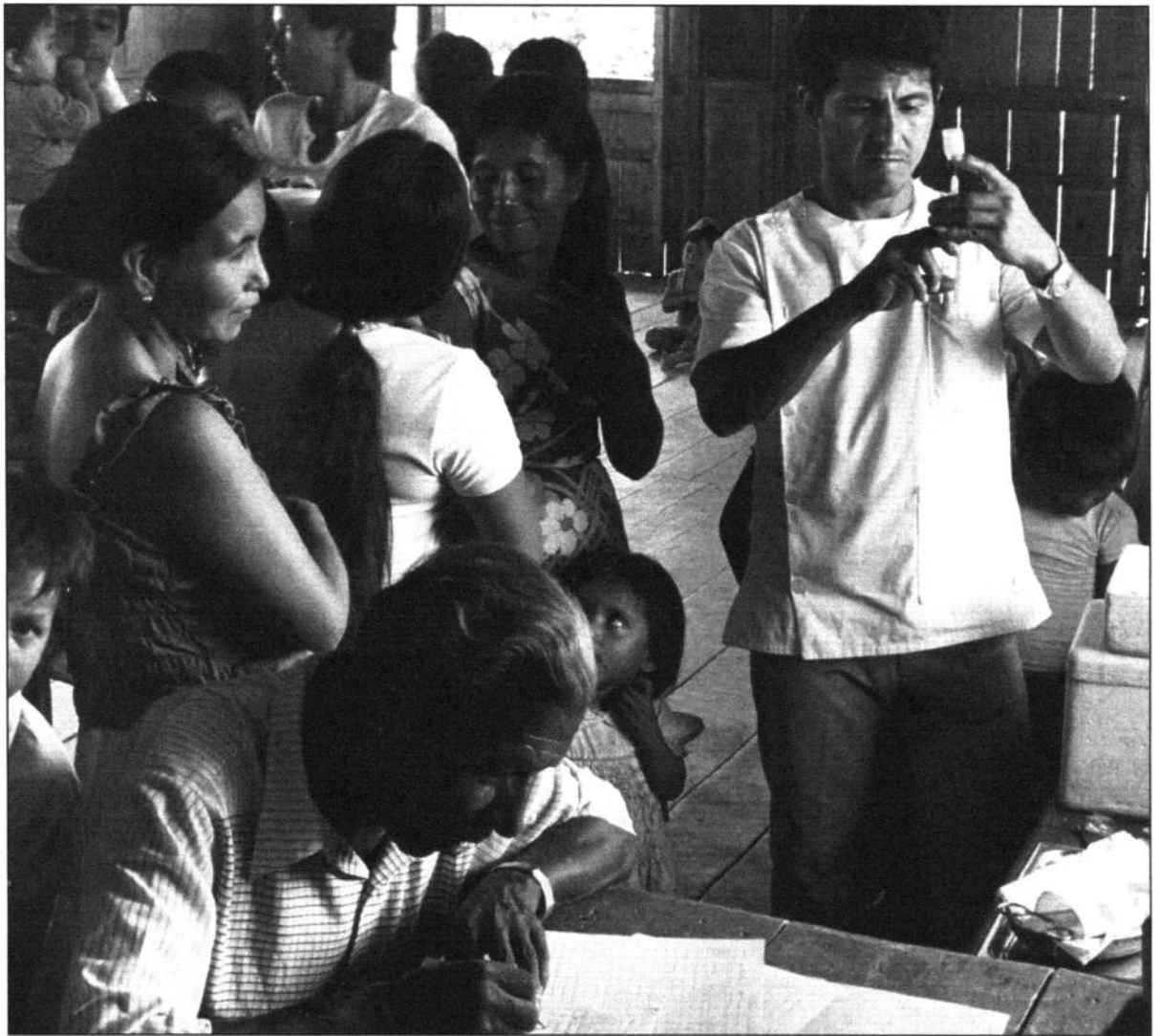


26265

HACIA LA SALUD PARA TODOS: 1975–1983



La inmunización de las poblaciones contra las principales enfermedades infecciosas constituye uno de los fundamentos de la atención primaria de salud (Foto: J. Vizcarra, OPS/OMS)

