

# Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 14, No. 4

Diciembre 1993

## Dengue en las Américas

### Una Actualización

Cada año millones de personas contraen la infección transmitida por el virus del dengue en países de Asia, Africa, Islas del Pacífico y las Américas. La gran mayoría de estas infecciones consiste en la forma clásica del dengue, en la fiebre indiferenciada o en las infecciones asintomáticas. Por otra parte, todos los años se notifican de decenas a cientos de miles de casos de la forma más grave del dengue, la fiebre hemorrágica del dengue y el síndrome del shock del dengue (FHD/SSD). La mayoría de estos casos ocurren en el Sudeste Asiático. Sin embargo dos importantes epidemias de FHD/SSD han ocurrido en las Américas: una en Cuba (1981) y la otra en Venezuela (1989/1990) y la enfermedad se está diseminando hacia otros países de la Región. La tasa de letalidad entre los casos hospitalizados puede variar de menos del 1% a cerca del 5% en diferentes países. Durante la década de 1980, hubo un considerable aumento de la magnitud del problema del dengue en las Américas que se caracterizó por una diseminación geográfica marcada de la actividad del dengue en la Región. En 1982, ocurrió en el norte del Brasil una epidemia causada por los serotipos 1 y 4. En 1986, un brote importante debido al dengue-1 afectó a la ciudad de Río de Janeiro y posteriormente el virus se propagó a varios otros estados brasileños. Otros cuatro países sin historia previa de dengue o sin registro de la enfermedad durante varias décadas sufrieron grandes epidemias debidas al dengue-1, ellos son: Bolivia (1987), Paraguay (1988), Ecuador (1988) y Perú

(1990). Durante el brote ocurrido en Perú también se aisló el dengue-4. Los estudios serológicos sugirieron que varios millones de personas habían sido afectadas durante estos brotes aunque solo fueron notificados aproximadamente 240.000 casos por los cinco países durante el período 1986-1990. Por otro lado, hubo un aumento marcado de la aparición de fiebre hemorrágica de dengue/síndrome de shock por dengue (FHD/SSD). Durante 1993, Costa Rica y Panamá, los dos últimos países tropicales en America Latina libres de dengue en las últimas décadas, notificaron casos de transmisión autóctona de dengue. Hasta el primero de diciembre de 1993, Costa Rica notificó 4103 casos sospechosos de dengue. En Panamá fueron reportados catorce casos hacia fines de 1993.

Todos los países de la Región, con excepción de Canadá, Bermuda, Islas Caimán, Chile y Uruguay, están ahora infestados por *Aedes aegypti*.

Antes de 1980, fueron notificados en las Américas solamente casos esporádicos sospechosos de FHD. Estos informes se originaron en Curazao y en Venezuela en la década de 1960 y en Honduras, Jamaica y Puerto Rico en la década de 1970. Solo algunos casos fueron confirmados por laboratorio. La epidemia que afectó a Cuba en 1981 fue el acontecimiento más importante en la historia del dengue en las Américas. Durante esta epidemia asociada con el virus dengue-2, fue notificado un total de 344.203 casos de dengue entre los que se incluyen 10.312 clasificados como graves (grados

#### EN ESTE NUMERO . . .

- Dengue en las Américas: Una actualización
- Liderazgo y Conducción en los Sistemas Locales de Salud
- Cursos de Verano sobre Epidemiología en América del Norte 1994

- Informe de la XXIX Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) de la Organización Panamericana de la Salud

- Nueva Publicación de la OPS: **Sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública, Un debate, múltiples perspectivas**

II-IV según clasificación OMS) y 158 defunciones (de las cuales 101 fueron niños). Fueron hospitalizadas 116.143 personas, la mayoría de ellas ocurrieron durante un período de tres meses. Un efectivo programa de control de *Aedes aegypti* fue rápidamente desarrollado por las autoridades de salud cubanas, dando como resultado la eliminación del dengue. El segundo brote importante de FHD/SSD en las Américas tuvo lugar en Venezuela. Comenzó en octubre de 1989, tuvo su máximo nivel en enero de 1990 para luego mostrar una disminución y terminar aparentemente en abril de 1990. Sin embargo, durante todo el año 1990 se notificaron casos de dengue hemorrágico en Venezuela y también durante 1991 y 1992, lo que sugiere que la FHD se está volviendo endémica en este país. Fueron notificados un total de 8.619 casos de FHD incluyendo 117 defunciones. (Cuadro 1). Aproximadamente dos tercios de estos casos y muertes ocurrieron entre niños menores de 14 años de edad. En estos brotes fueron aislados los serotipos 1, 2 y 4. Desde 1981 a 1992 con la excepción de 1983, anualmente se han notificado casos confirmados de FHD que cumplen con la definición de caso dada por la OMS. Los países que han notificado casos de FHD o de enfermedad hemorrágica grave incluyen a Suriname, México, República Dominicana, Aruba, Nicaragua, Colombia, Puerto Rico, Santa Lucía, las Islas Vírgenes de Estados Unidos, Guayana Francesa, Brasil, El Salvador y Honduras, además de Cuba y Venezuela. La mayoría de los países han notificado

menos de 10 casos; pero algunos, como Brasil, El Salvador, Colombia, Guyana Francesa y Puerto Rico registraron más de 40 casos cada uno. Puerto Rico ha notificado casos de FHD/SSD confirmados por laboratorio, cada año, desde 1985 hasta 1990 y la enfermedad es ahora considerada endémica en la isla. Brasil notificó casos esporádicos asociados con infecciones por el virus del dengue-1 en 1986-1987. En 1990, después de la introducción del virus del dengue-2 en el país, se notificó un brote de DHF en Rio de Janeiro con 274 casos y 3 fallecidos, en la última parte del mismo año; 161 casos adicionales fueron notificados en 1991. En este mismo año, el virus del dengue-2 fue detectado en otros dos estados brasileños, uno de los cuales había sido previamente infectado con el virus del dengue-1, pero hasta la fecha, no han sido reportados casos hemorrágicos asociados a la infección por el dengue en estos estados.

El Salvador reportó 153 casos, (7 fatales) de DHF en 1987-1988 y 1 en 1991, pero pocos fueron confirmados por laboratorio. Colombia reportó 39 casos confirmados de FHD en 1990 y hubo 97 y 496 casos adicionales en 1991 y 1992 respectivamente; esta situación podría sugerir que la FHD se ha transformado en una epidemia en Colombia. Todos los casos reportados de la Guyana Francesa ocurrieron durante 1991-1992. Diez países reportaron casos y fallecidos por DHF, de 1988 hasta 1992. (Tabla 1).

Tabla 1  
Casos y Muertes de Dengue Hemorrágico Notificados  
en las Américas, 1988 - 1992

País	A Ñ O S				
	1988	1989	1990	1991	1992
Brasil	...	...	274 (8)	188 (?)	...
Colombia	...	1 (0)	39 (1)	97 (0)	496 (4)
El Salvador	74 (4)*	...	...	1 (0)	0
Guayana Francesa	...	...	...	15 (3)	44 (1)
Honduras	...	...	...	16 (1)**	...
México	...	4 (1)***	...	2 (0)	...
Nicaragua	...	...	...	...	559 (4)
Puerto Rico	8 (0)	13 (5)	...	35(1)****	...
República Dominicana	4 (2)	...	2 (0)	7 (0)	2 (?)
Venezuela	...	2.665 (18)	3.325 (52)	1.980 (26)	649 (12)
T O T A L	86 (6)	2.683 (24)	3.640 (61)	2.341 (31)	1.750 (21)

( ) Número de muertes.

