

*consejo directivo*



## ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXXIV Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre 1989

*comité regional*

## ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XLI Reunión



Tema 5.3 del programa provisional

CD34/18 (Esp.)  
27 julio 1989  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### ANALISIS DEL PROGRAMA DE BECAS DE LA OPS

El Consejo Ejecutivo de la OMS en su reunión de 1983 resaltó la importancia del programa de becas como uno de los mecanismos para promover la meta de salud para todos en el año 2000 y solicitó a la Secretaría que lleve a cabo un análisis del programa y presente un informe cada seis años.

La Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, tomando en cuenta tanto las políticas a nivel mundial como la reorientación de las prioridades programáticas a nivel regional, las características de la demanda de formación de los países y la descentralización del proceso de otorgamiento de becas, inició una detallada revisión del desempeño de este programa a partir de la información disponible sobre las becas concedidas por la Organización en los últimos 16 años y la información recolectada por sus representaciones en los países sobre los últimos cinco años. Todo ello ha sido orientado a evaluar el rendimiento del programa, el grado de ejecución de las políticas de becas expresadas en las resoluciones de referencia, y las condiciones particulares inherentes a la situación de la Región.

Este documento, basado en los datos obtenidos en el estudio, fue presentado a la Duodécima Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo en abril de 1989, donde se discutió en detalle y se hicieron observaciones específicas que se presentaron a través de la representación del Subcomité a la 103a Reunión del Comité Ejecutivo en junio del corriente año. En la reunión del Comité varias delegaciones expresaron su apoyo a las recomendaciones hechas en relación al Programa de Becas. Posteriormente el Comité aprobó la Resolución XIV sobre el tema, que se reproduce abajo, recomendando al Consejo Directivo que a su vez apruebe una resolución como la sugerida. Después de haber sido considerado por el Consejo Directivo de la OPS en su calidad de

Comité Regional de la OMS para las Américas, el documento se someterá a consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS en la sesión que tendrá lugar en enero de 1990. Las observaciones del Consejo Directivo servirán para enriquecer el informe y contribuirán en el desarrollo de criterios para lograr un adecuado seguimiento y mejor utilización de las becas en la Región.

LA 103a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el "Análisis del Programa de Becas de la OPS" (Documento CE103/21) realizado en respuesta a la solicitud del Consejo Ejecutivo de la OMS (Resolución EB71.R6 de 1983), y

Considerando el Informe del Subcomité de Planificación y Programación (Documento CE103/19),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXIV Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución como la siguiente:

LA XXXIV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente la importancia del desarrollo de los recursos humanos en el sector salud y el papel que corresponde al Programa de Becas de la OPS para atender las necesidades de capacitación académica en campos específicos más desarrollados en el exterior de muchos de los Países Miembros, y para asegurar el mantenimiento de un amplio programa de educación permanente para el personal existente, y

Considerando que el Programa de Becas, como instrumento de cooperación técnica, debe ser utilizado en función de los procesos de desarrollo de los sistemas y programas de salud que se están promoviendo dentro del marco de las políticas sectoriales respectivas, y en estrecha articulación con las áreas técnicas de trabajo en los países y en la Organización,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos de los Países Miembros a que:
  - a) Refuercen las acciones orientadas al desarrollo de políticas y planes de recursos humanos en salud, incluyendo lo relativo a la utilización de las becas;
  - b) Promuevan el uso de las becas académicas para aquellos casos que sobrepasen la posibilidad de formación a nivel nacional;

- c) Limiten la concesión de becas de corta duración, tanto a nivel nacional como internacional, en función de la necesidad de superación de los recursos humanos nacionales en determinadas áreas del conocimiento que involucran una dedicación integral a la actividad de aprendizaje;
  - d) Apliquen los mecanismos reglamentarios de selección y aprobación a través de los Comités Nacionales de Becas, asegurando la participación en ellos de los niveles técnicos de los servicios de salud.
2. Pedir al Director de la OPS que:
- a) Mantenga actualizado un sistema de revisión periódica y reconocimiento de las instituciones que proveen capacitación a becarios de la Organización;
  - b) Asegure el cumplimiento del reglamento en lo relativo a la concesión de las becas, a la elaboración, recolección y análisis de los informes de los becarios, y evaluación de los resultados, y asegure, además, que las instituciones huéspedes reciban suficiente información respecto de la experiencia previa de los becarios y los resultados esperados de la capacitación que han de recibir;
  - c) Siga promoviendo una mayor participación de las mujeres en el programa de becas;
  - d) Envíe este análisis del programa de becas de la Región de las Américas al Director-General de la Organización Mundial de la Salud para presentación al Consejo Ejecutivo.

CD34/18 (Esp.)  
ANEXO

ANALISIS DEL PROGRAMA DE BECAS DE LA OPS

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION	1
1.1. Consideraciones justificativas del estudio	1
1.2. Antecedentes y políticas relacionadas al tema	3
1.3. Estrategia de gestión	6
II. METODOLOGIA	9
2.1. Diseño de la investigación	9
2.2. Recolección de la información e instrumentos utilizados	12
III. EVOLUCION GENERAL	13
Número de becas, duración y costo	
Cursos cortos, seminarios, talleres	
IV. CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DEL BECARIO	23
Edad, sexo, profesión previa, tipo institución de trabajo, número de becas recibidas de acuerdo al cargo ocupado	
V. OTORGAMIENTO Y UTILIZACION DE LAS BECAS	29
Quién solicitó la beca, quién aprobó, campos de estudio, objetivos de la beca, becas intrapaís	
VI. LA BECA COMO INSTRUMENTO DE COOPERACION TECNICA	36
Utilización de las becas, instituciones de estudio donde asisten los becarios, presentación del informe final por los becarios	
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42

## I. INTRODUCCION

### 1.1 Consideraciones justificativas del estudio

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, desde su creación, han orientado una buena parte de sus esfuerzos de cooperación con los países miembros a desarrollar y mejorar los procesos de formación y capacitación de su personal, considerado como el elemento crítico para el logro de las acciones de salud.

Uno de los componentes básicos de la cooperación técnica para el desarrollo de los recursos humanos que los países requieren para sus programas de salud, ha sido el programa de becas. Las características de este programa, surgen como respuesta a las necesidades de formación de personal de salud en aquellas áreas consideradas como prioritarias y que no pueden ser cubiertas por los mecanismos y procesos de formación, capacitación y adiestramiento de que disponen los países. Los procesos de formación de personal y los programas que los apoyan, entre ellos las becas, han debido ir adaptándose a las situaciones cambiantes de salud de los países, al progresivo desarrollo de la infraestructura de los servicios, al desarrollo educativo y en particular al importante rol jugado por las universidades, así como al desarrollo científico y tecnológico mundial, regional y nacional.

El programa de becas ha tenido que responder a demandas surgidas tanto de los servicios de salud en sus diferentes niveles, como de las instituciones formadoras de personal para adecuar sus cuadros docentes a los avances del desarrollo científico y tecnológico en salud y también, del personal de otras instituciones dedicadas a contribuir con la producción de nuevos conocimientos, de su aplicación y de su difusión.

De allí que el programa de becas de la Organización Panamericana de la Salud no puede ser analizado aisladamente del contexto de las políticas adoptadas por los países a nivel de OMS y OPS, no sólo para becas sino para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud, las cuales a su vez se enmarcan en las grandes políticas de salud adoptadas por esos organismos.

A su vez, cualquier análisis obliga a tomar en consideración situaciones coyunturales y estructurales regionales o nacionales que van a incidir tanto en la determinación de prioridades para el desarrollo de los recursos humanos en salud como en las características de utilización de las becas.

El papel que juegan las becas concedidas por OPS/OMS dentro de sus programas de cooperación, se inscribe igualmente en esas grandes diferencias regionales, subregionales y entre países y puede ir desde países en donde el recurso beca juega solamente un papel catalítico en un gran programa nacional, hasta otros en donde constituye la fuente fundamental de capacitación de personal en campos definidos como prioritarios.

El Consejo Directivo de la OMS en enero de 1983 (1) reiteró su reconocimiento a la contribución hecha por el programa de becas de OMS al desarrollo de los recursos humanos, así como su convencimiento de que las becas deben continuar usándose como uno de los mecanismos para implementar la estrategia global de SPT/2000. La misma Resolución pidió al Director General y a los Directores Regionales que, en cooperación con los Estados Miembros, continúen mejorando los procedimientos de información sobre becas, lleven a cabo la evaluación del programa en el contexto del desarrollo de recursos humanos y su contribución a los

---

(1) Resolución EB71.R6 de 1983.

sistemas nacionales de salud y sometan a la consideración del Consejo un informe cada seis años.

Con base en esa resolución y teniendo presente los informes periódicos anuales y cuatrienales, la OPS decidió profundizar en el estudio de becas a nivel regional a partir de la información disponible sobre becas en el período 1971 - 1982 y la realización de un estudio especial sobre el período 1983 - 1987.

## 1.2 Antecedentes y políticas relacionadas al tema

La alta prioridad concedida por la OMS al programa de becas ha sido evidente desde el inicio de sus actividades. Así en 1947, a escasos meses de su constitución, una Resolución de su Consejo Ejecutivo (2) consideró el componente becas como una de sus cuatro actividades fundamentales, asignándole alrededor del 25% del presupuesto ordinario correspondiente a las diferentes regiones. En la Región de las Américas el otorgamiento de becas por parte de la OPS (3) es más temprano y ya para 1939 otorgó 22 becas en salud pública, siguiendo después entre 1940 y 1944 con más 200 becas para estudios en esta misma área y también en medicina y ciencias afines. Esta cifra fue rápidamente sobrepasada hasta alcanzar un promedio de 1000 becas por año a partir de la década de los 70, en un esfuerzo que, apoyado por la realización de cursos cortos, seminarios y talleres constituye el aporte de la Organización para el desarrollo de personal en los países.

---

(2) OMS, Resolución EB69/26 - 5 Nov.1981, Anexo 9 pág. 133

(3) OPS. -"La Organización Panamericana de la Salud: 75 años de servicio" - Educación Médica y Salud, Washington, D.C. 1977, Volumen 11, número 4.

Para el objeto del presente estudio, interesa, entre las muchas Resoluciones de la OPS, la que aprobó el Consejo Directivo en 1968 (4) que además de recomendar al director continuar con la evaluación del programa de becas, le pide otorgar becas internas para el mejor aprovechamiento de los recursos de formación de personal existentes en los propios países. Posteriores resoluciones del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo de OPS en 1969 (5) amplían criterios y reiteran recomendaciones en relación con el otorgamiento de becas para el adiestramiento dentro del propio país del becario.

La implicación de las abundantes recomendaciones sobre personal de salud de la década de los 70, se supone que constituyen el marco de referencia para la política de becas en este período, ya que como políticas específicas de becas no se consignan en las resoluciones de los Cuerpos Directivos de OMS y OPS, sino la relacionada con la designación de un mayor número de mujeres como candidatas a becas para estudios en el extranjero, en búsqueda de una distribución más equitativa, en el marco de los esfuerzos regionales para la incorporación de la mujer en la salud y el desarrollo (6).

Las políticas de salud y de consiguiente las de recursos humanos en que se enmarcan las políticas regionales y mundiales de becas en la década de los 80 tienen como antecedente inmediato la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 (7), la cual adopta como meta social de los gobiernos y de la OMS, 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", traducido esto en la conocida meta de "Salud para Todos en el Año 2000".

- 
- (4) Resolución CD18.25 de 1968
  - (5) Resolución CE61.23 y CD19.38 de 1969(3)
  - (6) Resolución WHA28.40 de 1975
  - (7) Resolución WHA30.43 de 1977

La Organización Mundial de la Salud adopta posteriormente en mayo de 1982, el Séptimo Programa General de Trabajo (8) que representa la respuesta operativa a la meta de SPT-2000. Este programa, considera que dentro de los esfuerzos necesarios para el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, el otorgamiento de becas y el apoyo a cursos de capacitación y a las instituciones debe continuar como medio para el desarrollo de personal. Señala que para que las becas y cursos sean efectivos, deberían conformarse planes nacionales coherentes para el desarrollo de recursos humanos basados en las necesidades de los servicios de salud.

Esto es seguido por la Resolución ya referida (1) del Consejo Ejecutivo de la OMS en 1983 que refuerza la necesidad de orientar la utilización de becas de acuerdo con la política nacional y la meta de SPT-2000 y pone énfasis en la adecuada selección de los becarios vis-a-vis las necesidades de formación de los países y en el uso de una amplia gama de mecanismos alternativos de capacitación.

Por su parte, la OPS formula el "Plan de Acción para la Instrumentación de Estrategias Regionales de Salud para Todos" (9) el cual en lo que respecta a la capacitación en áreas prioritarias concede especial atención a la preparación de personal técnico medio, auxiliar y de la comunidad, complementada con la capacitación en pre y postgrado en ciencias de la salud y el adiestramiento en salud pública. La necesidad de asegurar la capacidad operativa de los sistemas de salud le confiera primordial importancia a la formación de personal para el desarrollo administrativo.