Los servicios de salud y la atención de salud evolucionaron en las Américas en medio del vertiginoso cambio político, económico y social experimentado desde mediados de la década de 1970 hasta principios de la de 1980. La senda hacia el progreso político en América Latina resultó tortuosa. Un país tras otro sufrió el impacto de golpes militares que frustraron la causa de la democracia. Sin embargo, varios países de la Región —Dominica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Belice, Antigua y Barbuda— se independizaron y se unieron a la comunidad de naciones, así como a la Organización Panamericana de la Salud.

La crisis del petróleo que comenzó en 1973 desencadenó una continua inflación y afectó a las economías de toda la Región, lo que se tradujo en una expansión económica sin precedentes para unos cuantos países exportadores de petróleo y en una catástrofe para el desarrollo general de muchos países que dependen de él. El presidente de un país instó a sus ciudadanos a responder a la crisis declarando “el equivalente moral de la guerra” contra el consumo de petróleo. La mayoría de los países tuvieron que reducir drásticamente los gastos públicos, con la amenaza de graves consecuencias para los programas sociales, entre ellos los servicios de salud, donde los efectos deletéreos de la crisis fueron exacerbados por costos crecientes.

Los cambios sociales durante este período tuvieron una amplia trascendencia. Surgieron nuevas preocupaciones ambientales acerca del daño a la capa de ozono y la lluvia ácida. Una conferencia internacional en la Ciudad de México adoptó un plan decenal cuya meta primordial fue mejorar la condición de la mujer. Y la computadora “casera” o “personal” —la PC— llegó al mercado mundial.

El ritmo de avance de la ciencia se aceleró. Cada vuelo espacial penetró más y más en los confines exteriores del sistema solar. Se produjo un gen sintético funcional y nacieron los primeros niños “probeta”. Por vez primera, los investigadores trataron con éxito, utilizando un medicamento, una infección vírica mortal, la encefalitis herpética. En 1980 la OMS declaró la erradicación mundial de la viruela. Sin embargo, tan pronto como se había erradicado esa enfermedad, surgió otra, que resultaría devastadora en extremo: en 1981 los científicos identificaron una nueva amenaza para la salud humana, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1974, eligió al Dr. Héctor R. Acuña, de México, para el cargo de Director de la OSP. En su discurso de toma de posesión, el Dr. Acuña declaró que “nuestro propósito es crear un clima que permita, a la luz de la sensatez y del estudio, introducir cambios en consonancia con los tiempos en que vivimos, cambios para reducir la morbilidad y la mortalidad por infecciones entéricas, que refuercen el Plan Decenal de Salud y que, si es posible, resuelvan problemas ancestrales, tan antiguos como el suministro de agua, el saneamiento del ambiente, el control de vectores, y la fabricación, manejo, distribución y consumo higiénico de alimentos”. La Organización reorientó su trabajo para adaptarse a los cambios sociopolíticos que estaba experimentando la Región y, en especial, a las repercusiones de esos cambios en las condiciones de salud de las Américas.

Iniciativas de política

La Asamblea Mundial de la Salud que se reunió en 1977 resolvió “que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. Ese mismo año, en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Washington, D.C., los Gobiernos se comprometieron a redoblar sus esfuerzos por acelerar la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a toda la población, y para alcanzar ese objetivo, adoptaron una política regional con la *atención primaria de salud* y la *participación de la comunidad* como principales estrategias. Un año después, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, URSS, 1978) emitió una declaración en la que se reconocía que la atención primaria de salud era la clave para lograr la salud universal como parte del desarrollo general y en pro de la justicia social. En los años que siguieron la Organización trabajó por hacer realidad la aspiración de salud para todos mediante programas específicos de salud.

