más que a depender de equipo de importación; salvo, por supuesto, algunos instrumentos de precisión como microscopios, termómetros, jeringas y agujas hipodérmicas y algunos fármacos y colorantes, poco quedó que no pudiera ser hecho en casa o improvisado. Dibujos, cartas, libros de texto y modelos fueron de factura doméstica. El modelo obstétrico lo hizo el carpintero local y el muñeco que representó al recién nacido fue hecho en la propia escuela. Aunque había un autoclave a mano, los alumnos aprendieron también a esterilizar en ollas de presión domésticas, de las que se usan para cocer alimentos.

Pequeños botes de hojalata con un agujerito practicado en el fondo y que se llenaban de una gran tetera daban una corriente de agua estéril de 5 a 10 minutos de duración para cada estudiante y acabaron con las funestas "palanganas" o "aguamaniles" que se encontraban dondequiera. También con un botecito un estudiante diseñó un ingenioso esterilizador calentado con alcohol. Las tijeras toscas compradas en el mercado, sustituyeron a las tijeras quirúrgicas. Las pinzas de disección fueron en parte hechas en casa y en parte sustituidas por pinzas para rejas hechas con bambú y alambre. Las férulas para fracturados fueron hechas por el herrero del pueblo y yeso tomado de

yeras locales fue molido y calcinado para hacer yeso ortopédico; vendas de algodón tejidas a mano reemplazaron a las importadas. El tiempo que se consumió en estas preparaciones no fue mal empleado. Puso a flote el ingenio y la confianza en sí mismos.

Se dio gran atención, hasta en los más pequeños detalles, a la preparación para el campo. Los adiestrados en el primer curso sirvieron como profesores y supervisores del trabajo de campo. Una semana antes de la salida, cada estudiante se ponía en pie y hacía un simulacro con los demás estudiantes, quienes representaban a las autoridades del pueblo y a los campesinos. Los trabajadores de campo deben estar preparados no sólo para aconsejar, sino para actuar. Deberán cavar por sí mismos una letrina y eliminar basura maloliente.

La buena disposición de los estudiantes para "meter el hombro" fue una revelación. Caminaron tambaleantes por los campos, agobiados por pesados fardos; ayudaron a los campesinos a cavar y a limpiar; fueron escrupulosos en no pedir nada para su propia comodidad.

La concentración en labores de salud pública y su separación de la medicina curativa fue motivo de problemas para el trabajador de la salud; las personas enfermas clamaban por medicinas, pociones e inyecciones que el artesano médico no les podía suministrar. Las personas sanas se resisten a los esfuerzos para mantenerlas en salud, en especial si ello implica gastos y molestias. En China se demostró la utilidad de la partera para superar esa resistencia. Cada familia necesita de una partera; las madres acuden habitualmente a ella en busca de consejo. Un pequeño adiestramiento adicional hace de ella un consejero en salud pública para quien la quiera escuchar. Por lo tanto, la obstetricia fue incluida en la preparación de toda trabajadora de la salud. Los sanitaristas y los trabajadores en transmisibles salieron adelante con la obstetricia como base.

Son necesarios grandes grupos de maestros para el rápido desarrollo de esta forma de preparación. Dichos maestros pueden ser preparados fácilmente: Los alumnos más aptos son retenidos; repiten el curso varias veces y gradualmente logran más y más enseñanza; casi una cuarta parte actúan como profesores, el resto como trabajadores de campo. Es innecesario atraer como maestros a profesionales de alto rango. Las enfermeras con experiencia práctica de campo son mejores maestras que la mayoría de los médicos; siempre mejores que los jóvenes pasantes de medicina o apenas graduados, perdidos en el laberinto de los conocimientos recién adquiridos.

De esta manera, los cursos se expandieron con rapidez, en progresión geométrica más que aritmética. Todos los esfuerzos se orientaron hacia la preparación

de artesanos inteligentes más que a la producción masiva de manos con habilidades altamente limitadas; el personal para acciones maquinales puede ser preparado más rápidamente, restringido a propósitos especiales; tales como campañas masivas limitadas a una sola enfermedad epidémica. Ejemplo de esto es el personal adiestrado para rociar DDT o para teñir laminillas en las campañas antipalúdicas, para vacunar contra la viruela o aplicar inyecciones estandarizadas. Estas personas están por abajo de los verdaderos artesanos e imitan en sus actividades las funciones de una máquina; forman el conjunto de un trabajo no calificado, como si cada uno fuera sólo un engrane en un complejo mecanismo, como el que apoya las líneas de producción en masa estadounidense. Su preparación puede ser extraordinariamente rápida y simple. No le pide nada a la inteligencia; lo extenso y urgente de las necesidades pueden justificarla; sin embargo, no se intentó en los cursos descritos, los cuales, al preparar artesanos capaces, abrieron a los más inteligentes de ellos una puerta hacia el desarrollo profesional más elevado.