---

(1) Resolución EB71.6 de 1983

(8) OMS - Séptimo Programa General de Trabajo - 1984-89 Ginebra, 1982

(9) OPS - PLAN DE ACCION, Washington D.C., 1982, D.O. No. 179

La formación y recapacitación del equipo de salud de los servicios, incluyendo el personal de saneamiento ambiental, el desarrollo de los aspectos sociales, biológicos y psicológicos de los programas de adiestramiento, el énfasis en la educación continua y en las políticas de integración docente asistencial constituyen entre otros, los elementos esenciales de las políticas nacionales de recursos humanos en función de las estrategias de atención primaria.

Posteriormente el Programa a Mediano Plazo de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS (10) al analizar las distintas formas de cooperación, se refiere al apoyo al adiestramiento directo, con la concesión de becas para estudios en el extranjero y en los propios países, este último en reconocimiento de la capacidad nacional de formación en salud.

Así mismo cobra mayor importancia y adquiere sentido la propuesta también incluida en dicho documento relativa a promover la revisión de las políticas y planes de adjudicación de becas para proyectos que sean relevantes a las necesidades de recursos humanos en salud y que puedan tener impacto en las propuestas que se han planteado para alcanzar la meta.

### 1.3 Estrategia de gestión

El desarrollo y manejo del Programa de Becas de la Región de las Américas no ha escapado a los criterios surgidos de las formas de ver y de operacionalizar la cooperación técnica a nivel de la Región.

---

(10) OPS - 210, Washington D.C., 1986

El manejo de las becas requiere de un componente administrativo que igualmente ha evolucionado en relación con el desarrollo administrativo de la Organización, pero cuya razón de ser es su contribución al desarrollo de los recursos humanos de la Región, en función de las prioridades nacionales y regionales. De allí que la gestión de las becas debe verse en el contexto de esa contribución a la salud de la población e íntimamente vinculada a las estrategias de gestión adoptadas por la Organización.

Cada uno de los principios básicos de la estrategia de gestión de la OPS en el contexto de las resoluciones WHA33.17 de la Asamblea Mundial de la Salud de 1980 (11) y del documento "Marco administrativo para la utilización óptima de los recursos de la OMS en apoyo directo a los Países Miembros"(12), ofrece elementos de referencia aplicables a la orientación del programa de becas.

Así el primer principio que reconoce a los países como "unidad básica de producción" en el contexto de la cooperación técnica en salud, concedió a las Representaciones de OPS una importancia especial y generó una mayor capacidad de decisión y de descentralización en las cuales se inscribió la descentralización del manejo de las becas.

El segundo principio al enfatizar la participación más activa de los países en la Organización, los responsabiliza en forma compartida en la administración de las becas, envolviendo a sus unidades técnicas y organismos en la formulación de planes nacionales de becas y en su gestión.

---

(11) Resolución WHA33.17 de 1980

(12) Resolución WHA-DGO-83.1 de 1983

El tercer principio defiende la flexibilidad del proceso de gestión de la cooperación y lleva a la consideración de alternativas de capacitación que pueden incluir no sólo la utilización de becas.

El cuarto principio al favorecer la movilización de los recursos nacionales propicia el desarrollo de vigorosos procesos de cooperación entre países como base de un amplio intercambio de recursos humanos.

Finalmente, el quinto principio al promover la coordinación interna entre todos los componentes de la Organización obliga a una amplia participación en la orientación del programa de becas de todas las unidades que responden por los varios campos de conocimientos.

Todos estos lineamientos generados en las grandes políticas de salud y en los de recursos humanos y de becas a que hemos hecho referencia constituyen el soporte teórico para el análisis del programa de becas de la Región.

## II. METODOLOGIA

### 2.1 Diseño de la Investigación

La investigación fué de carácter retrospectivo y longitudinal y comprendió dos estudios; uno denominado A que cubrió un período de 16 años del programa de becas, de 1971 a 1986, el cual fue realizado en base a fuentes secundarias disponibles en el sistema de computación de la oficina. El segundo estudio B, cuyo objetivo principal fue analizar el comportamiento de los países en el proceso de descentralización del programa de becas y profundizar el análisis en base a las políticas y reglamentación establecida por la OPS/OMS, cubrió el período 1983-1987. Para el mismo fue diseñada una nueva recolección de información que complementó la que se tenía en el sistema de cómputo.

Los países seleccionados para ambos estudios fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. (\*)

En el período 1971-1986 se otorgaron 17,128 becas a los 22 países seleccionados, los cuales representaron el universo del estudio A. Para el período 1983-1987 se habían otorgado 5,868 becas. De este número sólo se recibió información de 5,219, lo cual representa el 88% del total de las becas otorgadas en los cinco años escogidos para el estudio B.

A continuación se presentan las políticas que fueron evaluadas en esta investigación, las hipótesis de estudio que surgieron de ellas y las variables e indicadores que se utilizaron para su comprobación.

---

(\*) Los demás países del Caribe fueron incluidos en estudio anterior publicado en el Boletín de la OPS, Vol. 97, No. 4 - Oct. 1984.

En el anexo 2 se incluye una tabla con el número total de becas concedidas durante el período cubierto por el estudio.

TABLA 1

POLITICAS, HIPOTESIS Y VARIABLES DEL ESTUDIO\*

POLITICAS OPS/QMS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>1. Intensificar la ayuda para la formación de personal sanitario nacional. Resolución E47.R36 de 1971</p> <p>- Establecer planes y propuestas de formación y desarrollo de recursos humanos en base a las políticas y estrategias de SPT/2000 y a estrategias nacionales de salud. Resolución EB71.R6 de 1983.</p>	<p>- La selección de las becas, en términos de campos de estudio, obedece a planes nacionales de desarrollo de recursos humanos basados en las políticas nacionales de salud y a compromisos internacionales globales y regionales (Estudio A y B).</p>	<p>- Políticas de becas de OPS/QMS - Campos de estudio</p>
<p>2. Utilizar la gran variedad de mecanismos de adiestramiento además de las becas, entre ellos el apoyo a instituciones para formación a nivel local; el apoyo a cursos académicos, a la capacitación en servicio, a programas de desarrollo de recursos humanos, apoyo a visitas de personal científico para formación de investigadores, viajes de estudio y subvenciones de retorno. Resolución EB71.R6 de 1983.</p>	<p>- El programa de becas ha contribuido a la formación de técnicos de alto nivel y a la ampliación de la masa crítica de personal de salud en campos prioritarios (Estudio B).</p> <p>- Las becas se otorgan tomando en consideración los distintos niveles de regionalización y organización de los servicios de salud (Estudio B).</p> <p>- El incremento del costo de las becas está relacionada con el aumento inflacionario de la moneda en los países, lo que ha restringido en gran parte la formación académica en el exterior (Estudio A).</p>	<p>- Número de becas - Tipo de becas - Objetivo de las becas - Otros eventos de capacitación</p> <p>- Funciones - Institución de trabajo del becario</p> <p>- Número de becas - Duración de las becas - Costo</p>

POLITICAS OPS/QMS

HIPOTESIS

VARIABLES E INDICADORES

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <p>3. Adoptar procedimientos adecuados para la conveniente selección de los candidatos a becas, entre ellos establecer comités especiales de selección. Resolución CS15.19 de 1958, CD17.25 de 1967, CD19.38 de 1969 y EB71.R6 de 1983.</p> | <p>- La selección de los becarios obedece a un proceso sistemático de consulta a los niveles técnicos (unidad de trabajo de los becarios, comités de selección) (Estudio B).</p> <p>- La selección de los becarios obedece al cumplimiento de los requisitos establecidos en el reglamento de becas de OPS/QMS (Estudio A y B).</p>   | <p>- Solicitud y aprobación de las becas</p> <p>- Edad de los becarios</p> <p>- Tiempo de servicio en la institución y cargo</p>  |
| <p>4. Designar mayor número de mujeres como candidatas a las becas de la Organización. Resolución WHO28.40 de 1975.</p>   | <p>- En el otorgamiento de becas se esperaba un incremento en el número de becas concedidas a mujeres (Estudio A y B).</p>  | <p>- Sexo del becario</p> <p>- Cargos de los becarios</p>   |
| <p>5. Otorgar becas a nacionales dentro de su mismo país. Resolución CE61.R23 y CD19.38 de 1969 y EB71.R6 de 1983.</p>  | <p>- En los últimos años se ha incrementado el otorgamiento de las becas a nacionales para estudios en sus propios países (Estudio A y B).</p>  | <p>- País de estudio</p>  |
| <p>6. Evaluar periódicamente las repercusiones de la formación del personal de salud incluyendo el efecto de las becas en el desarrollo sanitario nacional. Resolución EB71.R6 de 1983.</p>   | <p>- Una alta proporción de becarios se reincorporan a su lugar de trabajo cuando terminan sus estudios a través de la beca (Estudio B).</p> <p>- La mayoría de los países carecen de un sistema de información que les permita evaluar el resultado de las becas y que les sirva para retroalimentar el proceso de planificación del desarrollo de los recursos humanos (Estudio B).</p> | <p>- Areas de aplicación de conocimiento</p> <p>- Programas beneficiados</p> <p>- Razones de capacitación</p> <p>- Entrega de informe final</p> <p>- Seguimiento de los becarios medido a través de la reincorporación a su cargo e institución</p> |

\* Para cada una de las hipótesis se indica entre paréntesis si éstas fueron analizadas en el estudio A o B, o en ambos estudios.

## 2.2 Recolección de la información e instrumentos utilizados

En ambos estudios (A y B) se utilizaron nueve indicadores del programa de becas, que definen algunas características de los becarios y del programa y se refieren a frecuencia, tipo, duración y costo de las becas; sexo, edad y profesión del becario; campo de estudio y país de estudio.

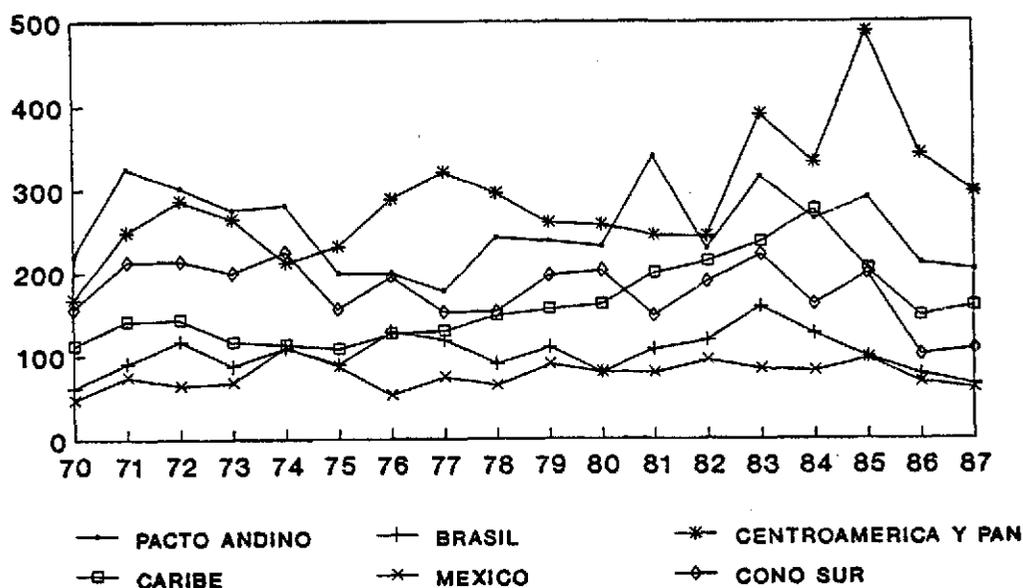
Para el estudio B se necesitó la recolección de información adicional, lo cual exigió la realización de cinco talleres en México, Cuba, Argentina, Perú y Uruguay. El propósito de estos talleres fue capacitar a los encargados de becas de los 22 países en el manejo de los formularios de recolección de información requeridos para el estudio. De estas reuniones salieron recomendaciones específicas por parte de los encargados de becas y los representantes de país sobre aspectos administrativos y de selección de los candidatos, las cuales fueron sometidas a consideración al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud en Washington, D.C.

La descripción detallada de las variables e indicadores, así como del contenido de los formularios utilizados y su procesamiento, aparecen en el estudio original que se encuentra disponible para todo tipo de consulta.

### 3. Evolución General: número, duración y costo

3.1 Un primer hallazgo se refiere a la evolución del número de becas otorgadas en los cuatro períodos administrativos estudiados, la cual en términos globales para la región se mantuvo más o menos constante alrededor de 1000 becas por año, con excepción de un momento de retracción en 1975, cuando bajó a 900 y una fase de expansión entre 1983 y 1985 en que se elevó a cerca de 1300 por año. El desglose de estos totales por subregión (gráfico 1) muestra la misma estabilidad para cada

GRAFICO 1  
NUMERO DE BECAS OTORGADAS POR OPS EN LA REGION (1970-1987)\*

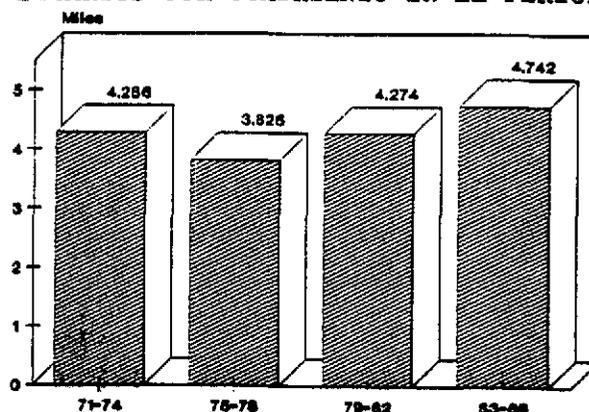


una de las líneas con excepción de la que representa el Caribe, en que se observa una ascensión discreta en el final del período de estudio, y Centro América y Panamá que tiene un pequeño incremento en 1977 y luego un crecimiento pronunciado del número de becas en 1983 y 1985, posiblemente bajó el impacto del Plan de Prioridades en Salud (PPSCAP).