La XX Conferencia Sanitaria Panamericana (St. George's, Grenada, 1978), reeligió al Dr. Acuña y, entre otras, aprobó resoluciones en relación con la adopción de un programa y presupuesto bienales para la OPS, como lo venían haciendo otros organismos de las Naciones Unidas, y para el logro de la cobertura universal y la incorporación de la atención primaria en los servicios generales de salud.

Hacia fines de la década, la evaluación del Plan Decenal de Salud indicó cierto número de deficiencias en las áreas de servicios de inmunización, sistemas de vigilancia epidemiológica, atención de salud materno-infantil, políticas de alimentación y nutrición, abastecimiento de agua a las zonas rurales y eliminación de desechos sólidos. El problema principal radicaba en que la población estaba aumentando a un ritmo más acelerado que aquel al que podían ampliarse los servicios. Se estimó que, para cerrar la brecha, se tendrían que fortalecer las relaciones dentro del sector de la salud y abordar relaciones nuevas fuera del mismo. Si bien la meta principal fue la atención primaria, hubo metas intermedias consistentes en el fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud, el desarrollo de los recursos humanos y el aumento del uso eficaz de los recursos financieros. Las principales estrategias para alcanzar estas metas fueron la adopción de un enfoque multidisciplinario para los problemas de salud que promovió el desarrollo de sistemas de salud dentro del contexto del desarrollo general en cada país; la participación de la comunidad, en la que individuos y comunidades se ayudaban mutuamente y trabajaban por resolver problemas especiales de salud; y autosuficiencia nacional y regional, conforme a la cual los países atendían sus propias necesidades en un contexto socialmente pertinente, dando lugar a lo que se llegaría a conocer como cooperación técnica entre los países en desarrollo (o CTPD).

Al principio de la década de 1980, los Gobiernos de las Américas, al igual que lo habían hecho al principio de las décadas de 1960 y 1970, trazaron el derrotero futuro de la acción colectiva en el campo de la salud —esta vez en busca de la salud para todos— formulando estrategias nacionales y regionales. En conjunto dos documentos, *Salud para Todos en el Año 2000: Estrategias* (1980) y el *Plan de Acción de Salud para Todos en el Año 2000* (1982), sirvieron de marco para los programas de salud de la Organización y de los países para el resto del siglo. (Véase también el capítulo sobre planificación de la salud en esta publicación.)

Servicios de salud

Para lograr la ampliación de la cobertura de los servicios, los dirigentes regionales de salud subrayaron la importancia de formular y ajustar las *políticas de salud*, mejorar la planificación y la administración para fortalecer el *sistema de salud* y formar *recursos humanos*. La Organización diseñó métodos para analizar las fuentes de financiamiento, los fondos disponibles para los programas de salud y la eficacia en función del costo de tales programas. Se celebraron discusiones técnicas sobre coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública, a raíz de las cuales el Consejo Directivo instó a los Gobiernos a establecer mecanismos para coordinar la prestación de servicios de salud. La OPS dio apoyo al establecimiento de niveles de atención de salud, al mejoramiento de la capacidad instalada de 13 000 hospitales en América Latina y el Caribe, y a la colaboración de los hospitales para formar una red de servicios de salud. Puesto que se consideró que las enfermeras eran vitales para la ampliación de los servicios a las zonas rurales y urbanas, en la mayoría de los países se establecieron normas de enfermería y se redactaron planes para fortalecer su instrucción y capacitación.

La Organización subrayó la importancia de desarrollar *sistemas de información*, a fin de que los programas nacionales de salud pudieran contar con datos oportunos y fiables para planificar, programar, administrar y evaluar sus programas y proyectos, así como *sistemas de gestión* para lograr una mayor justicia social en el acceso a los servicios mediante la administración eficaz de los recursos. La OPS llevó a cabo actividades encaminadas a incorporar dos estrategias —educación para la salud y participación de la comunidad— en los programas de estudio de las escuelas, la coordinación interinstitucional y los talleres de capacitación.

