

148



Documento Oficial
de la
Organización Panamericana de la Salud
No. 267

PAHO COLL

INDEXED

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, PROPUESTA 1996-1997
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, REGION DE LAS AMERICAS, 1996-1997
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ANTEPROYECTO, 1998-1999
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, REGION DE LAS AMERICAS, ANTEPROYECTO, 1998-1999

INDEXED



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Mayo de 1995

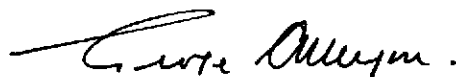
PROPERTY OF PAHO HQ LIBRARY

ISBN 92 75 37267 5

CARTA DE TRANSMISION

EL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, TIENE EL HONOR DE PRESENTAR PARA SU CONSIDERACIÓN LO SIGUIENTE:

1. EL PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL EJERCICIO ECONÓMICO 1996-1997
2. EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS PARA EL EJERCICIO ECONÓMICO 1996-1997
3. EL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL EJERCICIO ECONÓMICO 1998-1999
4. EL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS PARA EL EJERCICIO ECONÓMICO 1998-1999



GEORGE A. O. ALLEYNE
DIRECTOR

 ORIGINES DE FONDOS

OPS

- PR - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS
- PA - MIEMBROS Y FONDOS VARIOS DEL INCAP
- PN - SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACTUALES DEL INCAP
- PC - MIEMBROS Y FONDOS VARIOS DEL CAREC
- PJ - SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACTUALES DEL CAREC
- PH - FONDOS PARA EDIFICIO CAREC
- PB - FONDO PARA EDIFICIOS
- PD - FONDO DE DONATIVOS PARA SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE
- PG - SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACTUALES
- PK - FONDO ESPECIAL PARA PROMOCION DE LA SALUD
- PL - FONDO ESPECIAL PARA AGENCIA ASOCIADA: ACUERDO CON PNUD
- PP - FONDO ESPECIAL PARA EL COLERA
- PU - FONDO ESPECIAL PARA INVESTIGACIONES SOBRE SALUD ANIMAL
- PV - FONDO ESPECIAL PARA EL SARAMPION
- PW - FONDO ESPECIAL PARA BIENES DE EQUIPO
- PY - FONDO ESPECIAL PARA LA PREINVERSION EN SALUD Y AMBIENTE
- PX - GASTOS DE APOYO A PROGRAMAS

OMS

- WR - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OMS

INGRESOS PROCEDENTES DE LOS FONDOS DE LAS NACIONES UNIDAS:

- DP - PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)
- DR - RECURSOS PARA EL PROGRAMA ESPECIAL DEL PNUD
- FB - FUNCIONARIOS PROFESIONALES ASOCIADOS
- FD - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA FISCALIZACION DEL USO INDEBIDO DE DROGAS
- FP - FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS

FONDOS DE DEPOSITO:

- FX - PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA
- ST - FONDO SASAKAWA PARA LA SALUD

FONDO DE DONATIVOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD:

- VB - CUENTA ESPECIAL PARA LA PREVENCION DE LA CEGUERA
- VC - CUENTA ESPECIAL PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DIARREICAS INCLUIDO EL COLERA
- VD - CUENTA ESPECIAL PARA DONATIVOS CON FINES VARIOS (OTRAS ACTIVIDADES)
- VI - CUENTA ESPECIAL PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
- VT - CUENTA ESPECIAL PARA LA TUBERCULOSIS
- VW - CUENTA ESPECIAL PARA EL ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA
- VY - CUENTA ESPECIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL PIAN
- AS - CUENTA ESPECIAL PARA GASTOS DE PRESTACION DE SERVICIOS
- EF - FONDO DE BIENES RAICES

INDICE

	Página
CARTA DE TRANSMISION	i
ORIGENES DE FONDOS	ii
I. INTRODUCCION Y CUADROS RESUMIDOS	
INTRODUCCION	1
Proyecto de Resolución sobre Asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1996-1997	7
Cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la OSP de la Salud para 1996-1997	8
CUADROS RESUMIDOS:	
CUADRO A Antecedentes del Presupuesto Regional de Los Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS	11
CUADRO B Análisis de Puestos - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS / Fondos no Ordinarios	12
CUADRO C Análisis de Incremento/Disminución de Programa y de Costo del Presupuesto Ordinario de OPS/OMS, por Ubicación	13
GRAFICO I Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Ubicación: Porcentaje del Total	14
GRAFICO II Presupuesto de Los Programas de País, 1988-1989 a 1996-1997	15
CUADRO D Todos los Fondos, por Fondos	16
CUADRO E-1 Presupuesto por Programas - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS	18
GRAFICO III Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Sección de Asignación: Porcentaje del Total	22
CUADRO E-2 Análisis de Incremento/Disminución de Programa y de Costo de la OPS/OMS, por Programa	23
CUADRO E-3 Presupuesto por Programas - Fondos no Ordinarios	27
CUADRO F-1 Asignación por Concepto de Gastos - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS	31
CUADRO F-2 Análisis de los Elementos Presupuestarios - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS	32
CUADRO F-3 Asignación por Concepto de Gastos - Fondos no Ordinarios	33

	Página
II. PROGRAMAS	
CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS DE LA OPS	35
ANALISIS DE LOS PROGRAMAS	
1. Cuerpos Directivos	43
2. Salud en el Desarrollo Humano	45
3. Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	99
4. Promoción y Protección de la Salud	117
5. Protección y Desarrollo Ambiental	145
6. Prevención y Control de Enfermedades	159
7. Servicios Administrativos	197
III. RESUMEN POR UBICACION*	
Programas de País: Total	205
Antigua y Barbuda	213
Argentina	221
Bahamas	243
Barbados	259
Belice	271
Bolivia	293
Brasil	317
Canadá	337
Caribe	343
Chile	369
Colombia	379
Costa Rica	397
Cuba	423
Dominica	441
República Dominicana	451

III. RESUMEN POR UBICACION (CONT.)

Caribe Oriental: Anguila, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat	469
Ecuador	477
El Salvador	499
Antillas y Guayana Francesas	521
Granada	525
Guatemala	535
Guyana	561
Haití	581
Honduras	597
Jamaica	617
México	637
Antillas Neerlandesas	663
Nicaragua	675
Caribe del Norte: Bermuda, Islas Caimán	691
Panamá	699
Paraguay	715
Perú	733
Puerto Rico	763
Saint Kitts y Nevis	767
Santa Lucía	775
San Vicente y las Granadinas	783
Suriname	791
Trinidad y Tabago	813
Islas Turcas y Caicos	833
Estados Unidos de América	839
Uruguay	845
Venezuela	857
COORDINACION DE PROGRAMAS EN EL CARIBE	881
PROGRAMAS MULTIPAIS - OFICINA DEL CAMPO: FRONTERA MEXICO/ESTADOS UNIDOS	885
PROGRAMAS MULTIPAIS - MCP: REGIONAL	898
PROGRAMA DE DESARROLLO DEL DIRECTOR REGIONAL	905
PROGRAMAS REGIONALES (ICP)	907
CENTROS	913
DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	953
APORTACIONES PARALELAS PARA SEGURO DE SALUD DE FUNCIONARIOS RETIRADOS	957
CUERPOS DIRECTIVOS	959

* Para conservar la uniformidad del Documento entre la versión inglesa y la española, el orden alfabético usado corresponde a los nombres de los países en el idioma inglés.

IV. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA OPS

Estructura Orgánica - Organigrama	961
Estructura Orgánica - Descripción	963
Estructura Orgánica - Presupuesto por Programas	969

I. INTRODUCCION Y CUADROS RESUMIDOS



INTRODUCCION

1. Es con particular satisfacción que presento la propuesta de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud, correspondiente al período 1996-1997. Este documento se ha elaborado con base en la situación de salud de la Región de las Américas, así como tomando en cuenta sus retos y oportunidades. Es preciso partir del entendimiento de las condiciones políticas, económicas y sociales que, de manera directa o indirecta, afectan la salud y las condiciones de vida de la población. A continuación, haré una breve reseña de la situación regional, las condiciones específicas de salud, y la respuesta de la OPS que sustenta el presupuesto en consideración, así como una descripción de las medidas complementarias que se están tomando para alcanzar los propósitos establecidos en este presupuesto por programas.

RETOS Y OPORTUNIDADES

La situación de la Región

2. La consolidación de los procesos democráticos es un hecho definitivo, que se expresa en la suscripción de compromisos de paz entre fracciones nacionales enfrentadas por décadas, cambios de Gobierno en varios países sin mayores eventualidades, el establecimiento de nuevos modos de relación entre las naciones, y un nuevo ambiente internacional de concordia y cooperación propicio para el entendimiento y la concertación de esfuerzos únicos globales.

3. En este ambiente político general es que tiene significación la Cumbre de las Américas, realizada en Miami a finales de 1994, durante la cual los mandatarios del continente americano asumieron el compromiso de erradicar la pobreza y la discriminación, así como realizar esfuerzos en el campo social singularizando a la salud.

4. En el Plan de Acción aprobado por los mandatarios durante la Cumbre, se asignan responsabilidades específicas a la Secretaría de la OPS, tales como el seguimiento al proceso de reforma en salud, participación en el desarrollo de algunos proyectos de prevención de la contaminación ambiental y la elaboración y puesta en marcha de un Programa Regional contra el SIDA. Además, las Primeras Damas enfatizaron la necesidad de enfocar actividades en beneficio de la infancia, como los esfuerzos que se están realizando para la eliminación del sarampión y para reducir la mortalidad materna. Estas labores encomendadas a la Oficina Sanitaria Panamericana representan retos de consideración, pero a la vez constituyen oportunidades inestimables para encarar el desafío del contexto actual.

5. En el campo económico, la tendencia general se caracteriza, de acuerdo con los informes de los organismos internacionales financieros, por continuación del crecimiento económico a tasas moderadas, control sostenido de la inflación y un déficit considerable y creciente en la balanza comercial. Esto se acompaña de la continuación de la aplicación de medidas de ajuste estructural, aunque con mayor lentitud que lo previsto en los planes de estabilización, lo que ha hecho que los ahorros para inversión en el sector social, producto del buen desempeño de las economías por la aplicación del ajuste, no hayan sido realidad. Se trata de un terreno muy frágil.

6. A pesar del marcado interés en el tema de lo social por parte de los Gobiernos y Organismos Internacionales, reflejado en diversas declaraciones, como la de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, realizada en Copenhague en marzo de 1995, hemos sido testigos de muy poco avance en la situación social de la población de la Región, situación que se refleja en la salud y en las injustas diferencias en la distribución de los beneficios del desarrollo.

7. Es así como, en la mayoría de los países de América Latina, el porcentaje de hogares afectados por la pobreza es todavía más alto que lo que era a fines de los años setenta. También las diferencias entre ricos y pobres se continúan ampliando, no solo entre países sino entre grupos de población y regiones dentro de los países. De acuerdo con el informe "Panorama Social de América Latina", de la CEPAL, para 1994, aunque los índices globales de pobreza, indigencia y desempleo se han reducido, hay un rezago entre el crecimiento de las remuneraciones de los asalariados de menor calificación en comparación con el de los más calificados. Además, no hay cambios significativos en la distribución del ingreso, y los avances en materia de pobreza se explican más por el crecimiento del ingreso de los hogares.

8. Relacionado con esta situación, aún se registran brotes de insurgencia y tensión social en varios países, con manifestaciones de violencia que ocasionan muerte, enfermedad e incapacidad, que obligan a repensar el tema de la seguridad y la estabilidad como íntimamente ligados al desarrollo humano y al valor estratégico de la salud.

9. Este es el panorama sobre el que subyacen las condiciones propicias para el deterioro de la salud en casi todos los países, con especial importancia en las zonas rurales, las áreas marginales urbanas y en ciertos grupos específicos de población, como los indígenas y que, además, explica las diferencias injustas en las condiciones de existencia o inequidades, derivadas de factores de marginación económica o social, que se observan también en muchos de los indicadores del estado de salud.

10. Aunque hay variaciones considerables entre los países y dentro de estos, de manera global se ha incrementado la esperanza de vida al nacer en la Región a 70,3 años y la tasa de mortalidad infantil se estima en 47 por 1.000. Las reducciones en la mortalidad general y la específica de los grupos más jóvenes, han conducido a un aumento relativo del tamaño de la población económicamente activa, lo que a su vez ha reducido las tasas de dependencia. Al mismo tiempo que la fecundidad ha disminuido, se ha producido en la Región un descenso en la tasa de crecimiento demográfico total y se ha establecido una modalidad de crecimiento moderado.

11. El aumento de la cobertura de vacunación entre los niños menores de cinco años ha sido uno de los éxitos más importantes logrados en las Américas en años recientes. La transmisión del virus salvaje de la poliomielitis se ha interrumpido en la Región, y ha habido una notable reducción en la frecuencia de sarampión, difteria y tos ferina. El tétanos neonatal ha disminuido singularmente, y solo sigue habiendo casos en un número reducido de zonas en 16 países de América Latina.

12. A pesar de esto, en la mayoría de los países las brechas de mortalidad, susceptibles de reducirse, no han disminuido en absoluto o han aumentado. Según estimaciones publicadas en la edición de 1994 de Las condiciones de salud en las Américas, cada año podrían evitarse 1,5 millones de defunciones de personas menores de 65 años. En los países más pobres y con menor desarrollo social, más del 70% de las defunciones evitables ocurren en el grupo de menores de 15 años.

13. La situación de salud revela dos fenómenos principales. Por una parte, es evidente que se han logrado éxitos en cuanto a disminución de las tasas de mortalidad y aumento de la esperanza de vida, así como en la reducción general de la carga que representan las enfermedades transmisibles tradicionales. Pero hay algunas nuevas, como el SIDA, y otras que están resurgiendo, como la tuberculosis. Por otra parte, todos los países afrontan la carga cada día mayor de las enfermedades crónicas no transmisibles y de otros trastornos relacionados con conductas nocivas para la salud. La violencia sobresale como ejemplo en esta categoría.

14. Contrario a lo que podría esperarse para responder a estas circunstancias, la infraestructura de la atención sanitaria en la Región no se ha ampliado y hay evidencias de que se ha deteriorado, como resultado de las reducciones del gasto público en salud.

15. Avanzamos poco en lograr que el sector de salud sea concebido integralmente, de tal manera que las acciones de los diversos subsectores se coordinen y complementen, no solo en el área de la asistencia a las personas sino también en la protección ambiental, y que las actividades relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la recuperación se interconecten.

16. Se calcula que el gasto en salud total de la Región representa 5,7% del producto interno bruto (PIB), lo cual equivale a US\$ 122 por persona y por año. En los países de más bajos ingresos el gasto sanitario per cápita representa la sexta parte del correspondiente a los países de ingresos más altos. En América Latina y el Caribe, el gasto en salud familiar directo fue mayor que el gasto correspondiente al sector público. Los datos revelan una distribución desigual de este gasto entre los distintos grupos de ingresos de los países, lo cual constituye otro indicio de las inequidades que existen en la Región.

LA RESPUESTA DE LA OPS

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas

17. Sobre la base de la situación general y de salud de la Región, la Organización ha concluido que el principal reto por encarar es remediar la inequidad en el acceso y la cobertura de los servicios de salud y abordar las condiciones de salud que se derivan de las diferencias sociales, sin perder de vista al mismo tiempo la necesidad de hacer frente a determinadas enfermedades que todavía representan un grave problema de salud pública.

18. Durante la reunión de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1994, con miras a responder al reto que acabo de describir y para contribuir al alcance de la meta de Salud para Todos, se aprobaron las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP), para la Organización Panamericana de la Salud, para el cuatrienio 1995-1998.

19. Cinco son las orientaciones estratégicas que se seguirán, relacionadas con la salud en el desarrollo humano; el desarrollo de los sistemas y servicios de salud;

la promoción y protección de la salud; el desarrollo y protección del ambiente; y la prevención y control de enfermedades.

20. En cuanto a la salud en el desarrollo humano se hace hincapié en la función crucial de la salud como indicador y objetivo del desarrollo humano. La reforma del sector salud y la función del Estado en dicha reforma son, en conjunto, los aspectos de interés fundamental.