El número de becas por cuatrienio y especialmente en el período 83-86, puede considerarse como un indicador de la importancia concedida al programa de becas como apoyo al proceso de formación de personal de salud. De hecho en el último período se alcanzó en números absolutos el mayor volumen de becas.

GRAFICO 2

NUMERO DE BECARIOS POR CUADRIENIO EN EL PERIODO 1971-1986



3.2 Así mismo, para profundizar en el análisis del comportamiento del programa de becas se revisaron los expedientes de los 5219 becas otorgadas entre 1983 y la mitad de 1987(\*) en los 22 países estudiados, los cuales se presentan en orden decreciente del número de becas utilizadas en todo el período (Tabla 1). Como puede observarse, después de tres años más o menos estables se empieza a visualizar tendencias de descenso en el valor global, a expensas especialmente de menor utilización países tales como en Brasil, Perú, Colombia, República Dominicana y Argentina.

---

(\*) incluye el 54% de las becas concedidas en 87

TABLA 3

NUMERO BECAS DE LA MUESTRA POR PAIS DE ORIGEN Y AÑO DE INICIO 1983-87\*

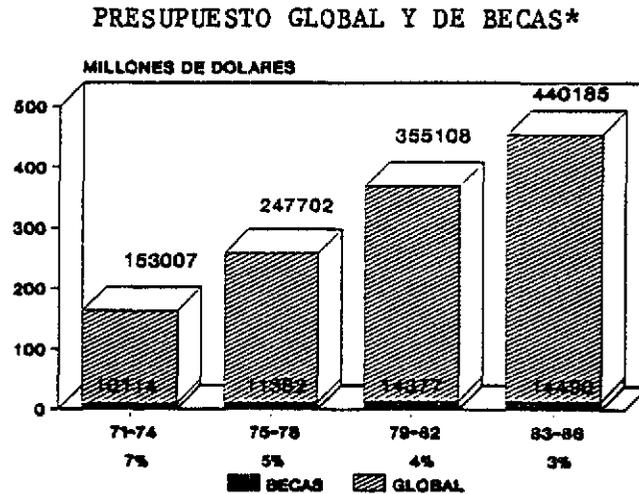
PAIS	1983		1984		1985		1986		1987		TOTAL		% DEL TOTAL
	No.	%	No.	%									
BRASIL	149	30	132	27	97	20	82	17	33	7	493	100	9
CUBA	72	17	135	32	85	20	68	16	63	15	423	100	8
MEXICO	80	23	85	25	96	28	69	20	15	4	345	100	7
GUATEMALA	64	19	63	18	117	34	65	19	35	10	344	100	7
NICARAGUA	72	21	93	27	98	29	75	22	5	1	343	100	7
VENEZUELA	50	16	60	19	78	24	81	25	52	16	321	100	6
PERU	78	29	97	36	60	22	27	10	7	3	269	100	5
COLOMBIA	90	34	51	19	61	23	49	18	16	6	267	100	5
CHILE	59	23	51	20	50	20	44	17	48	19	252	100	5
PANAMA	69	29	46	19	49	20	58	24	18	8	240	100	5
REP. DOMINICANA	90	42	69	32	26	12	13	6	15	7	213	100	4
HONDURAS	60	29	31	15	55	27	39	19	22	11	207	100	4
ARGENTINA	80	41	41	21	41	21	23	12	8	4	193	100	4
ECUADOR	41	22	48	25	52	27	33	17	16	8	190	100	4
JAMAICA	42	23	48	26	46	25	30	16	20	11	186	100	4
PARAGUAY	30	16	51	28	70	38	22	12	12	6	185	100	4
EL SALVADOR	26	15	52	29	52	29	32	18	15	8	177	100	3
COSTA RICA	27	17	37	23	41	26	34	22	19	12	158	100	3
HAITI	22	16	43	32	43	32	11	8	17	13	136	100	3
BOLIVIA	17	16	28	26	25	23	18	17	20	19	108	100	2
URUGUAY	19	19	24	24	29	29	17	17	12	12	101	100	2
BELICE	11	16	12	18	23	34	13	19	9	13	68	100	1
TOTAL	1248	24	1297	25	1294	25	903	17	477	9	5219	100	100

3.3 En lo general, el número de becas que se ha podido mantener es el resultado de la combinación de varios factores que incluyen las variaciones presupuestarias, la duración de cada beca y la demanda de los propios países para niveles de capacitación que no disponen dentro de sus fronteras.

En términos presupuestarios se observa desventaja para el elemento becas que en los cuatro cuatrienios estudiados tuvo un incremento de solamente 40%, en tanto que los recursos globales de la Organización tuvieron un crecimiento constante que ha llevado a el último período a

prácticamente triplicar los recursos disponibles en 71-74, como se puede ver en la gráfica 3.

GRAFICA 3



Apesar de esto, el costo de las becas tuvo que acompañar la inflación y para todos los tipos de becas casi se duplicó entre el 1ro. y el 4to. cuatrienio como indica la tabla que sigue:

TABLA 3

COSTO PROMEDIO DE LAS BECAS DE ACUERDO AL TIPO

PERIODO	CORTAS	CURSOS	LARGAS
1971-1974	1,363	1,471	4,842
1975-1978	1,830	2,111	5,775
1979-1982	2,341	2,632	8,082
1983-1986	2,171	2,346	9,340

Este aumento de costo fue compensado con la mayor utilización de becas de corta duración, como se puede observar en la evolución presupuestaria (Tabla 4) de los cuatro cuatrienios, la cual evidencia la absorción por las becas cortas del pequeño aumento de recursos asignado al programa, quedándose las becas largas con una discreta reducción presupuestaria que luego se traduce en disminución significativa de la posibilidad de utilización de las becas académicas.

TABLA 4

COSTO TOTAL DE LAS BECAS SEGUN EL TIPO

PERIODO	CORTAS		CURSOS		LARGAS		TOTAL	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1971-1974	1,885,647	19	2,544,155	25	5,684,796	56	10,114,598	100
1975-1978	3,302,335	29	2,068,875	18	6,011,680	53	11,382,890	100
1979-1982	5,352,100	37	3,399,982	24	5,624,976	39	14,377,058	100
1983-1986	5,876,722	41	3,486,857	24	5,127,686	35	14,490,265	100
<b>TOTAL</b>	<b>16,415,804</b>	<b>33</b>	<b>11,499,869</b>	<b>23</b>	<b>22,449,138</b>	<b>45</b>	<b>50,364,811</b>	<b>100</b>

Para observar el crecimiento inflacionario en todo el período del estudio se puede analizar el crecimiento del valor promedio mensual (\*) - en dólar americano - que a partir de un índice 100 en 1971 alcanzó un índice de 257.7 en 1986, como se puede ver en la tabla 5.

(\*) Valor promedio mensual en los Estados Unidos incluyendo viáticos, seguro, viajes y en los casos que corresponda el "tuition" de la universidad respectiva.

TABLA 5

VALOR REAL Y DEFLACIONARIO POR BECAS EN LOS ESTADOS UNIDOS 1971-1986\*

AÑO	PROMEDIO MENSUAL OBSERVADO	INDICE DE PRECIOS	VALOR TEORICO CORREGIDO	B/D -1.00
A	B	C	D	
1971	600.0	100.0	600.0	
1972	635.2	104.5	627.6	+4.4
1973	731.3	111.5	669.0	+9.3
1974	850.3	121.6	729.6	+16.5
1975	831.6	133.6	801.6	+3.7
1976	811.2	142.0	852.0	-4.8
1977	825.5	151.5	909.0	-9.2
1978	832.2	162.7	976.2	-14.8
1979	858.9	177.0	1062.0	-19.1
1980	946.8	193.0	1158.0	-18.2
1981	1024.3	211.5	1169.0	-12.4
1982	1138.1	226.2	1357.2	-16.1
1983	1352.1	233.9	1403.4	-3.7
1984	1274.8	243.0	1452.0	-12.2
1985	1504.8	251.1	1506.6	-0.1
1986	1428.2	257.7	1546.2	-7.6

También ahí se puede verificar el retardo en la actualización del valor de las becas al ritmo de la inflación, la cual por pequeña que fuera la diferencia, reduce el valor adquisitivo del estipendio mensual a niveles que pueden haber llegado a prácticamente un 20% menos que el valor real (D) deflacionado en relación al año base. Este factor y el hecho de que una beca académica en los Estados Unidos puede variar entre 15,000 y 25,000 dólares puede haber desestimulado la utilización de las becas para estudios en este país, las cuales vienen en declinación desde hace varios años.

3.4 Se agrega en este contexto una variable compensatoria que está dada por la duración de las becas, que se presenta en la tabla 6 y

(\*) Según "International Financial Statistics" del IMF -1987

evidencia un aumento acentuado de las becas de corta duración (menos de 1 mes) especialmente a partir del cuatrienio 79-82, llegando a alcanzar prácticamente el 60% del total de becas otorgadas, contra un 12% que representaba en el cuatrienio 71-74.

TABLA 6  
DURACION DE LAS BECAS (1971-1986)

PERIODO	0-1 MES		1-4 MESES		4-9 MESES		9-24 MESES		24 MESES O MAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1971-1974	518	12	2027	47	627	15	1107	26	7	0.2	4286	100
1975-1978	628	16	1744	46	584	15	853	22	17	0.4	3826	100
1979-1982	1373	32	1977	46	304	7	598	14	22	0.5	4274	100
1983-1986	2775	59	1308	28	145	3	497	10	17	0.3	4742	100
<b>TOTAL</b>	<b>5294</b>	<b>31</b>	<b>7056</b>	<b>41</b>	<b>1660</b>	<b>10</b>	<b>3055</b>	<b>18</b>	<b>63</b>	<b>0.4</b>	<b>17128</b>	<b>100</b>

En este mismo período se observó una reducción de las becas llamadas académicas (9-24 meses), de 26% en el primer cuatrienio, a 10% en el período 83-86, bajando por lo tanto a menos de la mitad las becas otorgadas en esta categoría.

Este mismo fenómeno aparece en la tabla 7 con mucho más detalle para el período más reciente (83-87) con el desglose por subregiones y países, en el cual se puede observar las variaciones en el uso de las becas cortas y académicas, habiendo casos en que un 46% de las becas concedidas eran de 9 a 24 meses y, otras situaciones en que estas becas largas no alcanzaron el 5%, como ocurrió en Argentina, República Dominicana, Cuba, Perú y Uruguay.

TABLA 7  
DURACION DE LAS BECAS (1983-1987)

REGION DE ORIGEN	PAIS DE ORIGEN	0-1 MES		1-4 MESES		4-9 MESES		9-24 MESES		24 MESES O MAS		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BRASIL	BRASIL	327	66	146	30	9	2	11	2	-	-	493	100
CARIBE	TOTAL	660	69	175	18	20	2	102	11	1	0,1	958	100
	CUBA	319	75	80	19	6	1	18	4	-	-	423	100
	REP. DOMINICANA	158	74	47	22	2	1	6	3	-	-	213	100
	HAITI	82	60	23	17	3	2	28	21	-	-	136	100
	JAMAICA	101	54	25	13	9	5	50	27	1	1	186	100
AMERICA CENTRAL	TOTAL	844	55	383	25	45	3	253	16	12	1	1537	100
	BELICE	15	22	17	25	3	4	31	46	2	3	68	100
	COSTA RICA	83	53	43	27	-	-	29	18	3	2	158	100
	EL SALVADOR	66	37	65	37	12	7	34	19	-	-	177	100
	GUATEMALA	182	53	113	33	6	2	40	12	3	1	344	100
	HONDURAS	130	63	41	20	3	1	33	16	-	-	207	100
	NICARAGUA	249	73	52	15	13	4	25	7	4	1	343	100
	PANAMA	119	50	52	22	8	3	61	25	-	-	240	100
CONO SUR	TOTAL	383	52	267	37	29	4	52	7	-	-	731	100
	ARGENTINA	119	62	66	34	5	3	3	2	-	-	193	100
	CHILE	93	37	126	50	8	3	25	10	-	-	252	100
	PARAGUAY	100	54	51	28	14	8	20	11	-	-	185	100
	URUGUAY	71	70	24	24	2	2	4	4	-	-	101	100
MEXICO	MEXICO	222	64	97	28	8	2	15	4	3	1	345	100
REGION ANDINA	TOTAL	608	53	375	32	57	5	114	10	1	0,08	1155	100
	BOLIVIA	37	34	47	44	1	1	23	21	-	-	108	100
	COLOMBIA	169	63	75	28	7	3	16	6	-	-	267	100
	ECUADOR	67	35	77	41	13	7	33	17	-	-	190	100
	PERU	153	57	91	34	13	5	11	4	1	0,3	269	100
	VENEZUELA	182	57	85	26	23	7	31	10	-	-	321	100
<b>TOTAL</b>		<b>3044</b>	<b>58</b>	<b>1443</b>	<b>28</b>	<b>168</b>	<b>3</b>	<b>547</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>0,3</b>	<b>5219</b>	<b>100</b>

La mayor utilización de becas de menos de un mes de duración se ha registrado en los mismos países ya citados y más en Honduras, Nicaragua, y Colombia, todos con porcentajes por encima de 60% del total de becas utilizadas. Este hecho quizás se pueda explicar por la introducción de la descentralización en el manejo de las becas, lo cual puede haber facilitado en un primer momento una utilización más flexible.