... Sin información.

\* Sólo algunos casos fueron confirmados por laboratorio.

\*\* Los 16 casos fueron confirmados por laboratorio, pero solo 3 casos cumplieron los requisitos de la definición de caso de la OMS.

\*\*\* Clínicamente sospechosos, no confirmados por laboratorio.

\*\*\*\* Dato provisional.

El número de casos de Dengue reportados por los países alcanzó 47.783 casos en 1988 a 156.124 en 1991, siendo Colombia, Venezuela, Brasil, México, Paraguay, Guatemala, Honduras,

Nicaragua y Puerto Rico los que reportaron el mayor número de casos. (Cuadro 2).

Fuente: Programa de Enfermedades Virales, División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, OPS.

Tabla 2  
Casos de Dengue Notificados en las Américas, 1988 - 1992

PAIS	AÑOS				
	1988	1989	1990	1991	1992
<b>SURAMERICA</b>					
Bolivia	4,847 (1)	-	-	-	-
Brasil	190 (1)	5,334 (1)	40,642 (1,2)	97,209 (1,2)	3,501 (1,2)
Colombia	16,308 (1,2,4)	10,092	17,389 (1,2,4)	15,103	59,357 (1,2,4)
Ecuador	25 (1)	19	302	94 (1)	137 (1)
Paraguay	405 (1)	41,800	-	-	-
Perú	-	-	7,858 (1,4)	714	1,971 (1,4)
Venezuela	12	4,025 (1,2,4)	10,962	6,559 (2)	2,707
<b>CENTROAMERICA</b>					
Costa Rica	-	-	-	-	-
El Salvador	1,786	518	2,381	1,273 (4)	884 (1,4)
Guatemala	5,175 (1,7)	7,448 (1,7)	5,757 (1)	10,968 (1,2,4)	1,286 (1,2)
Honduras	844 (1,2,4)	2,507 (1,2)	1,700 (1,2,4)	5,303 (1,2,4)	2,113*(1,2,4)
Nicaragua	203	659	4,137 (2)	1,885	4,936 (4)
Panamá	-	-	-	-	-
<b>NORTEAMERICA</b>					
Edos. Unidos**	124 (2,4)	94 (1,2,3)	102 (1,2,3)	...	...
México	10,526 (1,4)	7,120 (1)	14,485 (1,4)	5,863 (2,4)	11,348 (2,4)
<b>CARIBE LATINO</b>					
Cuba	-	-	-	-	-
Haití	-	-	-	-	-
Puerto Rico	6,539 (1,2,4)	9,003 (1,2,4)	9,450 (1,2,4)	10,305 (1,2,4)	13,000*(1,2,4)
Rep. Dominic.	164 (1,2,4)	7	39 (2)	24 (1,2,4)	105
<b>CARIBE INGLES</b>					
Anguilla	-	-	12	-	-
Ant. & Barb.	-	-	1	1	-
Aruba	-	-	-	-	-
Bahamas	-	87 (2)	2	-	-
Barbados	10 (2)	45 (2)	236 (1)	21	4 (4)
Belice	-	-	2 (1)	-	-
Bonaire	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	6 (2)	12	-
Granada	-	1	3 (1)	1	1 (2)
Guadalupe	41	37	12	51	75
Guyana Fran.	-	-	-	...	...
Guyana	-	-	3	-	2
Is. Vir./EU	380 (1,2,4)	275 (1,2)	339 (1,2,4)	62	48
Is. Vir./UK	13	-	3	1	2
Jamaica	6	32	9	5	296
Martinica	97 (1)	16	4	-	38
Montserrat	-	-	-	-	-
St.Kitts/Nev.	-	-	-	8	-
Santa Lucía	2	4	2	4	-
San Martín	-	-	-	-	-
San Vincent	1	-	9 (1)	1	7
Suriname	5 (2)	4	16	40	24 (1)
Trinidad/Tab.	80 (2)	11 (2)	526 (1,2)	36 (1,2)	116 (1,2,4)
<b>TOTAL</b>	<b>47,783</b>	<b>89,138</b>	<b>116,389</b>	<b>155,543</b>	<b>101,958</b>

No se reportaron casos en Bermuda, Curacao, Cayman Islands, and Turks and Caicos Islands.

- 0 Serotipo de virus
- No se informaron casos
- ... Sin información
- \* Datos provisionales
- \*\* Casos importados

Fuente: División de Prevención y Control de Enfermedades, HPC, OPS.

# Liderazgo y Conducción en los Sistemas Locales de Salud:

## El potencial de la capacitación en servicio

Los procesos crecientes de descentralización y de democratización están planteando exigencias y problemas nuevos a la reforma del Estado y a las relaciones de éste con la sociedad civil. De la misma manera, la amplia heterogeneidad social, política y económica de las naciones, exige abordajes diferenciales **más innovadores y agresivos** de las condiciones de vida y de salud de subregiones del continente, países, zonas de un mismo país e inclusive sectores de una misma área urbana.

En el contexto de la crisis económica y de las políticas de ajuste, hay una creciente necesidad de aumentar la provisión de servicios básicos a la población, incluyendo los de salud, así como una preocupación **también creciente** por las relaciones costo/efecto de las acciones sociales. **Paradójicamente**, si bien hay suficiente evidencia teórica y práctica de que el desarrollo integral de la salud requiere de una respuesta social multisectorial, también es cierta la persistencia de un abordaje al campo de la salud centrado en la enfermedad, el individuo y la curación.

El compromiso político de los gobiernos de fortalecer y desarrollar los niveles locales de salud, como un medio para facilitar la reorientación de los sistemas nacionales, es un proceso en evolución acelerada en la Región de las Américas. Para su éxito, se requiere la acción concurrente de un número de factores que favorezcan sus dimensiones político-social, jurídico-administrativa, y estratégico-táctica. Con respecto a esta última, se está reconociendo la necesidad de reforzar las capacidades tanto analíticas como decisorias de los sistemas locales de salud como base para fortalecer el liderazgo y conducción sectorial hacia la promoción y protección integral de la salud. En esta coyuntura se percibe un importante punto de entrada educacional que puede contribuir a alcanzar o mantener la direccionalidad deseada de la acción pública.

La capacitación de los trabajadores de salud es un componente importante de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud. En lo que respecta a la capacitación en salud pública, en 1989 se empieza a dar mayor énfasis, a los elementos en vigencia de la educación permanente, en particular a la necesidad de que su formulación debe partir de los problemas de la realidad y de los servicios. A este fin, por un lado, se convocan dos

grupos de consulta sobre capacitación en servicio en epidemiología y en administración que han señalado la necesidad de tomar en cuenta los diferentes niveles existentes en los sistemas de salud: el nivel de dirección (o decisión), el nivel especializado (en salud pública y en otros campos) y el nivel operativo (general y prestador de servicios). Por otro lado, se intenta articular los desarrollos relativos a la administración estratégica local y al análisis de la prestación de servicios de salud. En 1992, la integración de estos elementos, aparece como la perspectiva más favorable para la continuación de esta línea de acción, en un intento de contribuir al desarrollo del liderazgo sectorial--sobre todo en los niveles descentralizados del sistema de salud--así como al ordenamiento de los diversos esfuerzos capacitantes en una realidad dada.