21. A través del desarrollo de los sistemas y servicios de salud se busca eliminar las inequidades en el acceso y la cobertura, que son parte de las causas de muchos de los problemas de salud más apremiantes. Los aspectos operacionales que se tendrán en cuenta son la descentralización y el establecimiento de sistemas locales de salud.

22. La promoción y protección de la salud aborda la necesidad de hacer frente a los estilos de vida y las conductas que generan una amplia gama de enfermedades. Se desarrollarán metodologías para operacionalizar los fundamentos y conceptos básicos de la promoción de la salud. Se pondrá énfasis en tres áreas técnicas: la nutrición humana; la salud familiar y reproductiva; y la salud mental y las conductas tanto individuales como comunitarias.

23. En cuanto al desarrollo y protección del ambiente se espera cumplir los compromisos mundiales y regionales estipulados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) para preservar, proteger y restaurar el medio ambiente, haciendo énfasis en la relación del ambiente con el bienestar de los seres humanos.

24. En prevención y control de enfermedades se hará frente a las enfermedades transmisibles tradicionales y a los problemas nuevos así como a los que están resurgiendo, incluyendo además a las enfermedades no transmisibles importantes.

25. Las OEP estipulan con detalle las orientaciones programáticas que deben seguirse en cada una de las orientaciones estratégicas mencionadas. Cada orientación incluye las áreas principales en las cuales la Organización en su conjunto —es decir, la Oficina Sanitaria Panamericana y los países— va a trabajar y, además, describe más concretamente las líneas de acción que seguirá la Oficina para dirigir su cooperación técnica a los Estados Miembros. Las posibilidades para la cooperación técnica de la Oficina son de tal naturaleza que permiten abordar los asuntos que son motivo de preocupación para toda la Región, así como algunos problemas concretos que interesan a ciertos países individualmente.

La reestructuración de la Secretaría de la Organización

26. Para ajustar la funcionalidad de la Secretaría de la Organización a las nuevas condiciones y a los requerimientos que se derivan de las OEP, se ha modificado la estructura de la Oficina Sanitaria Panamericana estableciéndose un Gabinete asesor de la Dirección y un Comité de Programas para contribuir a mejorar la coordinación de las acciones de la sede con las representaciones en los países. Además, se definieron cinco Divisiones Técnicas coincidentes con las Orientaciones Estratégicas de las OEP, un Programa Especial de Inmunización y Vacunas, se creó un programa encargado de velar por el desarrollo de los sistemas de información de salud en los países y una unidad de apoyo a las necesidades de información de la Oficina.

La renovación de la visión

27. Aunque los principios inherentes a la meta de Salud para Todos continúan válidos, parecería necesario recapturar el espíritu de Alma Ata e imprimirle nuevo vigor a la política global de salud. La renovación de la meta de Salud para Todos, proceso que requiere de una profunda reflexión sobre la vigencia de los valores inherentes a la salud, los desafíos para el siglo XXI y la real capacidad de los países de la Región para enfrentarlos. Esta definición de filosofía, valores y líneas de acción, constituye la creación de una nueva visión de la Salud, oportunidad excepcional para explorar nuevas avenidas y proyectarnos con credibilidad a nuestra meta común.

EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS COMO PARTE DE LA RESPUESTA

La evolución reciente del Presupuesto por Programas

28. Una de las bases esenciales para la cooperación técnica eficaz es utilizar un adecuado sistema de programación, por lo cual la Oficina está mejorando el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), con el fin de responder, con responsabilidad y transparencia, a las prioridades nacionales y regionales de cooperación técnica.

29. En este sentido el AMPES ya ha sido modificado para incorporar las áreas de trabajo establecidas en las OEP y las líneas de acción que conforman el compromiso de la Oficina para lograr las metas del cuatrienio.

30. Los proyectos bienales se han elaborado utilizando el método del Enfoque Lógico para la Gestión de Proyectos en la OPS, e incluyen un Propósito que refleja lo que se espera modificar en los países y la Región, y resultados esperados que reflejan el producto de la cooperación técnica estableciendo el nivel de responsabilidad que asume la Oficina. Tanto para el propósito como para los resultados esperados se han incluido los indicadores que permitirán hacer el seguimiento y la evaluación de la cooperación técnica.

31. Esta propuesta así elaborada es el producto de un proceso de planificación estratégica realizado juntamente con los países para establecer las bases para el seguimiento y la evaluación del trabajo de la Oficina y de la Organización.

32. Al adoptar esta nueva metodología en el AMPES, la Oficina estará en condiciones de informar a sus Cuerpos Directivos el logro de los objetivos establecidos en las OEP, a través del alcance de los resultados esperados y los propósitos de los proyectos bienales.

33. En la identificación de las actividades anuales, el contenido de la cooperación técnica de la Oficina se estructura bajo cinco enfoques funcionales principales, que comprenden la movilización de recursos; la difusión de información; el adiestramiento; la promoción de la investigación; y la ayuda para la formulación de planes, políticas y normas. Además, la Organización en su conjunto intensificará sus esfuerzos para aprovechar el enorme potencial de la cooperación técnica entre los países.

Prioridades y estructura del Presupuesto por Programas

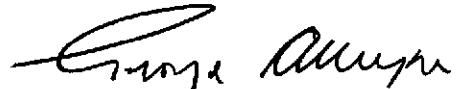
34. La prioridad del Presupuesto por Programas para el próximo bienio está centrada en la cooperación técnica para los países. Por esto, se incrementó la partida destinada a las actividades que se ejecutan de forma directa por las

Representaciones, del 38,3% en el bienio actual, al 40,0% para el bienio 1996-1997. El total de recursos asignados para las actividades de cooperación técnica directa con los países se aumentó del 82,7% al 83,1% del total de los recursos ordinarios que gasta la OPS.

35. La estructura del Presupuesto por Programas sigue la estructura de la nueva Lista Clasificada de Programas de la OPS. Esta nueva lista ha sido elaborada para incorporar los lineamientos del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS y las OEP 1995-1998. Así, incluye dentro de sus siete secciones, cinco correspondientes con las cinco orientaciones estratégicas establecidas en las OEP.

Conclusión

36. Creo que este presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para 1996/1997 es un instrumento para llevar a cabo aquellas actividades que brindarán las mejores posibilidades de cooperar con los Países Miembros para hacer efectivas las orientaciones estratégicas y programáticas aprobadas por los Cuerpos Directivos. Se presenta de la manera más transparente posible, nos permite ver la continuidad entre sus partes y tiene la clara intención de centrar la atención en las necesidades prioritarias de los países. A pesar de las dificultades que afrontan nuestros países y nuestros pueblos, estoy seguro de que juntos podemos lograr aun más adelantos y hacer realidad, en alguna medida, los principios intemporales en que se asienta la meta de "Salud para Todos". Espero contar con su apoyo.



George A.D. Alleyne
Director

ANÁLISIS Y ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

37. El anteproyecto de presupuesto por programas de la OPS/OMS para el ejercicio económico 1996-1997 se presentaron anteriormente en el Documento Oficial No. 254 de mayo de 1993. En ese momento, se calculaba que el aumento combinado sería de 9,5% en relación con el presupuesto de 1994-1995. El proyecto de presupuesto actual para 1996-1997 representa un aumento de 6,9% (3,4% anual) y refleja una reducción de \$6.230.000 en relación con el anteproyecto original.

38. La porción correspondiente a la OMS en el proyecto de presupuesto para 1996-1997, que asciende a \$87.016.000 y refleja un aumento de 9,0% (4,4% anual), está sujeta a la aprobación final de la Asamblea Mundial de la Salud.

39. La parte correspondiente a la OPS en el proyecto de presupuesto, que suma \$174.206.000 y corresponde a un aumento de 5,9% (2,9% anual), requiere las recomendaciones del Comité Ejecutivo y la aprobación final del Consejo Directivo.

40. El proyecto de presupuesto para 1996-1997 fue examinado por el Subcomité de Planificación y Programación el pasado mes de abril de 1995. En ese momento, la porción correspondiente a la OPS reflejaba un aumento de 6,8% y su monto era de \$175.697.000. Aun cuando el Subcomité consideró la propuesta como razonable, en general, algunos miembros le solicitaron al Director que redujera el aumento aún más, si fuera posible. Desde la mencionada reunión del Subcomité, el Director ha vuelto a revisar el proyecto y ha efectuado reducciones por \$1.491.000. Se propone que el presupuesto ordinario de la OPS aumente 5,9% (2,9% anual), que es el aumento más bajo de que se tenga memoria.

41. Se propone que el presupuesto ordinario de la OPS correspondiente al ejercicio económico 1996-1997, que alcanza un monto de \$174.206.000, sea financiado por las cuotas de los países miembros, que sumarían \$162.506.000, y por los ingresos varios, que se calcula sumarán \$11.700.000, o sea, un aumento de \$2.000.000 en relación con los ingresos varios de \$9.700.000 calculados en el presupuesto de 1994-1995. Los proyectos de resolución sobre asignaciones y cuotas de los gobiernos figuran en las páginas 7 a 10.

42. Los detalles del proyecto de presupuesto, es decir, cómo se calculó y se distribuyó, figuran en las explicaciones de los diversos cuadros en los siguientes párrafos.

43. El cuadro A, de la página 11, resume los antecedentes del presupuesto ordinario regional de la OPS y la OMS desde 1970. Para 1996-1997, la porción del presupuesto ordinario aportada por la OPS representa 66,7%, y la aportada por la OMS, 33,3%.

44. En el cuadro B, de la página 12, se presentan los puestos con cargo a los fondos ordinarios de la OPS y de la OMS, así como los puestos financiados con fondos extrapresupuestarios; también se señala la ubicación de los puestos. Por lo que hace a los fondos ordinarios de la OPS y la OMS, hay una reducción general de 21 puestos, aunque se agregaron dos puestos a los Programas de país. En un lapso de seis años (1992-1997), se eliminaron 108 puestos financiados con fondos ordinarios. La disminución en los puestos con cargo a fondos extrapresupuestarios está causada por la incapacidad para predecir los compromisos en años futuros.

45. En el cuadro C, de la página 13, se presenta un análisis del presupuesto ordinario de la OPS y la OMS por categorías de ubicación y por los aumentos y disminuciones de programa, así como por los aumentos de costo relacionados con la inflación y los aumentos ordenados por las Naciones Unidas. Los aumentos de programa están relacionados con los rubros nuevos en las categorías de ubicación que no se incluyeron en el programa de 1994-1995. Una disminución de programa tiene que ver con los rubros que se incluyeron en el programa de 1994-1995 pero que se eliminaron en el proyecto de presupuesto para 1996-1997. En el cuadro C puede verse que las disminuciones de programa en general suman \$2.014.900, aunque hay un aumento de \$277.600 en los Programas de país, los cuales pasan de 38,3% del presupuesto total en 1994-1995 a 40,0% en 1996-1997. Los Programas de país reciben 63,9% del aumento general. El aumento de \$1.629.500 bajo Programas multipaíses obedece a la transferencia de los fondos de los Programas regionales relacionados con el programa de publicaciones de la OPS. La disminución de \$2.629.600 correspondiente a Programas regionales tiene que ver con la transferencia al programa de publicaciones y con la reducción de seis puestos. La reducción de \$828.400 correspondiente a los Centros se explica por la reestructuración del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, donde se recortaron 17 puestos. Continúa descendiendo la porción del presupuesto destinada a Dirección técnica y administrativa.

46. Los factores de aumento de los costos empleados en el proyecto de presupuesto cambian con la ubicación. Los cálculos de costos de todos los puestos del proyecto de presupuesto ordinario están basados en los costos reales más recientes de esos puestos, según el grado y la ubicación. Después de la reducción del número de puestos, el aumento de costos promedio general para los puestos es de 5,2%, o sea, menos de 2,6% anual. Para los elementos generales del presupuesto, como suministros y equipo y gastos generales de operación, el factor de aumento de costos empleado para el Canadá y los Estados Unidos es de 5,1%, o sea, 2,5% anual; en el caso de los Estados Unidos, dicho porcentaje es menor que el índice oficial de precios al consumidor. Los factores de aumento de costos empleados para las ubicaciones diferentes del Canadá y los Estados Unidos varían de 14,7% a 15,6% (un aumento anual de entre 7,1% y 7,5%). El promedio ponderado anual de la inflación en América Latina y el Caribe, sin contar al Brasil, fue de 16,0%, según el informe de 1994 de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los factores de aumento de costos empleados en el proyecto de presupuesto equivalen a menos de la mitad de dicha cantidad.

47. Los gráficos I y II, de las páginas 14 a 15, están basados en la información del cuadro C. El gráfico II muestra el aumento sostenido en los Programas de país durante los últimos años.

48. El cuadro D, de las páginas 16 a 17, es un resumen de los diversos fondos comprometidos a la Organización para 1994-1995 en este momento. La cantidad de \$194.525.000 correspondiente a los fondos extrapresupuestarios para 1994-1995 es la estimación más exacta que puede hacerse, ya que en este momento no pueden predecirse los compromisos futuros de las fuentes externas para 1996-1997 y años subsiguientes. Por este motivo, los fondos extrapresupuestarios van disminuyendo a partir de 1994-1995.

49. El cuadro E-1, que principia en la página 18, presenta el proyecto de presupuesto ordinario de la OPS/OMS según la nueva clasificación de programas. Básicamente, se trata de la lista ordenada de programas de la OMS, a la que se han hecho algunos cambios para reflejar la situación de esta Región. La OPS ha establecido una parte V separada para Protección y desarrollo ambiental. La lista ordenada de programas de la OMS incluye los programas de higiene del medio bajo Protección y promoción de la salud. En la lista de la OMS, la función de Suministros ha pasado de Servicios administrativos a Política y gestión sanitarias, donde ahora se llama Apoyo logístico a los proyectos y a los Países Miembros. La OPS ha mantenido esta función bajo Administración, que representa 10,7% del monto total del proyecto de presupuesto para 1996-1997, por comparación con 11,0% en 1994-1995. Cuando se combina con el nivel actual de los fondos extrapresupuestarios, la parte correspondiente a Administración desciende a 8.7% del total.

50. El gráfico III, de la página 22, representa las siete partes principales del programa.

51. En el cuadro E-2 se enumeran los programas con cargo a los fondos ordinarios de la OPS/OMS, y se analizan los aumentos y disminuciones de programa y los aumentos y disminuciones de costos entre el ejercicio económico de referencia (1994-1995) y el ejercicio 1996-1997.

52. En el cuadro E-3 se presentan los programas apoyados por los fondos extrapresupuestarios.

53. Los diversos cuadros F, a partir de la página 31, muestran el presupuesto según el objeto tradicional de las asignaciones del gasto (personal, viajes en comisión de servicio, becas, etc.). El cuadro F-2, de la página 32, muestra los aumentos y las disminuciones dentro de las asignaciones del gasto.

54. La sección II (indicador amarillo) del presente documento contiene la clasificación y descripción general de los programas. Cada una de las siete partes del presupuesto por programas se acompaña de una descripción, así como de los fondos correspondientes y los diversos programas que incluyen.

55. La sección III (indicador verde) del documento contiene subsecciones relacionadas con las ubicaciones principales de programa (Programas de país, Programas multipaíses, etc.). Estas subsecciones por categorías de ubicación presentan datos más completos que el resumen general presentado en el cuadro C, de la página 13.

56. La sección IV (indicador rosa) proporciona una descripción de la estructura orgánica de la Secretaría y los fondos correspondientes.

57. Incumbe al Comité Ejecutivo, que se reunirá en junio de 1995, formular recomendaciones al Consejo Directivo, que habrá de reunirse en septiembre de 1995, en cuanto al proyecto de presupuesto por programas. Dependiendo de las recomendaciones del Comité Ejecutivo, el presente documento puede ser revisado después de la reunión de este y antes de su presentación al Consejo Directivo, a quien incumbe adoptar la decisión definitiva en relación con el presupuesto por programas de la OPS para el ejercicio económico 1996-1997.