Así mismo, se podría especular justificando tal situación con la eventual reducción de la demanda por cursos académicos, en la medida que se diseminaron en toda la región los cursos de salud pública, que crecieron en número durante el período incluido en el estudio, pasando de 10 a prácticamente 80 diferentes tipos de programas de capacitación a nivel de los mismos países latinoamericanos. La contrapartida de esta hipótesis estaría representada por Belice que en la imposibilidad de formar su propio personal tiene que mantener un alto porcentaje de becas académicas.

3.5. Pese a que en la mayoría de los países no se encontró políticas explícitas de desarrollo de recursos humanos, ni políticas que orientasen la concesión de becas reflejando las prioridades de capacitación en el exterior, la opinión generalizada entre los funcionarios de países, es que se está dando prioridad a la formación a nivel nacional, ya sea a través de programas permanentes y formales en institutos y universidades nacionales, o por medio de algunos mecanismos de capacitación realizados con apoyo de la cooperación internacional. La razón principal que se aduce es que, con el costo de formación de un individuo en el exterior se puede capacitar varias personas a nivel nacional. Este razonamiento sigue en parte, la política expresada por la OMS sobre "utilización de becas" (\*) que incentiva la autosuficiencia para realización de eventos de capacitación a nivel nacional. Estos eventos, que usualmente incluyen cursos cortos, seminarios y talleres, se han organizado en números crecientes en los países de la región, sin embargo su registro no se ha hecho en forma sistemática, lo cual impide comparaciones más detalladas con la eventual reducción de la utilización de becas que se observa en

---

(\*) Resolución EB71.R6 de 1983

TABLA 8  
 NUMERO DE EVENTOS POR PAISES\*

PAIS	1983	1984	1985	1986	1987	TOTAL
ARGENTINA	-	-	-	48	44	92
BELICE	-	5	7	4	6	22
BOLIVIA	15	3	32	23	21	94
BRASIL	11	20	5	6	13	55
COLOMBIA	-	3	-	40	59	102
COSTA RICA	-	-	-	88	154	242
ECUADOR	-	28	23	36	52	139
EL SALVADOR	21	15	30	30	79	175
GUATEMALA	-	-	105	88	76	269
HAITI	4	10	8	14	12	48
HONDURAS	17	18	48	61	47	191
JAMAICA	8	5	19	35	17	84
MEXICO	15	30	52	98	306	501
NICARAGUA	1	8	6	31	26	72
PANAMA	21	21	58	83	108	291
PARAGUAY	4	7	16	55	64	146
URUGUAY	-	-	-	4	31	35
VENEZUELA	8	2	10	39	68	127
<b>TOTAL 18 PAISES</b>	<b>125</b>	<b>175</b>	<b>419</b>	<b>783</b>	<b>1183</b>	<b>2685</b>

los dos últimos años del período estudiado. La tabla 8, aún con el subregistro de los primeros años, parecería evidenciar un aumento de estos eventos a nivel nacional, reemplazando en esta forma muchas de las becas que antes se utilizaban. Para el 75% de los eventos registrados se conocía el número de participantes que alcanzó 77,363, con un promedio de 39 por evento, lo cual sin duda, constituye un número significativo, que aún para cursos de corta duración, podría superar muchas veces el potencial de utilización de las becas.

4. Características individuales del becario

4.1 En términos demográficos se puede observar un discreto incremento de edad de los becarios y a mayor participación de las mujeres en el programa. De hecho la edad promedio del becario aumento en los dos últimos períodos estudiados de 36 a 37 años, siendo la edad mínima 16 años y la máxima 76 años.

TABLA 9

EDAD DE LOS BECARIOS

PERIODO	SIN DATOS		16-25 AÑOS		26-30 AÑOS		31-35 AÑOS		36-40 AÑOS		41-45 AÑOS		46-50 AÑOS		MAS DE 51 AÑOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1971-1974	56	1	310	7	860	20	1110	26	841	20	593	14	307	7	209	5	4286	100
1975-1978	79	2	327	9	875	23	869	23	678	18	482	13	295	8	221	6	3826	100
1979-1982	58	1	202	5	888	21	1125	27	781	19	533	13	378	9	309	7	4274	100
1983-1986	54	1	158	3	773	16	1333	28	1129	24	578	12	381	8	336	7	4216	100
TOTAL	247	1	997	6	2508	15	4437	26	3429	20	2186	13	1361	8	1075	6	17128	100

La tabla 9 muestra la distribución de las becas por cuatrienios y grupos etarios, pudiendo observarse en todos los períodos un número de becas para mayores de 55 años, límite de edad establecido por el reglamento. Así mismo se puede notar en el último cuatrienio una discreta reducción en los grupos etarios entre 16-30 años y aumento entre 31-40 años, lo cual puede ser compatible con la tendencia de utilización de becas de más corta duración, usadas preferentemente por individuos que ya cuentan con capacitación básica, en detrimento de los más jóvenes que usualmente buscan más la beca académica.

TABLA 10

SEXO DEL BECARIO (1971-1986)

PERIODOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		DIFERENCIA %
	No.	%	No.	%	No.	%	
1971-1974	1429	33	2857	67	4286	100	-103
1975-1978	1329	35	2497	65	3826	100	- 86
1979-1982	1621	38	2653	62	4274	100	- 63
1983-1986	1914	40	2828	60	4742	100	- 50
TOTAL	6293	37	10835	63	17128	100	- 70

4.2 En relación al sexo, el cuadro 10 evidencia un aumento de 34% de las becas concedidas a funcionarios del sexo femenino entre los cuatrenios de 71-74 y 83-86, lo cual ha permitido que el número de becas utilizados por hombres se haya mantenido estable en cuanto que el pequeño aumento observado en el total de las becas (+ 10%) haya sido absorbido por las mujeres.

4.3 Otra característica importante constituye la profesión previa de los becarios, que se presenta en la tabla 11 con bastante uniformidad en los cuatro períodos estudiados, con excepción de la duplicación del número de becarios, en el último cuatrienio, en las áreas profesionales relativas a Técnicas diagnósticas, Ciencias Sociales y Humanidades; así mismo se triplica el número de becarios no profesionales. El área profesional de Enfermería y Salud ambiental sufre pequeña reducción y también disminuyen a la mitad los casos en que no ha sido posible obtener información adecuada.

TABLE 11  
PROFESION DEL BECARIO (1971-1986)

AREA PROFESIONAL	PERIODO 71-74		PERIODO 75-78		PERIODO 79-82		PERIODO 83-86		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	Medicina	1474	34	1262	33	1538	36	1708	36	5982
Enfermería	532	12	406	11	390	9	425	9	1753	10
Salud Ambiental e Ing. Técnicas Diagnósticas	544	13	422	11	343	8	429	9	1738	10
Veterinaria	309	7	314	8	384	9	604	13	1611	9
Odontología	323	8	409	11	323	8	493	10	1548	9
Estadística	182	4	147	4	207	5	146	3	682	4
Ciencias Sociales y Hum.	177	4	119	3	161	4	112	2	569	3
Administración	89	2	64	2	115	3	275	6	543	3
Nutrición	156	4	94	2	91	2	130	3	471	3
Técnicas Terap. y Rehab.	67	2	104	3	105	2	77	2	353	2
No Profesionales	52	1	21	1	18	1	12	1	103	1
Sin Información	57	1	89	2	63	1	156	3	365	2
	324	8	375	10	536	13	175	4	1410	8
<b>TOTAL</b>	<b>4286</b>	<b>100</b>	<b>3826</b>	<b>100</b>	<b>4274</b>	<b>100</b>	<b>4742</b>	<b>100</b>	<b>17128</b>	<b>100</b>

4.4 Para el período final 83-87 en que se profundizó el estudio, fue posible determinar que de los 5219 becarios de la muestra, 3591 (68%) no habían recibido ninguna formación de posgrado anterior a la beca, sin embargo los 1628 restantes contaban ya con especialización predominando la formación en salud pública, maternoinfantil, especialidades médicoquirúrgicas, administración, salud mental y salud ambiental.

4.5 En la muestra global se observa que la Organización otorgó el 87% de sus becas a funcionarios de instituciones públicas, el 2% a instituciones de economía mixta, y el 1% a instituciones privadas.

Los becarios del período 83-87 se distribuyeron de acuerdo con su ubicación institucional en la forma que se presenta en la tabla 12, con

una gran mayoría vinculados a los Ministerios de Salud y menores porcentajes dependientes de Universidades u otros servicios (agricultura, aguas y alcantarillado), quedándose un grupo de poco más de 2% para el personal de los Institutos de Seguro Social.

TABLA 12  
INSTITUCION DE TRABAJO DEL BECARIO

<b>MINISTERIOS O SECRETARIAS DE SALUD</b>		
	No.	%
Ministerio (Capital)	1294	25.0
Ministerio (Regional)	832	16.0
Institutos de Salud	523	10.0
Hospitales Capitalinos	410	7.9
Hospitales, Centros Regionales	305	5.8
Direcciones Zoonosis	136	2.6
Direcciones Malaria	81	1.6
Ministerio Municipal	53	1.0
Centro Salud Rural	7	0.13
	<u>3641</u>	<u>70.0</u>
<b>INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL</b>		
Seguridad Social Capitalina	73	1.4
Hospitales Seg. Social Capitalinos	34	0.65
Hospitales Seg. Social Regional	11	0.21
Politécnico Seg. Social Rural	1	0.02
	<u>119</u>	<u>2.28</u>
<b>UNIVERSIDADES</b>		
Universidades Púbricas	432	8.3
Universidades Privadas	21	0.04
	<u>453</u>	<u>8.7</u>
<b>OTROS SERVICIOS</b>		
Otros servicios	No. 265	% 5.1
Agricultura	155	3.0
Aguas y Alcantarillado	137	3.6
	<u>557</u>	<u>10.7</u>
<b>FUERZAS ARMADAS</b>		
	19	0.36
<b>SIN INFORMACION</b>		
	430	8.2
<b>TOTAL</b>	<u>5219</u>	<u>8.2</u>

En relación a los cargos ocupados se observó que el 44% de los becarios habían tenido funciones ejecutivas y el 37% funciones de dirección. Solamente el 11% cumplían funciones de docencia e investigación. Los cargos al momento en que se les otorgó la beca muestran una elevada proporción de profesionales técnicos de diferentes programas y una alta concentración de Directores de programas, departamentos, unidades y divisiones. Menor proporción correspondió a Directores regionales o de Centros de Salud.

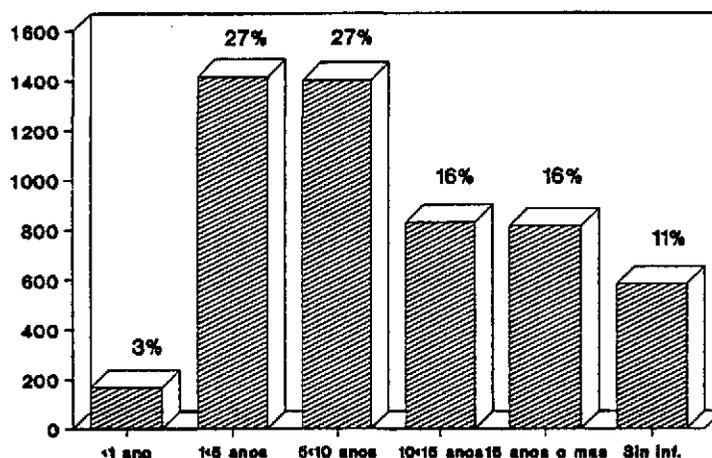
TABLA 13  
CARGOS QUE OCUPAN LOS BECARIOS POR REGION

CARGO DEL BECARIO	BRASIL		CARIBE		AMERICA CENTRAL		CONO SUR		MEXICO		REGION ANDINA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Técnico de Programa	137	27.8	287	30.0	376	24.5	187	25.6	41	11.9	389	33.7
Director Programa, Servicio	107	21.7	150	15.7	248	16.0	154	21.1	64	18.6	201	17.4
Director Departamento	9	1.8	109	11.4	119	7.7	47	6.4	68	19.7	49	4.2
Profesor	40	8.1	40	4.2	87	5.7	80	10.9	33	9.6	99	8.6
Supervisor, Inspector	14	2.8	41	4.3	114	7.4	39	5.3	10	2.9	41	3.5
Encargado Sección y Area	21	4.3	37	3.9	83	5.4	42	5.7	11	3.2	47	4.1
Personal Apoyo Técnico	13	2.6	38	4.0	102	6.6	35	4.8	8	2.3	36	3.1
Director División, Unidad	29	5.9	20	2.1	41	2.7	27	3.7	33	9.6	37	3.2
Subdirector Unidad	2	0.4	47	4.9	57	3.7	35	4.8	28	8.1	10	0.9
Investigador	27	5.5	28	2.9	3	0.2	6	0.8	15	4.3	21	1.8
Director Regional, Area	2	0.4	23	2.4	40	2.6	9	1.2	3	0.9	18	1.6
Aesor o Consultor	34	6.9	5	0.5	11	0.7	13	1.8	12	3.5	10	0.9
Director Centro de Salud	6	1.2	13	1.4	30	2.0	19	2.6	8	2.3	5	0.4
Director Hospital	4	0.8	19	2.0	10	0.7	17	2.3	1	0.3	5	0.4
Médico Residente	-	-	10	1.0	20	1.3	4	0.5	2	0.6	6	0.5
Decano o Director Escuela	2	0.4	12	1.3	1	0.1	1	0.1	3	0.9	5	0.4
Director Institución	5	1.0	3	0.3	3	0.2	2	0.3	1	0.3	7	0.6
Otros	2	0.4	5	0.5	10	0.7	2	0.3	2	0.6	3	0.3
Sin información	39	7.9	71	7.4	184	12.0	12	1.6	2	0.6	166	14.4
<b>TOTAL</b>	<b>493</b>	<b>100.0</b>	<b>958</b>	<b>100.0</b>	<b>1537</b>	<b>100.0</b>	<b>731</b>	<b>100.0</b>	<b>345</b>	<b>100.0</b>	<b>1155</b>	<b>100.0</b>

La tabla 13 muestra la distribución de cargos por subregiones. El tiempo de servicio en la institución previa a la concesión de la beca varió entre un mínimo de un mes y un máximo de 55 años.