Sin embargo, la experiencia muestra que los esfuerzos de capacitación en **salud pública** han considerado al **nivel de dirección** como si sus funciones fueran altamente instrumentales como las del **nivel especializado**, enfatizando en consecuencia el uso de técnicas o herramientas muy puntuales y no logrando involucrar a muchos profesionales. A su vez, la capacitación en el **nivel operativo**, ha llegado a mayor cantidad de trabajadores, pero ha estado orientada a privilegiar el control de patologías específicas. En ambos casos, el abordaje ha sido fundamentalmente individual, disciplinar, esporádico y carente de monitoría y evaluación.

Por otro lado, la mayoría de modalidades vigentes de capacitación no han considerado suficientemente otras limitaciones de la práctica como:

- el carácter predominantemente rutinario de la labor de los equipos de dirección y de los recursos humanos en general, con poco espacio y poca demanda para la producción analítica;
- las aproximaciones a la situación de salud que se realizan, son de tipo retrospectivo, descriptivos, no se difunden de forma sistemática y por tanto son de muy poca utilidad para la toma de decisiones;
- la adjudicación de recursos entre los diversos servicios y dentro de ellos, para la transformación de las prácticas, rara vez consideran los insumos antes mencionados;

Existen, sin embargo, algunas experiencias promisorias en el campo de la educación permanente, que en los últimos años han sido sujeto de profunda revisión. Ellas señalan la necesidad de **tomar en cuenta el contexto cambiante, partir de problemas de los sistemas y servicios y orientarse más hacia la salud y sus prácticas**. En esta perspectiva destacan tres grandes áreas de actividades o conjuntos de acciones en los servicios que son:

1. La descripción y explicación de los problemas de salud
2. Los procesos de toma de decisión política y de gestión
3. La elección, ejecución y evaluación de las intervenciones

Estos elementos deberían caracterizar la capacitación de los niveles de dirección en los ámbitos descentralizados de salud, en el intento de influir en su capacidad real de dirección o conducción para el cumplimiento de los objetivos y metas de la política de salud vigente. Alrededor de procesos de tal naturaleza podrían reordenarse todos los esquemas capacitantes planeados o en ejecución, en una realidad dada.

Tal tipo de propuesta de capacitación se ha iniciado o se encuentra bajo consideración en algunos países de la Región. Ella se basa en una concepción integral de la salud, en cuyo desarrollo juegan un papel trascendente la participación social y la multisectorialidad de la respuesta social organizada correspondiente. Parte de problemas de la realidad y de la práctica, considerando al sistema provincial o municipal como la unidad de intervención y por tanto se dirige fundamentalmente a sus equipos de dirección. Gira alrededor del enfoque epidemiológico y de los enfoques estratégico de la planificación y la administración y de las bases teórico-metodológicas de las grandes estrategias de acción en salud (promoción, prevención y recuperación) y prevee la monitoría y evaluación de su impacto. La propuesta de capacitación pretende influir masivamente los niveles descentralizados de salud, por lo que debe ser de relativamente corta duración.

Es importante que para su ejecución, la propuesta de capacitación deba considerarse integrada en un proyecto político mayor, idealmente para todos los equipos de dirección del país, o de una de sus regiones, basada en la óptima utilización de los

recursos locales disponibles y en permanente interacción con los procesos formativos.

Las principales características del **marco conceptual** del proceso capacitante en discusión son:

- La salud y sus prácticas deben abordarse con una concepción integral y partiendo de una visión integradora de los problemas de la población (necesidades o ideales: de salud, sociales y humanas) y sus soluciones (intervenciones o respuestas). Sobre todo considerar, su imagen-objetivo de bienestar y calidad de vida.

- La capacitación por sí misma no modifica la realidad, su impacto reposa en su articulación con los procesos políticos y de otra naturaleza que concurren al mismo fin. Por tanto, cuando se piensa en capacitación se debe pensar estratégicamente, en función de un futuro (situación transformada) y no sólo de una visión inmediata.

- La capacitación debe ser parte de un proceso de educación permanente que garantice su continuidad y complementación recíproca, y al mismo tiempo debe ser lo suficientemente independiente como para constituirse en uno de los vectores para la modificación de una situación de salud dada.

- Las capacidades de conducción y liderazgo pueden ser desarrolladas por la educación continua.

- La participación activa de los trabajadores y de la población, la valorización de su saber y la democratización del conocimiento son componentes estratégicos para la definición de problemas y la búsqueda de soluciones.

- Las decisiones sobre el proceso educativo deberán fundamentarse en cuestiones **metodológicas** como las siguientes:

- La planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje debe partir de la identificación y comprensión de los problemas funcionales de los sistemas y servicios de salud. Entre estos problemas se identificarían aquellos que son **susceptibles de mejoría o solución a través de la capacitación** y entre éstos se seleccionarían aquellos que pueden ser influenciados favorablemente por la capacitación en aspectos de salud pública.

- La perspectiva anterior supone fundamentalmente identificación de problemas. A este fin, hay que llegar a un consenso sobre lo que se va a aceptar como problema, lo que significa definir las categorías o ámbitos para poder identificar los problemas de acuerdo al énfasis o dirección deseada del análisis.
- La identificación de problemas funcionales de los sistemas y servicios de salud debería usar tres grandes planos de referencia: su contexto (situación social y de salud actual y «modificada»), su contribución al modelo social de prácticas de salud (modelo de prestación de servicios de salud), y las normas, procedimientos y procesos que subyacen a su acción (modelo administrativo).
- En conjunto, los dos últimos configuran la práctica de salud formal o respuesta social organizada. En ella se trataría de identificar los problemas funcionales cuali y cuantitativos existentes, en función de su patrón de desempeño deseable de acuerdo a la política vigente, las necesidades de salud de la población y la determinación social de la salud y de sus prácticas.
- La propuesta se sustenta en que, en una realidad dada, su formulación tenga como punto de partida la identificación de una situación actual (que se asocia a una «práctica» vigente), y como punto de llegada, la situación esperada o transformada, a la cual se puede llegar a través de una secuencia de acciones de trabajo y de aprendizaje coherentes y articuladas.
- Un paso previo fundamental a la **identificación de necesidades de intervención educativa** (o necesidades de aprendizaje) ya sean colectivas o individuales, es la formulación de metas o de cambios, con relación a componentes de esa realidad, que la práctica debería contribuir a modificar.
- La **monitoría del proceso educativo** es de vital importancia para garantizar el mantenimiento de la direccionalidad técnica y política del proceso educativo, así como de fortalecer y consolidar el aprendizaje mediante una realimentación oportuna y constante.
- En cuanto a la **evaluación** del proceso capacitante para el nivel individual puede bastar

la evaluación del desempeño, referido a los objetivos terminales del aprendizaje (evaluación «hacia adentro»). Para el nivel colectivo, en que el sistema local constituye la unidad, lo que no equivale a la sumatoria de los comportamientos individuales, debe prestarse atención al impacto institucional-- cambios «esperados»-- y al impacto de este sobre la realidad en el mediano y largo plazo (evaluación «hacia afuera»).

El abordaje antes planteado permitiría, en cada realidad particular, dar especificidad e idoneidad temática a los intentos para fortalecer el liderazgo sectorial en los niveles descentralizados de salud. Se esbozan, no obstante, algunas reflexiones sobre los **contenidos** que se anticipan como relevantes para la capacitación en servicio de los equipos de dirección.

En lo que se refiere a la **situación social y de salud** habrá que tomar en cuenta el impacto social y la historia natural de las necesidades de salud y sus tendencias, en su definición y priorización. La vigilancia epidemiológica debe ampliar su ámbito para poder incorporar diferentes expresiones de la salud, así como la monitoría de las mismas. Estas incluyen daños, exposiciones al riesgo, uso de tecnologías o consumo de productos tecnológicos, e indicadores positivos de la salud en las dimensiones individual y poblacional. La investigación causal debe comprender la determinación social de la salud y de sus prácticas, pero también, el análisis del ambiente interno y externo al sector salud con el propósito de identificar los factores que explican las variaciones en sus tendencias. Debe incluir también la comprensión de situaciones de riesgo generadas por políticas de otros sectores a fin de promover la articulación necesaria para las intervenciones debidas.

