

Crónica

La OPS, el desarrollo de recursos humanos y la investigación¹

En 1980, el desarrollo de recursos humanos en las Américas se centró principalmente en la planificación y capacitación del personal necesario para los programas de extensión de la cobertura basados en la atención primaria. Se concedió importancia especial a los programas de formación de personal técnico y auxiliar. Asimismo, se trató de que los programas universitarios incluyeran los nuevos conceptos y prácticas de la atención primaria.

Al igual que la organización de la atención de salud requiere la determinación de niveles y de áreas en las cuales han de realizarse los programas, también es preciso determinar las clases de personal que se utilizará. Ello permite una mejor asignación de funciones para satisfacer las necesidades de los programas y la adecuada dotación de personal para las instalaciones, así como la evaluación del rendimiento. El aumento de los costos de los servicios, la inflación y la insuficiente utilización de profesionales de la salud en muchos países exigen que, en cualquier intento para extender la cobertura, se tenga debidamente en cuenta el proceso de desarrollo de recursos humanos, ya que más del 60% de las asignaciones presupuestarias para la salud corresponde a los gastos de personal.

En vista de estos problemas, se ha realizado

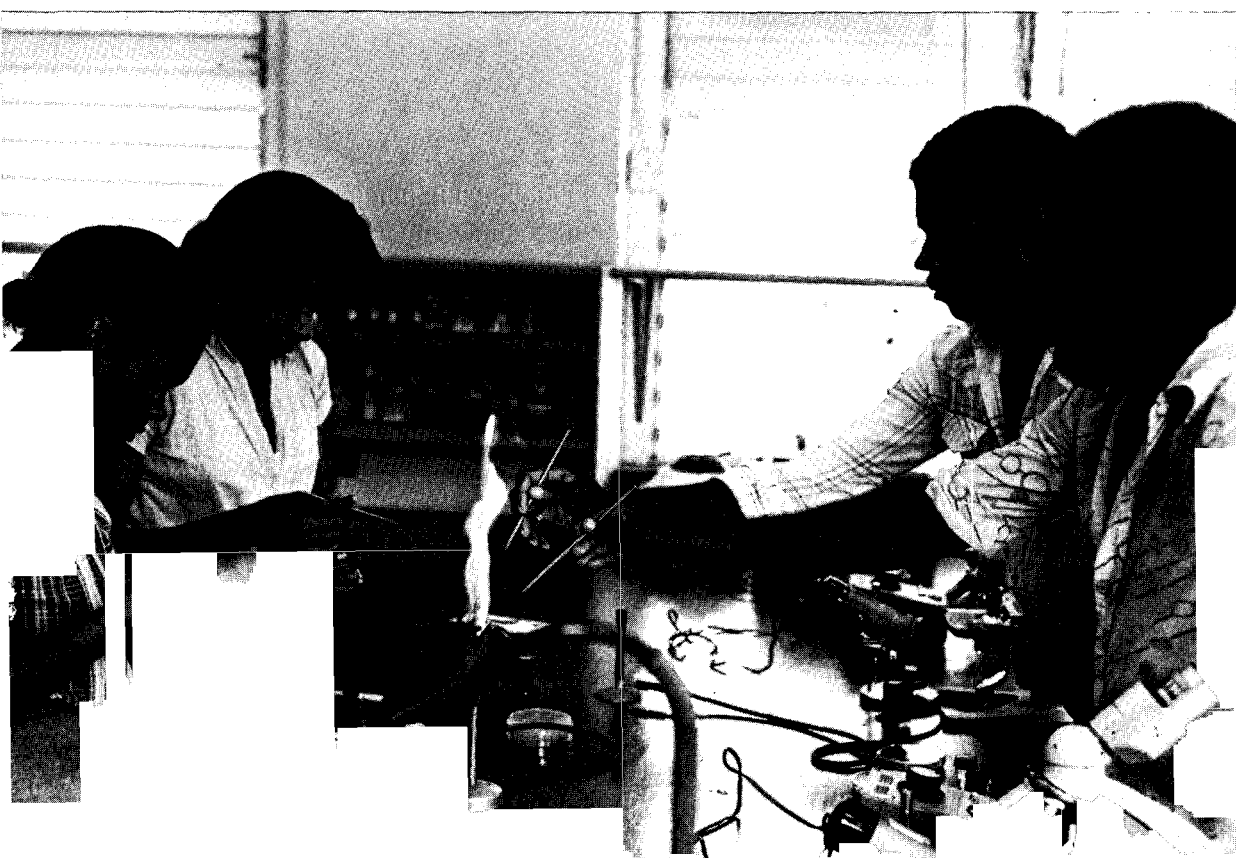
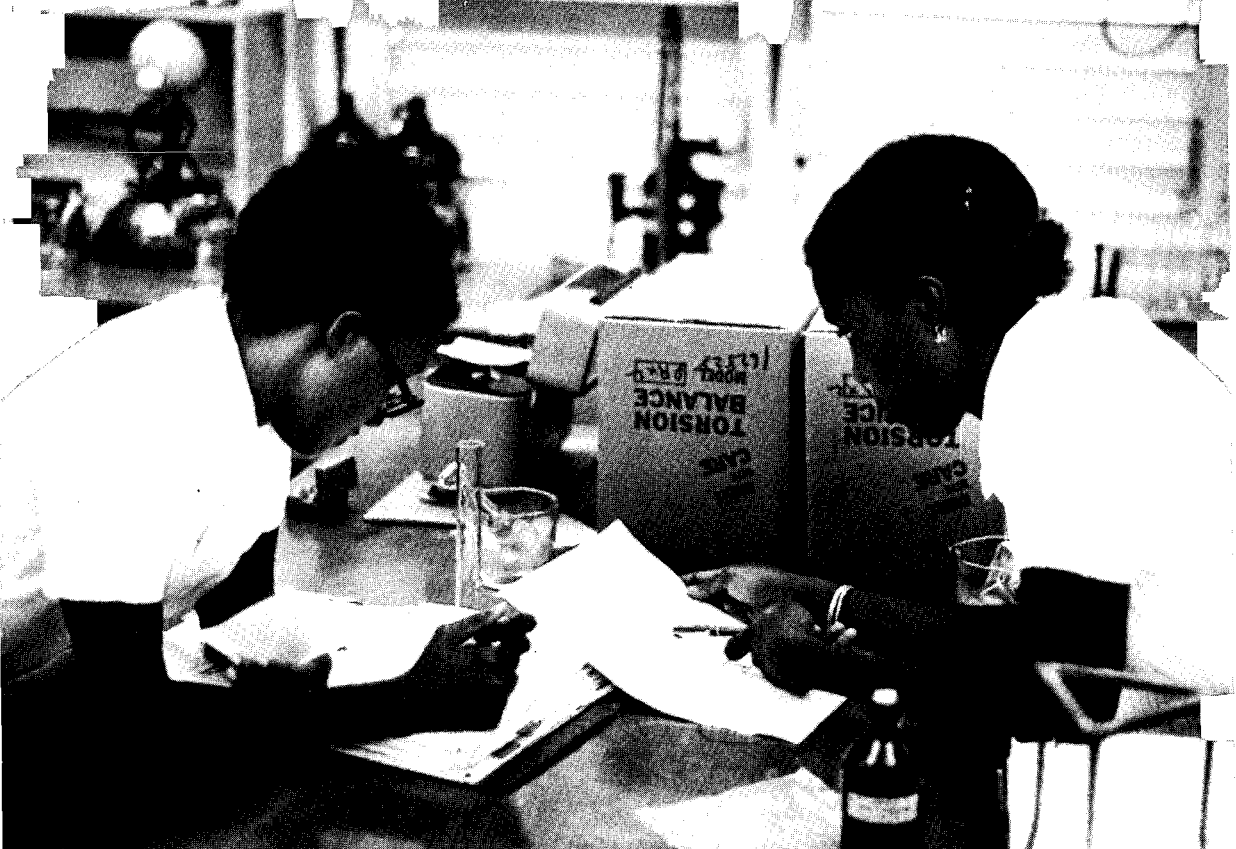
un esfuerzo para el desarrollo de programas de recursos humanos en los que se fomenta la recapitación del personal mediante programas de educación continua, con el objeto de remediar las deficiencias identificadas por la supervisión. De hecho, se está tratando de modernizar la enseñanza con arreglo a los principios más modernos de la administración de la salud.

A pesar de todo, se observan pronunciadas discrepancias entre las necesidades de personal y la producción de recursos como resultado de una inadecuada planificación. Además, la planificación global del desarrollo no ofrece un marco apropiado para los planes relativos a los recursos educativos y, particularmente, los humanos. Esto se debe a la debilidad de los vínculos que existen en la organización entre los dos niveles de planificación, a las divergencias teóricas sobre el lugar que ocupa la educación en la planificación general y a los numerosos

Capacitación práctica en tecnología de laboratorios de medicina en el Colegio de la Comunidad, Bridge-town.