La tabla 14 evidencia la distribución del número de becarios en función de su permanencia en la institución, observándose el predominio en los rangos entre 1 y 10 años que reúnen el 54% de los casos.

TABLA 14  
TIEMPO DE SERVICIO EN LA INSTITUCION DE TRABAJO



4.6 La gran mayoría de los becarios, en un total de 3908 o sea el 75%, para el período 83-87, utilizaron una beca de la Organización por primera vez y este hecho se distribuyó uniformemente entre los países estudiados. Los restantes 1311 funcionarios ya habían utilizado anteriormente otras becas OPS en número que varió de 1 a 5, como se puede ver en la tabla 15 en que se agrupó por funciones ejercidas y número correspondiente a la presente beca.

TABLA 15  
NUMERO DE BECAS RECIBIDAS DE ACUERDO AL CARGO OCUPADO

FUNCION	1		2		3		4		5		6		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Directiva de servicio	1335	69	364	19	125	7	55	3	26	1	16	0.8	1921
Ejecución de servicio	1816	80	315	14	91	4	36	2	15	1	3	0.1	2276
Docencia e investig.	389	74	86	16	31	6	10	2	6	1	2	0.4	524
Otros/Sin información	368	74	90	18	22	4	6	1	8	2	4	0.8	498
<b>Total</b>	<b>3908</b>	<b>75</b>	<b>855</b>	<b>16</b>	<b>269</b>	<b>5</b>	<b>107</b>	<b>2</b>	<b>55</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>0.5</b>	<b>5219</b>

Igualmente se trató de verificar la posibilidad de la utilización previa de becas concedidas por otras agencias encontrándose que 4466 becarios, equivalente a 85.6% del total en este período, nunca habían recibido becas de otras fuentes. Sin embargo, 9.6% habían utilizado una beca anterior, 3.4% recibieron 2 becas, 1.1% tuvieron 3 becas y 0.3% hasta 4 becas, con dos individuos más que usaron respectivamente 5 y 6 becas concedidas por otras agencias, previamente a la beca incorporada en este estudio.

## 5. Otorgamiento y utilización de las becas

5.1 la información relativa al proceso de solicitud de la beca y selección del candidato es usualmente incompleta y no se encuentra registrada en la documentación correspondiente, lo cual ha obligado a la búsqueda de información secundaria a través de los funcionarios encargados del manejo de las becas en las Representaciones de país. La tabla 16 que se presenta a continuación muestra la diversidad de niveles en que se da la solicitud correlacionada con la función que ejerce el candidato.

TABLA 16  
QUIEN SOLICITO LA BECA DE ACUERDO AL CARGO

FUNCION	UNIDAD TRABAJO Y BECARIO		INST. SUPERIOR MINISTERIO		INST. SUPERIOR UNIVERSIDAD		RELACIONES INTERNACIONALES		OTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Directiva de servicio	627	33	734	38	27	1	214	11	319	17	1921	100
Ejecutiva de servicio	823	36	658	29	23	1	246	11	526	23	2276	100
Docencia de investig.	92	18	128	24	145	28	102	19	57	11	524	100
Otros/Sin información	29	6	22	4	2	-	5	1	440	88	498	100
<b>Total</b>	<b>1571</b>	<b>30</b>	<b>1342</b>	<b>30</b>	<b>197</b>	<b>4</b>	<b>567</b>	<b>11</b>	<b>1342</b>	<b>26</b>	<b>5219</b>	<b>100</b>

Es aparentemente baja la participación de la oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud en esta etapa del proceso. Para el personal del Servicio de Salud las instancias más comunes han sido la Unidad de trabajo directamente, algún nivel jerárquico alto en el Ministerio. Para los docentes predominó el nivel superior Universitario.

Entre los casos agrupados en "otros" se encontraron 39 solicitudes presentadas por el propio candidato, en su gran mayoría directores de programas o servicios.

5.2 La mayoría de las becas fueron aprobadas posteriormente, por alguna instancia superior del Ministerio, representada por el Ministro, Vice-ministros, Directores o Secretarios de Salud; la tercera parte por las Oficinas de Relaciones Internacionales y sólo el 4% por algún Comité de becas. La tabla 17 incluye esta información para todos los países, pero también con un buen número de fallas que agrupamos bajo la columna de "otros".

TABLA 17  
QUIEN APROBO LA BECA

REGION DE ORIGEN	PAIS DE ORIGEN	INST. SUPERIOR MINISTERIO		COMITE DE BECAS		RELACIONES INTERNACIONALES		OTROS		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BRASIL	BRASIL	2	-	-	-	453	92	38	8	493	100
CARIBE	TOTAL	458	48	-	-	394	41	106	11	958	100
	CUBA	-	-	-	-	394	93	29	7	423	100
	DOMINICANA	199	93	-	-	-	-	14	7	213	100
	HAITI	130	96	-	-	-	-	6	4	136	100
	JAMAICA	129	69	-	-	-	-	57	31	186	100
AMERICA CENTRAL	TOTAL	1039	68	-	-	-	-	498	32	1537	100
	BELICE	54	79	-	-	-	-	14	21	68	100
	COSTA RICA	64	41	-	-	-	-	94	59	158	100
	EL SALVADOR	158	89	-	-	-	-	19	11	177	100
	GUATEMALA	339	99	-	-	-	-	5	1	344	100
	HONDURAS	200	97	-	-	-	-	7	3	207	100
	NICARAGUA	-	-	1	0.3	-	-	343	100	343	100
	PANAMA	224	93	-	-	-	-	16	7	240	100
CONO SUR	TOTAL	315	43	21	3	244	33	151	21	731	100
	ARGENTINA	95	49	11	6	1	1	86	45	193	100
	CHILE	-	-	-	-	243	96	9	4	252	100
	PARAGUAY	146	79	-	-	-	-	39	21	185	100
	URUGUAY	74	73	10	10	-	-	17	17	101	100
MEXICO	MEXICO	-	-	-	-	322	93	23	7	345	100
REGION ANDINA	TOTAL	565	49	45	4	308	27	238	21	1155	100
	BOLIVIA	17	16	42	39	-	-	49	45	108	100
	COLOMBIA	215	81	2	1	-	-	50	19	267	100
	ECUADOR	146	77	-	-	-	-	44	23	190	100
	PERU	187	70	-	-	-	-	82	30	269	100
	VENEZUELA	-	-	1	0.3	308	96	13	4	321	100
TOTAL		2379	46	67	1	1721	33	1054	20	5219	100

5.3 Para el análisis de los campos de estudios y centros de adiestramiento se utilizó la clasificación adoptada por la OMS para el programa de becas, la cual involucra 120 categorías o campos disciplinarios específicos. Dada la extensión de esta clasificación se aplicó para los fines del presente análisis un esquema consolidado con 20 campos de estudios que se incluye en la tabla 18, en el cual se puede

TABLA 18  
CAMPOS DE ESTUDIO (1971-1986)

CAMPOS DE ESTUDIO	PERIODO 71-74		PERIODO 75-78		PERIODO 79-82		PERIODO 83-86		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rec. Humanos y Educ. San.	810	19.0	616	16.0	510	12.0	404	9.0	2340	14.0
Administración y Plan.	541	13.0	477	13.0	460	11.0	475	10.0	1953	11.0
Salud Ambiental e Ing.	447	10.0	411	11.0	383	9.0	493	10.0	1734	10.0
Epidem. y Bioestadist.	342	8.0	343	9.0	478	11.0	456	10.0	1619	9.0
Técnicas Diag. y Terap.	391	9.0	311	8.0	302	7.0	332	7.0	1336	8.0
Nutrición	310	7.0	340	9.0	281	7.0	218	5.0	1149	7.0
Materno Infantil	170	4.0	117	3.0	293	7.0	373	8.0	953	6.0
Salud Pub. Veterinaria	142	3.0	178	5.0	224	5.0	389	8.0	933	5.0
Atenc. Ambulatoria y Com.	176	4.0	223	6.0	205	5.0	274	6.0	878	5.0
Enfermedades Transmis.	226	5.0	132	4.0	239	6.0	210	4.0	807	5.0
Espec. Biomédicas	111	3.0	148	4.0	223	5.0	315	7.0	797	5.0
Esp. Clínica y Quirurq.	209	5.0	156	4.0	234	6.0	191	4.0	790	5.0
Tecnología	97	2.0	98	3.0	82	2.0	140	3.0	417	2.0
Espec. Odontológicas	76	2.0	52	1.4	103	2.0	118	3.0	349	2.0
Salud Mental	43	1.0	29	0.8	85	2.0	130	3.0	287	2.0
Atención Hospitalaria	61	1.4	71	2.0	68	2.0	73	2.0	273	2.0
Enfer. no Transmisibles	30	0.7	45	1.2	50	1.2	41	0.9	166	1.0
Salud Ocupacional	38	0.9	32	0.8	26	0.6	51	1.0	147	0.8
Especialidad Enfermería	50	1.2	27	0.7	11	0.3	38	1.0	126	0.7
Medicina Prev. y Social	16	0.4	20	0.5	17	0.4	21	0.4	74	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>4286</b>	<b>100.0</b>	<b>3826</b>	<b>100.0</b>	<b>4274</b>	<b>100.0</b>	<b>4742</b>	<b>100.0</b>	<b>17128</b>	<b>100.0</b>

observar una reducción acentuada de las becas utilizadas en el campo de Recursos Humanos y un aumento en las áreas de Maternoinfantil, Veterinaria, Atención ambulatoria, Especialidades biomédicas y Salud Mental.

5.4 La información correspondiente al período más reciente de 83-87 se presenta según la misma clasificación de campos de estudio, ahora discriminada por objetivo de la beca, que puede incluir cursos cortos, visitas de observación o formación posgraduada, como se ve en la tabla 19.

TABLA 19  
OBJETIVO DE LA BECA SEGUN CAMPO DE ESTUDIO

CAMPO DE ESTUDIO	SIN INFORM		CURSOS CORTOS		VISITA		POSTGRADOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Salud Ambiental	25	5	330	61	152	28	32	6	539	100
Adm. Pla. Salud	29	5	198	37	62	12	246	46	535	100
Epid. y Bioestad.	35	7	334	65	89	17	58	11	516	100
S. P. Veterinaria	48	11	299	70	77	18	4	1	428	100
Rec. Hum. y Ed. San.	67	16	179	43	153	36	21	5	420	100
Materno-Infantil	36	9	282	67	82	20	20	5	420	100
Tec. Diag. y Terap.	30	8	253	70	74	20	7	2	364	100
Esp. Biomédicas	32	9	238	70	48	14	24	7	342	100
Aten Ambulat. y Com.	27	9	90	31	160	55	15	5	292	100
Enf. Transmisibles	21	9	149	62	53	22	19	8	242	100
Nutrición	50	22	97	43	55	24	25	11	227	100
Esp. Clínic-Quirúr.	18	9	95	45	74	35	23	11	210	100
Tecnología	14	9	108	70	30	19	3	2	155	100
Salud Mental	25	16	79	51	45	29	5	3	154	100
Esp. Odontológicas	6	5	62	49	53	42	6	5	127	100
Atención Hospitalaria	5	6	30	36	30	36	18	22	83	100
S.Ocupacional	2	4	28	54	11	21	11	21	52	100
Enf. No Transmisibles	2	4	24	49	17	35	6	12	49	100
Esp. Enfermería	3	8	6	16	10	26	19	50	38	100
Med. Prev. y Social	1	4	17	65	6	23	2	8	26	100
<b>TOTAL</b>	<b>476</b>	<b>9</b>	<b>2898</b>	<b>56</b>	<b>1281</b>	<b>25</b>	<b>564</b>	<b>11</b>	<b>5219</b>	<b>100</b>

En esta tabla llama la atención el predominio de formación de posgrado para el área de Administración y Planificación de Salud, lo mismo que ocurre también en el campo de enfermería. Las visitas de observación han predominado en el área de Atención ambulatoria y comunitaria, reflejando el interés por el campo de la atención primaria de salud. Luego dominan en las demás áreas la utilización de cursos cortos que representan el esfuerzo de educación continuada que promueve la Organización.