El Comité Asesor de la OPS sobre Investigación Médica estableció un subcomité sobre *investigación de servicios de salud* para promover este campo, que se consideró estaba integrado por tres áreas principales —social, operativa y epidemiológica— y para emprender el estudio sistemático de medidas a través de las cuales se aplica el conocimiento biomédico y otros conocimientos pertinentes y se hace que surtan efecto en la salud de los individuos y las comunidades, en determinadas condiciones o circunstancias.

La Organización entró en una esfera relativamente nueva de trabajo, los servicios de *rehabilitación*, con el objetivo de mejorar la atención de los discapacitados, utilizando materiales de ayuda propia y un manual sobre adiestramiento de discapacitados junto con investigaciones para producir elementos prostéticos y ortóticos más simples.

Salud de la familia

Para resolver los problemas de salud de las familias, la OPS utilizó un enfoque multidisciplinario que coordinó las actividades de *atención maternoinfantil, nutrición, salud mental, salud dental y educación de la familia*. Muchas madres y niños en las zonas periurbanas y rurales de la Región se hallaban aún fuera del alcance de los servicios de salud. Con el fin de hacer frente a esta situación, la Organización cumplió actividades epidemiológicas encaminadas a detectar y evitar los riesgos para las madres y los niños; coordinó programas de nutrición, salud mental, educación en salud y participación de la comunidad; impartió cursos para enfermeras, auxiliares de enfermería y trabajadores de salud de la comunidad; promovió los servicios de salud de los adolescentes; y realizó investigaciones sobre los indicadores de salud y el bienestar de la familia. También sirvió de organismo ejecutor en varios proyectos financiados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas que se concentraban en la atención maternoinfantil y la planificación familiar.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano realizó investigaciones perinatales, elaboró tecnologías apropiadas para la atención perinatal y del recién nacido y el control de la premadurez. Más de 15 países aceptaron y comenzaron a utilizar la historia clínica perinatal del Centro, y 50 maternidades en otros 12 países aplicaron la metodología del Centro para identificar factores de riesgo perinatal.

Junto con el Programa Mundial de Alimentos, la OPS colaboró con los Gobiernos en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos de asistencia alimentaria. Asimismo, estableció sistemas de vigilancia nutricional para detectar, tratar y evitar las principales carencias nutricionales; promovió la planificación intersectorial en materia de alimentación y nutrición; recomendó la integración de actividades de nutrición en los servicios de salud; y auspició tecnologías de enriquecimiento de los alimentos para evitar y controlar carencias nutricionales específicas.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe realizaron funciones básicas en esta esfera: cooperación técnica directa, enseñanza, investigación e intercambio de información, con el fin de eliminar la malnutrición, reducir la anemia, controlar la diabetes, promover el desarrollo institucional y formular políticas, estrategias y planes de acción.

Control de las enfermedades transmisibles

La Organización siguió proporcionando cooperación técnica para reducir las enfermedades, las defunciones y la incapacitación producidas por enfermedades que podrían prevenirse o controlarse, en general promoviendo la inclusión de las actividades de lucha contra las enfermedades en los servicios generales de salud y de atención primaria en especial.

El desarrollo de vacunas que evitaron las enfermedades transmisibles más comunes y destructivas en décadas anteriores había permitido la realización de vigorosas campañas de *vacunación* en masa. Sin embargo, esas campañas perdieron fuerza al descuidarse las medidas cuando parecía que se habían erradicado esas enfermedades. De hecho, para mediados de los años setenta, varias de esas enfermedades transmisibles volvieron a aparecer en muchos lugares. En respuesta a esta situación, la Organización Mundial de la Salud creó en 1977 el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), para proporcionar a todos los niños del mundo para 1990 servicios de inmunización contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis. El programa se dirigió a los lactantes de alto riesgo y a las embarazadas y dependió de la integración de las actividades de inmunización en los servicios generales de salud. El PAI de la OPS incluyó actividades en cinco esferas —capacitación, operación de un fondo rotatorio para la compra de vacunas y suministros afines, desarrollo y prueba del equipo de la cadena de frío, sistemas de información y evaluación de la operación de los programas y divulgación de la información.