EL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

1. Asignar para el ejercicio financiero 1996-1997 la cantidad de \$193,226,178 distribuida del siguiente modo:

Parte I	CUERPOS DIRECTIVOS	2,349,700
Parte II	SALUD Y DESARROLLO HUMANO	75,763,600
Parte III	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	21,395,400
Parte IV	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	17,601,100
Parte V	PROTECCION Y DESARROLLO AMBIENTAL	12,212,600
Parte VI	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	23,535,100
Parte VII	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	21,348,500
	Presupuesto Efectivo para 1996-1997 (PARTES I - VII)	174,206,000
	=====	=====
PARTE VIII	IMPUESTOS DEL PERSONAL (Transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	19,020,178
	TOTAL - TODAS LAS PARTES	193,226,178
	=====	=====

2. Que las asignaciones se financien mediante:

(a)	Cuotas asignadas correspondientes a: Los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana	181,526,178
(b)	Ingresos varios	11,700,000
	TOTAL	193,226,178
	=====	=====

Al establecer las contribuciones de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, sus cuotas se reducirán además por la cantidad que quede a su crédito en el Fondo de Igualación de Impuestos, con la excepción de los créditos de aquellos que gravan con impuestos la remuneración que perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) sus nacionales y residentes se reducirán en un importe respectivo igual a los reembolsos de dichos impuestos por la OSP.

3. Que, de conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 1997, inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero 1996-1997 se limitarán al total del presupuesto por programa, es decir, a las Partes I-VII.

4. Que el Director estará autorizado para transferir fondos entre las partes del presupuesto vigente, siempre que las transferencias que se efectúen entre dichas partes no excedan del 10% de la parte del cual los fondos son transferidos, excluyendo la provisión hecha por transferencias del Programa de Desarrollo del Director en la Parte II. Con excepción de la provisión hecha por el Programa de Desarrollo del Director en la Parte II, las transferencias de fondos entre partes del presupuesto que excedan el 10% de la parte de la cual se transfieren los fondos podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. El Director está autorizado a asignar montos, no excediendo la provisión del Programa de Desarrollo del Director, a aquellas partes del presupuesto vigente bajo las cuales las obligaciones serán incurridas. Todas las transferencias de fondos del presupuesto serán comunicadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

 CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1996-1997

PROYECTO DE RESOLUCION

Considerando que las cuotas de los Gobiernos Miembros que figuran en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se asignan según los porcentajes que figuran en dicha escala, ajustada a los Miembros de la OPS, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que este reajuste fue hecho tomando en cuenta las cuotas de Cuba, los Gobiernos Participantes y Miembros Asociados; por consiguiente,

EL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 1996-1997 de conformidad con la escala de cuotas indicada a continuación y en las cantidades correspondientes.

(1) Miembros de la OPS	(2) Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		(3) Cuota Bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Reajustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		(6) Cuota Neta	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
	%	%	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS
Gobiernos Miembros:										
Antigua y Barbuda	0.019993	0.019993	18,146	18,146	1,901	1,901			16,245	16,245
Argentina	4.897907	4.897907	4,445,490	4,445,490	465,795	465,795			3,979,695	3,979,695
Bahamas	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Barbados	0.079965	0.079965	72,579	72,579	7,605	7,605			64,974	64,974
Belice	0.029987	0.029987	27,217	27,217	2,852	2,852			24,365	24,365
Bolivia	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Brasil	8.546348	8.546348	7,756,930	7,756,930	812,766	812,766			6,944,164	6,944,164
Canadá	12.354723	12.354723	11,213,529	11,213,529	1,174,946	1,174,946	12,500	12,500	10,051,083	10,051,083
Chile	0.539769	0.539769	489,912	489,912	51,333	51,333			438,579	438,579
Colombia	0.939599	0.939599	852,809	852,809	89,357	89,357			763,452	763,452

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1996-1997 (CONT.)

(1) Miembros de la OPS	(2) Escala Ajustada a Los Miembros de la OPS		(3) Cuota Bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Reajustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		(6) Cuota Neta	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
	%	%	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS
Gobiernos Miembros:										
Costa Rica	0.129945	0.129945	117,942	117,942	12,358	12,358			105,584	105,584
Cuba	0.730372	0.730372	662,908	662,908	69,459	69,459			593,449	593,449
Dominica	0.019993	0.019993	18,146	18,146	1,901	1,901			16,245	16,245
República Dominicana	0.179924	0.179924	163,305	163,305	17,111	17,111			146,194	146,194
Ecuador	0.179924	0.179924	163,305	163,305	17,111	17,111			146,194	146,194
El Salvador	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Granada	0.029987	0.029987	27,217	27,217	2,852	2,852			24,365	24,365
Guatemala	0.129945	0.129945	117,942	117,942	12,358	12,358			105,584	105,584
Guyana	0.019993	0.019993	18,146	18,146	1,901	1,901			16,245	16,245
Haití	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Honduras	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Jamaica	0.179924	0.179924	163,305	163,305	17,111	17,111			146,194	146,194
México	6.077403	6.077403	5,516,037	5,516,037	577,966	577,966			4,938,071	4,938,071
Nicaragua	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Panamá	0.129945	0.129945	117,942	117,942	12,358	12,358			105,584	105,584
Paraguay	0.179924	0.179924	163,305	163,305	17,111	17,111			146,194	146,194
Perú	0.409825	0.409825	371,970	371,970	38,975	38,975			332,995	332,995
Saint Kitts y Nevis	0.019993	0.019993	18,146	18,146	1,901	1,901			16,245	16,245
Santa Lucía	0.029987	0.029987	27,217	27,217	2,852	2,852			24,365	24,365
San Vicente y las Granadinas	0.019993	0.019993	18,146	18,146	1,901	1,901			16,245	16,245

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1996-1997 (CONT.)										
(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		Cuota Neta	
Miembros de la OPS	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
	%	%	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$
Gobiernos Miembros:										
Suriname	0.069971	0.069971	63,508	63,508	6,654	6,654			56,854	56,854
Trinidad y Tabago	0.179924	0.179924	163,305	163,305	17,111	17,111			146,194	146,194
Estados Unidos de América	59.444615	59.444615	53,953,768	53,953,768	5,653,236	5,653,236	3,000,000	3,000,000	51,300,532	51,300,532
Uruguay	0.259889	0.259889	235,884	235,884	24,716	24,716			211,168	211,168
Venezuela	3.198634	3.198634	2,903,179	2,903,179	304,193	304,193	7,500	7,500	2,606,486	2,606,486
Subtotal	99.448227	99.448227	90,262,283	90,262,283	9,457,615	9,457,615	3,020,000	3,020,000	83,824,668	83,824,668
Gobiernos Participantes:										
Francia	0.289876	0.289876	263,100	263,100	27,567	27,567			235,533	235,533
Reino de los Países Bajos	0.089961	0.089961	81,651	81,651	8,555	8,555			73,096	73,096
Reino Unido	0.059974	0.059974	54,435	54,435	5,704	5,704			48,731	48,731
Subtotal	0.439811	0.439811	399,186	399,186	41,826	41,826	0	0	357,360	357,360
Miembros Asociados										
Puerto Rico	0.111962	0.111962	101,620	101,620	10,648	10,648			90,972	90,972
Subtotal	0.111962	0.111962	101,620	101,620	10,648	10,648	0	0	90,972	90,972
TOTAL	100.000000	100.000000	90,763,089	90,763,089	9,510,089	9,510,089	3,020,000	3,020,000	84,273,000	84,273,000

(5) Esta columna incluye las cantidades aproximadas que recibirán los Gobiernos Miembros en 1996-1997 con respecto al monto de los impuestos con que gravan la remuneración que perciben de la OSP los funcionarios de sus nacionalidades respectivas, debidamente reajustadas para tener en cuenta cualquier diferencia entre lo estimado y la cantidad real de los años anteriores.

CUADRO A

 ANTECEDENTES DEL PRESUPUESTO REGIONAL DE LOS FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

PERIODO DEL PRESUPUESTO	FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS			FONDOS ORDINARIOS DE LA OMS			TOTAL FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	% INCREMENTO	CANTIDAD	% DEL TOTAL	% INCREMENTO	CANTIDAD	% INCREMENTO
1970-71	30,072,422	68.2		14,053,685	31.8		44,126,107	
1972-73	37,405,395	68.6	24.4	17,150,800	31.4	22.0	54,556,195	23.6
1974-75	45,175,329	68.8	20.8	20,495,900	31.2	19.5	65,671,229	20.4
1976-77	55,549,020	69.3	23.0	24,570,200	30.7	19.9	80,119,220	22.0
1978-79	64,849,990	67.8	16.7	30,771,500	32.2	25.2	95,621,490	19.3
1980-81	76,576,000	67.1	18.1	37,566,200	32.9	22.1	114,142,200	19.4
1982-83	90,320,000	67.2	17.9	44,012,000	32.8	17.2	134,332,000	17.7
1984-85	103,959,000	67.2	15.1	50,834,000	32.8	15.5	154,793,000	15.2
1986-87	112,484,000	66.0	8.2	57,856,000	34.0	13.8	170,340,000	10.0
1988-89	121,172,000	66.8	7.7	60,161,000	33.2	4.0	181,333,000	6.5
1990-91	130,023,000	66.7	7.3	65,027,000	33.3	8.1	195,050,000	7.6
1992-93	152,576,000	68.1	17.3	71,491,000	31.9	9.9	224,067,000	14.9
1994-95	164,466,000	67.3	7.8	79,794,000	32.7	11.6	244,260,000	9.0
1996-96 *	174,206,000	66.7	5.9	87,016,000	33.3	9.1	261,222,000	6.9

* LA CANTIDAD DE LOS FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS PARA 1996-1997 ES PROPUESTA. LA CANTIDAD DE LOS FONDOS ORDINARIOS DE LA OMS PARA 1996-1997 SERA CONSIDERADA DENTRO DE TODA LA PROPUESTA ORDINARIA DE LA OMS EN LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD EN MAYO DE 1995.

CUADRO B

ANALISIS DE PUESTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

UBICACION	1994-1995			1996-1997			1998-1999		
	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL
A. COOPERACION CON LOS PAISES									
A.1 PROGRAMAS DE PAIS	131	165	296	134	164	298	131	164	295
A.2 COORDINACION DE PROG. EN EL CARIBE	5	12	17	5	12	17	5	12	17
A.3 PROGRAMAS MULTIPAIS	31	4	35	30	5	35	30	5	35
A.4 PROGRAMAS REGIONALES	136	132	268	135	127	262	135	127	262
A.5 CENTROS	60	72	132	60	55	115	60	55	115
SUBTOTAL: COOPERACION CON LOS PAISES	363	385	748	364	363	727	361	363	724
B. DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	64	127	191	65	126	191	65	126	191
C. CUERPOS DIRECTIVOS	3	4	7	3	4	7	3	4	7
GRAN TOTAL	430	516	946	432	493	925	429	493	922

ANALISIS DE PUESTOS - FONDOS NO ORDINARIOS

UBICACION	1994-1995			1996-1997			1998-1999		
	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL
A. COOPERACION CON LOS PAISES									
A.1 PROGRAMAS DE PAIS	25	13	38	1	7	8	0	6	6
A.3 PROGRAMAS MULTIPAIS	21	4	25	8	2	10	3	0	3
A.4 PROGRAMAS REGIONALES	22	41	63	12	28	40	5	17	22
A.5 CENTROS	7	28	35	2	25	27	2	24	26
SUBTOTAL: COOPERACION CON LOS PAISES	75	86	161	23	62	85	10	47	57
B. DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	10	30	40	10	30	40	10	30	40
GRAN TOTAL	85	116	201	33	92	125	20	77	97

CUADRO C

ANALISIS DE INCREMENTO/DISMINUCION DE PROGRAMAS Y DE COSTOS DEL PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS, POR UBICACION

UBICACION	ASIGNACION PARA 1994-1995		INCREMENTO o DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO o DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO o DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
A. COOPERACION CON LOS PAISES										
A.1 PROGRAMAS DE PAIS	93,524,400	38.3	277,600	0.3	10,556,800	11.3	10,834,400	11.6	104,358,800	40.0
A.2 COORDINACION DE PROGRAMAS EN EL CARIBE	1,974,000	0.8	(38,500)	(2.0)	251,100	12.7	212,600	10.7	2,186,600	0.8
A.3 PROGRAMAS MULTIPAIS	31,406,000	12.9	1,629,500	5.2	1,908,200	6.1	3,537,700	11.3	34,943,700	13.3
A.4 PROGRAMA DE DESARROLLO DEL DIRECTOR	2,686,300	1.1	(307,600)	(11.5)	121,300	4.5	(186,300)	(7.0)	2,500,000	1.0
A.5 PROGRAMAS REGIONALES	45,387,200	18.6	(2,629,600)	(5.8)	1,151,700	2.5	(1,477,900)	(3.3)	43,909,300	16.8
A.6 CENTROS	26,918,000	11.0	(828,400)	(3.1)	3,165,900	11.8	2,337,500	8.7	29,255,500	11.2
Subtotal, COOPERACION CON LOS PAISES	201,895,900	82.7	(1,897,000)	(0.9)	17,155,000	8.5	15,258,000	7.6	217,153,900	83.1
B. DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	35,769,100	14.6	(117,900)	(0.3)	1,513,900	4.2	1,396,000	3.9	37,165,100	14.2
C. CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	1.1	0	0.0	106,600	4.0	106,600	4.0	2,752,300	1.1
D. APORTACIONES PARALELAS PARA SEGURO DE SALUD DE FUNCIONARIOS RETIRADOS	3,949,300	1.6	0	0.0	201,400	5.1	201,400	5.1	4,150,700	1.6
TOTAL	244,260,000	100.0	(2,014,900)	(0.8)	18,976,900	7.7	16,962,000	6.9	261,222,000	100.0