TABLA 20

PAIS DE ESTUDIO Y OBJETIVO DE LA BECA (71-86)  
Valores Percentuales

PAIS	CURSOS CORTOS	VISITAS OBSERVACION	POSGRADOS	TOTAL
MEXICO	10.4	12.7	14.7	12.3
ESTADOS UNIDOS	6.1	13.3	16.4	11.6
BRASIL	9.4	14.8	7.3	11.5
COLOMBIA	11.7	8.4	7.5	9.3
ARGENTINA	9.1	7.6	3.4	7.2
VENEZUELA	11.1	4.7	1.7	6.1
CHILE	9.6	3.8	4.6	5.8
GUATEMALA	1.4	2.8	18.6	5.5
COSTA RICA	4.7	6.8	1.1	4.9
URUGUAY	5.0	2.3	1.8	3.1
PANAMA	7.9	2.4	1.2	3.0
PUERTO RICO	---	2.5	5.6	2.5
CUBA	1.6	3.6	0.7	2.4
PERU	1.7	3.3	0.9	2.3
JAMAICA	1.0	0.8	4.2	1.5
-----	---	---	---	---
OTROS	9.3	10.2	10.3	11.0
TOTAL %	100%	100%	100%	100%
No. ABSOLUTOS	5,487	8,181	3,460	17,128

5.5 La tabla 20 reúne las becas concedidas en los cuatro cuatrienios, distribuidas por el objeto de la beca (curso corto - visita - posgrado) y los países en que se concentraron la mayoría de los becarios (alrededor de 90% de la muestra) para realización de los estudios. Como se puede observar para los posgrados los países más utilizados fueron Guatemala, por la maestría que ofrece el INCAP, Estados Unidos por las Escuelas de Salud Pública de más tradición en la región y México igualmente por la

importancia de su Escuela de Salud Pública, siguen Colombia y Brasil con Escuelas igualmente reconocidas en la región. Para las visitas de observación predominan Brasil, Estados Unidos y México con Colombia y Argentina como cuarta y quinta opción. Sin embargo, para los cursos cortos cambia bastante la situación apareciendo en este orden Colombia, Venezuela, México, Chile, Brasil y Argentina con los Estados Unidos con poca selección de este tipo de beca.

5.6 En el análisis más detallado, correspondiente al último cuatrienio se correlacionar los países receptores de los becarios con los campos de estudio, como se presenta en la tabla 21. Al igual que en el cuadro anterior, aún considerando solamente el 90% de la muestra, los países más utilizados para los estudios han sido los del Continente americano, quedándose alrededor de 4% que buscan cursos en Europa. En la misma se observa el desarrollo de algunas áreas de conocimiento en determinados países, a los cuales son enviados preferentemente un gran

TABLA 21

CAMPO DE ESTUDIO POR PAIS DE ESTUDIO\*

CAMPO DE ESTUDIO	MEXICO	BRASIL	E.Z.U.U.	COLOMBIA	ARGENTINA	COSTA RICA	CUBA	CHILE	PARAMA	VENEZUELA	URUGUAY	GUATEMALA	PERU	JAMAICA
Salud Ambiental	56	69	61	48	52	28	2	15	62	9	6	21	57	3
Adm. y Plan. Salud	115	50	31	102	25	23	23	57	36	8	2	18	3	9
Epidem. y Bioestad.	41	46	88	34	35	59	30	45	4	55	5	7	7	12
Veterinaria	32	115	7	22	86	14	23	23	3	34	19	5	19	-
R.R.H.H. y Edu. San.	130	72	20	24	5	27	76	3	5	2	2	13	5	10
Materno Infantil	31	17	14	53	19	16	34	26	8	3	162	11	1	10
Tec. Diagn. y Terap.	30	47	42	13	60	25	10	22	18	12	1	4	12	-
Espec. Bionédicas	35	29	46	4	39	20	3	20	65	6	2	3	2	-
Aten. Ambulatoria Com.	35	30	6	40	10	72	18	7	6	7	10	4	9	14
Enf. Transmisibles	15	48	32	15	16	11	2	4	9	41	-	13	-	5
Nutrición	20	13	9	21	17	16	7	22	-	9	-	80	2	-
Espec. Clínicas Quir.	23	13	36	16	9	21	31	3	4	3	11	-	-	8
Tecnología	18	26	25	29	13	9	-	2	1	4	2	12	1	-
Salud Mental	21	12	12	9	18	17	2	5	4	3	-	4	2	1
Espec. Odontológicas	11	4	28	13	9	5	1	-	7	21	-	16	2	-
Atención Hospitalaria	23	1	4	15	5	14	4	4	4	4	2	-	-	-
Salud Ocupacional	8	5	1	-	-	-	4	5	-	12	-	-	-	-
Enfer. No Transmisibles	7	2	14	2	2	1	2	2	-	1	-	-	1	-
Espec. Enfermería	2	-	-	2	2	7	4	-	2	-	-	-	3	16
Medicina Prev. Social	12	1	4	2	1	1	1	1	-	1	-	-	-	-
TOTAL	665	589	480	464	423	386	277	266	238	235	225	211	126	88

\* Los datos corresponden al 90% de la muestra.

número de becarios. Sin embargo, existen áreas en que el número de becarios se distribuye entre varios países, sugiriendo un desarrollo más diseminado de este campo a diferencia de la caracterización de centros de excelencia en un país específico.

5.7 Otro aspecto que amerita una consideración especial, es el relacionado con la utilización de becas en el mismo país de origen del funcionario, orientación recomendada por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS (\*) con base en las ..... ventajas que representa para el becario formarse en condiciones más relacionadas con el medio en que va a actuar" ..... además de representar "un mecanismo para poder aprovechar mejor los recursos de formación de personal existentes en los propios países".

La tabla 22 muestra las 843 becas otorgadas en el período 71-86 para estudios en el propio país del becario evidenciando una tendencia a la reducción en el número total de becas de esta categoría pero, al mismo tiempo, expansión del número de países que las utilizan.

TABLA 22  
BECAS INTRAPAIS

PAIS	PERIODO 71-74		PERIODO 75-78		PERIODO 79-82		PERIODO 83-86	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ARGENTINA	29	10.0	11	5.0	8	2.3	2	1.1
BRASIL	100	25.0	125	29.0	27	7.0	41	9.0
COLOMBIA	2	0.6	-	-	-	-	8	3.0
GUATEMALA	44	20.0	70	31.0	45	26.0	-	-
JAMAICA	34	35.0	11	11.0	55	28.0	48	29.0
MEXICO	5	2.0	4	1.0	2	0.6	-	-
URUGUAY	16	9.0	6	6.0	39	44.0	-	-
ECUADOR	-	-	-	0.9	1	0.7	-	-
EL SALVADOR	-	-	6	5.0	-	-	-	-
HONDURAS	-	-	1	0.4	-	-	-	-
PANAMA	-	-	1	0.7	2	1.2	29	13.0
PARAGUAY	-	-	13	2.0	-	-	-	-
PERU	-	-	2	1.0	4	1.9	3	1.0
CHILE	-	-	-	-	3	0.4	16	8.0
VENEZUELA	-	-	-	-	8	2.9	20	7.0
REP. DOMINICANA	-	-	-	-	-	-	1	0.5
TOTAL	230		251		194		168	

(\*) Resolución CE61.R23 y CD19.38 de 1969

6. La beca como instrumento de cooperación técnica

6.1 El primer paso para el análisis de la utilización de las becas en el contexto de la cooperación técnica que aporta la Organización a los países, consiste en establecer una clara identidad entre la clasificación que utiliza el programa y la estructura programática más reciente que adoptó la Organización con el Séptimo Programa de Trabajo de la OMS y en que se fundamenta el AMPES. Para esto desglosamos la clasificación consolidada adoptada en este estudio en los 12 elementos que constituyen el Programa de Trabajo actual de la OPS, como se puede ver en la tabla que sigue:

TABLA 23 (\*)

AREAS PROGRAMATICAS	No. de Becas	Porcentaje %
COOPERACION TECNICA INTERNACIONAL	38	- 0.7%
DESARROLLO SISTEMA NACIONAL DE SALUD	449	- 8.6%
ORGANIZACION SERV. SALUD P/A.P.S.	1028	- 19.7%
RECURSOS HUMANOS EN SALUD	777	- 14.9%
INFORMACION Y EDUCACION P/SALUD	61	- 1.2%
FOMENTO Y DESARROLLO DE INVESTIGACIONES	0	- 0
PROTECCION Y PROMOCION EN GENERAL	239	- 4.6%
PROTECCION Y PROM. DE GRUPOS HUMANOS	595	- 11.4%
PROTECCION Y PROMOCION DE SAL. MENTAL	154	- 3.0%
FOMENTO DE SALUD AMBIENTAL	543	- 10.4%
TECNOLOGIAS DE DIAGN. Y TRATAMIENTO	421	- 8.1%
PREVENCION Y CONTROL DE ENFERM.	914	- 17.5%
TOTAL DE LA MUESTRA	<u>5219</u>	- <u>100%</u>

En esta configuración queda claro que algunas áreas que aparecen como prioritarias en la programación vigente, como el Fomento y

(\*) En anexo se presenta el desglose de esta tabla

Desarrollo de Investigaciones, no venían siendo consideradas como campo de estudio en el programa de becas. Esto no significa que no se esté contemplando el desarrollo de investigaciones específicas en el contexto de cualquiera de las otras categorías, sino que la formación de investigadores no se consideró como un campo específico. Esta misma clasificación, desglosada en sus 50 elementos (como se presenta en el anexo No.1) evidencia varias otras áreas prioritarias que eventualmente venían pasando desapercibidas, como Legislación Sanitaria, Prevención de Accidentes, Investigación sobre Reproducción Humana, Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, para mencionar algunas de las más importantes.

Aparte de la consideración de estas nuevas aperturas, se puede observar a través de la distribución en las demás categorías una muy buena correlación del programa de becas con el plan de cooperación técnica, cuando se considera el gran porcentaje de becas concedidas en apoyo a la estrategia de atención primaria, para el desarrollo de recursos humanos, para prevención y control de enfermedades, para protección de salud de determinados grupos de población y fomento de la salud ambiental, los cuales juntos representan más del 70% de las becas concedidas en el período 83-87.

6.2 Quedaría por analizar los resultados concretos de estos esfuerzos de capacitación, difíciles de estimar en un conjunto tan amplio de acciones diseminadas, tanto en campos de conocimiento como en áreas geográficas. Entre los indicadores indirectos se puede referir la gran ampliación del aparato formador en el campo de la Salud Pública, lo cual, como fue referido anteriormente, ha pasado en los últimos 20 años de 10 a 80 programas de adiestramiento, hecho que sólo fue posible gracias al aumento significativo de personal capacitado. Igualmente ha crecido la disponibilidad de equipos técnicos calificados a nivel de los propios Servicios de Salud.

6.3 Tampoco ha sido posible evaluar individualmente el rendimiento académico de los becarios, disponiéndose solamente del dato indirecto del reconocimiento de la capacidad técnica y científica de los centros utilizados para formación y/o adiestramiento, a través del programa becas. El listado que sigue (tabla 24), que cubre más de la mitad de los becarios del período 83-87, incluye todas las instituciones que han recibido más de 10 alumnos u observadores, enviados por la OPS.