(Fotos: J. Vizcarra Brenner/OPS)

¹Reimpreso del *Informe Anual del Director*, 1980. Washington, D.C., Documento Oficial de la OPS 177 (1981).



obstáculos con que tropieza la planificación en medios inestables y con recursos escasos y fluctuantes. Por lo tanto, se viene prestando atención especial al apoyo a los departamentos de recursos humanos de los ministerios de salud para tratar de vencer esas dificultades.

El desarrollo de programas de extensión de la cobertura requiere también el desarrollo de las investigaciones científicas. Por lo tanto, durante el año se fomentaron los estudios de los servicios de salud a fin de desarrollar la investigación basada en acción y proveer una continua solución científica a los problemas de servicios de salud. La OPS continuó su apoyo a la investigación biomédica y social y epidemiológica, especialmente en sus campos prioritarios de acción.

El Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas amplió su radio de interés hacia áreas específicas, entre las cuales figuran las investigaciones en materia de servicios de salud, socioepidemiología, nutrición y enfermedades diarreicas. Por último, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales estimuló el desarrollo de instituciones de investigación y estudios sobre los temas que abarca el Programa.

Desarrollo de la infraestructura y planificación de recursos humanos

La OPS continuó proporcionando asistencia técnica a los países en el desarrollo de instituciones y programas de formación de personal de salud. Esta colaboración incluyó el análisis institucional, identificación de problemas y elaboración de planes para su solución que, en ciertos casos, no se limitan exclusivamente a la capacitación sino que prevén modificaciones de la infraestructura administrativa y física.

El establecimiento de redes de proyectos de

capacitación de personal ha permitido un amplio intercambio de experiencias entre representantes de planes y programas nacionales y las instituciones que integran esas redes. Las primeras evaluaciones de las redes de subcentros de tecnología educacional en enfermería, de estudios avanzados en administración de salud, de escuelas de salud pública y posgrados universitarios de medicina preventiva y social, de programas de educación continua y de programas de adiestramiento en supervisión ponen de manifiesto el valor de esas redes en el desarrollo de las instituciones docentes y los programas de salud del Hemisferio.

Mención especial merecen los primeros programas de cooperación técnica entre países en desarrollo en el campo de educación sanitaria. Uno de ellos es el relativo a la cooperación entre las Universidades de Santiago de Cuba y Guadalajara, México, y el otro, entre Cuba y Nicaragua para el desarrollo de personal técnico medio.

Prosiguieron los proyectos de la OPS encaminados a fortalecer a fondo las instituciones de formación de personal, con el apoyo del BID y otros organismos de crédito. En la República Dominicana colaboró con la Universidad Católica de Santiago; en Honduras reanudó su cooperación en el desarrollo de la Facultad de Medicina y el Hospital-Escuela y continuó su programa de capacitación de personal de otros niveles en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en Nicaragua prestó apoyo adicional al programa de desarrollo universitario y de personal técnico y auxiliar. En el Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad para Centro América y Panamá (PASCCAP), la OPS trató de prestar amplio apoyo a los centros de capacitación, en su empeño por formar a personal de salud mejor dotado para prestar servicio en programas de extensión de la cobertura.

En materia de planificación de recursos humanos, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud y Seguro Nacional de Barbados en

una encuesta para determinar el personal que requeriría la ejecución del plan nacional de seguro de enfermedad proyectado. En Trinidad y Tabago cooperó con funcionarios de los Ministerios de Salud y Finanzas en la preparación de un informe sobre las necesidades de personal, existentes y previstas, de los servicios de salud del país.

Con la colaboración del Ministerio de Salud de Colombia, la OPS patrocinó un segundo curso internacional de planificación de recursos humanos para 18 participantes de 10 países. Se proyectó un curso complementario que permitirá a los asistentes adquirir ciertos conocimientos concretos para llevar a cabo planes nacionales de desarrollo de recursos humanos de salud.

Educación y adiestramiento

Medicina

La principal actividad regional de la OPS en 1980 en el campo de la enseñanza de la medicina fue un estudio realizado conjuntamente con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM) para determinar los requisitos mínimos que deben reunir las nuevas escuelas de medicina. En años recientes se ha registrado un aumento importante en el número de escuelas de medicina en la América Latina y el Caribe, que en la actualidad llegan casi a 300, con más de 250.000 alumnos. Es probable que este crecimiento continuará.

Por consiguiente, la OPS y la FEPAFEM sugirieron que se establecieran requisitos mínimos que pudieran servir de guía a los países al autorizar la creación de nuevas escuelas. En reuniones preliminares celebradas en Caracas y en Brasil, se formuló una serie de requisitos, basados esencialmente en proporcionar servicios de personal de salud

para satisfacer las necesidades de la población.

La OPS inició actividades en los países junto con las asociaciones nacionales de escuelas de medicina. Una guía para la evaluación de escuelas de medicina, que había sido utilizada anteriormente en los seis Programas Académicos de Medicina del Perú y, en relación con las propuestas relativas a la creación de nuevas escuelas, se utilizó como documento de referencia de la primera reunión nacional, celebrada en Perú en septiembre. En esta reunión—a la que asistieron participantes de todos los Programas Académicos de Medicina del país, observadores de las asociaciones de Ecuador, Colombia y México y la FEPAFEM, así como delegados del Ministerio de Salud y del Instituto del Seguro Social del Perú—se llegó a una serie de conclusiones y se formularon recomendaciones sobre procedimientos para racionalizar el establecimiento de escuelas de medicina, teniendo en cuenta los planes de salud existentes y la planificación general de los recursos para el sector, a fin de garantizar el empleo total y adecuado de los médicos.

La OPS siguió prestando apoyo a los programas de educación médica de los países que lo solicitaron, principalmente para lograr una mayor integración entre las instituciones docentes y las de prestación de servicios, como lo estipula la estrategia de atención primaria. En Chile, Paraguay y Perú se llevaron a cabo seminarios sobre la integración de la docencia y el servicio. Prosiguieron los programas de educación médica orientados hacia la salud de la comunidad en Brasil, Colombia, Cuba, Jamaica, México y Venezuela. Apoyo especial recibieron los programas de educación médica que financía el BID en la Universidad Católica de Santiago, República Dominicana, y en México.

Se ofreció cooperación a la Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala en la reforma de sus planes de estudio y en el desarrollo de un servicio audiovisual, para el cual el Centro Latinoamericano de la OPS de Tecnología

Educacional para la Salud (CLATES) de Río de Janeiro proporcionó "video-cassettes" para uso didáctico. También se prestó apoyo a la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras en la solución del problema de sus relaciones con el Hospital-Escuela. En Perú se colaboró con los Programas Académicos de Medicina de las Universidades de San Marcos y Cayetano Heredia en relación con la instrucción audiovisual y la tecnología educacional.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá recibió cooperación en materia de formación pedagógica. En el mismo campo, continuó en el CLATES la enseñanza superior de métodos educativos a profesores de medicina.

La OPS prestó apoyo a la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica para un programa de capacitación en epidemiología que, aunque se inició como una actividad nacional, contó con participantes de todos los países centroamericanos.

En Colombia, la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud, fundada en 1979 con asesoramiento de la OPS, inauguró un nuevo edificio para un centro regional de patología, la biblioteca y el laboratorio de ciencias básicas. La Escuela también recibió medios audiovisuales del CLATES.

Las Facultades de Medicina de Santiago de Cuba, y Guadalajara, México, llevaron a cabo conjuntamente actividades dirigidas al mejoramiento de los planes de estudio y a la preparación complementaria de instructores. También prepararon un libro de texto de atención materno-infantil. Se celebraron reuniones periódicas de coordinación, y en la última de ellas, que tuvo lugar en Guadalajara en diciembre, se decidió la composición definitiva del libro de texto.

Salud pública y medicina social

Las necesidades de adiestramiento del personal de salud existente y del que prestará servicios en los decenios de 1980 y 1990 requieren que los programas de formación en

salud pública y medicina social y preventiva asuman una mayor responsabilidad.

En 1980 se inició una revisión de las estructuras y los programas de salud pública para ajustarlos a las necesidades de los países. Las escuelas de salud pública instituyeron planes para descentralizar su enseñanza mediante la regionalización de cursos básicos integrados con los servicios de salud y las universidades. Los resultados iniciales obtenidos en Brasil, Colombia y Venezuela fueron notables. Las escuelas de salud pública y los departamentos de medicina social, al mismo tiempo que siguen desarrollando programas de posgrado, tratan de establecer una gran diversidad de programas a corto plazo, seminarios y talleres relativos a ciertos aspectos prioritarios de administración, planificación e investigaciones de la metodología de la educación. A este respecto, Colombia, Chile, Ecuador y México desplegaron considerable actividad.

La Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAES), que abarca programas de posgrado en salud pública y medicina social, continuó sus actividades con el apoyo de la OPS. La sede de la Asociación, que estaba en la Escuela Nacional de Salud Pública en Medellín, se trasladó a la de Río de Janeiro.