GRAFICO I

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA OPS Y LA OMS POR UBICACION: PORCENTAJE DEL TOTAL

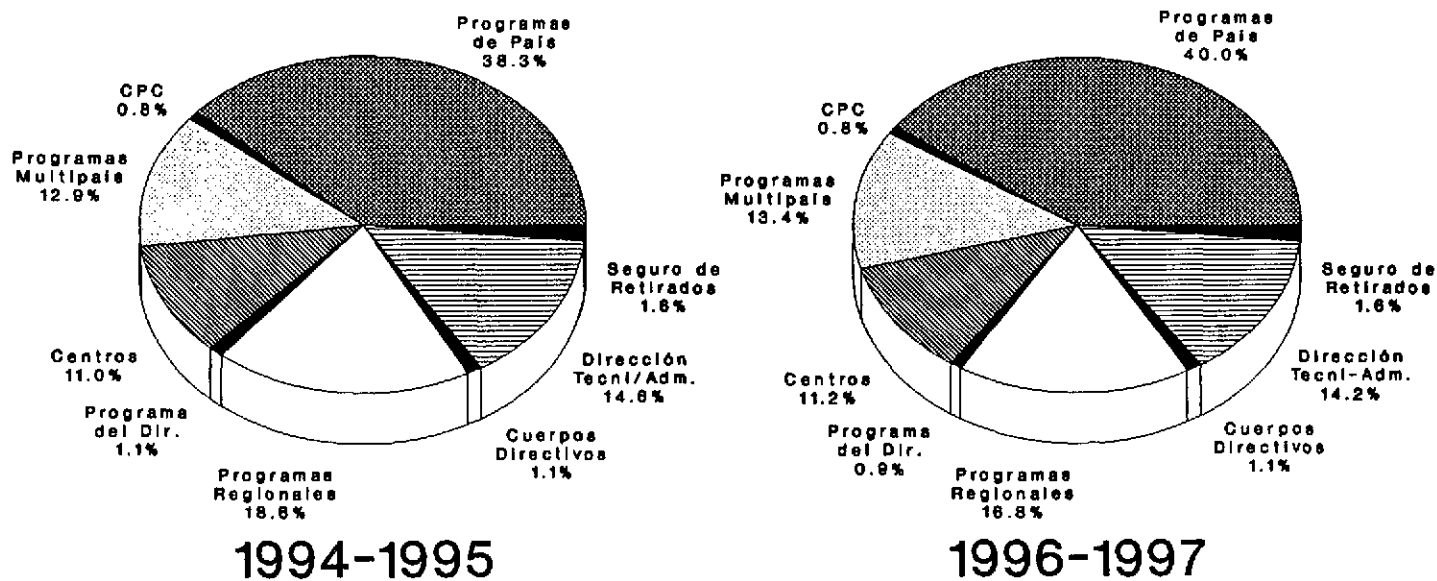
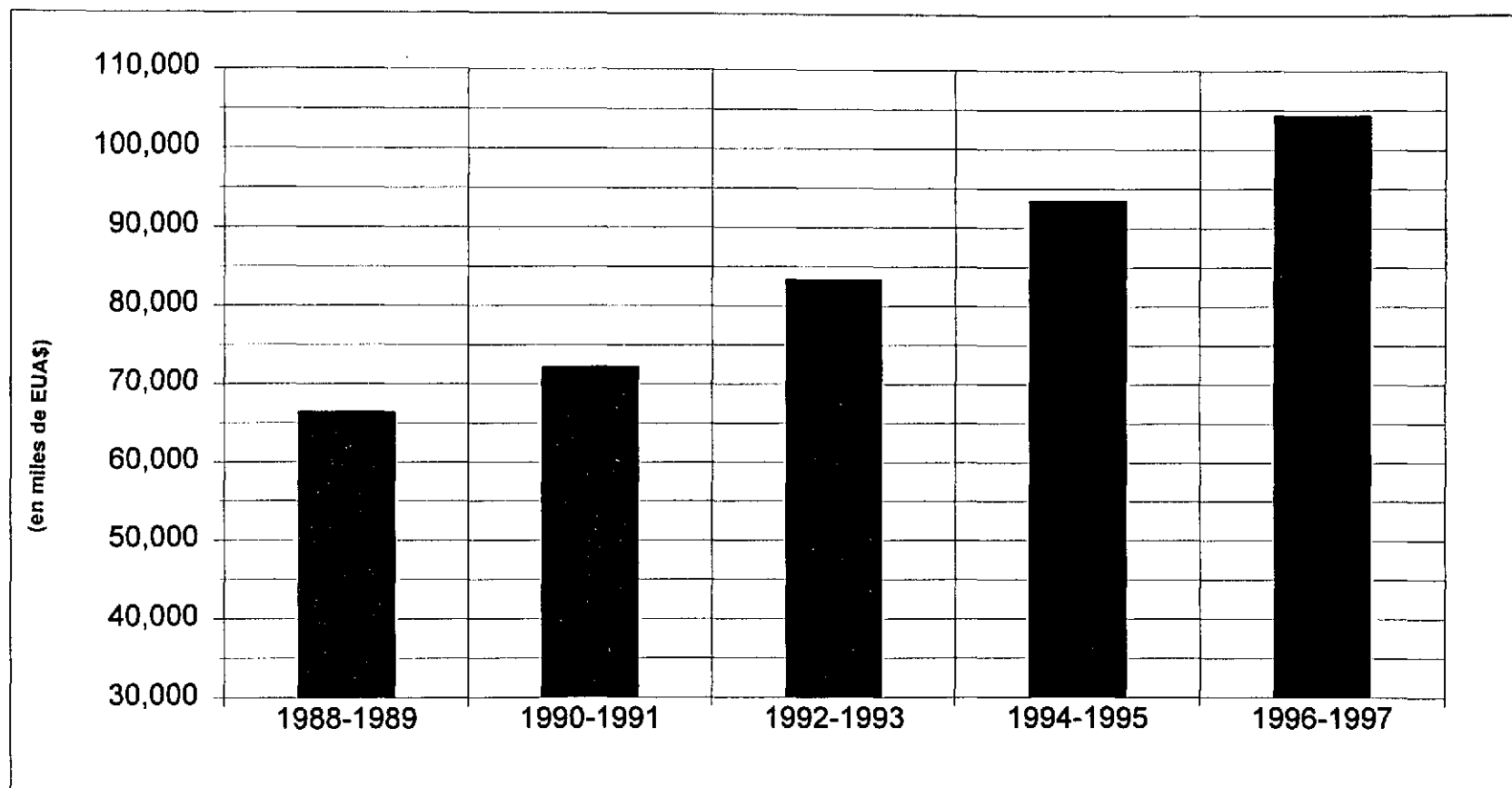


GRAFICO II

PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS DE PAIS, 1988-1989 A 1996-1997



PROGRAMAS DE PAIS	66,481	72,289	83,417	93,524	104,359
% DEL TOTAL	36.7	37.1	37.2	38.3	40.0
PRESUPUESTO TOTAL	181,333	195,050	224,067	244,260	261,222

CUADRO D

TODOS LOS FONDOS

	BIENIO 1994-1995 APROVADO		INCREMENTO (DISMINUC.) 1996-1997 RESPECTO A 1994-1995	BIENIO 1996-1997 PROPUESTA		INCREMENTO (DISMINUC.) 1998-1999 RESPECTO A 1996-1997	BIENIO 1998-1999 ANTEPROYECTO	
	CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL
PRESUPUESTO ORDINARIO:	244,260,000	55.7	6.9	261,222,000	80.5	8.3	282,832,000	85.2
PR FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS	164,466,000	37.5	5.9	174,206,000	53.7	8.3	188,601,000	56.8
WR FONDOS ORDINARIOS DE LA OMS	79,794,000	18.2	9.1	87,016,000	26.8	8.3	94,231,000	28.4
FONDOS NO ORDINARIOS:	194,525,000	44.3	(67.6)	62,972,000	19.5	(22.1)	49,060,000	14.8
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	156,304,000	35.6	(64.4)	55,681,000	17.2	(17.9)	45,693,000	13.8
PA MIEMBROS Y FONDOS VARIOS DEL INCAP	1,200,000	.3	.0	1,200,000	.4	.0	1,200,000	.4
PN SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACTUALES DEL INCAP	13,000,000	3.0	.0	13,000,000	4.0	.0	13,000,000	3.9
PC MIEMBROS Y FONDOS VARIOS DEL CAREC	3,348,000	.8	1.6	3,400,000	1.1	.6	3,420,000	1.0
PJ SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACTUALES DEL CAREC	3,765,900	.8	(56.8)	1,628,000	.5	(49.9)	816,500	.3
PH FONDOS PARA EDIFICIO DEL CAREC	229,800	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PB FONDOS PARA EDIFICIOS	2,335,300	.5	(42.6)	1,341,000	.4	.0	1,341,000	.4
PD FONDO DE DONATIVOS, SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE	14,939,900	3.4	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PG SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACTUALES	102,636,200	23.4	(72.2)	28,549,500	8.8	(33.9)	18,876,300	5.7
PK FONDO ESPECIAL PARA PROMOCION DE LA SALUD	566,300	.1	(90.5)	54,100	*	(100.0)	0	.0
PL FONDO ESPECIAL PARA AGENCIA ASOCIADA: PNUD	1,862,900	.4	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PP FONDO ESPECIAL PARA EL COLERA	1,032,700	.2	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PV FONDO ESPECIAL PARA EL SARAMPION	750,000	.2	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PY FONDO ESPECIAL PARA PREINVERSION EN SALUD Y AMBIENTE	274,000	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PU FONDO ESPECIAL PARA INVESTIGACION SOBRE SALUD ANIMAL	12,200	*	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PX GASTOS DE APOYO A PROGRAMAS	10,350,800	2.3	(37.1)	6,508,400	2.0	8.2	7,039,200	2.1

CUADRO D (CONT.)

TODOS LOS FONDOS (CONT.)

	BIENIO 1994-1995 APROVADO		INCREMENTO (DISMINUC.) 1996-1997 RESPECTO A 1994-1995	BIENIO 1996-1997 PROPUESTA		INCREMENTO (DISMINUC.) 1998-1999 RESPECTO A 1996-1997	BIENIO 1998-1999 ANTEPROYECTO	
	CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	38,221,000	8.7	(80.9)	7,291,000	2.3	(53.8)	3,367,000	1.0
DP PROGRAM DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)	976,700	.2	(69.8)	295,500	.1	(100.0)	0	.0
DR RECURSOS PARA PROGRAMA ESPECIAL DE PNUD	317,700	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FB FUNCIONARIOS PROFESIONALES ASOCIADOS	2,255,700	.5	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FD FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA FISCALIZACION DEL USO INDEBIDO DE DROGAS	565,500	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FP FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS	5,983,900	1.4	(86.3)	819,100	.2	(100.0)	0	.0
FX FONDO DE DEPOSITO PARA PROGRAMA MUNDIAL SOBRE SIDA	16,289,200	3.7	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
ST FONDO DE DEPOSITO DE SASAKAWA PARA LA SALUD	448,300	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VB FFS - PREVENCION DE LA CEGUERA	30,000	*	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VC FFS - LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DIARREICAS	1,108,500	.3	(11.5)	981,200	.3	.0	981,200	.3
VD FFS - DONATIVOS CON FINES VARIOS (OTRAS ACTIVIDADES)	5,964,200	1.4	(31.7)	4,074,700	1.3	(61.3)	1,575,400	.5
VI FFS - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION	845,500	.2	(39.9)	508,500	.2	6.7	542,400	.2
VW FFS - ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA	99,000	*	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VY FFS - LUCHA CONTRA EL PIAN	15,400	*	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VT FFS - TUBERCULOSIS	8,000	*	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
AS CUENTA ESPECIAL, GASTOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	3,203,100	.7	(80.9)	612,000	.2	(56.2)	268,000	*
EF FONDO DE BIENES RAICES	110,300	*	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PRESUPUESTO TOTAL	438,785,000	100.0	(26.1)	324,194,000	100.0	2.4	331,892,000	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

CUADRO E-1

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
I. CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	1.1	2,752,300	1.1	2,901,100	1.0	
CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	1.1	2,752,300	1.1	2,901,100	1.0	
CUERPOS DIRECTIVOS	GOB	2,645,700	1.1	2,752,300	1.1	2,901,100	1.0
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	89,849,400	36.8	97,087,500	37.3	105,102,700	37.2	
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	19,218,200	7.8	20,323,000	7.8	21,458,600	7.6	
DIRECCION GENERAL	EXM	3,667,100	1.5	3,787,900	1.5	4,000,800	1.4
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	GPD	7,908,600	3.2	8,716,000	3.3	9,192,300	3.3
DESARROLLO DEL PERSONAL	SDP	1,770,400	.7	1,867,700	.7	1,967,100	.7
PROGRAMA DEL DIRECTOR PARA ACTIVIO. DE DESARROLLO	DGP	2,686,300	1.1	2,500,000	1.0	2,627,300	.9
COORDINACION EXTERNA	ECO	1,118,600	.5	1,235,100	.5	1,302,600	.5
INFORMACION PUBLICA	INF	2,067,200	.8	2,216,300	.8	2,368,500	.8
POLITICA PUBLICA Y SALUD	11,839,600	4.8	13,323,000	5.1	14,235,100	5.0	
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	5,454,400	2.2	6,563,100	2.5	7,106,200	2.5
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE	1,895,100	.8	1,960,800	.8	2,058,600	.7
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	3,638,200	1.5	3,696,500	1.4	3,890,700	1.4
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	851,900	.3	1,102,600	.4	1,179,600	.4
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD	36,149,700	15.0	40,018,200	15.5	43,932,200	15.6	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	35,472,500	14.7	39,312,500	15.2	43,186,000	15.3
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	677,200	.3	705,700	.3	746,200	.3
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	19,640,800	8.0	19,984,800	7.6	21,535,800	7.6	
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	10,009,700	4.1	10,035,800	3.8	10,861,000	3.8
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	9,631,100	3.9	9,949,000	3.8	10,674,800	3.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	3,001,100	1.2	3,438,500	1.3	3,941,000	1.4	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	3,001,100	1.2	3,438,500	1.3	3,941,000	1.4

CUADRO E-1 (CONT.)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	44,953,100	18.4	45,097,000	17.4	48,661,600	17.3
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	28,622,300	11.8	28,505,300	11.0	30,922,300	11.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	27,526,500	11.3	27,402,900	10.5	29,758,200	10.5
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	407,400	.2	419,300	.2	442,300	.2
SALUD BUCODENTAL	688,400	.3	683,100	.3	721,800	.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	13,765,800	5.6	13,455,800	5.2	14,346,900	5.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	13,765,800	5.6	13,455,800	5.2	14,346,900	5.1
MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,577,500	.6	1,761,100	.7	1,920,400	.7
MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,577,500	.6	1,761,100	.7	1,920,400	.7
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	987,500	.4	1,374,800	.5	1,472,000	.5
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL. SANITARIA	0	-	335,200	.1	377,300	.1
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	987,500	.4	1,039,600	.4	1,094,700	.4
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	22,499,400	9.2	27,737,600	10.5	30,320,600	10.7
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	9,089,000	3.7	10,137,400	3.9	11,111,800	4.0
SALUD DE MUJER, DE NIÑO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	8,539,700	3.5	9,166,500	3.5	10,080,900	3.6
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	67,700	.*	443,500	.2	476,000	.2
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	481,600	.2	527,400	.2	554,900	.2
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	2,713,000	1.2	5,641,200	2.1	6,047,600	2.1
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	631,700	.3	2,696,200	1.0	2,919,800	1.0
PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	420,300	.2	520,000	.2	551,000	.2
SALUD MENTAL	482,800	.2	810,100	.3	860,700	.3
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	1,178,200	.5	1,490,000	.6	1,585,600	.6
PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA	0	-	124,900	.*	130,500	.*
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	10,697,400	4.3	11,959,000	4.5	13,161,200	4.6
ALIMENTACION Y NUTRICION	7,890,400	3.2	8,462,500	3.2	9,349,000	3.3
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	2,807,000	1.1	3,496,500	1.3	3,812,200	1.3

CUADRO E-1 (CONT.)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	19,526,100	8.0	20,591,200	7.8	22,388,200	7.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	19,526,100	8.0	20,591,200	7.8	22,388,200	7.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	12,084,600	4.9	12,605,800	4.8	13,749,600	4.9
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	8,243,600	2.6	6,751,700	2.6	7,338,400	2.6
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	581,800	.2	642,800	.2	678,800	.2
SEGURIDAD QUIMICA	0	-	63,100	.*	66,400	.*
SALUD DE LOS TRABAJADORES	616,100	.3	527,800	.2	555,000	.2
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	38,021,200	15.5	39,887,300	15.2	43,648,300	15.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	18,995,000	7.7	20,329,000	7.7	22,001,500	7.7
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUMAC. E INMUNIZA	2,568,300	1.1	2,933,200	1.1	3,144,500	1.1
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	448,900	.2	690,500	.3	732,200	.3
ENFERMEDADES DIARREICAS	1,317,300	.5	832,700	.3	877,000	.3
SIDA	618,500	.3	755,800	.3	824,700	.3
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	50,700	.*	100,200	.*	105,600	.*
TUBERCULOSIS	453,000	.2	443,200	.2	474,200	.2
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	4,669,100	1.9	4,845,800	1.9	5,180,600	1.8
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	349,200	.1	363,800	.1	384,300	.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8,156,100	3.3	8,986,200	3.4	9,886,900	3.5
LEPRA	363,900	.1	377,600	.1	401,500	.1
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,788,200	2.0	4,955,800	1.9	5,430,100	1.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,788,200	2.0	4,955,800	1.9	5,430,100	1.9
SALUD PUBLICA VETERINARIA	14,238,000	5.8	14,602,500	5.6	16,216,700	5.8
FIEBRE AFTOSA	8,341,700	3.4	8,800,100	3.4	10,042,900	3.6
ZOONOSIS	5,896,300	2.4	5,802,400	2.2	6,173,800	2.2
VII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	26,765,100	11.0	28,069,100	10.7	29,809,500	10.5
PERSONAL	4,025,300	1.6	4,201,200	1.6	4,460,500	1.6
PERSONAL	4,025,300	1.6	4,201,200	1.6	4,460,500	1.6

CUADRO E-1 (CONT.)