La *vigilancia epidemiológica* se convirtió en una parte importante de la labor de la Organización en los países. Su objetivo fue mejorar la información epidemiológica y la notificación de casos y defunciones. Para coordinar las actividades de vigilancia y promover estudios sobre la incidencia y frecuencia de las enfermedades, en 1975 la OPS estableció el Centro de Epidemiología del Caribe, que prestó apoyo a los laboratorios de salud, impartió capacitación en epidemiología y realizó investigación aplicada en esa subregión.

En este período se produjeron importantes adelantos en el control de las *enfermedades diarreicas*, la principal causa de muerte entre los lactantes y niños menores de 5 años en más de la mitad de los países de América Latina y el Caribe. En 1975 se estableció un sistema para la notificación de los síntomas diarreicos. Posteriormente, la OPS lanzó un programa regional con cinco estrategias: tratamiento oportuno de los episodios diarreicos agudos mediante la rehidratación oral y el control dietético apropiado; prácticas mejoradas de atención infantil, entre ellas lactancia, destete adecuado e higiene personal; educación en salud; servicios mejorados de abastecimiento de agua, saneamiento ambiental e higiene de los alimentos; y vigilancia epidemiológica.

La *tuberculosis* no estaba descendiendo con la rapidez esperada y aún representaba un grave problema en casi todos los países de la Región, a pesar de ser susceptible a las medidas de control disponibles. La Organización colaboró en la integración de las actividades de control de la tuberculosis en los servicios generales de salud; publicó información y produjo varias publicaciones científicas sobre el control

de la tuberculosis; aceleró la cobertura con la vacuna BCG; y realizó actividades de capacitación.

Las *infecciones respiratorias agudas* siguieron ocasionando una elevada mortalidad en los niños y constituyendo una de las tres causas principales de mortalidad entre los menores de 1 año de edad en 23 países. Estas infecciones, que también son una importante causa de morbilidad, impusieron una pesada carga sobre los servicios de salud. Para promover medidas encaminadas a evitar estas infecciones, la OPS divulgó información, realizó investigaciones epidemiológicas y operativas, y patrocinó reuniones y talleres de capacitación.

El trabajo contra la *lepra* recibió ímpetu como resultado del lanzamiento del Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Se lograron avances en el uso de un nuevo medicamento, la rifampicina, y en la integración de la localización de casos y el tratamiento en los servicios de atención primaria de salud. La OPS patrocinó capacitación internacional mediante cursos dictados con el Centro Panamericano de Investigaciones y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades del Trópico (CEPIALET), instituto venezolano asociado con la OPS desde 1976.

El progreso hacia la erradicación de la *malaria* se detuvo como resultado de problemas técnicos y operativos. La situación empeoró constantemente durante la década de 1970, y el número de casos aumentó de 465 000 en 1978 a 593 000 en 1981. En 1980 los Gobiernos trazaron un plan regional en apoyo de los programas nacionales de mediano plazo contra la malaria, y la OPS ayudó a los países a analizar su situación con respecto a la malaria y a programar actividades pertinentes.

La Organización siguió trabajando con los países para controlar situaciones de emergencia provocadas por la presencia de *Aedes aegypti* y limitar la propagación de la epidemia de dengue que ocurrió en el Caribe y en la parte norte de Sudamérica, en particular en 1977. El Consejo Directivo reiteró su resolución de erradicar el vector de la Región, pero la campaña tropezó con graves dificultades financieras y administrativas. La incapacidad del DDT para conseguir la erradicación, amén de nuevas prioridades de salud, resultaron en un debilitamiento del proyecto y una reinfestación con *A. aegypti*. La OPS se concentró en la notificación de casos, la vigilancia de la resistencia del vector a los insecticidas y el mejoramiento de la competencia técnica y profesional del personal nacional.