En cuanto al **modelo de prestación de servicios de salud**, se debe preparar para la comprensión de la teoría, objetivos y potencialidad de las estrategias mayores de acción (promoción, prevención y recuperación), así como para el análisis del tipo de programas o acciones que se ofrecen a la población, incluyendo sus resultados esperados en diferentes espacios y tiempos. En lo referente a las intervenciones sobre la población y el ambiente es necesario discriminar las orientadas a individuos, de aquellas de naturaleza esencialmente poblacional; esto es de mayor importancia práctica ya que se requieren abordajes diferentes para la identificación

de los problemas y para la organización de **las respuestas**. Hay que reconocer también que, por diversas razones, el conocimiento ya establecido no se ha aplicado en beneficio de toda la población lo cual tiene connotaciones éticas. Por otra parte, en la perspectiva de la descentralización de los servicios, de la democratización y de la participación comunitaria, se abre un espacio de práctica política local, que aumenta las posibilidades de una mejor respuesta a los problemas de salud con intervenciones poblacionales e individuales adecuadas a la realidad y, por ende, de mayor impacto potencial.

Entre ambas vertientes anteriores (la situación social y de salud y el modelo de prestación de servicios), habrá que considerar el análisis de la cobertura real y la satisfacción y características de las personas que solicitan o reciben servicios.

Por último, pensando en el **modelo administrativo** se deben incorporar los aspectos estratégicos vinculados a la planificación, a la programación en los sistemas locales de salud y a la administración y gerencia de instituciones y programas.

Se requiere por tanto, generar la aptitud y actitud permanente para utilizar, generar, difundir y negociar insumos relevantes y oportunos a las decisiones para la acción y sobre la asignación de recursos. La programación no puede ser vista como un mero instrumento o proceso administrativo sino como el mecanismo conciliador de las tres categorías propuestas. La evaluación de políticas, así como de definiciones, normas, procedimientos y resultados es un potente elemento racionalizador y validador de las decisiones operativas. Existen vacíos metodológicos en ciertas áreas, siendo notorios en lo que concierne a la planificación de las inversiones, formulación y ejecución de proyectos de desarrollo, el desarrollo de los recursos humanos, la administración financiera y de personal, y la evaluación de intervenciones, sobre todo de tecnologías.

El peso relativo de los contenidos, debe ajustarse en relación al tipo de funciones del personal de salud (especializadas o no), al nivel de complejidad del sistema donde labora y a la posición institucional que ocupa o se espera que ocupe.

En este panorama es importante destacar los siguientes aspectos:

- Debe ser permanente la inquietud sobre el límite entre cuánto se desea y se puede

fortalecer a los directivos para la toma de decisiones y cuánto se debe informar o enseñar a hacer.

- Es importante la utilización del enfoque epidemiológico y del pensamiento estratégico como componentes en la formación de los recursos humanos, articulándolos con las necesidades de los servicios de salud, buscando la superación del abordaje de nivel individual al de nivel colectivo.

- La intervención, por lo general no considerada o considerada insuficientemente en los esfuerzos formativos o capacitantes, se constituye en una forma de validación de los varios enfoques a la salud y sus prácticas, dada su condición de resultado en los sistemas públicos.

En consecuencia, los principales ejes temáticos de la propuesta de capacitación son los de descripción y explicación, decisión y gestión y prestación de servicios de salud.

### Comentario Final

Por lo general, los cambios en los sistemas nacionales de salud siempre se dieron fundamentalmente en su organización. En los últimos años, sin embargo, comienzan a aparecer modificaciones trascendentes en sus vertientes esenciales: financiación (privatización), organización (descentralización, inclusive presupuestaria), prestación de servicios (nuevo modelo de atención) y participación social (democratización del conocimiento y control social).

Los rápidos y complejos cambios contextuales actuales, obligan a introducir cambios también profundos en las políticas y planes nacionales de salud así como en la formación y capacitación de personal. Así, además del énfasis en políticas que privilegiarán la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en el contexto del desarrollo, cambiará el escenario municipal por las transformaciones en los sistemas municipales y la necesidad de una presencia más universal de la acción sectorial, lo que indudablemente influirá sobre la ejecución de la táctica operativa de fortalecimiento y desarrollo de los SILOS. La perspectiva presente implica en esencia desarrollo municipal o comunitario.

La propuesta que se discute se orienta a desarrollar, dentro de un proceso de educación

permanente, una línea de enseñanza-aprendizaje de ámbito nacional o regional, cuya base metodológica predominante es empírica, flexible y participativa. En tanto que fin, la actualización prevista se orienta a cubrir las necesidades de la estrategia nacional presente y a promover el desarrollo integral de la salud, tratando de subsanar las deficiencias o problemas previsibles de los equipos de dirección en cuanto a conducción y liderazgo. En tanto que medio, puede permitir además conocer colectivamente los problemas de los servicios; vehiculizar valores, concepciones y otros contenidos de necesidad «deseable» o futura; dar visibilidad a la presencia o a la respuesta de los niveles de decisión política sectorial; ordenar todas las líneas de capacitación en una realidad dada; y retroalimentar los programas e instituciones de formación regular y de especialización en salud pública.

Se espera que este esfuerzo tenga un resultado que permita responder, en el corto plazo, a las necesidades de reorganización de los servicios de salud, impuestas por los actuales cambios de índole política y socio-económica, experimentados por los países de la Región.

## Cursos de Verano sobre Epidemiología en América del Norte 1994

*La Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins* patrocina el duodécimo Programa Anual de Verano sobre Epidemiología de Posgrado, a realizarse del 20 de junio al 8 de julio de 1994. El programa incluye: principios de epidemiología; introducción a la bioestadística; métodos epidemiológicos; bioestadística intermedia; aplicaciones del método de casos y controles; diseño y realización de ensayos clínicos; métodos epidemiológicos para la planificación y evaluación de servicios de salud; métodos de evaluación de riesgos para la salud; riesgo de cáncer y prevención; bases epidemiológicas para combatir la tuberculosis; epidemiología del SIDA; temas epidemiológicos sobre uso y obtención de vacunas; epidemiología de las enfermedades infecciosas; epidemiología de la nutrición; uso de microcomputadoras en epidemiología; y como escribir y revisar artículos de epidemiología. Se requiere dominio del idioma inglés.

Para mayor información: Helen Walters, Program Coordinator, Graduate Summer Program in Epidemiology. The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 615 North

### Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. *Capacitación para el desarrollo de liderazgo y conducción en los Sistemas Locales de Salud*. Washington, D.C., 1993.
2. Organización Panamericana de la Salud. *La administración estratégica*. Washington, D.C., 1992. Paganini, J.M. y Chorny, A. (Eds.)
3. Organización Panamericana de la Salud. *La prestación de servicios de salud*. Educ. Med. Salud. 26(3): 295-425, 1992.
4. Organización Panamericana de la Salud. *La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud*. Boletín Epidemiológico, Vol.11, número 3, 1990.

*Fuente:* Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos, HRD; División de Servicios de Salud, HSS; y Programa de Analisis de la Situación de Salud\División de Salud y Desarrollo, HDA\HDP, OPS.

Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205. Tel (410) 955-7158; Fax (410) 955-8086.

*La Universidad Tufts, en Medford, Massachusetts, el Instituto de Epidemiología de Nueva Inglaterra y el Instituto Médico de Posgrado* patrocinan el decimocuarto Programa Anual de Verano de Nueva Inglaterra sobre Epidemiología, a realizarse del 11 al 29 de julio de 1994. Este año el *Instituto de Epidemiología de Nueva Inglaterra* ofrecerá cursos de una y dos semanas, lo que permitirá a los participantes asistir por una, dos o tres semanas. La sesión de dos semanas será del 11 al 22 de julio e incluirá cursos sobre teoría y práctica de la epidemiología (niveles introductorio y avanzado); bioestadística básica; métodos de regresión en epidemiología; análisis de supervivencia; análisis genético; epidemiología de la nutrición; investigación epidemiológica en países en desarrollo; e investigación clínica. La sesión de una semana será del 25 al 29 de julio e incluirá cursos sobre introducción a la epidemiología; realización de investigaciones epidemiológicas; farmacoepidemiología; investigación epidemiológica de la salud de la mujer; biología y epidemiología del



cáncer; epidemiología en la práctica de la salud pública; epidemiología perinatal; y epidemiología genética. El dominio del inglés es esencial.

Para mayor información: Nancy A. Dreyer, Program Director, The New England Epidemiology Institute, Dept. PA-PAN, One Newton Executive Park, Newton Lower Falls, Massachusetts 02162-1450. Tel. (617) 244-1200; Fax (617) 244-9669.

*La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan* anuncia la vigesimonovena Sesión Internacional de Verano sobre Epidemiología de Posgrado, que se celebrará del 10 al 29 de julio de 1994. Se ofrecerán cursos de una y de tres semanas. Los cursos de tres semanas incluyen: principios básicos de bioestadística; aplicaciones de la microcomputadora en epidemiología; nuevos conceptos en epidemiología del cáncer; principios básicos de epidemiología; epidemiología de los traumatismos; epidemiología aplicada para personal de salud; análisis de datos de encuestas por muestreo. Los cursos de una semana incluyen: conceptos básicos de epidemiología clínica; ensayos clínicos, diseño, ejecución; ensayos clínicos, métodos analíticos; evaluación de exposiciones ambientales; epidemiología ocupacional; evaluación del riesgo; farmacoepidemiología; farmacodependencia; enfermedades de transmisión sexual y el VIH; actualización en enfermedades infecciosas; control de infecciones; métodos de evaluación de la calidad médica; análisis de medidas epidemiológicas; introducción al modelo logístico; análisis de datos de supervivencia/seguimiento; epidemiología de la nutrición; epidemiología del envejecimiento; epidemiología genética; epidemiología y política de salud; modificación de la conducta; temas epidemiológicos en la salud de la mujer: controversias y desafíos; escritura científica; aplicaciones avanzadas de microcomputadoras; raza, etnicidad, e investigación en salud pública: problemas y métodos. Es necesario el dominio del inglés.

Para mayor información: Jody Gray, Administrative Coordinator, Epidemiology Summer Session, Department of Epidemiology, School of Public Health, The University of Michigan, 109 Observatory Street, Ann Arbor, Michigan 48109-2029. Tel. (313) 764-5454; Fax (313) 764-3192.

*El Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad McGill* celebrará su Programa Anual de Verano en Epidemiología/

Bioestadística del 2 al 27 de mayo y del 30 de mayo al 23 de junio de 1994. Los temas generales que se incluirán comprenden: epidemiología, principios y métodos; principios de estadística inferencial en medicina; principios de investigación epidemiológica I: epidemiología de las enfermedades infecciosas y parasitarias; evaluación y manejo de riesgos; aspectos prácticos de la confección de protocolos; salud en países en desarrollo; tópicos en epidemiología clínica; farmacoepidemiología: introducción, métodos y aspectos sustantivos. Algunos temas selectos de epidemiología y bioestadística incluyen: introducción al análisis de supervivencia; introducción al análisis de datos multivariados; epidemiología de las enfermedades de las vías respiratorias; epidemiología del cáncer; epidemiología de las enfermedades cardiovasculares; ética de la inferencia científica; y neuroepidemiología.

Para mayor información: Elinor J. Masson, Coordinator, Annual Summer Program, Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, Purvis Hall, 1020 Pine Avenue West, Montreal, Quebec, Canadá, H3A 1A2. Tel. (514) 398-3973; Fax (514) 398-4503.

La sexta Sesión de Verano en Epidemiología Intermedia que auspicia el programa de Enfermedades transmisibles de la **Organización Panamericana de la Salud** se realizará en la Escuela de Salud Pública de la **Universidad del Sur de Florida**, en Tampa, Florida, del 1 al 19 de agosto de 1994. Los cursos que se ofrecen son los siguientes: métodos intermedios en epidemiología; estadística aplicada a la epidemiología y uso de paquetes de computación, y uso de la epidemiología en la programación y evaluación de servicios de salud. Se requiere haber aprobado un curso introductorio de epidemiología o tener dos años de experiencia de trabajo en el área de epidemiología y haber aprobado un curso elemental de análisis estadístico. No es requisito tener conocimientos de computación. Los cursos se dictarán en español pero los participantes deben ser capaces de leer en inglés.

Para mayor información contactar a: Carlos Castillo-Salgado o David Brandling-Bennett, HPC/HCT, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third street, NW, Washington, DC, 20037. Tel (202) 861-3327; Fax (202) 223-5971 ó 861-8483.

## Informe de la XXIX Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) de la Organización Panamericana de la Salud

El desarrollo de la ciencia y tecnología en salud (C&T), de América Latina, se ve hoy más que nunca, presionado por fuerzas de carácter contradictorio. Por un lado, se enfrenta la urgente necesidad de responder a problemas complejos generados por los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad, al igual que debe mantenerse al día con los avances científico-tecnológicos, particularmente en el área biomédica. Por otro lado, justamente en el momento que éstos desafíos son más agudos, la investigación en salud enfrenta una tendencia general de escasez de recursos, determinada por la disminución del aporte del sector público, su principal fuente de financiación.

Este contexto estuvo presente en los diversos temas que se trataron en la XXIX Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS), durante el período comprendido del 2 al 5 de agosto de 1993. Un resumen de las discusiones y recomendaciones será presentado al Consejo Directivo de la OPS/OMS. A continuación se destaca una síntesis de algunos de los temas discutidos, seguido de las recomendaciones del Comité:

1. Un primer tema estuvo en relación al escenario general que se esbozó anteriormente. Se discutieron las bases que deben orientar la definición de políticas de Ciencia y Tecnología (C&T) en salud en el contexto de desafíos y cambios actuales, considerando entre otros, que el campo de la C&T en salud, dejó de limitarse al proceso de investigación desarrollado fundamentalmente por médicos en el ámbito de las instituciones de salud. Esto ha implicado la ampliación del universo de temas, problemas, disciplinas, enfoques, etc. que obliga a una revisión de las bases utilizadas para la definición de las políticas en ese campo. Algunos principios serían comunes a cualquier campo del conocimiento y entre ellos se destacan:

■ **la búsqueda de la integración regional para el desarrollo de conocimientos y tecnologías:** la cooperación entre países en el campo de la C&T es una necesidad determinada por la realidad, cuyas dificultades y desafíos difícilmente podrán ser superados por los países en forma aislada y debe ser objeto de preocupación no solamente de los países, sino de las agencias de coordinación y cooperación

--como OPS-- que encuentran en este contexto un espacio ampliado para su actuación;

■ **la integración entre la producción y la utilización de conocimientos y tecnologías:** en cualquier campo se observa un divorcio entre los que producen el conocimiento y aquellos que deben demandarlo y utilizarlo. Esta situación tiene su origen en la orientación de las políticas de C&T hasta ahora prevalecientes cuyo objetivo se ha limitado al fortalecimiento de la oferta, sin la preocupación por el desarrollo de una organización institucional que permitiera que los avances logrados a través de la investigación y desarrollo, circularan con fluidez a las instancias que pueden aplicarlos en beneficio social.