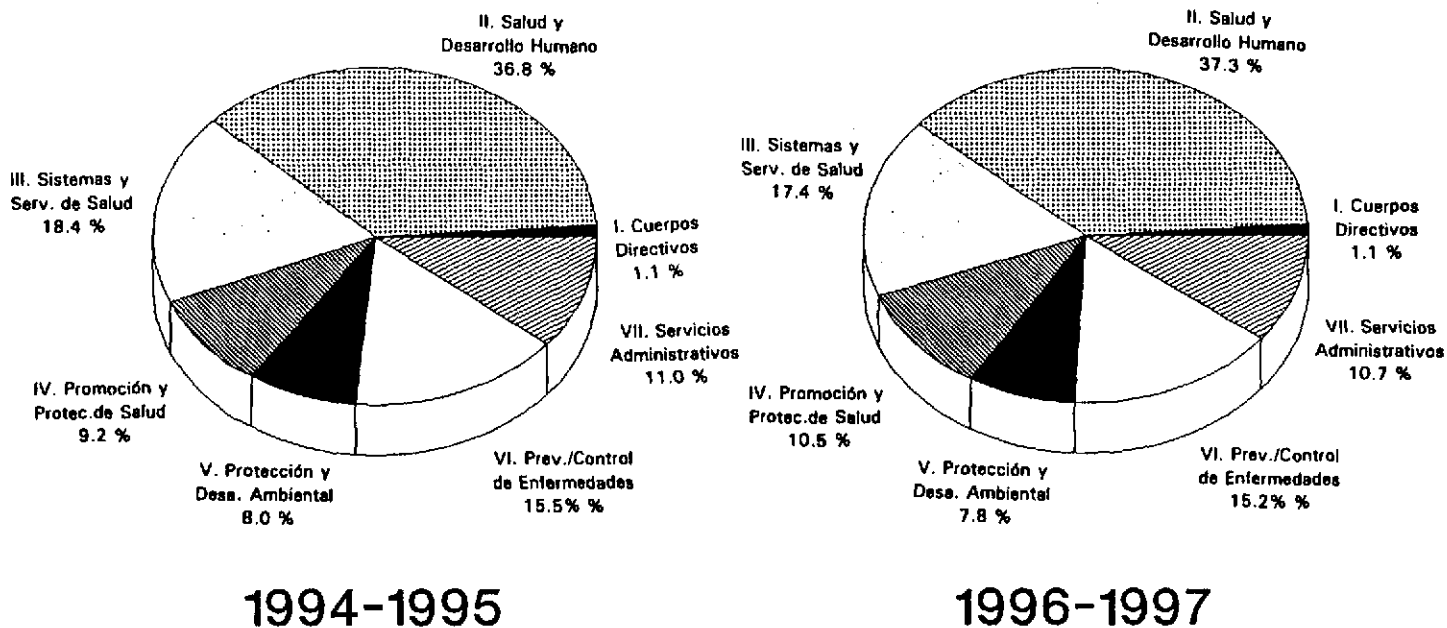
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	5.4	13,672,500	5.2	14,418,700	5.1	
ADMINISTRACION GENERAL	GAD	13,106,700	5.4	13,672,500	5.2	14,418,700	5.1
PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	3.3	8,255,200	3.2	8,874,400	3.1	
PRESUPUESTO Y FINANZAS	BFI	7,978,600	3.3	8,255,200	3.2	8,874,400	3.1
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	.7	1,940,200	.7	2,055,900	.7	
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	SUP	1,654,500	.7	1,940,200	.7	2,055,900	.7
GRAN TOTAL	244,260,000	100.0	261,222,000	100.0	262,832,000	100.0	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	

* MENOS DE .05 POR CIENTO

GRAFICO III

PRESUPUESTO POR PROGRAMA DE LA OPS Y LA OMS POR SECCION DE ASIGNACION: PORCENTAJE DEL TOTAL



CUADRO E-2

ANALISIS DE INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS, POR PROGRAMA

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1994-1995		INCREMENTO o DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO o DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO o DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
1. CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	1.1	0	0.0	106,600	4.0	106,600	4.0	2,752,300	1.1
1.1 CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	1.1	0	0.0	106,600	4.0	106,600	4.0	2,752,300	1.1
CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	1.1	0	0.0	106,600	4.0	106,600	4.0	2,752,300	1.1
2. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	89,849,400	36.8	640,800	0.7	6,597,300	7.3	7,238,100	8.0	97,087,500	37.2
2.1 DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	19,218,200	7.8	298,900	1.6	805,900	4.2	1,104,800	5.8	20,323,000	7.8
DIRECCION GENERAL	3,667,100	1.5	(17,400)	(0.5)	138,200	3.8	120,800	3.3	3,787,900	1.5
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	7,908,600	3.2	486,800	6.2	320,600	4.1	807,400	10.3	8,716,000	3.3
DESARROLLO DEL PERSONAL	1,770,400	0.7	(700)	*	98,000	5.5	97,300	5.5	1,867,700	0.7
PROGRAMA DEL DIRECTOR PARA ACTIVIDADES DE DESARROLLO	2,686,300	1.1	(307,600)	(11.5)	121,300	4.5	(186,300)	(7.0)	2,500,000	1.0
COORDINACION EXTERNA	1,118,600	0.5	93,400	8.3	23,100	2.1	116,500	10.4	1,235,100	0.5
INFORMACION PUBLICA	2,067,200	0.8	44,400	2.1	104,700	5.1	149,100	7.2	2,216,300	0.8
2.2 POLITICA PUBLICA Y SALUD	11,839,600	4.8	813,200	6.9	670,200	5.7	1,483,400	12.6	13,323,000	5.1
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	5,705,200	2.3	685,000	12.0	423,700	7.4	1,108,700	19.4	6,813,900	2.6
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	1,895,100	0.8	(6,900)	(0.4)	72,600	3.8	65,700	3.4	1,960,800	0.8
DESARROLLO DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACION	3,387,400	1.4	(76,200)	(2.2)	134,500	4.0	58,300	1.8	3,445,700	1.3
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	851,900	0.3	211,300	24.8	39,400	4.6	250,700	29.4	1,102,600	0.4
2.3 DESARROLLO Y GESTION DE POLITICAS Y PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD	36,149,700	15.0	204,400	0.6	3,664,100	10.1	3,868,500	10.7	40,018,200	15.3
APOYO AL DESARROLLO, GESTION Y COORDINACION DE LOS PROGRAMAS DE PAISES	35,472,500	14.7	200,400	0.6	3,639,600	10.3	3,840,000	10.9	39,312,500	15.0
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	677,200	0.3	4,000	0.6	24,500	3.6	28,500	4.2	705,700	0.3
2.4 INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	19,640,800	8.0	(675,700)	(3.4)	1,019,700	5.2	344,000	1.8	19,984,800	7.7
EVALUACION DE LA SITUACION SANITARIA Y DE SUS TENDENCIAS	10,009,700	4.1	(563,700)	(5.6)	589,800	5.9	26,100	0.3	10,035,800	3.8
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	9,631,100	3.9	(112,000)	(1.2)	429,900	4.5	317,900	3.3	9,949,000	3.8
2.5 COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	3,001,100	1.2	0	0.0	437,400	14.6	437,400	14.6	3,438,500	1.3
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	3,001,100	1.2	0	0.0	437,400	14.6	437,400	14.6	3,438,500	1.3

CUADRO E-2 (CONT.)

ANÁLISIS DE INCREMENTO O DISMINUCIÓN DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS, POR PROGRAMA (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1994-1995		INCREMENTO o DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO o DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO o DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD =====	44,953,100	18.4	(3,178,900)	(7.1)	3,322,800	7.4	143,900	0.3	45,097,000	17.3
3.1 ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA	28,622,300	11.8	(2,334,700)	(8.2)	2,217,700	7.7	(117,000)	(0.5)	28,505,300	10.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	27,526,500	11.3	(2,306,200)	(8.4)	2,182,600	7.9	(123,600)	(0.5)	27,402,900	10.5
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	407,400	0.2	(300)	(0.1)	12,200	3.0	11,900	2.9	419,300	0.2
SALUD BUCODENTAL	688,400	0.3	(28,200)	(4.1)	22,900	3.3	(5,300)	(0.8)	683,100	0.3
3.2 RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	13,765,800	5.6	(1,189,300)	(8.6)	879,300	6.4	(310,000)	(2.2)	13,455,800	5.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	13,765,800	5.6	(1,189,300)	(8.6)	879,300	6.4	(310,000)	(2.2)	13,455,800	5.2
3.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,577,500	0.6	22,300	1.4	161,300	10.2	183,600	11.6	1,761,100	0.7
MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,577,500	0.6	22,300	1.4	161,300	10.2	183,600	11.6	1,761,100	0.7
3.4 CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	987,500	0.4	322,800	32.7	64,500	6.5	387,300	39.2	1,374,800	0.5
CALIDAD DE LA ATENCION Y EVALUACION DE LA TECNOLOGIA SANITARIA	0	0.0	298,600	-	36,600	-	335,200	-	335,200	0.1
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO Y DE IMAGINOLOGIA	987,500	0.4	24,200	2.5	27,900	2.8	52,100	5.3	1,039,600	0.4
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD =====	22,499,400	9.2	2,770,800	12.3	2,467,400	11.0	5,238,200	23.3	27,737,600	10.6
4.1 SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	9,089,000	3.7	900	*	1,047,500	11.5	1,048,400	11.5	10,137,400	3.9
SALUD DE LA MUJER, DEL NIÑO Y PLANIFICACION FAMILIAR	8,539,700	3.5	(389,300)	(4.6)	1,016,100	11.9	626,800	7.3	9,166,500	3.5
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	67,700	*	355,300	524.8	20,500	30.3	375,800	555.1	443,500	0.2
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	481,600	0.2	34,900	7.2	10,900	2.3	45,800	9.5	527,400	0.2
4.2 MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	2,713,000	1.2	2,583,600	95.2	344,600	12.7	2,928,200	107.9	5,641,200	2.2
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	631,700	0.3	1,858,200	294.2	206,300	32.7	2,064,500	326.9	2,696,200	1.0
PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	420,300	0.2	85,200	20.3	14,500	3.4	99,700	23.7	520,000	0.2
SALUD MENTAL	482,800	0.2	295,600	61.2	31,700	6.6	327,300	67.8	810,100	0.3
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	1,178,200	0.5	224,800	19.1	87,000	7.4	311,800	26.5	1,490,000	0.6
PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA	0	0.0	119,800	-	5,100	-	124,900	-	124,900	*

CUADRO E-2 (CONT.)

ANALISIS DE INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS, POR PROGRAMA (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1994-1995		INCREMENTO o DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO o DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO o DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4.3 NUTRICION, SEGURIDAD ALIMENTARIA E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	10,697,400	4.3	186,300	1.7	1,075,300	10.1	1,261,600	11.8	11,959,000	4.6
ALIMENTACION Y NUTRICION	7,890,400	3.2	(175,200)	(2.2)	747,300	9.5	572,100	7.3	8,462,500	3.2
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	2,807,000	1.1	361,500	12.9	328,000	11.7	689,500	24.6	3,496,500	1.3
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	19,526,100	8.0	(329,000)	(1.7)	1,394,100	7.1	1,065,100	5.4	20,591,200	7.9
5.1 HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	19,526,100	8.0	(329,000)	(1.7)	1,394,100	7.1	1,065,100	5.4	20,591,200	7.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	12,084,600	4.9	(340,700)	(2.8)	861,900	7.1	521,200	4.3	12,605,800	4.8
EVALUACION Y GESTION DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD Y DEL MEDIO AMBIENTE	6,243,600	2.6	(22,200)	(0.4)	530,300	8.5	508,100	8.1	6,751,700	2.6
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE LA VIVIENDA	581,800	0.2	40,900	7.0	20,100	3.5	61,000	10.5	642,800	0.2
SEGURIDAD QUIMICA	0	0.0	60,100	-	3,000	-	63,100	-	63,100	*
SALUD DE LOS TRABAJADORES	616,100	0.3	(67,100)	(10.9)	(21,200)	(3.4)	(88,300)	(14.3)	527,800	0.2
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	38,021,200	15.5	(1,985,200)	(5.2)	3,851,300	10.1	1,866,100	4.9	39,887,300	15.3
6.1 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	18,995,000	7.7	(294,000)	(1.5)	1,628,000	8.6	1,334,000	7.1	20,329,000	7.8
ENFERMEDADES PREVENTIBLES MEDIANTE VACUNACION E INMUNIZACION	2,568,300	1.1	167,700	6.5	197,200	7.7	364,900	14.2	2,933,200	1.1
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	448,900	0.2	225,600	50.3	16,000	3.6	241,600	53.9	690,500	0.3
ENFERMEDADES DIARREICAS	1,317,300	0.5	(512,000)	(38.9)	27,400	2.1	(484,600)	(36.8)	832,700	0.3
SIDA	618,500	0.3	75,600	12.2	61,700	10.0	137,300	22.2	755,800	0.3
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	50,700	0.0	44,700	88.2	4,800	9.5	49,500	97.7	100,200	*
TUBERCULOSIS	453,000	0.2	(25,700)	(5.7)	15,900	3.5	(9,800)	(2.2)	443,200	0.2
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	4,669,100	1.9	(279,100)	(6.0)	455,800	9.8	176,700	3.8	4,845,800	1.9
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	349,200	0.1	4,200	1.2	10,400	3.0	14,600	4.2	363,800	0.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8,156,100	3.3	5,100	0.1	825,000	10.1	830,100	10.2	8,986,200	3.4
LEPRA	363,900	0.1	(100)	*	13,800	3.8	13,700	3.8	377,600	0.1
6.2 CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,788,200	2.0	(300,600)	(6.3)	468,200	9.8	167,600	3.5	4,955,800	1.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,788,200	2.0	(300,600)	(6.3)	468,200	9.8	167,600	3.5	4,955,800	1.9

CUADRO E-2 (CONT.)

ANALISIS DE INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS, POR PROGRAMA (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1994-1995		INCREMENTO o DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO o DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO o DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6.3 SALUD PUBLICA VETERINARIA	14,238,000	5.8	(1,390,600)	(9.8)	1,755,100	12.3	364,500	2.5	14,602,500	5.6
FIEBRE AFTOSA	8,341,700	3.4	(816,200)	(9.8)	1,274,600	15.3	458,400	5.5	8,800,100	3.4
ZONOSIS	5,896,300	2.4	(574,400)	(9.7)	480,500	8.1	(93,900)	(1.6)	5,802,400	2.2
7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	26,765,100	11.0	66,600	0.2	1,237,400	4.6	1,304,000	4.8	28,069,100	10.7
7.1 PERSONAL	4,025,300	1.6	(100)	*	176,000	4.4	175,900	4.4	4,201,200	1.6
PERSONAL	4,025,300	1.6	(100)	*	176,000	4.4	175,900	4.4	4,201,200	1.6
7.2 ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	5.4	(106,300)	(0.8)	672,100	5.1	565,800	4.3	13,672,500	5.2
ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	5.4	(106,300)	(0.8)	672,100	5.1	565,800	4.3	13,672,500	5.2
7.3 PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	3.3	(4,900)	(0.1)	281,500	3.5	276,600	3.4	8,255,200	3.2
PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	3.3	(4,900)	(0.1)	281,500	3.5	276,600	3.4	8,255,200	3.2
7.4 APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	0.7	177,900	10.8	107,800	6.5	285,700	17.3	1,940,200	0.7
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	0.7	177,900	10.8	107,800	6.5	285,700	17.3	1,940,200	0.7
GRAN TOTAL	244,260,000	100.0	(2,014,900)	(0.8)	18,976,900	7.7	16,962,000	6.9	261,222,000	100.0

* MENOS DEL .05 POR CIENTO

CUADRO E-3

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
I. CUERPOS DIRECTIVOS	138,000	.1	0	-	0	-
CUERPOS DIRECTIVOS	138,000	.1	0	-	0	-
CUERPOS DIRECTIVOS	138,000	.1	0	-	0	-
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	36,798,100	19.0	8,964,200	14.3	3,957,700	8.0
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	2,143,100	1.1	1,490,500	2.4	1,610,000	3.2
DIRECCION GENERAL	110,000	.1	195,000	.3	210,000	.4
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	848,800	.4	629,000	1.0	682,000	1.4
COORDINACION EXTERNA	780,100	.4	567,000	.9	610,000	1.2
INFORMACION PUBLICA	404,200	.2	99,500	.2	108,000	.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD	2,040,100	1.0	889,200	1.4	465,200	1.0
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	421,600	.2	0	-	0	-
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	48,000	.*	0	-	0	-
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	60,000	.*	68,000	.1	75,000	.2
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	1,510,500	.8	821,200	1.3	390,200	.8
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	28,191,400	14.7	5,477,500	8.7	828,500	1.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	3,999,000	2.1	787,500	1.3	828,500	1.7
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	24,192,400	12.6	4,690,000	7.4	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	2,887,900	1.4	1,107,000	1.8	1,054,000	2.1
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	284,900	.1	64,500	.1	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	2,603,000	1.3	1,042,500	1.7	1,054,000	2.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	1,535,600	.8	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	1,535,600	.8	0	-	0	-