En diciembre la Facultad de Higiene y Salud Pública en São Paulo patrocinó una reunión sobre metodología de la investigación aplicada a los servicios de salud, en continuación de la promoción iniciada por la ALAES. Las Escuelas de Salud Pública de Colombia y Venezuela revisaron sus estructuras y programas. En Cuba el Instituto de Desarrollo de la Salud continuó organizando y llevando a cabo programas de formación e investigación, incluido un programa de salud internacional. Con la cooperación de la OPS se celebró un seminario para jefes de servicios epidemiológicos provinciales. La Escuela de Salud Pública de México siguió ofreciendo su curso de formación de administradores y planificadores de salud, en colaboración con la OPS.

El material educacional que viene preparando la OPS para el adiestramiento en epidemiología de personal en servicio fue ensayado sobre el terreno en Cuba, México y Uruguay. Una vez revisado, este material se pondrá a la disposición de los países que lo soliciten.

Administración de la atención de salud

La OPS ha estado empeñada, sobre todo durante los últimos tres años, en dar apoyo a los programas de adiestramiento en administración de salud de América Latina y el Caribe. Conjuntamente con la Fundación W. K. Kellogg, se identificaron los programas existentes en el Hemisferio y, más adelante, se celebraron reuniones subregionales en Puerto Rico (1976) y en Brasil y Colombia (1977) a fin de establecer las bases para reforzar a las escuelas encargadas de ese adiestramiento y, oportunamente, ampliar su capacidad docente.

En marzo se inició una nueva fase de este programa, cuyas metas consisten en: 1) desarrollar un sistema de información y comunicación efectivo entre los programas de adiestramiento en administración de salud, 2) mejorar el proceso educacional y el contenido de estos programas, 3) desarrollar programas de educación continua de acuerdo con las necesidades de los servicios de salud, 4) promover la investigación para integrar la educación y los servicios de salud y 5) establecer nuevos programas de educación en administración de salud.

Entre marzo y diciembre se realizaron visitas a los programas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, República Dominicana y Venezuela.

Todos los programas de adiestramiento sirvieron de vehículo para fomentar investigaciones sobre los servicios de salud y así obtener otros modelos posibles de atención y promover la integración docente-asistencial. Con el apoyo de la OPS, se llevaron a cabo los estudios siguientes: 1) un modelo de atención médica para residentes urbanos desatendidos,

2) el comportamiento humano en la organización en el Hospital de la Facultad de Medicina de São Paulo, 3) un análisis de las publicaciones sobre los costos de la atención médica y su control, 4) un análisis análogo sobre evaluación y planificación de los servicios de salud y 5) un análisis de las publicaciones sobre comportamiento humano en la organización de los servicios de salud.

En diversos países se organizaron talleres con objeto de mejorar los procedimientos y el contenido de los programas de adiestramiento en administración de salud, sobre comportamiento en la organización, evaluación y planificación de servicios de salud y aspectos económicos y financieros de la restricción de los costos de salud.

El programa intensificó su cometido de contribuir a la capacitación de personal ejecutivo y de gestión de nivel medio, y se registró progreso en la consolidación de los programas de enseñanza superior en administración en Río de Janeiro, São Paulo y Cali. Al mismo tiempo, empezaron a formularse nuevos programas en Costa Rica y la República Dominicana. En 1980 Ecuador y Perú emprendieron nuevos programas educativos ordinarios en este campo. Se está ampliando progresivamente la red de los 49 programas existentes, al propio tiempo que se fortalece la colaboración entre ellos.

Enfermería

La capacitación de enfermeras se intensificó en la mayoría de los países, especialmente por medio de programas técnicos de nivel medio.

La creación de programas de nivel técnico ha aumentado considerablemente el número de enfermeras disponibles en el Hemisferio, si bien no se han ultimado todos los detalles de la orientación de los programas y en muchos países las asociaciones profesionales todavía tienen que reconocerlo.

En general, se están reforzando los programas universitarios de enfermería. Se iniciaron cursos superiores de licenciatura y me-

joraron o se establecieron los programas de posgrado y maestría en varios países, entre ellos Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y México. Sin embargo, estos programas no han surtido el efecto previsto. Con excepción de unos cuantos países, la enseñanza de la enfermería a ese nivel es todavía muy limitada y, a veces, está fuera de la realidad.

La formación de posgrado no se ha extendido tanto como debiera ni tampoco se ha hecho un esfuerzo suficiente para darle una buena base científica mediante la capacitación de investigadores. Con contadas excepciones, la investigación en enfermería está todavía en etapa incipiente y suele concentrarse exclusivamente en los aspectos sociales de la profesión.

En los últimos años, la renovada importancia otorgada a la atención primaria para extender los servicios de salud ha generado la necesidad de dar una nueva orientación a la formación de enfermeras de todas las categorías, a fin de prepararlas para funciones en los servicios de atención primaria.

La expansión de los programas de enfermería ha requerido la capacitación de un gran número de profesores e instructores. A este respecto, los subcentros de tecnología educacional en enfermería de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México y Perú han aportado una importante contribución.

A fines de 1980 cada subcentro había

capacitado a más de 800 profesionales de enfermería mediante programas orientados a la formación de instructores en metodologías de enseñanza. Especial atención recibió la preparación de material didáctico y la determinación de las necesidades docentes de las diversas escuelas.

El proyecto regional dedicado a formar enfermeras debidamente dotadas para la investigación, en el que se hace hincapié en el mejoramiento de las enseñanzas y la prestación de servicios, constituye otra actividad importante en algunos países latinoamericanos. Ya existen grupos de investigación bien preparados en Riberão Preto, Brasil, y Quito y, en menor grado, en Cali. Estos grupos están terminando sus investigaciones y presentarán los resultados obtenidos. Los temas investigados fueron la influencia de factores seleccionados en la demanda de enfermeras en Riberão Preto, el descontento de las enfermeras con su trabajo en Quito, y los factores que influyen en la aceptación de la ampliación de las funciones de la enfermera en Cali.

Bajo la supervisión de una enfermera diplomada, las estudiantes aprenden realizando las funciones en el Hospital Materno infantil Ramón González Coro en La Habana.



(Fotos: M. Montecino/OPS)

En casi todos los países latinoamericanos se llevaron a cabo actividades concretas de educación en enfermería. En Costa Rica y la República Dominicana se orientaron en gran parte hacia la ampliación de las funciones clínicas de la enfermera. En El Salvador, Panamá y Perú se realizó una interesante labor en el campo de la enfermería de la comunidad. En México se prestó atención especial a la obtención de apoyo de las escuelas de enfermería para la integración de los planes de estudio, a mantener una relación más estrecha entre la docencia y el servicio y a desarrollar programas específicos de salud materno-infantil y de otros campos. En Nicaragua se procuró desarrollar la enseñanza de enfermería a nivel técnico y auxiliar, sin dejar de prestar apoyo al nivel más elevado. Por último, en Venezuela, la preparación de personal técnico de enfermería de nivel medio fue objeto de particular interés.

En los países de habla inglesa del Caribe, las enseñanzas se orientan principalmente hacia la enfermería de la comunidad. Con arreglo a este criterio, se llevaron a cabo cursos en las Bahamas y Jamaica.

Salud mental

La preparación de personal de atención primaria en salud mental ocupa un lugar importante en el orden de prioridad del programa de la OPS en ese campo. Se convocó una reunión de un grupo de trabajo para fomentar esas actividades de capacitación, el cual formuló directrices que se incluirán en un manual y se utilizarán para el establecimiento de normas.

En Argentina y Chile prosiguió el programa de capacitación de médicos generales en salud mental y psiquiatría básica. Ecuador recibió apoyo para su programa de especialización psiquiátrica, y Perú, en la educación continua de psiquiatras. En cooperación con México, se ofreció un curso sobre ciencias neurológicas para profesores de esta especialidad.

En los países de habla inglesa del Caribe,

Argentina y la República Dominicana, funcionarios y consultores de la OPS se dedicaron a fomentar la enseñanza de la salud mental en las escuelas de enfermería. En cooperación con personal nacional técnico, se examinaron los planes de estudio y se organizaron seminarios de enfermería psiquiátrica en Argentina, Barbados y Jamaica.

En Argentina, Chile, Ecuador y las Islas Vírgenes (EUA) se prestó apoyo a cursos sobre diversos aspectos de la lucha contra el alcoholismo. En Argentina, Bolivia y Perú se organizaron seminarios sobre la prevención y tratamiento de la farmacodependencia y sobre la ejecución de tratados internacionales sobre medicamentos.

Odontología

La OPS prestó asesoramiento a Costa Rica, República Dominicana y Trinidad y Tabago sobre el establecimiento de nuevas escuelas de odontología. El Departamento de Estomatología de la Universidad Católica de Santiago, República Dominicana, inició, conjuntamente con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, un programa para proporcionar atención dental en el Hospital José María Cabral y Báez, de Santiago. Se desarrolló un programa similar, también conjunto, en zonas rurales adyacentes utilizando odontólogos y auxiliares.