■ **la superación de los falsos dilemas,** que han venido dominando el debate sobre las políticas de C&T, como son por ejemplo, la estéril discusión sobre si se debe priorizar o no la investigación científica; si se debe dar prioridad a la investigación básica o aplicada y de desarrollo; si se debe desarrollar conocimiento autóctono o importarlo, etc., disyuntivas éstas que se revelaron falsas, frente a los recientes avances de la C&T y a las experiencias de los países desarrollados.

En relación a la definición de políticas de C&T en salud, se planteó la necesidad de definir prioridades, siendo la tarea de su identificación eminentemente social, involucrando diversos actores con variados intereses y percepciones. No obstante ese proceso participativo, hay una importante dimensión técnica en esa definición que, en el caso de salud, debe basarse, en las características que asume el proceso salud/enfermedad en una sociedad determinada y en las tendencias de desarrollo de la propia ciencia. Una política de C&T en salud no puede ser confundida con un listado de prioridades, debiendo valorar componentes relacionados a la dinámica de la actividad científica, para que éstas sean llevadas a la práctica. Aspectos como ampliación y diversificación de fuentes y mecanismos de financiación, fortalecimiento de la gestión de C&T, desarrollo de recursos humanos para investigación y fortalecimiento de los sistemas de información científico-técnica son algunos de los elementos que deben ser tomados en cuenta en el

ámbito de una política de C&T en salud que busque superar los nuevos desafíos. Es necesario promover relaciones de poder que están siendo superadas. El estado debe asumir la responsabilidad de promover espacios donde se expresen la variedad de intereses y se definan colectivamente los rumbos a seguir, posibilitando que efectivamente las políticas de C&T en salud se consoliden como políticas públicas.

El CAIS enfatizó la importancia de los recursos financieros para implementar las políticas de C&T y la necesidad de explotar nuevas fuentes y mecanismos de financiación. El papel de la OPS en este aspecto, más que incrementar sus propios recursos para investigación, debe cumplir un papel activo de abogar por éstos junto a agencias internacionales y nacionales, aprovechando coyunturas favorables, como por ejemplo la existencia de los proyectos de inversión, los cuales deberían incluir un componente de investigación.

2. Calidad de la producción científica y los mecanismos para evaluarla. Ha habido interés en algunos países de América Latina por aumentar la efectividad de los sistemas de investigación, a pesar de ello, se constata la paradoja de que las actividades de evaluación están menos avanzadas en los países donde la escasez de recursos materiales y humanos es mayor.

Se discutió el tema a partir del análisis de los mecanismos que, tanto los organismos de financiación de investigaciones, como los periódicos publicados por los países de América Latina, utilizan para evaluar proyectos y artículos científicos. En cuanto a criterios de evaluación, el uso de indicadores convencionales de desempeño como número de artículos publicados y de citas, asociados a comparaciones a nivel internacional, no siempre son adecuados para evaluar la actividad de investigación y definir las políticas correspondientes en países como los de América Latina y el Caribe. Debe buscarse una combinación de indicadores "nacionales", relacionados a objetivos de desarrollo económico y social específicos, con indicadores "mundiales", que permitan tener parámetros comparativos de los niveles cualitativos alcanzados.

En relación a los mecanismos, la evaluación por pares es el más ampliamente utilizado, aunque han aumentado las críticas a su utilización, en particular la dificultad por aplicar ese mecanismo en áreas

de mayor diversidad cognitiva. Es importante tener en cuenta que la calidad de la producción científica depende de un conjunto de factores, conformado por la existencia de científicos individuales bien formados, por una base institucional que favorezca el proceso de investigación y por políticas de C&T que orienten y estimulen el desarrollo de la ciencia. El Comité recomendó a la OPS en esta área, seguir profundizando el análisis de los mecanismos para evaluar, siendo lo más importante que se dedique a contribuir a la creación de una cultura de evaluación en la Región.

3. El CAIS también examinó, de manera más específica, las actividades de investigación desarrolladas por la OPS en cooperación con los Estados Miembros. Entre las áreas y programas de la Organización que fueron objeto de discusión se encuentran:

■ **Programa de Enfermedades Transmisibles:** Se revisaron las estrategias de promoción y los proyectos de investigación en que está involucrado este Programa. Las enfermedades transmisibles siguen siendo graves problemas de salud, lo que requiere de variados esfuerzos para su abordaje en especial de investigaciones que ayuden a encontrar nuevos enfoques. Dadas las actuales limitaciones financieras, no es de esperar un aumento significativo de recursos para estas actividades, debiendo la OPS en este contexto de limitaciones, seguir privilegiando la investigación aplicada.

■ **Programa de SIDA:** Se discutieron las características de la investigación en SIDA en América Latina y los proyectos de investigación sobre este tema en que la OPS está involucrada. El Programa de SIDA de la Organización logró identificar y analizar 561 proyectos de investigación desarrollados por investigadores de América Latina y el Caribe, a través de una encuesta realizada en 1991. Estos proyectos suman un gasto total de 27 millones de dólares, cantidad relativamente pequeña, teniéndose en cuenta que entre 1982 y 1991 se gastaron en el mundo 5.600 millones de dólares en investigación en SIDA. Los 27 millones de América Latina y el Caribe, representan 0,5% de este total, en un área geográfica que responde por 12% de la población infectada en el mundo. El hecho de que 73% de los proyectos habían empezado 2 a 2,5 años antes del inventario indica que la investigación en SIDA en América Latina y el Caribe se encuentra

en sus etapas iniciales y en consecuencia está buscando responder a las necesidades más apremiantes de los programas de prevención y atención.

El Comité manifestó una vez más su preocupación por la carencia de recursos y la tendencia a la disminución de los mismos.

■ **Las actividades de investigación de los centros panamericanos de la OPS:** Se discutieron los resultados de una encuesta realizada en siete de los nueve Centros Panamericanos de la OPS/OMS, cuyo objetivo fue describir y analizar determinados aspectos de las actividades de investigación que desarrollan, particularmente la gestión de C&T, el potencial para la producción de C&T y la producción científico-tecnológica. Se hicieron las siguientes observaciones y recomendaciones:

- A pesar de la heterogeneidad de áreas y objetivos, hay espacios comunes entre los Centros que deben ser mejor aprovechados para una coordinación entre ellos con miras a aumentar su impacto y optimizar los recursos;
- Debe darse una mayor aplicación de los resultados de las investigaciones hechas por los Centros tanto a nivel de los gobiernos como de las poblaciones. Un producto importante de las actividades de investigación es la formación de recursos humanos, recomendándose ampliar las oportunidades de pasantías de jóvenes estudiantes por los Centros;
- Se recomendó la elaboración de un informe específico de actividades de investigación desarrolladas en un período de 4 a 5 años, para que se pueda evaluar la calidad y el impacto de las mismas;
- Es necesario la consolidación de los Comités Científicos Asesores de los Centros, debiendo contar con recursos financieros que les permitan la constitución y convocación de dichos Comités.