TABLA 24

Instituciones de Estudio donde asisten los Becarios

<u>Instituciones de Estudio</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
CLAP, OPS/Uruguay	177	3.4
CEPANZO, OPS/Argentina	166	3.2
INCAP, OPS/Guatemala	128	2.5
Universidad de Antioquia, Colombia	120	2.3
Escuela Salud Pública, Instituto Nacional de México	113	2.2
Escuela de Medicina, Universidad de Panamá	104	2.0
CEUTE - Universidad Nacional Autónoma México	98	1.9
PANAFTOSA OPS/Brasil	95	1.8
Departamento Salud Pública, Univ. de Chile	87	1.7
Ministerio de Salud, Cuba	84	1.6
Universidad de Buenos Aires, Argentina	72	1.4
Ministerio de Salud, Costa Rica	69	1.3
Universidad South Carolina, Estados Unidos	59	1.1
CEPIS, OPS/Perú	57	1.1
Ministerio de Salud, Colombia	49	0.9
Universidad del Valle, Cali, Colombia	46	0.9
Universidad Autónoma de México	44	0.8
Secretaría de Salud Mexico	42	0.8
Center for Disease Control, Estados Unidos	42	0.8
CLATES, OPS/Brasil	39	0.7
Universidad de Costa Rica	37	0.7
Universidad de Buenos Aires, Argentina	33	0.6
Instituto de Salud Pública, Chile	33	0.6
Universidad de West Indies, Jamaica	33	0.6
Escuela de Medicina, Univ. de Santiago, Chile	31	0.6
Ministerio de Salud de Panamá	31	0.6
Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades	30	0.6
Universidad Javeriana, Colombia	27	0.5
Instituto Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil	26	0.5

<u>Instituciones de Estudio</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Universidad Católica de Chile	26	0.5
Inst. Superior Ciencias Médicas, Cuba	26	0.5
Caja Costarricense del Seguro Social	24	0.5
Centro Interamericano de Estudio para Seguridad Social de México (CIESS)	24	0.5
Ministerio de Salud, Argentina	23	0.4
Instituto Mexicano de Seguridad Social	23	0.4
Escuela Salud Pública, Univ. Sao Paulo, Brasil	22	0.4
Ministerio de Salud, Guatemala	22	0.4
Univ. Metropolitana de Kochimilco, México	21	0.4
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados	20	0.4
Instituto Intern. de Malaria, Maracay, Venezuela	20	0.4
Compañía de Tecnología de Saneamiento Ambiental Sao Paulo, Brasil	19	0.4
Instituto Nacional de Salud, Ministerio de de Salud, Bogotá, Colombia	19	0.4
Fondo Nacional Hospitalario, Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia	17	0.3
Ministerio de Salud, Venezuela	17	0.3
Instituto de Medicina Tropical, Universidad de Brasilia, Brasil	16	0.3
PASCAP, OPS/Costa Rica	16	0.3
Hospital Nacional del Niño Carlos Sáenz, San José, Costa Rica	16	0.3
Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria, Guatemala	16	0.3
Universidad de Illinois, Estados Unidos	16	0.3
Centro de Recursos Odontológico del Niño, Caracas, Venezuela (CERON)	16	0.3
Instituto Rafael Rangel, Venezuela	16	0.3
Immunization Center, Suiza	16	0.3
BIREME, OPS/Brasil	15	0.3
Compañía de Saneamiento de Paraná (SANEPAR) Brasil	15	0.3
Centro Panamericano para Investigación y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades Tropicales (CEPIALET), Venezuela	15	0.3
Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, Brasil	14	0.3
Universidad de Minas Gerais, Bahia, Brasil	14	0.3
Escuela de Salud Pública, Universidad de West Indies, Jamaica	14	0.3
Escuela de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Estados Unidos	14	0.3
Ministerio de Salud, Chile	12	0.2

<u>Instituciones de Estudio</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Centro de Investigación y Desarrollo Rural (CIDER), México	12	0.2
Instituto Nacional de Epidemiología Emilio Coni, Santa Fé, Argentina	11	0.2
Centro Nacional de Educación en Salud, Min. de Salud, República Dominicana	11	0.2
National Institutes of Health, Estados Unidos	11	0.2
Universidad de Johns Hopkins, Estados Unidos	11	0.2
Centro Nacional de Virología, España	11	0.2
College of Art, Science and Technology, Jamaica	10	0.2
Centro de Orientación al Adolescente, México	10	0.2
Escuela de Salud Pública, Universidad de Minnessota, Estados Unidos	10	0.2
Universidad de North Carolina, Estados Unidos	10	0.2
S. Training Center, Estados Unidos	10	0.2
	<u>2653</u>	<u>51.0</u>
Otros*	1599	30.0
Sin Información	967	19.0
	<u>5219</u>	<u>100.0</u>

\* No se incluyó en esta lista las instituciones que recibieron menos de 10 becarios durante el período.

6.4 En este mismo período (1983 - 1987) se puede verificar que excluido el 10% de las becas (547) que estuvieron orientadas a la formación académica, todavía quedan más de 4600 becas que representan aproximadamente 100 por año destinadas a alimentar un amplio programa de educación continuada en toda la región, el cual se aprovecha de la magnífica posibilidad de interacción entre los países.

6.5 Otro elemento que podría haber facilitado esta evaluación hubiera sido el análisis de los informes que deben presentar los becarios al final del período de estudio. Sin embargo, lo que se pudo recuperar al respecto no alcanzó a cubrir la mitad de los casos analizados en el

período más reciente. A parte de que en el 13% de los casos no se pudo obtener información, el 41% en definitiva no presentó informe final, aparentemente debido a que se trataba de becas cortas para visitas de observación que pueden haber sido interpretadas por sus usuarios como que no demandaban informes. Como este es un hecho que amerita mejor control, se presenta a continuación la tabla de distribución por país de origen del becario, la cual evidencia que para algunos países se pudo conseguir más del 80% y para otros el 60% de los informes, lo cual hace pensar que índices de recuperación de 2% y 4% sean indicativos de falla en el sistema de manejo de la beca a nivel de la Representación de país.

TABLA 25  
PRESENTACION DEL INFORME FINAL POR LOS BECARIOS

REGION DE ORIGEN	PAIS DE ORIGEN	SIN INFORM		ENTREGO INFORME		NO ENTREGO INFORME		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BRASIL	BRASIL	39	7.9	247	50.0	207	42.0	493	100.0
CARIBE	TOTAL	84	8.8	464	48.0	410	43.0	958	100.0
	CUBA	14	3.3	374	88.0	35	8.3	423	100.0
	DOMINICANA	16	7.5	62	29.0	135	63.0	213	100.0
	HAITI	4	2.9	11	8.1	121	89.0	136	100.0
	JAMAICA	50	27.0	17	9.1	119	64.0	186	100.0
AMERICA CENTRAL	TOTAL	293	19.0	448	29.0	796	52.0	1537	100.0
	BELICE	6	8.8	3	4.4	59	87.0	68	100.0
	COSTA RICA	89	56.0	7	4.4	62	39.0	158	100.0
	EL SALVADOR	11	6.2	141	80.0	25	14.0	177	100.0
	GUATEMALA	14	4.1	206	60.0	124	36.0	344	100.0
	HONDURAS	15	7.2	76	37.0	116	56.0	207	100.0
	NICARAGUA	138	40.0	8	2.3	197	57.0	343	100.0
	PANAMA	20	8.3	7	2.9	213	89.0	240	100.0
CONO SUR	TOTAL	85	12.0	354	48.0	292	40.0	731	100.0
	ARGENTINA	63	33.0	95	49.0	35	18.0	193	100.0
	CHILE	21	8.3	131	52.0	100	40.0	252	100.0
	PARAGUAY			96	52.0	89	48.0	185	100.0
	URUGUAY	1	0.99	32	32.0	68	67.0	101	100.0
MEXICO	TOTAL	13	3.8	271	79.0	61	18.0	345	100.0
REGION ANDINA	TOTAL	164	14.0	595	52.0	396	34.0	1155	100.0
	BOLIVIA	16	15.0	45	42.0	47	44.0	108	100.0
	COLOMBIA	8	3.0	166	62.0	93	35.0	267	100.0
	ECUADOR	31	16.0	55	29.0	104	55.0	190	100.0
	PERU	83	31.0	129	48.0	57	21.0	269	100.0
	VENEZUELA	26	8.1	200	62.0	95	30.0	321	100.0
TOTAL		678	13.0	2379	46.0	2162	41.0	5219	100.0

6.6 Por último se puede estimar la adecuación de la cooperación técnica que se propicia a través del programa de becas por el análisis de la reincorporación del becario y en especial por su permanencia en la institución de origen al mismo nivel que antes o con algún grado de movilización interna hacia niveles de mayor jerarquía. De la muestra que fue posible estudiar en este particular se encontró un 95.8% de reincorporación. En esta misma muestra el 83% continúa trabajando en la Institución original y en la misma área de trabajo y el 12.8% ha sido promovido o pasado a otras funciones, lo cual puede ser considerado como una muy buena contribución de la cooperación técnica.

## 7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 La resolución de la OMS(\*) que ha generado este estudio, indicaba en su texto la necesidad de establecer planes y propuestas de formación y desarrollo de recursos humanos en base a las políticas y estrategias de SPT/2000 y a estrategias nacionales de salud, elementos que seguramente estuvieron implícitos en el desarrollo de los sistemas de salud y particularmente deben haber orientado la utilización del programa de becas de la Organización. Sin embargo, como se pudo constatar en esta revisión, estas políticas no están formalmente explicitadas a nivel nacional, lo cual no ha impedido que las becas se utilicen en relación a la gran mayoría de los campos de estudios prioritarios en el contexto del programa de cooperación técnica. Así mismo, se ha podido observar una pronta respuesta a compromisos internacionales como ocurrió con la ampliación de becas en Centro América y Panamá en la vigencia del PPSCAP.

7.2 En general se ha podido constatar un cambio en la dinámica del programa de becas con significativa desviación de la práctica de

---

(\*) EB71.R6 de 1983

utilización de becas académicas para un claro predominio de las de corta duración. Tal situación, por un lado ha permitido un ajuste a los costos crecientes y el mantenimiento de una cobertura aceptable de este instrumento de cooperación y por otro lado, ha representado una adaptación a un cambio de la demanda, dado el alcance de autosuficiencia por la mayoría de los países para la capacitación de posgrado en salud pública.

7.3 De hecho se puede considerar que la amplia utilización de las becas de corta duración ha constituido un mecanismo ágil para la movilización de recursos humanos entre los países latinoamericanos, estimulando en esta forma el aprovechamiento de alternativas de capacitación en los propios países. Este elemento complementa en gran medida el dato relativo a la promoción de cursos, seminarios y talleres y juntos representan otra respuesta positiva a la Resolución de la OMS de 1983 que propone "utilizar la gran variedad de mecanismos de adiestramiento" incluyendo la capacitación en servicio, visitas de observación y formación a nivel local.

7.4 Los datos referidos, incluyendo los 17,128 becarios y los 77,362 participantes en cursos cortos, aún admitiendo cierto grado de superposición entre las dos cifras, son sin duda indicativos de una importante contribución para la ampliación de la masa crítica de personal en campos prioritarios de salud.

La imposibilidad, de realizar un análisis de la calidad de la formación ofrecida a través del programa en el presente estudio, queda hasta cierto punto compensada por el reconocimiento de la importancia y grado de desarrollo técnico-científico de las instituciones que han estado recibiendo los becarios. Lo mismo se aplica a la valoración de las visitas a unidades de los Servicios de Salud por lo general seleccionados por su prestigio y usualmente desarrollados con amplia cooperación de la propia Organización.

7.5 En cuanto a la selección del país de estudio se consideran como factores de mayor influencia el prestigio de los programas de capacitación y el desarrollo de los servicios de salud, la estabilidad política de los países y el costo de vida y valor real de la beca en determinados contextos. El avance en el desarrollo de algunas áreas de conocimiento y el prestigio de algunos programas de formación resultó evidente en determinados países a los cuales son enviados un gran número de becarios. Sin embargo, la similitud en el número de becarios enviados a diferentes países para el estudio de un área determinada y la información de que se utilizaron más de 1000 instituciones para la capacitación de los becarios en el último período del estudio, plantea la duda sobre si existe una decisión conciente en el reconocimiento y apoyo a centros académicos de excelencia y a programas de capacitación en los servicios con prestigio nacional y regional.

7.6 A pesar de que un buen número de países indicó que contaba con un comité de selección para el programa de becas, orientación propuesta desde 1967(\*) y reiterada en la Resolución ya referida de 1983, quedaron dudas en cuanto a la efectiva actuación de estos comités. Las diferentes modalidades de programación de la formación y capacitación del personal de salud a través del componente becas, demostrada por la diversidad de personas y entidades que solicitaron las becas en el período 1983-1987, permitió inferir que su programación se ha ejecutado al margen de comités nacionales de selección y posiblemente de las mismas unidades encargadas del desarrollo de recursos humanos. La mayoría de las becas son solicitadas por las instancias superiores de los ministerios y de las instituciones académicas y, por las oficinas de relaciones internacionales. En cambio la unidad de trabajo del becario solicitó

---

(\*) Resolución WHA28.40 de 1975

menos de la tercera parte de las becas, cuando se esperaba que, a través de la constitución de comités de selección, estas unidades de trabajo pudiesen participar de manera activa en la definición de la formación y capacitación de su personal. Esto puede estar relacionado con el hecho de haber sido seleccionados candidatos predominantemente del nivel central y aquellos seleccionados con investigación y docencia en detrimento de los que trabajan a nivel regional y comunitario.

7.7 Otra resolución de los Cuerpos Directivos (\*) que amerita ser evaluada en el contexto del programa de becas es la que propone expandir la concesión de becas a candidatos del sexo femenino, en el marco de los esfuerzos para la incorporación de la mujer en la salud y el desarrollo. El logro en este particular ha sido positivo, habiéndose reducido la diferencia porcentual, que todavía se mantiene favorable a los hombres, a un nivel de 50%. Sin embargo el estudio ha demostrado que esta situación responde en gran medida a la composición de la estructura técnico-administrativa de las instituciones de salud, lo que explica el mantenerse el predominio de hombres. De hecho la mayoría de los puestos de dirección -- que más solicitaron becas -- estuvieron ocupados por hombres, lo cual plantea diferencias acerca del comportamiento de la fuerza de trabajo en salud, que podría ser objeto de un análisis independiente.