En las escuelas de Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago se graduaron auxiliares de enfermería dental. Este personal se introdujo en los programas de atención dental de otros países del Caribe. Se celebró una reunión de auxiliares dentales y de odontólogos de Barbados, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica, San Cristóbal-Nieves, Santa Lucía y Trinidad y Tabago con el fin de evaluar la utilización de auxiliares dentales en el sector de habla inglesa del Caribe. Los participantes convinieron en que los gobiernos deben estar suficientemente preparados para que cuando los auxiliares terminen su adiestramiento puedan incor-

porarse rápidamente en las actividades de atención de la salud, y en que el sector salud y el de educación deben colaborar en el desarrollo de programas dentales para los escolares.

Colombia, México, Nicaragua, Panamá y Perú continuaron mostrando interés en la capacitación de personal auxiliar.

Conjuntamente con el Instituto de Recursos Dentales de Quito, se planeó un curso de mantenimiento de equipo dental para los países andinos, y se gestionó con empresas comerciales en varios otros países la organización de programas de adiestramiento para técnicos en mantenimiento de equipo dental.

El primer curso de la OPS sobre periodoncia social se ofreció en español en Chicago y Washington, en colaboración con la Universidad de Illinois. También se asesoró a varios países, entre ellos, Brasil, Chile, Ecuador y Perú, en la ejecución de programas de educación continua, en los que se destacó la prevención y el control de las enfermedades dentales.

Ingeniería y ciencias del ambiente

Continuó la tendencia hacia las actividades subregionales de formación de personal en lugar de los cursillos nacionales. Se destacaron particularmente las actividades descritas a continuación, todas ellas orientadas hacia las metas del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental.

- Un curso de 10 días sobre control y medición del desperdicio de agua por las fugas en las redes de distribución. Asistieron al curso, organizado por el CEPIS, 30 ingenieros profesionales.

- Un curso de tres semanas sobre operación y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua, dedicado a encargados de instalaciones y supervisores. El curso fue copatrocinado por la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud del Perú, el servicio de adiestramiento de trabajadores industriales del mismo país y el CEPIS. Asistieron a él 24 supervisores de sistemas de abastecimiento de agua del Perú, uno de Bolivia y otro de Ecuador.

- Preparación, publicación y distribución, en los 10 cursos que participan en el proyecto de ordenación de la cuenca hidrográfica del Caribe, de manuales de adiestramiento orientados hacia el rendimiento y guías ajustadas a las condiciones locales y a la preparación académica de los alumnos. Estas publicaciones fueron preparadas por ingenieros, técnicos y administradores locales de servicios de abastecimiento de agua.

Entre las actividades nacionales de educación llevadas a cabo por universidades, escuelas de ingeniería e instituciones de ingeniería ambiental se destacan un seminario de una semana sobre ecología humana, desarrollo y protección ambiental que tuvo lugar en San José, patrocinado por la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud de Costa Rica y por el Centro Panamericano de la OPS de Ecología Humana y Salud, en México, y un simposio sobre la reutilización de aguas servidas, auspiciado por la Universidad Nacional Autónoma de México con la cooperación de la OPS.

Las actas del simposio sobre el desarrollo de recursos humanos para la salud ambiental celebrado en Río de Janeiro en noviembre de 1979 se publicaron en un manual que consta de tres partes. La primera describe los objetivos y recomendaciones del simposio, la segunda examina temas técnicos relacionados con el desarrollo de recursos humanos y la tercera contiene información sobre el desarrollo satisfactorio de recursos humanos para la salud ambiental en el Hemisferio y en otros lugares.

La metodología del simposio fue empleada en la organización de dos actividades educativas en Colombia y Guatemala. La OPS colaboró en un examen del programa de Colombia para preparar personal de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, con énfasis en el desarrollo de recursos humanos más que en el adiestramiento propiamente dicho. La Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria y el Comité Permanente de Coordinación del Agua Potable y Saneamiento de Guatemala patrocinaron, en cooperación con la OPS, un seminario de dos días

sobre recursos humanos para el Decenio del Agua.

Medicina veterinaria

La OPS siguió colaborando con las escuelas de medicina veterinaria del Hemisferio en sus esfuerzos por unificar sus planes de estudio. En la actualidad existen 94 escuelas de medicina veterinaria en América Latina, distribuidas de la manera siguiente: Argentina (8), Bolivia (2), Brasil (24), Colombia (6), Costa Rica (1), Cuba (4), Chile (3), Ecuador (5), Guatemala (1), México (27), Paraguay (1), Perú (5), República Dominicana (2), Uruguay (1) y Venezuela (4).

En octubre se realizó en la Universidad de São Paulo un seminario sobre unificación de los planes de estudio, con participación de decanos, directores y profesores de medicina veterinaria de 14 países latinoamericanos. Se formularon recomendaciones sobre mejoras curriculares en todos los países, de acuerdo con sus condiciones particulares y teniendo en cuenta los problemas descritos en seminarios y talleres sobre la enseñanza veterinaria organizados con el apoyo de la OPS. También se recomendó que las escuelas asumieran la responsabilidad de todo el plan de enseñanza y que, con este criterio, trataran de formar instructores capacitados para adaptar los conocimientos básicos a la preparación de nuevos veterinarios y para el ejercicio óptimo de la profesión.

En Brasil y Chile se celebraron reuniones con el propósito de coordinar los planes de estudio de las distintas escuelas. En octubre se llevó a cabo un taller en Piura, Perú, para analizar el desarrollo de los planes de estudio de los cinco Programas Académicos de Medicina Veterinaria del país.

En julio se reunieron en Washington profesores de tres escuelas de medicina veterinaria de los Estados Unidos, con el fin de intercambiar sugerencias sobre un plan básico de enseñanza de la medicina veterinaria y la salud pública. Llegaron a la conclusión de que



(Foto: P. Arambulo/OPS)

Asistentes de veterinaria que están recibiendo adiestramiento en la materia examinan un puerco en el centro REPAHA en Georgetown.

todavía no era necesario modificar el plan contenido en la publicación de la OPS titulada *A Competency-Based Curriculum for Veterinary Public Health and Preventive Medicine* (Publicación Científica 313), aparecida en 1975.

La OPS organizó varios seminarios de nivel superior para veterinarios del Caribe. Uno de ellos, sobre administración de programas de control de enfermedades con énfasis en los procedimientos de cuarentena, tuvo lugar en Georgetown en agosto. Asistieron al seminario, que fue copatrocinado por el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (OEA) y el PNUD, 60 veterinarios de 12 países. En noviembre se celebró otro seminario sobre salud pública veterinaria en Antigua, para 26 veterinarios de 16 países, y aún otro en Kingston sobre epidemiología y

medicina veterinaria preventiva, en el que participaron veterinarios de Jamaica.

En julio se graduó la cuarta promoción del curso de dos años que se ofrece en Georgetown como parte del programa regional de capacitación de asistentes de salud animal y salud pública veterinaria (REPAHA). En este programa, que se realiza con el apoyo de 16 países del Caribe se han graduado ya 131 asistentes de veterinaria. Es financiado conjuntamente por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y el PNUD. Al terminar la primera fase del programa, el PNUD y la OPS acordaron participar en la segunda fase, de enero de 1981 a diciembre de 1984; se prevé que a partir de esa fecha los países del Caribe asumirán la plena responsabilidad del programa en 1985.

En septiembre se ofreció en Georgetown un curso de educación continua para graduados del REPAHA sobre problemas de la industria aviar, en el que participaron 18 asistentes de salud animal y salud pública veterinaria de 11 países.

El Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), en Argentina, continuó también su programa de capacitación profesional y técnica, que consistió en adiestramiento individual y cursos ofrecidos dentro y fuera de la institución, estos últimos con la cooperación de las autoridades e instituciones nacionales de los países. La OPS y otros organismos internacionales, como la FAO, la AID (EUA), el PNUD y el BID, así como los gobiernos nacionales y las universidades, adjudicaron becas para asistir a cursos ofrecidos en CEPANZO. Durante el año recibieron adiestramiento 180 profesionales: 42 procedentes de 16 países, de tipo individual en CEPANZO, 44 en los cursos ofrecidos en el propio Centro y otros 94 en los efectuados fuera de este.

Educación continua

El programa de educación continua de la OPS, después de un año dedicado esen-

cialmente a organizar programas nacionales y a fortalecer la coordinación regional y subregional, obtuvo en 1980 sus primeros frutos en la mayoría de los ocho países que participan en la primera fase del programa. Se realizaron actividades de educación continua en Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras y República Dominicana, todas ellas con el apoyo financiero de la CIDA. Esta agencia canadiense ha venido colaborando en programas de educación continua de América Latina desde 1978.