CUADRO E-3 (CONT.)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	25,845,400	13.3	4,954,800	7.8	2,968,000	6.0	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	20,629,500	10.6	4,750,700	7.5	2,968,000	6.0	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	UAH DPR	19,847,600 781,900	10.2 .4	4,750,700 0	7.5 -	2,968,000 0	6.0 -
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD		1,721,900	.9	54,100	.1	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	1,721,900	.9	54,100	.1	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES		3,308,000	1.7	150,000	.2	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	3,308,000	1.7	150,000	.2	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		186,000	.1	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	186,000	.1	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		31,506,800	16.1	19,627,600	31.1	18,206,000	37.2
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.		13,654,800	7.0	2,167,600	3.4	468,000	1.0
SALUD DE MUJER, DE NIÑO Y PLANIFICACION DE FAMILIA SALUD DE LOS ADOLESCENTES SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	WCH ADH HEE	13,262,700 302,800 89,300	6.8 .2 .*	2,167,600 0 0	3.4 - -	468,000 0 0	1.0 - -
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		303,200	.1	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS SALUD MENTAL	HED ADT MNH	5,200 285,800 12,200	.* .1 .*	0 0 0	- - -	0 0 0	- - -
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		17,548,800	9.0	17,460,000	27.7	17,738,000	36.2
ALIMENTACION Y NUTRICION INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	NUT FOS	15,569,600 1,979,200	8.0 1.0	14,880,000 2,580,000	23.6 4.1	14,900,000 2,838,000	30.4 5.8

CUADRO E-3 (CONT.)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	11,726,400	6.0	2,576,900	4.1	1,963,600	4.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	11,726,400	6.0	2,576,900	4.1	1,963,600	4.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	5,590,800	2.9	754,500	1.2	781,800	1.6
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	5,862,200	3.0	1,822,400	2.9	1,181,800	2.4
SALUD DE LOS TRABAJADORES	273,400	.1	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	81,897,800	42.0	21,771,100	34.6	16,583,000	33.8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	68,959,900	35.4	13,136,200	20.9	7,569,500	15.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	19,111,500	9.8	4,543,800	7.2	776,400	1.6
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1,796,800	.9	1,574,700	2.5	1,575,400	3.2
ENFERMEDADES DIARREICAS	6,777,400	3.5	1,504,100	2.4	981,200	2.0
SIDA	19,742,000	10.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	15,400	.*	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	8,000	.*	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	14,009,800	7.2	485,600	.8	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	6,962,500	3.6	5,028,000	8.0	4,236,500	8.6
LEPRA	536,500	.3	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,059,800	.5	27,800	.*	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
CANCER	267,000	.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	792,800	.4	27,800	.*	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	11,878,100	6.1	8,607,100	13.7	9,013,500	18.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FIEBRE AFTOSA	7,961,300	4.1	6,923,000	11.0	6,923,000	14.1
ZONOSIS	3,916,800	2.0	1,684,100	2.7	2,090,500	4.3
VII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	6,612,500	3.5	5,077,400	8.1	5,381,700	11.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PERSONAL	488,000	.3	433,500	.7	471,000	1.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PERSONAL	488,000	.3	433,500	.7	471,000	1.0
ADMINISTRACION GENERAL	2,900,700	1.5	1,419,000	2.3	1,426,000	2.9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ADMINISTRACION GENERAL	2,900,700	1.5	1,419,000	2.3	1,426,000	2.9

CUADRO E-3 (CONT.)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,279,000	1.2	2,262,000	3.6	2,443,000	5.0	
PRESUPUESTO Y FINANZAS	BFI	2,279,000	1.2	2,262,000	3.6	2,443,000	5.0
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	944,800	.5	962,900	1.5	1,041,700	2.1	
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	SUP	944,800	.5	962,900	1.5	1,041,700	2.1
GRAN TOTAL	194,525,000	100.0	62,972,000	100.0	49,060,000	100.0	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	

* MENOS DE .05 POR CIENTO

CUADRO F-1

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS											
ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.		
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	164,466,000	270	384	93,603,100	5,480,100	6,367,800	2,770,000	12,341,100	7,994,100	2,815,800	33,094,200
OMS - WR	79,794,000	160	132	46,324,600	3,582,300	2,885,600	2,824,000	6,909,600	4,061,800	38,500	13,167,600
TOTAL	244,260,000	430	516	139,927,700	9,062,400	9,253,400	5,594,000	19,250,700	12,055,900	2,854,100	46,261,800
% DEL TOTAL	100.0			57.3	3.7	3.8	2.3	7.9	4.9	1.2	18.9
1996-1997											
OPS - PR	174,206,000	274	360	98,797,200	5,943,600	6,903,500	2,511,200	13,544,700	7,887,900	2,657,400	35,960,800
OMS - WR	87,016,000	158	133	48,835,200	4,131,600	3,133,500	3,113,100	7,277,600	4,694,000	120,600	15,710,200
TOTAL	261,222,000	432	493	147,632,400	10,075,200	10,037,000	5,624,300	20,822,300	12,581,900	2,778,200	51,670,700
% DEL TOTAL	100.0			56.4	3.9	3.8	2.2	8.0	4.8	1.1	19.8
1998-1999											
OPS - PR	188,601,000	271	360	106,050,500	5,943,600	7,562,200	2,511,200	15,114,600	8,805,600	2,607,500	39,805,800
OMS - WR	94,231,000	158	133	52,239,300	4,131,600	3,457,500	3,113,100	8,301,200	5,347,100	128,400	17,512,800
TOTAL	282,832,000	429	493	158,289,800	10,075,200	11,019,700	5,624,300	23,415,800	14,152,700	2,935,900	57,318,600
% DEL TOTAL	100.0			55.9	3.6	3.9	2.0	8.3	5.0	1.0	20.3

CUADRO F-2

ANALISIS DE LOS ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS	1994-1995		PORCENTAJE DE INCREMENTO O (DISMINUCION)	1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL		CANTIDAD	% DEL TOTAL
PERSONAL:					
PUESTOS	131,405,200	53.8	5.2	138,185,200	52.7
PERSONAL BAJO CONDICIONES LOCALES	1,259,700	.5	38.4	1,749,400	.7
SEGURO DE SALUD PARA RETIRADOS	3,949,300	1.6	5.1	4,150,700	1.6
ASISTENCIA TEMPORAL	3,313,500	1.4	7.2	3,553,100	1.4
TOTAL, PERSONAL	139,927,700	57.3	5.5	147,632,400	56.4
CONSULTORES A CORTO PLAZO	9,062,400	3.7	11.2	10,075,200	3.9
VIAJES EN COMISION DE SERVICIOS	9,253,400	3.8	8.5	10,037,000	3.8
BECAS	5,594,000	2.3	.5	5,624,300	2.2
CURSOS Y SEMINARIOS	19,250,700	7.9	8.2	20,822,300	8.0
SUMINISTROS Y EQUIPOS	12,055,900	4.9	4.4	12,581,900	4.8
SUBVENCIONES	2,854,100	1.2	(2.7)	2,778,200	1.1
OTRAS APORTACIONES:					
SERVICIOS DE CONFERENCIAS	1,564,900	.6	1.9	1,595,100	.6
SERVICIOS CONTRACTUALES	19,211,300	7.9	15.2	22,136,300	8.5
COSTOS AUDITORIA EXTERNA	492,200	.2	5.1	517,300	.2
GASTOS GENERALES DE OPERACIONES	18,802,000	7.7	12.4	21,125,800	8.1
ATENCIONES SOCIALES	52,000	.*	7.3	55,800	.*
COSTOS AUDITORIA INTERNA	167,300	.1	5.1	175,800	.1
PROGRAMA DE DESARROLLO DEL DIRECTOR REGIONAL	2,686,300	1.1	(6.9)	2,500,000	1.0
AMORTIZACION DE PRESTAMO DE LIBROS DE TEXTO	216,200	.1	(75.0)	54,100	.*
RELACIONES CON EL PERSONAL	68,500	.*	5.1	72,000	.*
COOPERACION TECNICA	3,001,100	1.2	14.6	3,438,500	1.3
TOTAL, OTRAS APORTACIONES	46,281,800	18.9	11.7	51,670,700	19.8
GRAN TOTAL	244,260,000	100.0	6.9	261,222,000	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

CUADRO F-3

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS NO ORDINARIOS											
ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
PA	1,200,000	0	0	1,200,000	0	0	0	0	0	0	
PN	13,000,000	0	0	13,000,000	0	0	0	0	0	0	
PC	3,348,000	3	0	1,925,900	80,000	131,200	26,000	711,400	0	473,500	
PJ	3,765,900	0	0	936,600	140,000	250,600	240,900	530,000	0	1,640,800	
PH	229,800	0	0	0	0	0	0	0	0	229,800	
PB	2,335,300	0	0	0	0	0	0	0	0	2,335,300	
PD	14,039,900	0	0	39,600	396,700	12,100	6,500	568,200	10,660,400	3,256,400	
PG	102,636,200	23	45	11,053,900	7,161,900	2,709,200	650,300	13,156,000	26,498,700	36,662,700	
PK	566,300	0	0	228,500	98,000	17,600	0	59,600	31,000	37,600	
PL	1,062,900	0	0	323,600	33,300	0	0	595,200	251,300	659,900	
PP	1,032,700	0	0	33,000	25,000	15,000	0	198,800	456,600	257,300	
PV	750,000	0	0	58,000	195,500	10,000	0	230,000	145,500	111,000	
PW	71,400	0	0	0	0	0	0	71,400	0	0	
PY	84,500	0	0	0	0	0	0	0	0	84,500	
PW	10,000	0	0	0	0	0	0	10,000	0	0	
PY	108,100	0	0	0	0	0	0	0	0	108,100	
PU	12,200	0	0	3,100	2,300	3,000	0	1,400	2,400	0	
PX	10,350,800	14	46	5,592,900	0	0	0	612,500	0	4,145,400	
DP	976,700	0	0	68,600	148,000	26,900	133,000	335,200	202,400	62,600	
DR	317,700	0	0	89,700	53,500	21,000	0	110,000	2,500	41,000	
FB	2,255,700	20	0	1,901,900	0	112,200	0	0	0	241,600	
FD	565,500	0	0	84,700	0	5,200	0	6,500	361,800	107,300	
FP	5,083,900	4	0	1,231,800	188,100	227,700	18,300	1,327,100	1,430,700	1,441,800	
FX	16,289,200	13	6	3,214,200	864,000	643,700	0	2,103,400	2,077,400	7,356,500	
ST	448,300	0	0	0	51,900	59,700	124,200	88,000	14,300	110,200	
VB	30,000	0	0	0	0	0	0	26,500	0	3,500	
VC	1,108,500	3	1	313,500	230,800	82,300	0	87,000	90,400	304,500	
VD	5,964,200	2	0	464,900	613,300	197,800	22,500	1,238,900	1,372,000	2,048,500	
VI	845,500	2	0	370,000	173,000	99,000	0	55,000	20,000	102,500	
VW	99,000	0	0	0	6,200	5,000	0	7,300	7,700	72,800	
VY	15,400	0	0	5,000	8,600	0	0	0	0	1,800	
VT	8,000	0	0	0	0	0	0	0	0	8,000	
AS	3,203,100	1	18	1,542,400	635,700	231,000	0	7,100	0	900	
EF	110,300	0	0	0	0	0	0	295,900	88,100	349,200	
										110,300	
TOTAL	194,525,000	85	116	43,481,800	11,105,800	4,869,200	954,800	20,774,000	45,657,500	5,324,900	62,357,000
% DEL TOTAL	100.0			22.4	5.7	2.5	.5	10.7	23.5	2.7	32.0

CUADRO F-3 (CONT.)

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
	\$		CANTIDAD	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1996-1997										
PA	1,200,000	0	0	1,200,000	0	0	0	0	0	0
PN	13,000,000	0	0	13,000,000	0	0	0	0	0	0
PC	3,400,000	2	0	1,860,000	90,000	150,000	40,000	800,000	0	460,000
PJ	1,628,000	0	0	500,000	113,300	72,300	28,400	162,800	0	751,200
PB	1,341,000	0	0	0	0	0	0	0	0	1,341,000
PG	28,549,500	10	38	7,255,500	1,902,900	709,300	2,238,200	4,008,200	369,200	12,066,200
PK	6,541,100	0	0	0	0	0	0	0	54,100	0
PX	6,508,400	14	44	6,508,400	0	0	0	0	0	0
DP	295,500	0	0	60,000	104,000	0	70,000	0	0	61,500
FP	819,100	3	0	542,000	10,000	2,000	119,000	8,000	35,000	103,100
VC	981,200	1	1	248,000	231,800	84,600	60,700	63,300	0	292,800
VD	4,074,700	0	0	130,000	340,000	167,500	688,000	1,189,600	0	1,559,600
VI	508,500	2	0	410,000	0	40,000	0	0	0	58,500
AS	612,000	1	9	612,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	62,972,000	33	92	32,325,900	2,792,000	1,225,700	3,244,300	6,231,900	458,300	16,693,900
% DEL TOTAL	100.0			51.4	4.4	1.9	.0	9.9	.7	26.5
1998-1999										
PA	1,200,000	0	0	1,200,000	0	0	0	0	0	0
PN	13,000,000	0	0	13,000,000	0	0	0	0	0	0
PC	3,420,000	2	0	1,880,000	90,000	150,000	40,000	800,000	0	460,000
PJ	816,500	0	0	300,000	56,600	40,700	10,200	70,200	0	338,800
PB	1,341,000	0	0	0	0	0	0	0	0	1,341,000
PG	18,876,300	0	30	5,053,000	249,000	158,700	911,500	2,900,400	0	9,603,700
PX	7,039,200	14	44	7,039,200	0	0	0	0	0	0
VC	981,200	1	1	248,000	231,800	84,600	60,700	63,300	0	292,800
VD	1,575,400	0	0	130,000	310,000	115,000	463,000	139,600	0	417,800
VI	542,400	2	0	430,000	0	50,000	0	0	0	62,400
AS	268,000	1	2	268,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	49,060,000	20	77	29,548,200	937,400	599,000	1,485,400	3,973,500	0	12,516,500
% DEL TOTAL	100.0			60.3	1.9	1.2	.0	8.1	.0	25.5

II. PROGRAMAS

II. PROGRAMAS

LISTA CLASIFICADA DE PROGRAMAS DE LA OPS 1996-1997

- | | | | |
|-------|------------|---|--|
| 1. | GOV | CUERPOS DIRECTIVOS | |
| 1.1 | GOB | Cuerpos Directivos | |
| 1.1.1 | GOB | Cuerpos Directivos | Actividades relativas a la preparación y convocatoria de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización (Conferencia Sanitaria Panamericana, Consejo Directivo y Comité Ejecutivo); a los subcomités que pudieran establecer los Cuerpos Directivos; y a la auditoría externa. |
| 2. | HHD | SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO | |
| 2.1 | PDM | Desarrollo y gestión del programa general | |
| 2.1.1 | EXM | Dirección general | Actividades de las oficinas del Director/Director Adjunto (D/DD); del Jefe de Administración (AM); y de dos unidades dependientes de D/DD, a saber: Asuntos Jurídicos (DLA) y Auditoría Interna (IA). |
| 2.1.2 | GPD | Desarrollo y gestión del programa de la OPS/OMS | Actividades de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP); actividades de servicios de apoyo de información (desarrollo de "software") para la gestión de la OPS por la Oficina de Apoyo de Gestión e Información (ACS); y actividades de apoyo de información para los servicios nacionales de salud. |
| 2.1.3 | SDP | Desarrollo del personal de la OPS/OMS | Actividades del Programa de Desarrollo y Adiestramiento del Personal (APL/SD). |
| 2.1.4 | DGP | Programa del Director Regional para actividades de desarrollo | Disposiciones presupuestarias para programas innovadores de cooperación técnica que no pueden determinarse específicamente en el momento de la aprobación del presupuesto por programas. |
| 2.1.5 | ECO | Coordinación externa | Actividades de una unidad dependiente de D/DD: Relaciones Externas (DEC), que incluye la colaboración con organismos del sistema de las Naciones Unidas y del interamericano situados en la Región, con otras organizaciones y con programas multilaterales y bilaterales. |
| 2.1.6 | INF | Información pública | Actividades relacionadas con la movilización de la opinión pública en apoyo de objetivos importantes en el terreno de la salud, en especial, la utilización de las técnicas de comunicación de masas en la promulgación de los principios básicos de la promoción de la salud. |