■ **El Programa de Subvenciones de Investigación de la OPS/OMS (PSI):** El Programa tiene cerca de ocho años de duración, habiéndose gastado cerca de 4 millones de dólares para el financiamiento de 243 proyectos de investigación, de los cuales 103 están terminados. Se analizaron los resultados de una encuesta realizada para evaluar el impacto del Programa, la que fue aplicada junto

a los equipos de investigación que recibieron subvenciones y que a la fecha ya habían terminado los respectivos proyectos. De los 103 proyectos terminados a cuyos investigadores se enviaron los cuestionarios, 47 (46%) enviaron respuestas hasta el momento. Merecen destacarse los siguientes hallazgos:

- Las 47 investigaciones terminadas cuyos autores respondieron al cuestionario dieron lugar a un total de 87 artículos científicos publicados en revistas nacionales y extranjeras y a 7 libros. Propiciaron la elaboración de 8 tesis de maestría y 22 tesis de doctorado en diferentes campos de la salud;
- En más del 70% de los casos, los investigadores informaron que sus investigaciones han sido utilizadas como bibliografía en cursos de grado y posgrado.
- Los proyectos espontáneos, que surgen de la iniciativa propia de los grupos de investigación, tienen mayor impacto en términos de las publicaciones y tesis que generan, que los proyectos inducidos, elaborados por encomienda de la OPS, aunque éstos reciben mayor seguimiento y sus resultados son mejor conocidos y utilizados por la Organización.

Se discutió la propuesta hecha por la Secretaría de una nueva directiva que pretende reorientar el PSI con miras a superar los problemas encontrados y fortalecer los aspectos positivos del Programa. La directiva plantea fundamentalmente una concentración de los recursos en grandes áreas temáticas: salud y desarrollo, organización de servicios de salud, promoción y protección de la salud, control de enfermedades, ambiente y salud, biotecnología y actualidad científica en salud. Para cada una de ellas, se elaborarán términos de referencia más específicos sobre los temas y enfoques a ser más apoyados. La nueva directiva busca también, combinar los aspectos positivos encontrados tanto en los proyectos inducidos como en los espontáneos. La nueva orientación prevé el apoyo a la elaboración de proyectos y a la publicación de resultados, a través de talleres organizados para tal fin.

El Comité reconoció la importancia que el PSI tiene para la promoción de la investigación y decidió

apoyar en líneas generales la directiva propuesta para su reorientación, lo mismo que la decisión de mantener los proyectos espontáneos por dar cabida a la iniciativa y creatividad de la comunidad científica en relación a los temas y problemas que considera de importancia.

Se recomendó que se mantenga la exigencia de calidad de las propuestas, aún a costo de que no se gasten todos los fondos disponibles. El Comité lamentó que sigan ocurriendo eventuales sobras de recursos para el Programa y recomendó que se hagan todos los esfuerzos para ampliar la demanda de buenos proyectos y si aún así hay recursos excedentes, estos deben ser aplicados en actividades de promoción de la investigación.

■ **Programa de Biotecnología de la OPS/OMS:** La OPS creó en 1987 un Subcomité del CAIS para Biotecnología, el cual elaboró ese año un Programa Regional para el Desarrollo de la Biotecnología Aplicada a la Salud, destacándose actividades de apoyo a investigaciones, a la capacitación de recursos humanos y al desarrollo institucional. Se revisaron las actividades relacionadas a estos componentes, en particular las de los dos últimos años.

En relación a las actividades de investigación, a través del Programa de Subvenciones se han apoyado 19 proyectos en el área de biotecnología, 12 ya completados y 7 en curso. Entre los logros obtenidos por los completados se mencionan el desarrollo de procedimientos de diagnóstico para malaria con la utilización de monoclonales, la construcción de paneles de sueros de referencia para SIDA, más de 30 aislamientos de HIV-1 en pacientes de Argentina, Brasil, México y Venezuela, la finalización de un estuche diagnóstico para HIV con antígenos recombinantes, actualmente comercializado por Cuba, y el desarrollo de anticuerpos monoclonales para hepatitis B, con los cuales se obtuvo un reactivo que viene siendo utilizado por el Instituto Malbrán.

Un proyecto de interés particular es el que se propone el desarrollo de un estuche diagnóstico para HIV, ejecutado de manera colaborativa por cuatro instituciones de Argentina, Brasil y México, con apoyo financiero de la OPS/OMS. El estuche prototipo está desarrollado y su evaluación preliminar indica buenas posibilidades de

utilización. Como subproducto del proyecto se instalaron laboratorios de síntesis de péptidos en dos laboratorios de Argentina y México y se capacitaron varios investigadores.

En relación a la capacitación de recursos humanos, la OPS y el Programa Regional de Biotecnología (PRB), (PNUD/UNIDO/UNESCO), definieron conjuntamente un plan de cursos sobre técnicas avanzadas de biotecnología. Este Plan fue sometido al Consejo Directivo Regional del PRB en diciembre de 1992, siendo aprobados tres cursos para 1993. En cuanto a las actividades de cooperación para la definición de políticas de desarrollo de la biotecnología, se discutió la iniciativa ya en curso de un proyecto conjunto con el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA) en el área de preservación y exploración de la biodiversidad, a través de la biotecnología, con énfasis en plantas medicinales.

Relacionado a biotecnología se hicieron los siguientes comentarios y recomendaciones:

- Actualizar una evaluación de impacto de los proyectos apoyados por el Programa de Subvenciones de la OPS en el área de biotecnología. Se recomienda el seguimiento y evaluación de los cursos apoyados por OPS en conjunto con el PRB. El Subcomité Asesor deberá elaborar los términos de referencia para las convocatorias a proyectos a ser apoyados por el Programa de Subvenciones de la OPS en el área de biotecnología, según lo establecido en la nueva directiva que reglamenta este Programa;
- Los Centros Panamericanos que poseen experiencia en el área de biotecnología deberán jugar un papel más activo en las actividades del Programa, incluyendo su participación en las reuniones del Subcomité;
- El trabajo desarrollado por el Subcomité Asesor de Biotecnología, ha sido satisfactorio lo cual, además de su rol asesor, lo viene afirmando como un importante mecanismo de participación de la comunidad científica en la programación, ejecución y evaluación de actividades de cooperación en esa área.

■ **Programa de Becas de la OPS/OMS:** En un estudio realizado de este programa por la Secretaría, de las 5.219 becas otorgadas en el período entre 1983 y 1987 en 22 países, ninguna tenía como finalidad la capacitación en investigación. Sólo 2% de los

beneficiarios tenían cargos de investigadores y 11% de docencia e investigación; 8,7% de los becarios estaban vinculados a la Universidad. En 1992 se otorgaron 476 becas por un monto total de 2,6 millones de dólares.

El Programa es administrado descentralizadamente, no habiendo recursos manejados a nivel de la Oficina Central de la OPS. La distribución de las becas y de los becarios indica que este mecanismo viene sirviendo básicamente como instrumento de educación continuada para personal administrativo del sector público de prestación de servicios de salud. Hay una gran flexibilidad en cuanto a criterios, no estando claramente definidas estructuras y procedimientos. Con excepción de muy pocos casos, no vienen funcionando los Comités Nacionales de Becas.

Hay preocupación sobre la situación del Programa de Becas, teniendo en cuenta que los aspectos de formación y otorga de becas, tradicionalmente se constituyeron en uno de los principales mecanismos de cooperación técnica con que cuenta la Organización. Se recomienda a la Organización la superación de las diversas distorsiones observadas e insistir en la recomendación hecha en reunión anterior para la creación de un fondo a nivel central en condiciones de otorgar alrededor de diez becas largas por año para la formación avanzada, particularmente en el área de investigación en salud pública.