En Colombia siguieron adelante las actividades en este campo, ya que la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud ha ido aumentando progresivamente su personal, y más de 9.000 profesionales y técnicos de salud participaron en el programa. Asimismo, se reforzó el centro de medios audiovisuales de la Dirección, especialmente los programas educativos por televisión.

En Cuba, donde el programa está incorporado al Viceministerio de Docencia e Investigación, se alcanzaron notables progresos. El programa se extendió en nuevas direcciones, inclusive la preparación de un curso de medicina tropical en "videocassette". En el primer taller nacional de educación continua en noviembre, que duró tres días, se examinó el programa y se recomendaron nuevas actividades.

A mediados de año, la OPS firmó un acuerdo con la República Dominicana en relación con un programa de educación continua que, más adelante, fue organizado y puesto en marcha.

En Guatemala recibió un considerable impulso la educación continua de auxiliares rurales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social mediante el empleo de módulos de autoinstrucción y la evaluación periódica en grupo. En Honduras, donde el programa está íntimamente ligado con el adiestramiento en supervisión, recibió atención especial la educación continua individual y colectiva del personal de salud. Un grupo de evaluación OPS/CIDA examinó sobre el te-

reno los programas de estos dos países y recomendó que se le siguiera prestando apoyo financiero y técnico y que, a la mayor brevedad posible, se ampliaran sus actividades. En diciembre el CIDA aceptó la admisión de Nicaragua al programa y a aportar los fondos necesarios. El PASCCAP fue designado centro de referencia del proyecto.

Personal técnico y auxiliar

En diversos países, se vienen llevando a cabo programas para extender la cobertura de los servicios de salud, en algunos casos financiados totalmente con fondos nacionales y, en otros, con el apoyo de instituciones externas.

La extensión de la cobertura varía considerablemente de un país a otro y depende de la situación inicial y de la magnitud del esfuerzo que se le dedica. Son muchos los países que aún no han determinado claramente el personal que necesitan para sus programas de extensión de la cobertura de salud, y en especial en lo que concierne al personal auxiliar y técnico medio.

La estructura existente de los servicios de salud obligó a crear un nuevo tipo de personal técnico "medio" o "intermedio", que estuviera capacitado para desempeñar nuevas tareas relacionadas con la salud en zonas urbanas o rurales insuficientemente atendidas. En la actualidad, ya se encuentran incorporados en los servicios de salud y en centros de capacitación de formación de personal dos tipos de técnicos: el "monovalente", cuya tarea se limita a ayudar al personal profesional, y el "polivalente", que trabaja en forma coordinada con profesionales universitarios o de nivel superior.

En una serie de países—especialmente en Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Perú, la República Dominicana y Venezuela—se vienen llevando a cabo programas de formación de técnicos medios. La OPS siguió prestando apoyo a estos programas en México, República Dominicana y

Venezuela, así como en Cuba y Nicaragua, con los que se ha concertado un acuerdo de cooperación técnica que concretamente se refiere a ese adiestramiento.

Como resultado del primer taller de cooperación técnica para el desarrollo de la formación de personal técnico medio, que tuvo lugar en 1979 en Camagüey, Cuba, se inició un programa interpaíses con el propósito de preparar personal de esa categoría.

El segundo taller se llevó a cabo en abril, en Cumaná, Venezuela, con participantes de Bolivia, Colombia, Cuba, Nicaragua, Perú, la República Dominicana y Venezuela y de representantes del PASCCAP y el Convenio Hipólito Unanue. Tuvo por objeto determinar la medida en que se llevaban a la práctica las resoluciones adoptadas en el primer taller y garantizar su continuidad y viabilidad, y analizar el avance de los programas de formación y la utilización de personal técnico medio, teniendo en cuenta la experiencia de los diversos países participantes.

Los asistentes al segundo taller recomendaron que se llevaran a cabo programas de capacitación docente para asegurar la formación y educación continua de personal técnico medio, la organización de centros de documentación y producción de material didáctico para facilitar la divulgación selectiva de información sobre educación continua y el acceso de los estudiantes a los conocimientos científicos y técnicos de los países.

En Brasil se reorganizó el Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud iniciado en 1975 para que, además de los Ministerios de Salud y de Educación y Cultura, participara el de Previsión y Asistencia Social. Actualmente sus objetivos consisten en perfeccionar los métodos de planificación y las actividades de formación de personal para formular un plan global de desarrollo de recursos humanos, mejorar la integración docente-asistencial, fomentar el perfeccionamiento continuo de la calidad de

Capacitación de personal técnico medio en La Habana.

(Foto: M. Montecino/OPS)



la enseñanza de atención de salud mediante la evaluación y revisión de los planes de estudio y empleo de técnicas pedagógicas modernas, fomento de la preparación y distribución de material didáctico y de autoinstrucción y mejorar la calidad del personal de los servicios, adiestramiento e investigación, mediante la debida coordinación entre los centros de enseñanza de posgrado en atención de la salud.

En el Caribe, la OPS y la secretaría de la Comunidad del Caribe se dedicaron a mejorar la coordinación entre las instituciones docentes que preparan personal técnico y auxiliar de salud. En 1980 se terminó la segunda fase del proyecto especial organizado en 1975 con ese fin.

De conformidad con las recomendaciones incluidas en una evaluación efectuada en 1979, se preparó una propuesta para la tercera fase del proyecto, que deberá comenzar en enero de 1981 y durará dos años. El proyecto está financiado por la CIDA, el PNUD, que aportó \$600.000 para los gastos ordinarios de personal y de consultores necesarios durante la tercera fase, y el UNICEF, que continuó financiando el adiestramiento de auxiliares de la comunidad y su utilización en las actividades de atención primaria de salud. La OPS, en calidad de organismo

ejecutor, presta apoyo a los programas y centros del proyecto cuando se requiere, si bien empezó a gestionar la transferencia de sus actividades de capacitación a la Comunidad del Caribe.

En enero la OPS convocó una reunión de organismos internacionales que actúan en el Caribe para proporcionarles información sobre las necesidades relativas a la capacitación de personal técnico y auxiliar.

En Centro América, el Consejo Técnico Asesor del PASCCAP se reunió por segunda vez (San José, febrero) y aprobó el plan de acción para 1980. El plan incluyó los siguientes subprogramas: investigación y desarrollo de servicios de salud, investigación y desarrollo educacional, investigación social y epidemiológica, educación continua y adiestramiento en supervisión, adiestramiento en administración para la extensión de la cobertura, investigación y desarrollo de personal técnico medio, planificación de recursos humanos para la extensión de la cobertura, producción de material educacional y desarrollo de un centro de información y documentación.

El plan de acción se llevó a cabo en los países y en la sede del PASCCAP en San José. Por intermedio del Ministerio de Salud, el Gobierno de Costa Rica facilitó un edificio

con locales para oficinas, sala de reuniones, imprenta y salas de medios audiovisuales y de información y documentación.

Como parte del subprograma de investigación de servicios de salud, se ofrecieron dos cursos para representantes de los países, uno en San José y otro en la Ciudad de Panamá. También se efectuaron visitas a grupos nacionales para determinar sus necesidades de apoyo a la investigación. En colaboración con grupos de Costa Rica, Guatemala y Honduras, se prepararon e hicieron efectivos protocolos de investigación. En Nicaragua se reunió un grupo de asesores del subprograma, que definió las actividades que se llevarían a cabo en ese y en otros países.

En relación con el subprograma de investigación y desarrollo educacional, comenzó la labor de preparación de módulos de autoinstrucción y su incorporación en las estrategias básicas de atención primaria, participación de la comunidad, tecnología apropiada, enlace intersectorial y principios de metodología pedagógica.

También se realizaron actividades en los países. En El Salvador se prestó apoyo a la Escuela de Enfermería y se asesoró sobre la formulación de métodos educativos para la formación de personal técnico y auxiliar. En Guatemala se colaboró en el desarrollo educacional y revisión del currículo del personal auxiliar y comunitario, y en Honduras se dio apoyo al personal docente universitario de ciencias de la salud en materia de desarrollo y tecnología educacional.

Como parte del subprograma de educación continua y adiestramiento en supervisión, se ofreció asesoramiento técnico a Guatemala y Honduras sobre educación continua y a todos los países de Centro América y Panamá sobre adiestramiento en supervisión. En Guatemala se llevó a cabo un programa subregional de educación continua, con la participación de un grupo asesor, y en noviembre se reunieron en la Ciudad de

Guatemala los coordinadores nacionales del programa de supervisión.

En Bolivia, Brasil, Panamá y Perú comenzaron programas de capacitación de supervisores y asesores locales de servicios de salud.

En mayo tuvo lugar en Lima una reunión, coordinada por el CLATES, con el fin de organizar las actividades que se llevarían a cabo en Bolivia, Brasil y Perú. Participaron cinco representantes de cada uno de los países y consultores de la OPS. En Bolivia, no fue hasta los últimos meses del año que se pudieron reanudar las actividades estrechamente relacionadas con la educación continua. Las actividades en el Brasil consistieron en coordinar la participación de los diversos estados participantes y en tratar de definir el programa nacional. El Ministerio de Salud del Perú aprobó un modelo de supervisión diseñado por el grupo multidisciplinario del programa. Se emprendieron actividades de capacitación, incluidos talleres en la zona metropolitana de Lima y en las regiones de salud seleccionadas para esta fase del programa: Cuzco, Iquitos y Puno.