2.2	PPH	Política pública y salud	
2.2.1	HSD	Salud y desarrollo socioeconómico	Análisis de los aspectos institucionales en las políticas de salud; articulación de los servicios estatales, el seguro social y el sector privado en los sistemas nacionales de salud; fortalecimiento de la acción intersectorial en la formulación y ejecución de las políticas de salud; y participación del sistema de salud en programas integrados para combatir la pobreza. Análisis y búsqueda de opciones para el financiamiento del sector; gestión económica y financiera del sector para lograr mayor equidad y eficiencia en sus beneficios; y el estudio de las repercusiones de las políticas de ajuste sobre la salud y las relaciones entre la salud y la economía.
2.2.2	HLE	Legislación sanitaria, derechos humanos y ética	Análisis de las dimensiones políticas de la salud; identificación de entidades pertinentes para definir las políticas de salud; promoción de las metas de salud en los programas nacionales y regionales de desarrollo; implementación del Sistema de Documentación sobre Legislación Básica del Sector Salud en América Latina y el Caribe; cooperación para el análisis, desarrollo y evaluación de la legislación sanitaria en los países; y apoyo a los programas de la OPS/OMS para la preparación de los aspectos legales incluidos en las respectivas políticas de salud. Contribuciones para mejorar la calidad de la vida de la gente de la región mediante la aplicación de los principios éticos al ejercicio de la medicina en general, a la investigación biomédica y a los reglamentos sanitarios. En particular, contribuir al desarrollo del conocimiento en el campo de la bioética y cooperar con otros países en el establecimiento de normas y reglamentos para los asuntos relacionados con la bioética.
2.2.3	RPS	Desarrollo de políticas y estrategias de investigación	Actividades dirigidas al desarrollo de un marco conceptual y de instrumentos analíticos, administrativos y de evaluación aplicados al desarrollo tecnológico en el terreno de la salud. Constituye una parte esencial de la estrategia principal de administración del conocimiento de la OPS, que abarca la coordinación general de la investigación biomédica y en salud pública, destacando las funciones del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, así como de sus subcomités y grupos de trabajo; fortalecimiento de las capacidades nacionales de investigación en materia de salud; promoción de la metodología de investigación biomédica, socioepidemiológica y sobre sistemas de salud; gestión de la investigación en salud, en especial, los aspectos éticos; prestación de apoyo de información para la investigación; y promoción de políticas y mecanismos de desarrollo de la investigación en salud, tanto nacionales como internacionales.
2.2.4	WHD	La mujer, la salud y el desarrollo	Actividades con miras a reforzar la capacidad del sector salud para analizar la información epidemiológica desde el punto de vista de género a fin de desarrollar programas y políticas para reducir las inequidades de género en salud. Incluye diseminación de información sobre la situación de la salud de la mujer desde el punto de vista de género y el desarrollo de iniciativas para la investigación y capacitación que mejoren el entendimiento de las diferencias de género en los procesos de salud-enfermedad.
2.3	NHP	Desarrollo y gestión de políticas y programas nacionales de salud	
2.3.1	CPS	Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de los programas de país	Promoción, iniciación y establecimiento de mecanismos funcionales permanentes para la aplicación del proceso de formulación de programas generales de salud a nivel nacional. Incluye las actividades de la Oficina del Subdirector (AD), las Oficinas de los Representantes OPS/OMS, la Coordinación de Programas en el Caribe y la Oficina del Campo en la frontera entre México y Estados Unidos, así como la actividad de la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS).

2.3.2	HPL	Planificación sanitaria	Análisis de la constitución, la organización, los recursos y el funcionamiento del sector de la salud para dar orientación estratégica a las políticas de la salud y los proyectos de desarrollo sectorial.
2.3.3	EHA	Acción de emergencia y humanitaria	Actividades relacionadas con los preparativos para casos de desastre y la asistencia en situaciones de emergencia; se incluyen en este programa debido a su estrecha vinculación con el apoyo a los programas de país.
2.4	BHT	Información y tendencias biomédicas y sanitarias	
2.4.1	HST	Evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias	Mejoramiento de la capacidad para generar y utilizar el conocimiento relativo a: a) la evaluación del estado de salud de la población, sus factores determinantes y las tendencias, para contribuir a la definición de las prioridades de salud, las políticas y las estrategias de intervención, y b) la evaluación de la repercusión de las políticas, las estrategias y las intervenciones, para que pueden ajustarse o rediseñarse según sea necesario. Lo anterior abarca una mayor disponibilidad, calidad y oportunidad de los datos apropiados y la promoción de su utilización apropiada.
2.4.2	HBI	Información sanitaria y biomédica	Producción de publicaciones y documentos de la Organización. Desarrollo y promoción de los servicios bibliográficos y de documentación en el terreno de la salud, en especial, de las bibliotecas y los centros de documentación. Actividades relacionadas con la interpretación simultánea durante las reuniones de los Cuerpos Directivos, así como técnicas y administrativas; y con la traducción de libros, documentos y otras publicaciones de la Organización.
2.5	TCC	Cooperación técnica entre países	
2.5.1	TCC	Cooperación técnica entre países	Promoción y apoyo de las actividades de cooperación técnica entre países, que serviría como catalizador mediante el apoyo a los esfuerzos de los gobiernos por identificar, planificar y ejecutar los mecanismos de la cooperación interpaíses a niveles bilateral, subregional, regional y mundial.
3.	HSS	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	
3.1	PHC	Organización y gestión de sistemas de salud basados en la atención primaria	
3.1.1	UAH	Acceso universal a la atención de salud	Actividades de cooperación técnica para la reorganización del sector sobre la base de la estrategia de atención primaria, con miras a lograr equidad, eficacia, calidad y eficiencia en los servicios de salud. Apoyo a los procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud, al enfoque intersectorial y a la participación social. Incorporación dentro de la red de servicios de todos los recursos de atención de salud, incluidos los del sector público, del seguro social y de las organizaciones no gubernamentales y privadas, así como de los servicios hospitalarios y su acreditación y garantía de calidad. Apoyo a programas específicos para atender las necesidades de grupos de alto riesgo. Desarrollo de administración estratégica local y apoyo a la investigación en servicios de salud.

- 3.1.2 HSR Investigaciones sobre sistemas de salud Investigación concebida para identificar mecanismos que permitan aumentar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud, asignando particular importancia a la atención primaria de salud, a la descentralización y a la participación comunitaria.
- 3.1.3 TRM Medicina tradicional y salud de los pueblos indígenas Actividades que incluyen cooperación técnica y movilización de recursos destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de la Región. Formulación, ejecución y evaluación de proyectos de mejoramiento de la salud en zonas con poblaciones indígenas numerosas; esfuerzos de promoción de la salud y proyectos dirigidos a poblaciones prioritarias (mujeres indígenas) y a problemas de salud (agua salubre, nutrición). Se asignará consideración especial al ámbito de la medicina tradicional, que incluye, plantas medicinales pero no se limita a ellas. En particular, el trabajo en este ámbito está orientado a mejorar la articulación entre los sistemas de salud tradicionales y el occidental, principalmente a nivel local, aprovechando al máximo todos los recursos (incluso los servicios de curanderos tradicionales) para hacer que los servicios de salud sean más aceptables desde el punto de vista cultural para la población.
- 3.1.4 DPR Prevención de la discapacidad y rehabilitación Apoyo a los países para que desarrollen políticas y programas nacionales para la prevención de discapacidades y rehabilitación comunitaria integrados en los sistemas de servicios de salud como parte de la atención primaria.
- 3.1.5 ORH Salud bucodental Actividades relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades bucodentales en la comunidad y la promoción general de la salud bucodental.
- 3.2 HRH Recursos humanos para la salud
- 3.2.1 HRH Recursos humanos para la salud Actividades para coordinar el programa de becas y de libros de texto, así como la formación didáctica y pedagógica, para velar por la educación continua del personal de servicios de salud. Promoción del desarrollo institucional para la dirección de personal asignando particular importancia al análisis del mercado de trabajo, a la formulación de políticas de recursos humanos y al adiestramiento avanzado en estos ámbitos. Desarrollo institucional y programático de la educación en las profesiones relacionadas con la salud, asignando particular importancia a la medicina y a la enfermería, a la promoción del liderazgo y a la educación superior en salud pública.
- 3.3 EDV Medicamentos esenciales
- 3.3.1 EDV Medicamentos esenciales Formulación y ejecución de políticas nacionales de medicamentos para asegurar la cuantificación de las necesidades, compras, producción, distribución y el manejo de los medicamentos esenciales, en especial la garantía de la oferta al nivel de atención primaria de salud. Comprende actividades orientadas a la formulación de programas nacionales para la vigilancia y el mantenimiento de la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos.
- 3.4 QCT Calidad de la atención y tecnología de la salud
- 3.4.1 QAC Calidad de la atención y evaluación de la tecnología sanitaria Promoción de la evaluación de tecnologías de salud y de las actividades de garantía de la calidad de la atención de salud para mejorar la eficacia y reducir los costos mediante la difusión de información, el adiestramiento y una red de centros colaboradores. Apoyo de los programas nacionales y de la cooperación entre los países para intercambiar información y desarrollar normas comunes.

3.4.2	CLT	Tecnología clínica, de laboratorio y de diagnóstico por imágenes	Actividades relativas a la determinación de normas para los métodos clínicos, de diagnóstico y de tratamiento (incluidos los quirúrgicos) apropiados para su aplicación en la atención primaria de salud y los niveles inmediatos de apoyo; y actividades promocionales en el campo de la tecnología de la salud, incluidas las técnicas radiológicas y de laboratorio, y difusión de información pertinente.
3.4.3	DSE	Calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos y las sustancias biológicas	Actividades dirigidas a evaluar la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos y de las sustancias biológicas, en especial el establecimiento de las pautas, normas y reglamentos; procedimientos de control de calidad; y uso compartido de recursos entre los países.
4.	HPP	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	
4.1	FCH	Salud de la familia/comunidad y cuestiones de población	
4.1.1	WCH	Salud de la madre y el niño y planificación de la familia	Actividades orientadas al fortalecimiento de la capacidad técnica, gerencial y operativa nacional para concebir, ejecutar y evaluar los programas y los servicios de salud reproductiva de la población y la salud integral de las mujeres y los niños, aplicando métodos intersectoriales para la promoción y protección de la salud de los individuos, la familia y las comunidades.
4.1.2	ADH	Salud de los adolescentes	Actividades encaminadas a promover el desarrollo de programas y de recursos humanos, para prestar mejor atención a los adolescentes. Se asignará particular importancia a los enfoques intersectoriales de la promoción de la salud de los adolescentes y a la prevención de los comportamientos de riesgo. Elaboración de instrumentos para obtener datos sobre la atención a los adolescentes, salud de la familia y evaluación de los servicios.
4.1.3	HEE	Salud de las personas de edad	Promoción de una mejor comprensión de los procesos de envejecimiento normales y patológicos, con la finalidad de contar con una base para el establecimiento de planes, políticas y programas integrales para este grupo social que está creciendo. Promoción del adiestramiento en gerontología y difusión del conocimiento actual.
4.2	HYL	Modos de vida sanos y salud mental	
4.2.1	HED	Educación sanitaria y comunicación social	Actividades que ayudarán a los países miembros a establecer y consolidar la capacidad del sector de la salud para impartir y evaluar programas de educación sanitaria y de comunicación social a todos los niveles, en particular en los sistemas locales de salud, las escuelas, las comunidades y el lugar de trabajo. Con la participación de la gente y de todos los sectores de la sociedad en el análisis del conocimiento, los comportamientos y los modos de vida que se asocian con la salud y la enfermedad, desarrollar aptitudes y capacidades para aplicar soluciones a las necesidades y a los problemas. De especial importancia son las actividades de comunicación social en la movilización de la sociedad para establecer políticas públicas que favorezcan la salud. Además, intercambio de conocimientos y experiencias en los países y entre ellos en apoyo de las prácticas de los curanderos tradicionales entre las diferentes culturas indígenas y grupos étnicos.
4.2.2	ADT	Prevención y control del abuso de sustancias (alcohol, drogas, tabaco)	Servicios promocionales y técnicos sobre la formulación de políticas y programas nacionales para la investigación y la prevención y el tratamiento de los problemas resultantes del abuso de sustancias. Apoyo a las acciones de países destinadas a reducir la incidencia y la prevalencia del abuso de sustancias. Esfuerzos para educar a las sociedades y a las nuevas generaciones para que eviten el riesgo del abuso de sustancias.

- 4.2.3 MNH Salud mental
Actividades dirigidas al desarrollo de políticas, planes, programas y normas para promover y mejorar la salud mental y la reducción de riesgos. Prevención y atención de los trastornos mentales y neurológicos a nivel de la comunidad, teniendo en consideración los determinantes psicosociales.
- 4.2.4 STP Entornos para el fomento de la salud
Actividades orientadas al fortalecimiento de la promoción de la salud en las familias, las escuelas, los sistemas y servicios comunitarios de salud, las asociaciones cívicas, las ciudades y los municipios. Movilización de los recursos para formular y establecer políticas públicas que favorezcan la salud y para ejecutar y evaluar la educación sanitaria y los programas de comunicación para las acciones en materia de salud. Se asignará prioridad a las escuelas como entornos privilegiados para desarrollar y fortalecer la promoción de la salud, los programas de educación y como ambientes propicios para los comportamientos y los modos de vida sanos.
- 4.2.5 PRV Protección contra la violencia
Actividades concebidas para formular políticas públicas intersectoriales sobre promoción de la salud y prevención de la violencia a los niveles nacional y local, mediante el establecimiento de redes de grupos de acción locales sanos y no violentos, ejecutando programas de comunicación social a nivel de la comunidad en apoyo de una cultura de la salud y la no violencia, y ayudando en la ejecución de las intervenciones al nivel de la comunidad.
- 4.3 NFS Nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos
- 4.3.1 NUT Alimentación y nutrición
Actividades relacionadas con el mejoramiento del suministro de alimentos y de su disponibilidad y calidad nutricional. Incorporación en los planes de desarrollo locales y nacionales de intervenciones para la promoción de la buena nutrición y para reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a la malnutrición. Se incluyen aquí también las actividades para promover las prácticas de lactancia materna exclusiva al menos hasta el cuarto mes de vida.
- 4.3.2 FOS Inocuidad de los alimentos
Promoción de las actividades para el desarrollo de políticas y programas nacionales para asegurar la calidad y la inocuidad de los alimentos, armonizando las normas nacionales y las internacionales para facilitar el acceso de los productos alimentarios a los mercados internacionales y desarrollo de sistemas integrados de inspección y de vigilancia epidemiológica para evitar y controlar las enfermedades transmitidas por los alimentos.
5. EPD PROTECCION Y DESARROLLO AMBIENTAL
- 5.1 PEH Higiene del medio
- 5.1.1 CWS Abastecimiento de agua y saneamiento
Actividades orientadas a la ejecución de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento urbano, periurbano y rural, incluyendo aspectos de calidad, cobertura y reutilización. También incluye aspectos de planificación, legislación, participación comunitaria y desarrollo institucional.
- 5.1.2 ERA Evaluación y manejo de los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente
Actividades relativas al desarrollo de las capacidades nacionales para la protección, la vigilancia, la conservación y el uso de los recursos naturales, incorporando la dimensión de la salud en los procesos de evaluación, vigilancia y control de los impactos ambientales.