En cuanto a *salud animal*, específicamente las zoonosis y la fiebre aftosa, la Organización cooperó en el fortalecimiento de las infraestructuras de laboratorio y los programas de control. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa cooperó con los programas de prevención y control en todos los países sudamericanos y trabajó en la producción de vacunas y en la vacunación sistemática del ganado. El Centro Panamericano de Zoonosis estableció sistemas regionales de vigilancia de la rabia canina, la encefalitis equina, la leptospirosis y la brucelosis. Un importante problema fue la falta de productos biológicos para uso veterinario suficientes para atender la demanda, y la OPS prestó apoyo a centros en México, Brasil y Venezuela para intensificar la fabricación de productos biológicos de calidad controlada a fin de atender la demanda nacional y regional.

Asimismo, la OPS cooperó con los países mediante la capacitación, vigilancia epidemiológica e investigación para prevenir y controlar *otras enfermedades transmisibles* que afectaban a las Américas durante este período: las micosis cutáneas y sistémicas; las enfermedades bacterianas, tales como la peste, la meningitis meningocócica y la fiebre tifoidea; las enfermedades de transmisión sexual, tan propagadas que se estimó que en América Latina uno de cada 50 adultos se infectaba por lo

menos con una enfermedad de transmisión sexual cada año; las enfermedades producidas por rickettsias, tales como el tifus transmitido por garrapatas, la fiebre Q y la fiebre maculosa; la influenza, que fue objeto de vigilancia por 18 centros nacionales como parte del programa mundial de la OMS contra la gripe; la hepatitis, en especial las formas A y B; la fiebre amarilla selvática y el dengue. Además, teniendo en cuenta que según las estimaciones hasta en la mitad de todas las intervenciones quirúrgicas ocurren fiebres posquirúrgicas, la OPS comenzó en 1978 a identificar y evaluar las actividades en marcha para evitar las infecciones hospitalarias y promover el control de dichas infecciones.

Control de las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades crónicas estaban ocasionando crecientes problemas de salud tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados a medida que envejecía la población, los estilos de vida se hacían más sedentarios, cambiaban los hábitos de alimentación (el consumo de más grasas y azúcares), la obesidad se hacía más prevalente y aumentaban otros factores de riesgo conducentes a *enfermedades respiratorias crónicas y cardiovasculares*. La OPS cooperó con los países mediante la promoción del conocimiento de las enfermedades no transmisibles; el diseño de programas para controlarlas y prevenirlas, teniendo en cuenta las condiciones, los recursos y las estructuras de atención de salud locales; ofreciendo capacitación e información actualizada; y movilizándolo financiamiento extrapresupuestario para realizar programas multinacionales encaminados a normalizar los criterios y coordinar las actividades de control y prevención de estas enfermedades.

Se intensificó la cooperación en relación con las *enfermedades cardiovasculares*, el *cáncer*, la *diabetes* y las *enfermedades reumáticas crónicas*. En 1975 la Organización y 16 centros en siete países emprendieron un estudio sobre la prevención de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática; el estudio terminó con una recomendación de que en todos los niveles de servicios se instituyeran procedimientos diagnósticos y preventivos. El control de la hipertensión se organizó siguiendo lineamientos análogos. También en 1975 se estableció el Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP), con el apoyo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos. En 1977 se inició un programa de quimioterapia contra el cáncer con la cooperación de los centros de tratamiento del cáncer en seis países.

Aunque la *prevención de la ceguera* no ha sido un problema tan grave en las Américas como en otros lugares, y dos terceras partes de todos los casos son prevenibles, la OPS organizó un grupo de expertos que preparó un informe integral sobre la prevención de la ceguera, recomendando la integración de las actividades de promoción, en especial a nivel de atención primaria.

La Organización también colaboró con varios países para establecer programas nacionales de *prevención y control de los accidentes de tránsito*, que se estaban convirtiendo en un problema cada vez más grave en la Región.