En Panamá el programa comenzó a mediados de año, de acuerdo con un modelo de supervisión definido por el Ministerio de Salud. También se llevaron a cabo varias actividades orientadas a mejorar los métodos utilizados por los instructores de los programas de supervisión de varios niveles.

Becas

El programa de becas de la OPS constituye un medio financiero y administrativo por el cual el personal de salud de las Américas puede mejorar su formación académica, obtener experiencias prácticas, asistir a cursos o visitar instituciones o colegas del extranjero en relación con cualquier estudio o

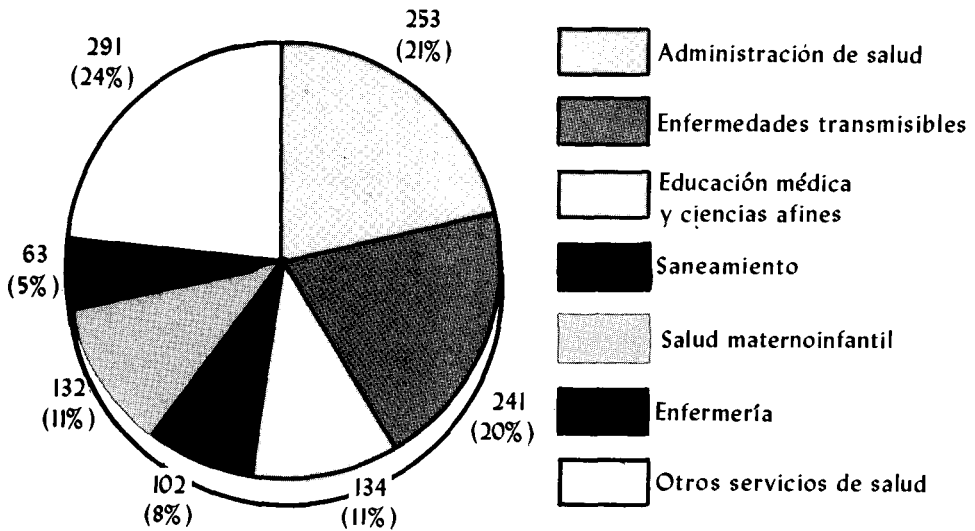
actividad referente al campo de la salud. Los Cuerpos Directivos de la Organización determinan el orden de prioridad, pero corresponde a los gobiernos la decisión final acerca de las materias de estudio y los aspirantes a becas.

En 1980 se registró una ligera disminución del total de becas adjudicadas y del número

Cuadro 1. Becas concedidas en las Américas, por país de origen y clase de adiestramiento, 1980.

País de origen del becario	Clase de adiestramiento			
	Cursos en grupo organizados por la OPS/OMS o con su colaboración	Becas a largo plazo	Becas a corto plazo	Total
Antillas Neerlandesas	—	1	—	1
Argentina	15	7	64	86
Bahamas	2	7	8	17
Barbados	4	7	13	24
Belice	2	8	2	12
Bolivia	24	1	18	43
Brasil	31	12	38	81
Canadá	—	—	19	19
Colombia	17	3	36	56
Costa Rica	20	11	22	53
Cuba	26	5	37	68
Chile	19	—	55	74
Dominica	4	14	3	21
Ecuador	14	6	10	30
El Salvador	10	6	3	19
Estados Unidos de América	—	—	9	9
Grenada	6	5	1	12
Guatemala	9	11	11	31
Guyana	1	2	3	6
Haití	4	6	4	14
Honduras	23	22	29	74
Jamaica	5	13	30	48
México	33	7	42	82
Nicaragua	11	4	7	22
Panamá	14	13	26	53
Paraguay	6	3	12	21
Perú	23	2	20	45
República Dominicana	11	7	17	35
Santa Lucía	2	6	1	9
Suriname	1	2	2	5
Territorios británicos	6	26	19	51
Trinidad y Tabago	6	—	5	11
Uruguay	7	3	14	24
Venezuela	22	6	32	60
Total	378	226	612	1.216

Figura 1. Becas concedidas en las Américas, por clase de adiestramiento, 1980.



de meses de becas utilizados. Las becas, que en 1979 ascendieron a 1.289, se redujeron a 1.216 (5,7%), y el número de meses descendió de 5.250 a 4.330 (17,5%).

El costo total de las becas concedidas aumentó de \$4.400.865 en 1979 a \$4.533.620 (3%). El costo medio de una beca a largo plazo (más de seis meses) para cursar estudios en Canadá o los Estados Unidos se elevó de \$9.448 a \$11.362 (20%), y para la capacitación a largo plazo en otros lugares, de \$5.970 a \$6.789 (14%). El aumento registrado en el costo de las becas a corto plazo (seis meses o menos) y de las adjudicadas a grupos para participar en cursos organizados fue de 18%. El costo general por mes de beca aumentó de un promedio de \$838 en 1979 a \$1.047 en 1980 (25%). Estos incrementos se deben al mayor costo de vida, del transporte y de la educación. El nivel de los estipendios de los becarios, que en años recientes no se había variado para contener el efecto de la inflación, tuvo que ser revisado para ajustarlo a

la realidad y mantener la actividad del programa.

Si bien disminuyó el número de becas concedidas, la actividad total del programa en realidad se intensificó, debido en gran parte a un aumento de 26% de los becarios de otras partes del mundo que cursaron estudios en las Américas. Además, numerosos becarios a largo plazo de años anteriores continuaron sus estudios en 1980, bajo la responsabilidad administrativa y técnica de la OPS.

El 21% de las 1.216 becas solicitadas por los gobiernos en 1980 (cuadro 1) correspondieron al campo de la administración de salud pública, 8% al saneamiento ambiental, 5% a la enfermería, 11% a salud maternoinfantil, 24% a otros servicios de salud, 20% a enfermedades transmisibles y medicina clínica, y 11% a educación médica y ciencias afines (fig. 1). En comparación con 1979, las becas para estudios de nutrición disminuyeron en un 74% y las de salud mental en un 44%. En cambio, aumentaron en un 88% las relativas

a malaria y enfermedades parasitarias, y en un 50% las de medicina clínica. De las 134 becas para la educación médica y ciencias afines, 122 fueron adjudicadas a profesores de escuelas de medicina, salud pública y campos afines a la salud.

Se registró un ligero cambio en la distribución de becas por clase de adiestramiento. En 1979 las concedidas a corto plazo constituían el 25% del total y las destinadas al adiestramiento en grupo, el 24%. En 1980 las cifras correspondientes fueron 19 y 31%, respectivamente. El número de becas a corto plazo no cambió mucho.

La OPS continuó su política de asignar a los becarios a países de su mismo idioma y donde las condiciones de salud y el medio son semejantes a los de su propio país. La mayoría de los becarios (68%) estudiaron en América Latina y el 10% en el Caribe. Solo un 22% estuvo fuera de sus propias subregiones (dos terceras partes en Canadá y los Estados Unidos y una tercera parte en otras regiones del mundo).

A principios de año se descentralizó oficialmente la administración de becas en los países de habla inglesa y holandesa del Caribe. Con excepción de las financiadas por subvenciones, todas las nuevas becas para cursar estudios en esa zona (82) fueron adjudicadas y administradas por el Coordinador del Programa de la OPS en el Caribe, con sede en Barbados.

También se inició oficialmente en noviembre la descentralización en Colombia después de la formación intensiva del personal nacional para garantizar el éxito de este primer paso hacia la descentralización de las becas a la América Latina. Antes de terminar el año no se informó de ninguna adjudicación de becas.

En diciembre se publicó en su forma definitiva el *Directorio de programas de adiestramiento en América Latina y el Caribe* y se distribuyó a todas las oficinas fuera de la sede.

Tecnología educacional y recursos tecnológicos

El programa de tecnología educacional y recursos tecnológicos llevó a cabo varias actividades importantes.

Se intensificó el adiestramiento pedagógico de profesores de ciencias de la salud en el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES) en Río de Janeiro y en varios países con el apoyo de esa institución. A solicitud de la Universidad Nacional Autónoma de México, el que había sido el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud en México, D.F., se convirtió en una institución exclusivamente nacional, aunque sigue manteniendo sus vínculos con la OPS.

La sede asumió la responsabilidad de proporcionar apoyo metodológico a todas las reuniones regionales, subregionales y nacionales que coordina la OPS o que les presta apoyo financiero y técnico, lo que permitió una mejor organización de las reuniones y obtener resultados más satisfactorios mediante un proceso de evaluación permanente. Se inició la preparación de un directorio trimestral de reuniones de la OPS, que fue distribuido a los países.