7.8 Los procedimientos para el otorgamiento de becas están basados en resoluciones de los Cuerpos Directivos, interpretados por las administraciones de becas de las regiones y que, en el caso de las Américas constan en un Manual Operativo sobre las becas OPS/OMS. La

---

(\*) Resolución WHA28.40 de 1975

estrategia de gestión al otorgar mayor capacidad de decisión a los países le confiere a los Representantes (PWRs) un alto grado de autonomía en el manejo de los instrumentos de cooperación, lo cual explica la gran flexibilidad en la utilización de las becas y la aplicación de este recurso en la movilización de personal nacional. Sin embargo, esto no los libera del cumplimiento de los reglamentos ni justifica las incorrecciones observadas en la aceptación de becarios con menos de dos años de trabajo en su institución o la otorgación de becas a funcionarios que ya ultrapasaron la edad límite de 55 años. Así mismo, el uso interactivo de becas, más frecuente entre los funcionarios con funciones directivas, aún en pequeña escala, podría sugerir algún grado de influencia política en la distribución de las becas.

7.9 Aún en relación a los procedimientos habría que llamar la atención para la inadecuación del sistema de información sobre la utilización de las becas a nivel de los países, lo cual, tanto en las unidades de Recursos Humanos como en las de Relaciones Internacionales no mantiene registro sistemático de los becarios y no realizan su seguimiento posterior. Igualmente ha sido muy bajo el cumplimiento del requisito de presentación del informe al concluir la beca y poca importancia se le ha dado a este informe, que cuando existe se queda archivado sin ser tomado en cuenta como mecanismo de retroalimentación de proceso de capacitación. En función del poco interés demostrado a posteriori gozo de la beca, ha sido pobre la información disponible en relación a la reincorporación del becario en su trabajo y su continuidad en la institución original.

7.10 Sin embargo, del análisis realizado, ha sido posible demostrar con las tres cuartas partes de los becarios localizados, no sólo la permanencia de la mayoría en su misma institución, como también la eventual movilización interna hacia cargos de mayor jerarquía técnica y

política o a cargos de igual jerarquía pero con reconocimiento del área de conocimiento ampliada con la beca. En esta forma se puede admitir que el programa de becas, además de contribuir a la formación de personal de alto nivel, está fomentando la promoción del personal con formación académica al interior de las organizaciones de salud. Esta situación estaría sirviendo a la vez de estímulo al personal y de apoyo al intercambio sobre recientes adelantos científicos y técnicos, facilitando el flujo de nuevas orientaciones internacionales y la implementación de sus estrategias.

#### 7.11 Recomendaciones

- 7.11.1 Promover, a nivel de los países, la explicitación de políticas de recursos humanos y de utilización de becas que permitan delinear una programación a largo y mediano plazo, para alcanzar la meta de SPT en el contexto de la transformación de los Servicios de Salud;
- 7.11.2 En el contexto de las políticas referidas, involucrar en una misma programación, con carácter complementario, el recurso de las becas y el de los cursos cortos, seminarios y talleres, asegurando un desarrollo armónico de estos componentes de la cooperación técnica a nivel de los países;
- 7.11.3 Promover un más amplio intercambio entre las Unidades técnicas de la Organización y las Representaciones de países en la coordinación del Sistema de capacitación, incluyendo las becas como recurso prioritario, no sólo para la formación posgraduada académica, sino que también para asegurar la educación continua del personal de los Servicios;
- 7.11.4 A pesar de la importancia de la movilización promovida por el programa de becas se llama la atención sobre la necesidad de

asegurarse que la utilización de becas cortas siempre respete el carácter de capacitación que constituye la razón de ser del programa;

- 7.11.5 Reemplazar de inmediato la clasificación utilizada en el Sistema de Becas por la adaptación que sea necesaria de la propia clasificación programática de la Organización, permitiendo en esta forma una vinculación más directa con la orientación vigente de la cooperación técnica internacional de la Organización;
- 7.11.6 Establecer una subsistema de información unificado para becas, que pueda reunir bajo una misma orientación los datos del nivel país y de la coordinación central;
- 7.11.7 Establecer un mecanismo para promoción, captación y análisis de informes periódicos y recomendaciones sobre programas y planes de estudio que sean tomados en cuenta en la selección de los centros de capacitación; reactivar y revisar con más frecuencia el Directorio de Programas de capacitación;
- 7.11.8 Reforzar la exigencia del establecimiento de un comité nacional de selección para el programa de becas, a nivel de los países, incluyendo la participación de representantes de Planificación, Recursos Humanos y para cada caso del área técnica que corresponda, además del Representante de la OPS y del encargado de becas a nivel local, a quien correspondería suministrar la información requerida para programación de la beca;
- 7.11.9 Se recomienda profundizar en el análisis de la estructura por sexo de la fuerza de trabajo en Salud y mantener una permanente vigilancia en las becas otorgadas a mujeres en el marco de los esfuerzos de incorporación de la mujer en la salud y el desarrollo;

7.11.10 Aplicar en forma más rigurosa los criterios de aprobación de las becas, asegurando que las mismas se utilicen cuando se hayan agotado todas las posibilidades de capacitación equivalente en el propio país.

Además de los aspectos específicos señalados se sugiere que a partir del presente estudio se siga profundizando el análisis a nivel de los países como forma de asegurar el perfeccionamiento del programa de becas y su rol como uno de los componentes fundamentales de la cooperación técnica de la OPS.

## ANEXO 1

DISTRIBUCION DE BECAS SEGUN LA CLASIFICACION PROGRAMATICA DE OPS		SUBT.	TOTAL	%	
1.2 - DIRECCION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA GENERAL	2.1 DESARROLLO PROGRAMA COOPERACION TECNICA GENERAL		38	0.7%	
	2.2 APOYO DE INFORMACION SANITARIA		38		
3. DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	3.1 EVALUACION DE LA SITUACION SANITARIA Y DE SUS TENDENCIAS	444	449	8.8%	
	3.2 PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD				
	3.3 INVESTIGACIONES SOBRE SISTEMAS DE SALUD				
	3.4 LEGISLACION SANITARIA				
	3.5 PREPARACION CASOS DE DESASTRES	5			
4. ORGANIZACION DE SIST. SALUD BASADOS AT. PRIM. SALUD	4.1 PLANIFICACION DEL PROGRAMA Y ACTIVIDADES GENERALES		1028	19.7%	
	4.2 DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	446			
	4.3 AUMENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	582			
5. RECURSOS HUMANOS	5 RECURSOS DE PERSONAL DE SALUD	777	777	14.9%	
6. INFORMACION PUBL. EDUC. PARA SALUD	6.1 INFORMACION PUBLICA		61	1.2%	
	6.2 EDUCACION PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD	61			
7. INVESTIGACIONES	7 FOMENTO Y DESARROLLO DE LAS INVESTIGACIONES		0	0.0%	
8. PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN GENERAL	8.1 NUTRICION	117	239	4.6%	
	8.2 SALUD BUCODENTAL	122			
	8.3 PREVENCION DE ACCIDENTES				
9. PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD DE DETERMINADOS GRUPOS DE POBLACION	9.1 SALUD DE LA MADRE Y EL NINO, INCLUIDA LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA	483	595	11.4%	
	9.2 INVESTIGACIONES SOBRE REPRODUCCION HUMANA				
	9.3 SALUD DE LOS TRABAJADORES	50			
	9.4 SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	28			
	9.5 SALUD DE LOS IMPEDIDOS	34			
10. PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD MENTAL	10.1 FACTORES PSICOSOCIALES EN LA PROMOCION DE LA SALUD Y EL DESARROLLO HUMANO		154	3.0%	
	10.2 PREVENCION Y CONTROL DEL ALCOHOLISMO Y EL USO INDEBIDO DE DROGAS	34			
	10.3 PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y NEUROLOGICOS	120			
11. FOMENTO DE LA SALUD AMBIENTAL	11.1 SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA, SANEAMIENTO Y VIVIENDA	258	543	10.4%	
	11.3 CONTROL DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE	175			
	11.4 INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	110			
12. TECNOLOGIA DE DIAGNOSTICO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION	12.1 TECN. CLINICA, RADIOLOGICA Y DE LAB. PARA SISTEMAS SALUD BASADOS EN LA APS	279	421	8.1%	
	12.2 MEDICAMENTOS ESENCIALES Y VACUNAS	114			
	12.3 CALIDAD, INOCUIDAD Y EFICACIA MEDICAM., VAC. Y DISPOSIT. PARA FINES CLINICOS	28			
	12.4 MEDICINA TRADICIONAL				
13. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	13.1 INMUNIZACION	16	914	17.5%	
	13.2 CONTROL DE VECTORES DE ENFERMEDADES	106			
	13.3 MALARIA	67			
	13.4 ENFERMEDADES PARASITARIAS	6			
	13.5 INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	23			
	13.6 ENFERMEDADES DIARREICAS				
	13.7 INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS				
	13.8 TUBERCULOSIS	38			
	13.9 LEPROA	33			
	13.11 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	38			
	13.12 VIGILANCIA DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA				
	13.13 ACTIVIDADES GENERALES DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	110			
	13.14 CEGUERA				
	13.15 CANCER	15			
	13.16 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	7			
	13.17 ACTIV. GENERALES DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	27			
	13.18 ZOONOSIS	158			
	13.19 FIEBRE AFTOSA	270			
			TOTAL	5219	5219

## BECAS OTORGADAS A TODOS LOS PAISES DE LA REGION

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	TOTAL
ANT/BARB.	8	11	8	5	13	9	6	10	7	8	10	7	6	7	14	7	136
ARGENTINA	64	78	70	72	44	63	57	77	111	84	69	77	80	41	41	23	1,051
BAHAMAS	6	6	3	1	3	1	3	9	13	17	11	17	17	5	15	7	134
BARBADOS	25	30	27	27	35	20	15	28	30	23	35	22	29	29	20	20	415
BELIZE	19	13	10	4	13	12	7	4	8	12	7	7	11	12	23	13	175
BOLIVIA	58	50	31	42	27	32	17	14	24	43	46	8	17	28	25	18	480
BRASIL	91	117	88	109	89	128	118	90	110	80	108	118	149	132	97	82	1,706
BRITISH TERR	9	12	12	13	9	24	22	21	29	25	25	10	21	22	19	18	291
CANADA	2	4	6	10	11	13	4	9	10	19	6	9	2	10	11	11	137
CHILE	66	58	63	92	71	78	47	45	59	74	42	50	59	51	50	44	949
COLOMBIA	73	104	78	78	48	43	55	66	58	56	114	67	90	51	61	49	1,091
COSTA RICA	36	38	45	30	38	60	62	54	79	51	47	37	27	37	41	34	716
CUBA	48	68	44	54	54	72	41	52	39	68	85	95	72	135	85	68	1,080
DOMINICA	6	11	11	8	9	20	15	21	8	20	17	13	13	12	10	12	206
DOMINICAN RE	33	38	29	38	15	16	33	28	33	33	48	41	90	69	26	13	583
ECUADOR	48	36	40	55	28	21	31	37	29	29	53	25	41	48	52	33	606
EL SALVADOR	41	45	37	29	35	34	26	35	17	19	19	25	26	52	52	32	524
FR.ANTILLES	3	2	3	4	1	1	2	6	1	1	1		1	2	6	4	38
GRENADA	9	12	5	6	6	18	14	7	4	12	17	7	6	7	7	5	142
GUATEMALA	44	55	57	62	50	45	56	73	48	29	59	35	64	63	117	65	922
GUYANA	23	16	16	14	24	21	23	20	24	6	18	14	15	24	9	10	277
HAITI	12	17	22	14	18	23	22	33	31	14	20	27	22	43	43	11	372
HONDURAS	32	32	34	23	36	67	91	60	60	73	50	55	60	31	55	39	798
JAMAICA	48	20	21	7	21	15	33	35	53	47	47	51	42	48	46	30	564
MEXICO	75	64	68	110	87	53	74	64	89	80	79	95	80	85	96	69	1,268
NETH.ANTILLES				7	5	5	7		1		2				3		30
NICARAGUA	34	36	37	24	31	30	35	37	14	22	22	52	72	93	98	75	712
PANAMA	43	68	45	40	28	41	44	33	34	52	41	33	69	46	49	58	724
PARAGUAY	29	31	20	23	23	27	20	10	12	21	14	36	30	51	70	22	439
PERU	67	34	39	33	22	41	30	60	44	44	59	62	78	97	60	27	797
PUERTO RICO		1	1														2
SAINT LUCIA	16	7	9	14	11	22	21	21	13	9	16	16	7	13	17	8	220
ST. VINCENT	8	9	6	9	9	20	7	15	26	7	14	11	9	10	12	6	178
ST.CHRISTOPH	4	6	9	12	7	18	14	16	9	11	9	9	7	4	12	4	151
SURINAME	8	9	4	4	13	6	8	12	7	5	18	14	24	11	17	14	174
TRINIDAD & T	31	26	25	10	13	14	16	20	15	11	10	14	18	23	11	22	279
URUGUAY	54	47	47	38	18	27	28	21	15	24	23	26	19	24	29	17	457
USA	37	48	32	43	31	30	23	25	21	9	17	11	18	15	21	19	400
VENEZUELA	80	78	88	74	74	62	45	66	83	60	68	67	50	60	78	81	1,114
TOTAL	1,290	1,337	1,190	1,238	1,070	1,232	1,172	1,234	1,268	1,198	1,346	1,263	1,441	1,491	1,498	1,070	20,338