Salud ambiental

En un esfuerzo por ampliar los servicios urbanos, periurbanos y rurales de *abastecimiento de agua y saneamiento*, la Organización cooperó en la realización de estudios de factibilidad y trabajó con planificadores nacionales e instituciones financieras: el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y el Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo. Desde 1974 hasta 1977 se invirtieron \$US 1360 millones —la mitad, aproximadamente, en forma de préstamos internacionales y la otra mitad de fondos nacionales— en sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado. Las inversiones nacionales en estos sistemas desde 1977 hasta 1981 superaron los \$3,9 mil millones. El BID prestó \$672,6 millones para dichas actividades y el Banco Mundial, \$1040 mil millones.

En preparación para el Decenio Internacional del Agua Potable y Saneamiento Ambiental (1980–1990), la OPS hizo hincapié en la operación y el mantenimiento de instalaciones a fin de mejorar la calidad del suministro de agua, dictó cursos de capacitación, divulgó información, ayudó a desarrollar instituciones y personal, promovió tecnología apropiada y prestó apoyo a la investigación. También colaboró con los países para establecer comités de acción del Decenio y reorientar la planificación sectorial. Un proyecto especial con el BID tuvo por meta mejorar la operación y el mantenimiento de los organismos de abastecimiento de agua. El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) organizó una Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) y cooperó con los Gobiernos en el establecimiento de intercambios de información como base para la transferencia de tecnología.

La labor de la OPS en el campo del mejoramiento de la capacidad operativa y de gestión financiera de las entidades nacionales de salud ambiental tuvo por objetivo ampliar los servicios de *saneamiento básico, eliminación de desechos sólidos y control de la contaminación*. El crecimiento de la población y de la industria ocasionó crecientes problemas de contaminación del aire, el agua y el suelo. La construcción de importantes carreteras y el desarrollo de cuencas fluviales y recursos hídricos estaban desencadenando cambios importantes en la ecología, con graves efectos para la salud de las comunidades circundantes. El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) y el CEPIS cooperaron con los países en la identificación de situaciones críticas y de las principales amenazas para la salud ambiental. La Red Panamericana de Muestreo Normalizado de la Contaminación del Aire siguió ampliándose y se afilió con la Red Mundial de Vigilancia de la Calidad del Aire de la OMS.

Las actividades de *salud ocupacional* de la Organización impulsaron las iniciativas de los Gobiernos encaminadas a formular medidas preventivas, subrayar la reducción de los accidentes y la prevención de las intoxicaciones por productos químicos, en especial entre los trabajadores del campo.

La OPS también dio apoyo a los países para el desarrollo de servicios de *medicina de las radiaciones*, incluidas unidades radiológicas simples y de bajo costo; produjo un manual sobre radiología y atención primaria; y promovió el establecimiento de centros de capacitación y la preparación de materiales de referencia para técnicos de rayos X y radioterapia.

Durante este período y a raíz del huracán Fifi, que ocasionó 8000 defunciones en Honduras y dejó a muchas personas sin hogar, un terremoto en Guatemala, la sequía en Haití y el huracán Liza en México, la Organización estableció una unidad de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre a fin de ayudar a los países a establecer programas de *preparativos para desastres* con asistencia material y técnica, evaluación del daño, vigilancia de las enfermedades y recuperación de la infraestructura de salud. Se reconoció que la frecuencia e intensidad de los sismos y huracanes no cambiaría. Sin embargo, la creciente densidad demográfica, la progresiva ocupación de zonas vulnerables y la continua construcción de instalaciones de salud y viviendas sin precauciones de ingeniería adecuadas aumentarían el efecto de los desastres sobre la salud pública. La OPS elaboró simulaciones de casos de desastre como sustitutos de la experiencia directa; inició en

1980 la publicación del boletín trimestral titulado *Preparativos para casos de desastre en las Américas*; y produjo varias publicaciones científicas sobre este tema.