Los cursos lograron cabalmente su propósito inmediato, esto es, la preparación de personas de inteligencia común, para realizar los trabajos manuales que se les asignaron; también fue posible calibrar en cierto grado el buen éxito del propósito final, a saber, mejorar la salud rural en la medida en que donde los recién preparados llegaron al campo fueron recibidos bondadosamente y a menudo con entusiasmo.

Mi partida de China inmediatamente después de terminar el ciclo escolar del segundo curso me impidió observar directamente los resultados finales del adiestramiento; no obstante, los informes y la correspondencia me han dado buena idea de lo que se ha venido logrando.

Se abrieron numerosos cursos con el modelo de los dos primeros y hubo miles de solicitantes tan sólo en Pekín, por lo que los grupos aumentaron a 200. Un estudio realizado en marzo de 1950 en dos poblaciones de la provincia de Hopei reveló lo siguiente: En los años anteriores a la encuesta en Chen-Wan-Tsun, 123 madres jóvenes habían tenido 435 niños; de ellos 211 (48.5%) murieron, y 30 (4%) de las muertes fueron causadas por convulsiones (tétanos) y asfixia. En Ta Wei Tsun, 239 mujeres tuvieron 661 niños; murieron 232 (35%) y 37 por ciento de las muertes fueron provocadas por convulsiones y asfixia.

A fines de 1949 unas 32 mujeres recibieron un mes de preparación de obstetricia; durante el pasado semestre, con ellas como núcleo, fueron preparadas 3 111 mujeres y parteras empíricas, y de los 321 niños recibidos por partera de ese grupo, 24 (7.5 por ciento) murieron.

En 1950 la Oficina de Salud de Pekín estableció nueve estaciones en esa ciudad. Recibieron preparación 100 parteras empíricas y atendieron 2 400 partos con sólo un caso de tétanos.

En la actualidad (1953) se experimentan varios planes en diferentes lugares. Es prometedora la posibilidad de que uno o más médicos en salud pública sean adscritos a cada una de las 2 006 cabeceras de distrito y agregados al médico estarán uno o más equipos de trabajadores de la salud, incluidos un sanitarista, una partera y un trabajador en transmisibles. El trabajo de los grupos auxiliares bajo este plan dependerá, en gran parte, del punto de vista del médico director del distrito; si él está preparado en salud pública y tiene *in mente* a ésta más que a la medicina curativa, se puede esperar una muy adecuada provisión de trabajadores de la salud para los próximos dos o tres años.

Del 7 de agosto al 3 de octubre de 1950 tuvo lugar una Conferencia Nacional de Salud. Se aprobó un plan encaminado a producir 30 000 médicos y 1 500 000 trabajadores auxiliares dentro de los próximos cinco años. Los cursos estarán ubicados en todas las escuelas médicas municipales y en los grandes hospitales. Herbolarios chinos bien calificados podrán participar en esos cursos y se desea preparar auxiliares médicos como enfermeras, parteras y técnicos. Los candidatos serán egresados de secundaria.

Un segundo grado de escuela médica deberá tener cursos cortos más intensivos para preparar especialistas que hagan trabajo independiente en salud pública, medicina curativa y farmacia. Los candidatos para esto serán egresados de bachillerato. La preparación de trabajadores en salud pública, sobre todo para los pueblos, estará limitada al conocimiento general de higiene y salud, técnicas sencillas de prevención (inmunizaciones) sanidad ambiental, primeros auxilios, educación higiénica popular e informes sobre epidemias. Los candidatos para estos cursos de tres a seis meses serán egresados de escuelas primarias.

Se intenta emprender la reorganización y la reeducación de los 500 000 prácticos nativos.

La forma de preparación iniciada en China puede funcionar en otras partes si los funcionarios oficiales de los gobiernos quisieran diseñar métodos adecuados a las necesidades del país y crear nuevos procedimientos en vez de obligar a sus pueblos, rodeados de circunstancias y con necesidades absolutamente no occidentales, a recibir servicios preparados en moldes prefabricados a la manera occidental. Con métodos diseñados para ellos mismos, ajustados a sus necesidades y, si fuera necesario, crear otros nuevos. Los principios básicos de este adiestramiento son atinados; por eso fue viable en China, y los chinos mismos lo han expandido y desarrollado; están ahora firmes sobre sus pies, sin la ayuda de apoyo exterior.