Entre 1976 y 1980, la Fundación W. K. Kellogg prestó apoyo al Programa Latinoamericano de Desarrollo Educacional para la Salud (PLADES) a fin de llenar el vacío entre los sistemas de salud y de educación. A principios de año, la OPS presentó una nueva propuesta a la Fundación en relación con el desarrollo de un sistema de evaluación aplicable no solo al PLADES sino también a otros proyectos de integración docente-asistencial apoyados por esa institución. La Fundación aceptó la propuesta y el CLATES empezó a preparar una evaluación general del PLADES.

En el campo de la tecnología educacional, el CLATES y los países prosiguieron sus actividades. Recientemente, esta labor ha sido

reforzada con la participación del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP), que cuenta con un subprograma de investigación y desarrollo educacional, una unidad de producción de material didáctico y un centro de información sobre ciencias y tecnología de salud. Se espera que el PASCCAP, con el apoyo del CLATES, irá satisfaciendo las necesidades de tecnología educacional en Centro América.

El CLATES ofreció en Río de Janeiro nueve cursos y seminarios sobre educación en el campo de la salud entre enero y julio. Los temas tratados fueron: currículos en ciencias de la salud, evaluación de la enseñanza en ciencias de la salud, medios audiovisuales, dinámica de grupo en la educación, planificación de recursos humanos, integración docente-asistencial, didáctica aplicada a las ciencias de la salud, lenguaje de programación por computadora MUMP/MIIS para la educación y adiestramiento docente en medicina integral. Asistieron a los cursos, que duraron de cinco a 10 días, más de 500 profesores de ciencias de la salud, con becas de la OPS, de sus propios países o de la Superintendencia de Cooperación Técnica Internacional del Brasil.

El CLATES siguió participando en el programa de maestría en tecnología educacional de la Facultad de Pedagogía de la Universidad Federal de Río de Janeiro, y ofreció cursos y asesoramiento en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú.

El CLATES, en el seno de la OPS, dio apoyo al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la preparación de cintas fijas sobre la cadena de frío y los refrigeradores para los programas de adiestramiento del PAI en escala regional y nacional, y al programa de preparativos para situaciones de emergencia en la adaptación de cintas fijas y en la traducción y ajuste de ejercicios de simulación del socorro en casos de desastre. El CLATES y el Centro Latinoamericano de la OPS de

Perinatología y Desarrollo Humano en Montevideo llegaron a un acuerdo sobre cooperación en los nuevos programas de esta última institución relativos a la salud materno-infantil y la comunidad.

Continuaron las actividades de tecnología educacional de enfermería mediante una red de nueve subcentros nacionales que ofrecieron adiestramiento a estudiantes de otras escuelas y, en ciertos casos, sobre materias distintas de la enfermería.

El subcentro más nuevo es el de Lima, donde la Escuela Nacional de Enfermería del Hospital del Niño, administrada conjuntamente por el Ministerio de Salud del Perú y la Universidad de San Marcos, inició sus actividades. Se ofrecieron varios cursos de pedagogía e instrucción modular para instructores de enfermería, medicina y odontología. Los primeros cursos se llevaron a cabo con el apoyo del CLATES. El subcentro también colaboró con el programa del Ministerio de Salud de capacitación en supervisión en la preparación de módulos y la formación de futuros instructores para el programa.

Los demás subcentros, en Brasil (Bahía y Belo Horizonte), Colombia (Bogotá y Cali), Costa Rica, Chile, Ecuador y México, continuaron su labor en los respectivos campos. Prepararon material didáctico en diversas formas, principalmente modular y orientado hacia la integración de las escuelas de enfermería y los servicios de salud. Todos los centros organizaron cursos y seminarios sobre tecnología educacional, en algunos casos con el apoyo directo del CLATES.

Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud

La Biblioteca Regional de la OPS de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) en São Paulo coordina la red de información

sobre salud, de la que es el centro regional para América Latina y el Caribe, el centro nacional para el Brasil y el subcentro para el Estado de São Paulo.

Durante el año BIREME llevó a cabo programas ampliamente diversificados de prestación de servicios, adiestramiento y administración. Sus actividades incluyeron la extensión y fortalecimiento de las redes de información sobre salud de Brasil y América Latina, investigaciones, análisis y preparación de índices de publicaciones latinoamericanas, divulgación de información seleccionada, publicaciones, formación superior en bibliotecología médica, búsqueda de bibliografías, préstamos interbibliotecarios y servicios a los usuarios de la zona de São Paulo.

El Comité Científico Asesor de BIREME, en su reunión de mayo de 1979, sugirió que se constituyera un grupo de trabajo a largo plazo para emprender un minucioso estudio de la expansión adicional de la red de información sobre salud en América Latina. Como resultado de la sugerencia del Comité, se creó dicho grupo. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller, celebró cuatro reuniones y contrató consultores en 1980 con objeto de que visitaran diversos países y examinaran la situación existente. Se formuló una propuesta para establecer una red latinoamericana de información de salud, para su presentación a instituciones de crédito.

Se realizaron planes y estudios para ampliar la red de usuarios de BIREME mediante un mejor empleo de la tecnología e instalaciones disponibles en los países latinoamericanos. Está en perspectiva a corto plazo la ampliación y mejoramiento de los servicios de búsqueda bibliográfica mediante el acceso a MEDLINE, por télex en conexión directa con el sistema, y al banco de datos del *Index Medicus Latinoamericano*, a un costo dentro del alcance de los países.

En 1979 BIREME empezó la evaluación de la circulación local, en Brasil, y en América Latina, de revistas biomédicas para determinar las características de los usuarios y sus

necesidades, a fin de servir de guía a las políticas de adquisición de esas publicaciones y permitir la identificación de las razones por las cuales no se atienden las solicitudes de revistas.

El análisis continuo de los resultados de la evaluación favoreció la planificación administrativa. La información sobre los títulos solicitados disponibles y no disponibles en BIREME resultó muy útil para decidir qué suscripciones debían renovarse en 1981 con el fin de mejorar la colección de la Biblioteca sin recargar su presupuesto. Los datos obtenidos reflejan la demanda local y la de otras bibliotecas de las redes de Brasil y América Latina y ofrecen una idea del verdadero uso de la colección disponible.

La publicación semestral *Index Medicus Latinoamericano* aporta una considerable contribución a la información biomédica al constituir una fuente central de datos sobre artículos incluidos en unas 250 publicaciones latinoamericanas. A medida que avanza los trabajos de esta publicación, aumenta la información disponible sobre la producción de las instituciones y profesionales de salud en América latina y se facilita el intercambio y la cooperación entre estas. Los dos volúmenes distribuidos o preparados durante el año abarcaron 6.000 artículos.

Continuaron con regularidad los programas de BIREME de divulgación de información seleccionada sobre el cáncer (LACRIP), nutrición (INAN) y salud pública.

El LACRIP facilitó información sobre el cáncer a 3.272 profesionales de 18 países (incluidos 1.336 de América Latina) y distribuyó 32.266 fotocopias de artículos solicitadas por bibliotecas participantes. El INAN proporcionó 5.775 fotocopias de artículos sobre nutrición, escritos en América Latina o publicados por organismos internacionales, a 517 usuarios del Brasil interesados en la nutrición. La Secretaría de Salud de São Paulo, encargada del programa bibliográfico de salud pública, reunió bibliografías sobre 69 temas.

En virtud de un acuerdo con la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo, BIREME inició una nueva publicación para difundir información sobre salud pública y disciplinas afines. La publicación titulada "Alerta Bibliográfico-Serie 1-Saúde Pública" aparece trimestralmente y contiene resúmenes de revistas, libros, tesis y otros documentos.

Se llevaron a cabo dos cursos avanzados para bibliotecarios biomédicos de Brasil y otros países latinoamericanos, y se ofrecieron otros dos sobre la utilización de las instalaciones de BIREME.

En la preparación de bibliografías para atender las necesidades de Brasil y otros países latinoamericanos se emplean cuatro terminales de computadora, situadas en BIREME y los subcentros de Belo Horizonte, Río de Janeiro y Salvador. Durante el año, las búsquedas de información del banco de datos MEDLINE de la Biblioteca Nacional de Medicina (EUA) ascendieron a 3.673, de las cuales 1.166 fueron realizadas por los subcentros y 2.507 por BIREME.

Se recibieron 40.000 peticiones de fotocopias de artículos científicos, un poco menos de la tercera parte procedente de otros países latinoamericanos. BIREME pudo atender el 82% de las solicitudes con su propia colección o recurriendo a la red brasileña.

Se preparó una lista de revistas de actualidad disponibles en BIREME. Algunas de ellas no se encontraban en la Biblioteca, pero podían conseguirse en las bibliotecas de la red brasileña. Se esperaba que esta lista constituiría un valioso instrumento para mejorar el intercambio y la cooperación de información entre las bibliotecas de la red.