Recursos humanos e investigación

Puesto que los trabajadores de salud son vitales para la ampliación de los servicios, la Organización subrayó la importancia de vincular la educación y adiestramiento de los distintos niveles y categorías del personal de salud con las necesidades de los servicios de salud y de la comunidad, coordinando la labor de las instituciones de servicio y de docencia y optimando la planificación de los recursos. Entre las metas principales del programa de desarrollo de recursos humanos figuraron el fortalecimiento de la capacitación de personal técnico y auxiliar; la educación continua del personal de salud; los programas integrados de enseñanza-servicio; y la reorientación de la educación en enfermería hacia la salud y atención primaria de la comunidad. (Véase también el capítulo sobre los trabajadores de salud.)

Se organizó y reorientó el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas para dar cobertura a los campos prioritarios del Plan Decenal de Salud y la meta prioritaria de ampliar la cobertura de los servicios de salud. El Comité celebró reuniones subregionales para instar a los países a formular políticas de *investigación en salud*. La OPS realizó una encuesta de los recursos de investigación en cada país como base para la cooperación técnica entre los países y promovió la investigación en general mediante subvenciones, reuniones, cursos, seminarios e intercambio de información.

Administración

Durante este período, se estableció una Oficina de Administración para diferenciar las funciones administrativas de las de los programas técnicos, y se estructuró la cooperación técnica en cuatro divisiones: servicios integrales de salud, prevención y control de las enfermedades, protección de la salud ambiental y recursos humanos e investigación. La OPS estableció en Bridgetown, Barbados, una Oficina del Coordinador de Programas del Caribe y comenzó a evaluar el trabajo de los 10 Centros Panamericanos.

Como parte de un empeño global, los Cuerpos Directivos evaluaron la estructura de la OPS a la luz de sus funciones y llegaron a la conclusión de que la meta de salud para todos era pragmática; la OPS debería concentrarse en los aspectos "técnicos" de la salud; deberían fortalecerse las Representaciones en los Países y utilizarse más ampliamente las entidades nacionales; deberían realizarse los aportes de los países a las políticas regionales y mundiales mediante grupos subregionales, órganos directivos y grupos especiales; y la OPS debería desempeñar un papel aun mayor en la capacitación en servicio del personal nacional clave.

Durante este período, las Oficinas de Zona se convirtieron en Oficinas de Área y la responsabilidad de la provisión de los programas se descentralizó aun más a nivel de país. Para aplicar un enfoque multidisciplinario a los problemas a los que hizo frente la Organización, se estableció un Comité de Programas de la Sede.

El presupuesto aumentó de \$45 millones en 1973 a \$70,4 millones en 1977. El total para 1974-1977 fue de \$98,5 millones más que para 1970-1973: más de la mitad de este incremento se debió a fondos extrapresupuestarios. El total para 1978-1981 aumentó en \$40 772 771 ó 40,5% sobre el cuatrienio anterior, incrementándose notablemente una vez más los fondos extrapresupuestarios.

En el curso de estos años la dotación de personal experimentó una reducción de 6%, descendiendo de 1313 al final de 1977 a 1234 al final de 1981, con dos terceras partes de todo el personal asignado a los Países Miembros.

El Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) comenzó sus operaciones en 1978 como instrumento administrativo para formular, ejecutar, supervisar y evaluar el programa de cooperación técnica de la OPS. El AMPES facilitó un diálogo objetivo entre la OPS y los Gobiernos en relación con los programas y metas de salud de los países, la asignación más eficiente de los recursos y el servicio más eficaz que la Organización podría proporcionar a los países.

Todos somos portadores del estandarte del desarrollo en las Américas. La tarea es ingente y las dificultades innegables. Sin embargo, no debemos vacilar, porque el objeto del desarrollo es, a la postre, romper los lazos de la pobreza y la injusticia, y liberar el espíritu humano. Se trata, en definitiva, de un objetivo que es preciso alcanzar.

Dr. Héctor R. Acuña
Asamblea General de la OEA, 1981