■ **Sistema Regional para el Desarrollo de Vacunas (SIREVA):** SIREVA consiste en un proyecto de cooperación técnica entre los países de la Región, combinando el objetivo de desarrollo de nuevas vacunas con el fortalecimiento de la infraestructura científico-técnica en ese campo. En la reunión se discutieron las principales actividades desarrolladas en los últimos dos años relativas a la implantación del SIREVA. Una importante línea de acción ha sido la búsqueda de ampliación de la base de apoyo de la iniciativa, lográndose el apoyo técnico-científico y/o financiero de agencias de cooperación nacionales e internacionales, así como de universidades, a nivel mundial.

En el área técnica, han sido elaborados los Planes Maestros para el desarrollo de las vacunas contra

**N. meningitidis** (serotipo B), **S. pneumoniae**, **S. typhi** y virus del Dengue, así como constitución de los respectivos "Steering Committees". La Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) ha transferido a la OPS/OMS cerca de 1,5 millones de dólares canadienses para un estudio ya en curso de prevalencia y vigilancia epidemiológica de **S. pneumoniae**, con miras al desarrollo de una vacuna antineumocócica. Están también en curso las pruebas de campo de una nueva vacuna contra el cólera con el apoyo de cerca de 1,2 millones de dólares de Suecia. Otras actividades en curso son la preparación de un plan regional para la producción de mejores vacunas DPT, la creación de una red de laboratorios de referencia para el control de calidad de las vacunas utilizadas en la Región, particularmente las del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y la organización de cursos sobre buenas prácticas de manufactura referidas a la producción de vacunas. Se recomendó que por los logros alcanzados y por su importancia estratégica, tanto SIREVA como el PAI deben merecer todo apoyo y prioridad por parte de la Organización.

Al final se discutió la agenda de la próxima reunión, recomendando la inclusión del tema del financiamiento de actividades de C&T en salud de forma especial. Se recomendó la elaboración previa de un estudio del movimiento de las fuerzas económicas en esa área, los mecanismos existentes en la Región para el financiamiento de la investigación, las fuentes, cómo operan, su ampliación, etc. Otros temas se refieren al análisis de las experiencias desarrolladas en la Región sobre planes de carrera de C&T; análisis de situación de la formación de investigadores en salud con especial énfasis en los posgrados y becas; la bioética y la ética en la investigación en salud; la preservación y explotación de la biodiversidad y su importancia para la salud; evaluación de calidad de los proyectos apoyados por el Programa de Subvenciones de la OPS/OMS y evaluación de calidad de las actividades de C&T de algunos Centros Panamericanos.

*Fuente:* Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, HDRVHP, OPS.

## Nueva publicación de la OPS

# Sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública

### *Un debate, múltiples perspectivas*

En 1990, las unidades técnicas de Desarrollo de Recursos Humanos, Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, Investigación y Desarrollo Tecnológico, y Salud Ambiental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), dieron comienzo a una iniciativa orientada al "Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas". Entre sus varios componentes o líneas de acción están la ampliación de la conciencia científica y política sobre el tema, la investigación y la diseminación de información, aspirándose a formular directrices regionales alrededor de 1995. Tal iniciativa prevé una reflexión inicial materializada por aportes individuales seleccionados, y una segunda etapa de aporte colectivo. En coherencia con lo anterior, a fines de 1990 se solicitaron contribuciones específicas a expertos seleccionados en razón a su experiencia y prestigio en diversas áreas de la salud pública. El amplio espectro de perspectivas resultante representó en conjunto las principales aproximaciones al campo de la salud. Con base en éste y otros trabajos previos, la OPS, la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH) y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp), reunieron a dichos expertos en un primer Grupo de Consulta sobre la teoría y práctica de la salud pública en las Américas (Nueva Orleans, Luisiana, Estados Unidos, 21 al 24 de octubre de 1991).

Esta actividad se orientó en lo principal a la explicitación conceptual-referencial. La consulta pretendía alcanzar un nivel de consolidación en que fueran más claras las fortalezas, debilidades y

vacíos del estado del arte en el campo en cuestión. Con ello se esperaba facilitar posteriormente, por un lado, la ampliación del debate o su mayor aplicación, y por otro, el abordaje de las áreas de desarrollo crítico.

El propósito fundamental de la consulta era avanzar en la definición de la situación y tendencias de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas, a fin de facilitar la aplicación, mayor análisis o desarrollo posterior de los elementos más relevantes de este campo. En segunda instancia, se esperaba contribuir a generar un «momentum» favorable para todo el proceso a través de la visibilidad que este evento crítico produjera.

Esta actividad tenía cuatro objetivos fundamentales. En primer lugar se trataba de construir una aproximación colectiva a la situación y tendencias de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas; en segundo lugar se querían identificar las preguntas, necesidades o vacíos en este campo que permitieran direccionar el posterior avance teórico-metodológico o de aplicación o desarrollo operativo; en tercer lugar se aspiraba a que surgieran sugerencias de estrategias nacionales, subregionales o regionales alternativas para la ejecución global del proyecto OPS/OMS, y por último, se deseaba obtener aportes adicionales para la revisión, actualmente en marcha, de la postura institucional OPS/OMS en relación con la salud pública.

En términos de los productos esperados se pretendía, en relación con la salud pública, hacer una síntesis colectiva de la situación actual;

evolución y tendencias teóricas; evolución y tendencias metodológicas y operativas, y los elementos de cambio necesarios o deseables. Con respecto a lo anterior, se esperaba también obtener un conjunto de opciones estratégicas para los niveles regional, subregional y nacional, y un conjunto de lineamientos o directrices para la continuación del proyecto regional.

En consecuencia, el programa de la reunión se organizó en función de los productos esperados. La dinámica seguida suponía que los participantes habían recibido y analizado previamente todas las contribuciones individuales. Además de los expertos seleccionados inicialmente, se invitó a otros como relatores y a representantes de las instituciones auspiciadoras.

Las intervenciones fueron grabadas en su totalidad y ese material, debidamente editado, es lo que constituye esta publicación. La primera sección recoge los objetivos, dinámica, y marco de referencia del encuentro. Las partes segunda a sexta contienen, respectivamente, las discusiones habidas en torno a la situación actual, tendencias de la teoría, tendencias de la práctica, cambios

deseables, estrategias posibles para los países y para el proyecto regional, y conclusiones y recomendaciones. La última parte da cuenta de los juicios de valor acerca del evento realizado y del proceso que lo contiene, así como de los compromisos futuros de parte de las instituciones auspiciadoras del evento.

Esta publicación, junto con su predecesora «La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate», cristalizan la primera etapa de la iniciativa. Ninguna de las dos tiene un carácter prescriptivo, y deben ser vistas ante todo como el inicio de un camino y no como su culminación. Pretenden sí servir de acicate, estímulo o provocación para un debate subregional, nacional e institucional más específico y más idóneo a los diferentes contextos, en un esfuerzo por generar--a través de la ampliación de la conciencia científica y política sobre el campo de acción que nos ocupa--un movimiento para desarrollar la salud pública en el continente dentro del marco de la nueva ética de desarrollo global a que aspiran nuestros pueblos.

Serie de Publicaciones sobre Desarrollo de Recursos Humanos #98 OPS.

---

El Boletín Epidemiológico de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español.  
Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.  
Impreso en papel sin ácido.



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana , Oficina Regional de la*  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, DC 20037