El departamento de bibliotecas de BIREME ofrece apoyo básico a los usuarios de la zona de São Paulo, especialmente a los de la Escuela Paulista de Medicina, que en 1980 ascendieron a 50.591, o sea el 73% de las personas que utilizan sus servicios en la localidad. Se prestaron o consultaron 9.657 libros y se recibieron 81.310 solicitudes de

publicaciones, tres cuartas partes de las cuales fueron atendidas a nivel local.

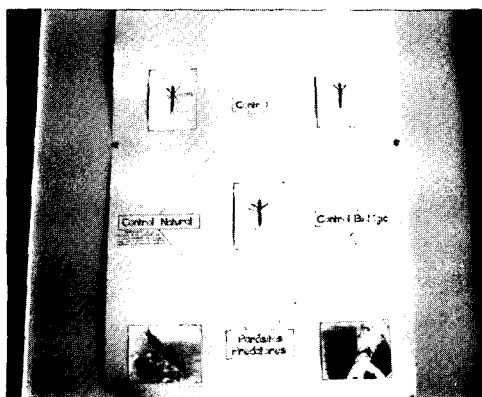
Promoción y coordinación de investigaciones

Los gobiernos están más conscientes de la importancia, pertinencia y necesidad de los adelantos científicos y tecnológicos para resolver los actuales problemas prácticos de salud pública. La OPS, por consiguiente, amplió sus actividades de investigación mediante el continuo apoyo a su red de 10 centros, la promoción y el financiamiento de investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud y el apoyo a investigadores y grupos de investigación independientes en todo el Hemisferio.

También asesoró a los gobiernos que desean formular políticas nacionales de investigación en materia de salud. En 1980

Demostración esquemática de los resultados de investigaciones sobre control de mosquitos en el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología en La Habana.

(Foto: M. Montecino/OPS)





(Foto: J. Moquillaza/OPS)

Peces larvivoros como estos en una estación experimental de Colombia se utilizan para el control de mosquitos.

patrocinó una reunión en este sentido en Montevideo, a la que asistieron delegados de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Además, en el año se establecieron las bases de futuras reuniones nacionales sobre el mismo tema en Brasil y Venezuela.

Como complemento de una reunión celebrada en 1979 en Argentina, tuvo lugar una segunda reunión en la que el grupo de estudio intersectorial sobre los aspectos éticos de la investigación presentó un anteproyecto de código de ética para dicho país. En otros prosiguió la labor de preparación de códigos de ética para las investigaciones con sujetos humanos. En Colombia y Costa Rica se adelantaron bastante los anteproyectos.

La OPS estima que para promover las ac-

tividades de investigación será preciso desarrollar un conjunto importante de instituciones nacionales. Por ello, se inició un programa con el fin de localizar y reforzar los centros nacionales de investigación que mantienen estrechos vínculos con la OPS; estos constituirán una red no solo de centros regionales de adiestramiento, para promover y realizar proyectos de investigación con arreglo a las prioridades de la OPS, sino también para estimular la cooperación técnica entre países en desarrollo.

En materia de investigación socioepidemiológica, la OPS continuó el estudio (iniciado a fines de 1977) de los efectos de la investigación sobre la atención de salud en América Latina. Se comenzaron a elaborar



(Fotos: J. Vizcarra Brenner/OPS)

En toda América Latina y el Caribe se realizan investigaciones biomédicas. Izquierda, utilización de equipo de absorción atómica; derecha, un técnico realiza ensayos en un laboratorio de virología cerca de São Paulo.

datos procedentes de Ecuador, El Salvador, Honduras y Nicaragua y se preparó un directorio de estudios sobre investigaciones de salud en esos países. Se suscribieron acuerdos con organismos oficiales de Argentina y Chile con el fin de recopilar datos sobre recursos de investigación; la labor de acopio empezó en esos países así como en el Perú y la República Dominicana. Se procuró llevar a término la obtención de información sobre los países restantes.

En lo que respecta a las ciencias sociales aplicadas a la salud, entre las principales actividades cabe mencionar un análisis de la situación en América Latina, basado en visitas de personal y consultores de la OPS a 20 programas importantes de investigación y adiestramiento en cinco países (Brasil, Ecuador, México, Perú y Venezuela). La OPS empezó a preparar una bibliografía sobre la investigación social aplicada a la salud en América Latina, que a fines de año contenía 1.700 títulos. La bibliografía se ordena por computadora a fin de que sus citas puedan recuperarse, clasificarse y difundirse fácilmente.

Se facilitó asesoramiento para proyectos de ciencias sociales y enfermería en Brasil y Ecuador, aspectos sociales de la malaria en Nicaragua y la República Dominicana, y fuentes de empleo en medicina en México. Se colaboró con Ecuador en cursos de posgrado de ciencias sociales aplicadas a la salud.

En cuanto a la investigación biomédica, la OPS intensificó su participación en el estudio de las enfermedades parasitarias e infecciosas que representan un grave obstáculo para el desarrollo económico de los países tropicales de las Américas. Esa labor se realizó principalmente mediante la coordinación y colaboración del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, en el que participan la OMS, el PNUD y el Banco Mundial.

Debido a la complejidad de esas enfermedades, resulta sumamente difícil, si no imposible, controlarlas con los medios tecnológicos disponibles en la actualidad, que en gran parte son demasiado imperfectos, complicados y onerosos para una utilización amplia y eficaz. El componente de investigación del Programa Especial comprende

estudios en países tropicales para desarrollar nuevos y eficaces mecanismos de control de seis enfermedades: malaria, esquistosomiasis, leishmaniasis, tripanosomiasis (inclusive la enfermedad de Chagas), filariasis y lepra.

Uno de los componentes del Programa Especial es el desarrollo institucional, con el fin de crear o reforzar la capacidad de determinadas universidades y centros de investigación. Nueve centros de Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Perú y Venezuela recibieron subvenciones para el desarrollo institucional (bienes de capital y apoyo a largo plazo). Además, se dispensaron enseñanzas de nivel superior, mediante subvenciones para formación en investigaciones o para científicos visitantes, a científicos de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Venezuela.

En 15 países de las Américas se realizaron investigaciones sobre las seis enfermedades que se trata de combatir. En total, durante el año estuvieron en marcha 192 proyectos apoyados con subvenciones por un total de más de \$4 millones.

Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas

El Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas de la OPS (CAIM), integrado por 18 investigadores de renombre seleccionados por su amplia experiencia y conocimiento de los problemas de salud en las Américas, se reunió en San José en junio. La institución huésped fue el nuevo Instituto de Investigaciones y Enseñanzas sobre Nutrición y Salud, de Costa Rica. Los miembros del CAIM tuvieron la oportunidad de visitar esta y otras instituciones científicas del país, de familiarizarse con la labor que realizan y de establecer contacto con los investigadores.

La reunión del CAIM se dedicó en gran parte a examinar los informes de los diversos subcomités. El de investigaciones sobre enfermedades diarreicas informó acerca de las recomendaciones formuladas en su reunión de Panamá, en la que participaron investigadores de 10 países. El informe del



Dr. Sune Bergstrom, Presidente del CAIM.

subcomité de servicios de salud destacó la investigación social que desarrollan esos servicios en América Latina. El subcomité de nutrición informó acerca de un proyecto de programa regional de investigación que fue discutido ampliamente en una reunión de destacados nutricionistas patrocinada por la OPS en Bogotá. El Comité también escuchó un informe del subcomité de ética sobre los aspectos éticos de las investigaciones con sujetos humanos.

Al igual que en reuniones anteriores del CAIM, dos de las instituciones de investigación y asesoramiento de la OPS: el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (Montevideo) y el Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad (San José), dieron cuenta de sus actividades de investigación. El Comité también escuchó y discutió una presentación sobre malnutrición, desarrollo mental, comportamiento y aprendizaje; otra sobre la historia de las instituciones de investigación en salud de América Latina, y un informe acerca de la marcha de las investigaciones sobre enfermedades tropicales y malaria en las Américas.

Subvenciones para investigación

La OPS continuó su programa de subvenciones para investigación y capacitación de investigadores que inició en 1970 en apoyo de las investigaciones en áreas prioritarias de salud. Las solicitudes para investigaciones se evalúan según el mérito científico y los resultados previstos, el grado en que la investigación propuesta guarda relación con las áreas prioritarias de la OPS y la disponibilidad de fondos. Las solicitudes de subvenciones con fines de formación se juzgan a base de títulos y aptitudes del candidato, las condiciones de trabajo y de investigación en el lugar de estudio propuesto, y la medida en

que el adiestramiento solicitado responde a las necesidades de su país de origen.

Por política, la OPS da preferencia a los proyectos presentados por investigadores de América Latina y el Caribe, a fin de estimular la investigación en esos países. Además, cuando es posible, promueve estudios en colaboración entre instituciones de más de dos países.

Durante el año se recibieron 60 propuestas de investigación; a fines del año se habían evaluado 39, y se habían otorgado 20 subvenciones por un total de \$125.015 a candidatos de Brasil, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Jamaica, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.