5.1.3	MWH	Gestión de los residuos sólidos e higiene de la vivienda	Apoyo de las actividades relativas a la recolección, el transporte y la eliminación de residuos sólidos municipales, incluido el desarrollo institucional; promoción de actividades relacionadas con aspectos de higiene de la vivienda y su entorno.
5.1.4	PCS	Seguridad química	Apoyo a las actividades destinadas al desarrollo de capacidades nacionales para la evaluación de los riesgos ambientales para la salud y a las medidas dirigidas al manejo de la calidad ambiental en relación con las sustancias químicas, los contaminantes ambientales y los desastres naturales y tecnológicos.
5.1.5	OCH	Salud de los trabajadores	Apoyo a las actividades orientadas al desarrollo de capacidades nacionales para el mejoramiento y la protección de la salud de los trabajadores y la calidad de los lugares de trabajo.
6.	DPC	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	
6.1	CCD	Control de las enfermedades transmisibles	
6.1.1	VID	Enfermedades prevenibles mediante vacunación, e inmunización	Actividades dirigidas a impulsar y apoyar la investigación sobre nuevas vacunas, organización de los ensayos de vacunas con los países miembros y evaluación de los resultados de introducir nuevas vacunas. Actividades relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunización.
6.1.2	ARI	Infecciones agudas de las vías respiratorias	Actividades relacionadas con la prevención y la lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias, el asma y el síndrome bronco-obstructivo en niños, y la prevención y el tratamiento del "niño enfermo".
6.1.3	CDD	Enfermedades diarreicas	Actividades relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, incluidas las acciones contra el cólera.
6.1.4	GPA	SIDA	Prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la infección por el VIH.
6.1.5	STD	Enfermedades de transmisión sexual	Prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.
6.1.6	TUB	Tuberculosis	Prevención y control de la tuberculosis.
6.1.7	CTD	Malaria y otras enfermedades tropicales	Actividades orientadas a promover la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, las enfermedades por arbovirus, la tripanosomiasis americana, la esquistosomiasis, la filariasis (en especial, la oncocercosis) y las leishmaniasis, incluido el control integrado de los vectores. Actividades relacionadas con la prevención y el control de las infecciones causadas por parásitos intestinales.
6.1.8	TDR	Investigaciones sobre enfermedades tropicales	Actividades relativas solamente al programa especial e incluidas en él.
6.1.9	OCD	Otras enfermedades transmisibles, incluida la vigilancia de las enfermedades nuevas y de la resistencia a los antibióticos	Planificación y actividades generales del programa de enfermedades transmisibles, incluso la administración del Reglamento Sanitario Internacional; actividades relacionadas con la prevención y el control de otras enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública como la meningitis, la peste, la influenza, el dengue y la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas víricas, el síndrome pulmonar por Hantavirus y la hepatitis vírica.

6.1.10	LEP	Lepra	Prevención y control de la lepra.
6.2	NDI	Control de las enfermedades no transmisibles	
6.2.1	CAN	Cáncer	Investigación operativa y obtención de apoyo para actividades de prevención y control del cáncer, asignando particular importancia a los programas para la prevención y la detección temprana del cáncer del cuello uterino y el desarrollo de registros sobre el cáncer. Apoyo epidemiológico a la prevención primaria de los cánceres relacionados con el tabaquismo, incluso la difusión de información y las iniciativas de promoción de la salud.
6.2.2	CVD	Enfermedades cardiovasculares	Apoyo para fortalecer las actividades de prevención, con énfasis en la función de la atención primaria y de los sistemas locales de salud, a fin de reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. Actividades para la detección y el control de la hipertensión. Adiestramiento y apoyo a la realización de encuestas sobre factores de riesgo y elaboración de programas modelo de intervención.
6.2.3	NCD	Otras enfermedades no transmisibles	Investigación operativa y obtención de apoyo para el mejoramiento de la detección de casos de diabetes y de la calidad de la atención. Apoyo a las iniciativas de promoción de la salud que abordan la prevención y el control de los traumatismos, incluidos proyectos de demostración y difusión de información sobre la repercusión y la eficacia en función de los costos de las intervenciones. Apoyo a la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en el contexto de los sistemas locales de salud, las iniciativas de promoción de la salud y la salud ambiental, por conducto de la capacitación, la fijación de prioridades y las consultas. Análisis de las repercusiones actuales y previstas de las enfermedades no transmisibles de importancia para la salud pública, incluida la carga económica, y de la repercusión prevista de ciertas intervenciones.
6.3	VPH	Salud pública veterinaria	
6.3.1	FMD	Fiebre aftosa	Prevención y control de la fiebre aftosa.
6.3.2	ZNS	Zoonosis	Prevención y control de las principales zoonosis y enfermedades afines transmitidas por los alimentos.
7.	PAS	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	
7.1	PER	Personal	
7.1.1	PER	Personal	Servicios de personal
7.2	GAD	Administración general	
7.2.1	GAD	Administración general	Servicios de conferencia, oficinas y edificios.
7.3	BFI	Presupuesto y finanzas	
7.3.1	BFI	Presupuesto y finanzas	Presupuesto, finanzas y servicios de contabilidad.
7.4	SUP	Suministros	
7.4.1	SUP	Apoyo logístico a los programas de país	Servicios de compras.

CUERPOS DIRECTIVOS

La Organización Panamericana de la Salud es gobernada por la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reúne cada cuatro años. El Consejo Directivo actúa en nombre de la Conferencia en los años que median entre las reuniones de esta. Por acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los Cuerpos Directivos también actúan como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Además, el Comité Ejecutivo celebra dos reuniones ordinarias cada año. Otros subcomités de estos Cuerpos se reúnen cada año, según convenga. La rúbrica "Cuerpos Directivos" del presupuesto cubre los gastos de las reuniones programadas y el personal de apoyo, así como el costo de la auditoría externa. El personal también presta servicio a otras conferencias, reuniones y seminarios según el tiempo lo permita.

SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

CONTEXTO REGIONAL

Desarrollo y gestión del programa general

1. La situación generalizada en todo el continente americano a medida que nos acercamos al final de este siglo es una mezcla más bien compleja de verdaderos logros y de fracasos, de aumentos en los ingresos y de notorias desigualdades. En todo el continente americano, las sociedades han aunado esfuerzos y han dejado atrás las insurrecciones de los años sesenta y setenta, así como el "decenio perdido" desde el punto de vista social y económico, de los años ochenta. Varios Estados Miembros de la OPS han hecho avances considerables al alejarse de un modelo de desarrollo estatista y que los llevaba a replegarse hacia sí mismos, para convertirse en sociedades que luchan por vincularse con un mundo caracterizado por la interdependencia electrónica, la competencia comercial los bloques comerciales subregionales, regionales, la globalización.

2. Los esfuerzos de integración subregional actualmente en curso en las Américas, las migraciones, las nuevas y explosivas situaciones que surgen en el seno de los países mismos y entre ellos, así como los avances hacia experiencias democráticas que asignan particular importancia al respecto de los derechos y las garantías individuales, inevitablemente van a tener repercusiones sobre la misión y la función de la OPS en los años que restan antes del final del siglo. Los procesos de reforma del Estado que están en curso, encaminados a reducir su importancia y a tornarlo más sensible a las necesidades individuales y de los grupos, están influyendo en la forma en que los Estados Miembros esperan que la OPS coopere con ellos, y en la forma en que ellos quieren que la Organización participe en los esfuerzos generalizados para reformar el sector de la salud.

3. En este sentido, se deberá tomar en cuenta las cuestiones jurídicas que están presentes en todo el quehacer de una organización internacional como la OPS, particularmente para reducir al mínimo la posibilidad de conflictos entre los intereses de la Organización, los del personal, agencias externas en relación con la OPS y los países donde se ejecutan los proyectos de cooperación técnica. Particular atención se debe dar a asuntos relativos a los derechos de propiedad intelectual, los derechos humanos, problemas de ética y, en general, sobre la forma en que la ley interactúa con la salud y la medicina.

4. Dado los cambios globales y su impacto sobre la Organización se hace necesario renovar la meta de Salud para Todos (SPT). A fin de contribuir a una postura global la OPS asumirá el liderazgo en un proceso de consulta, muy participativo con los países sobre el tema, el que será objeto de una Conferencia Mundial en 1997.

5. Teniendo como fundamento la persistencia de diferencias en el acceso y la cobertura de los beneficios de los sistemas de salud (inequidad en salud), la Organización adoptó nuevas Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el período 1995-1998, estrechamente relacionadas con el 9o. Programa General de Trabajo adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud, con los Análisis efectuados de la implementación de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas durante el período 1991-1994 y con los hallazgos de Condiciones de Salud en las

Américas, edición 1994, así como con diferentes análisis adicionales elaborados por distintas unidades de la OPS. La adopción de estas nuevas OEP es simultánea con la elección de un nuevo Director para la OPS, lo que implica, a partir de 1995, nuevas condiciones de política y de gerencia para la entrega de la cooperación técnica.

6. Por lo anterior se hace necesario revisar y actualizar los procesos gerenciales de la Secretaría particularmente en relación a la planificación, programación, seguimiento y evaluación de la cooperación técnica a fin de que los escasos recursos con que se cuenta sean eficaz y eficientemente utilizados para el logro de los objetivos estipulados en las OEP.

7. El Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) deberá reflejar como los programas y presupuestos bienales así como los programas de trabajo anual se establecen para lograr los objetivos de las Áreas de Trabajo y las Líneas de Acción de las OEP.

8. Las dificultades encontradas en la elaboración de los programas de trabajo de la Secretaría se concentran particularmente en la determinación del nivel de responsabilidad que se establece para ella y para los países en la ejecución de proyectos de cooperación técnica.

9. Un área importante en este desarrollo gerencial de la Secretaría es el manejo de los información oportuna y eficaz que sirva de base para la toma de decisiones. En ese sentido actualmente, hay 15 sistemas de información institucionales de gran envergadura que necesitan grados diversos de modificaciones y perfeccionamientos para dar cabida a los cambios determinados por la manera como la OPS lleva sus asuntos administrativos, y para sacar provecho de los ahorros adicionales de mano de obra que permiten los adelantos tecnológicos. En particular, los cambios en las normas y procedimientos de personal han hecho que los sistemas de Personal y de la Nómina de Sueldos sean cada vez más difíciles de mantener para dar cabida a dichos cambios. Varios estudios efectuados en años recientes han recomendado reemplazar o rediseñar estos sistemas para mejorar su utilidad para la Organización.

10. Otro aspecto relacionado con la información es la que se refiere a la información para servicios nacionales de salud. Los países de la región cuentan con sistemas de información poco desarrollados que dificultan la captura, procesamiento, análisis y documentación de los datos. Estas dificultades fueron evidentes particularmente para la gerencia de la Organización en ocasión de realizar la evaluación de las OEP y SPT en 1994, así como en la elaboración de "Condiciones de Salud de las Américas".

11. Los cambios sociales, económicos y políticos en la Región exigen el desarrollo de un concepto más amplio de la salud, así como enfoques y soluciones nuevos y más eficaces que los modelos y las respuestas tradicionales del pasado. Como resultado, están surgiendo nuevas exigencias, problemas y tareas, tanto para los países como para la Organización.

12. Por lo tanto, la Organización requerirá una plantilla que sea políticamente consciente, capaz de movilizar recursos y eficaz en el uso de los medios de comunicación.

13. Para ayudar a los países a elaborar planes nacionales integrados y a diseñar y ejecutar proyectos sostenibles, la Organización necesita aumentar su competencia en el desarrollo participativo y el diseño y la ejecución de proyectos.

14. La democratización de los países en la Región ha dado origen a movimientos sociales que apoyan la democratización en materia de salud de una manera más fuerte y clara, así como a mayores exigencias de grupos étnicos y especiales de otros tipos para participar en el proceso de alcanzar la salud de maneras adaptadas a su propia cultura y necesidades. Esta situación exige cobrar conciencia del tipo de problemas planteados por la cultura, el sexo de las personas y otros factores de diversidad, y requiere nuevas aptitudes y disciplinas.

15. Las necesidades planteadas por las prioridades de la Organización en las áreas de inversión en salud y ambiente han puesto de relieve la necesidad de fortalecer la capacidad institucional de incursionar y brindar asesoramiento en las esferas financiera y de inversiones, así como en la administración, el control y la evaluación de problemas ambientales.

16. Los nuevos conceptos que han surgido en el campo de la administración, que recalcan comportamientos de gestión basados en un criterio más humanístico y democrático, han dado impulso a la humanización de las organizaciones y han permitido reemplazar la concepción mecanicista de la autoridad y el poder por el nuevo concepto de la influencia basada en la colaboración y la razón.

17. El método de la calidad total, el enriquecimiento de los empleos, el uso del proceso de evaluación del desempeño con fines de desarrollo del personal, la supervisión concentrada en la orientación y la educación, la educación continua, los programas de incentivos y la mayor participación de los individuos en las decisiones que incumben a su trabajo son algunas de las estrategias que han permitido obtener buenos resultados al promover la excelencia y la productividad de las organizaciones.

18. La gestión de la tecnología de información es crucial para la OPS, tanto para proporcionar el apoyo de información sanitaria necesario para la toma de decisiones como para aumentar la capacidad operativa de la Organización. El adiestramiento en estas áreas será una constante a lo largo de toda la vida de la Organización para seguir de cerca el rápido progreso de la tecnología.

19. Otro aspecto importante en la gestión de la Organización, es la captación de recursos externos que complementen los escasos recursos ordinarios. En este sentido, el sistema interamericano está demostrando cada vez mayor preocupación por las necesidades de los grupos de población más vulnerables. En consecuencia, está asignando particular importancia a los problemas relativos a los derechos humanos, la democracia, el asentamiento, repatriación y participación de las

personas desplazadas en la sociedad civil, las repercusiones de la violencia sobre las mujeres, los servicios de salud para los niños y los asuntos relativos al desarrollo integral.

20. Se espera que una mayor toma de conciencia política con respecto a estos problemas agilice el logro de las metas que buscan mejorar el nivel del desarrollo humano en la Región. Sin embargo, se observa quizás también una tendencia en ciertos medios a crear otras instituciones paralelas especializadas dentro del sistema, lo cual puede conducir a la duplicación de actividades que ya están llevando a cabo otros organismos. Esto plantea un reto particular para la OPS, ya que la Organización debe coordinar sus actividades, en especial con la OEA, para alcanzar compromisos políticos más sólidos, de apoyo al ámbito de la salud.

21. El nuevo mandato de la Cumbre de las Américas, celebrada en diciembre de 1994, ha fortalecido la función y la responsabilidad de la OEA para generar cambios económicos y de desarrollo en la Región. La OPS tiene una función significativa que desempeñar en los programas del sector salud por ser la institución especializada del sistema interamericano. Ambas organizaciones tienen nueva administración, y se prevé que los esfuerzos de colaboración se renovarán y ampliarán.

22. El Sistema de Naciones Unidas continuará la tendencia a reformular las modalidades de intervención del sistema de cooperación técnica de las Naciones Unidas. Hasta el presente se ha concentrado el esfuerzo en lograr una mayor coordinación en cada país. El instrumento principal utilizado para este fin es el documento de estrategia de país. Los aspectos complementarios, como la posibilidad de compartir las oficinas, se seguirán abordando individualmente. Por otra parte, un acontecimiento que ha sido bien acogido es el diálogo de política y estrategia sobre prioridades y áreas de cooperación que se propone llevar a cabo con los países. Aunque la OPS ha mantenido este tipo de contactos con el sector salud, el nuevo método puede ayudar a llegar hasta otros sectores que tienen influencia directa o indirecta sobre los asuntos de salud.

23. El PNUD, que ha sido el canal tradicional para el financiamiento multilateral en el sistema de las Naciones Unidas, está enfrentándose con una erosión de sus recursos, en particular en los países de ingreso medio. Esto influye en el financiamiento destinado a la mayoría de los países de las Américas. Además, se prevé que aumentará la competencia entre los organismos de la Región para obtener financiamiento extrapresupuestario.

24. La tendencia a enfocar los proyectos de desarrollo hacia temas más amplios como el "desarrollo humano" o el "desarrollo sostenible" también requerirá esfuerzos especiales para poner de relieve entre los países la ventaja comparativa que brinda la OPS.

25. Seguramente se acentuará la tendencia hacia la "ejecución nacional", según la cual las responsabilidades substantivas y financieras de los proyectos incumben a entidades del país, mientras que los organismos del Sistema de las Naciones Unidas actúan como consultores en sus esferas de especialización, al menos si se trata de proyectos de desarrollo general. Esto requerirá un alto grado de coordinación, así como la capacidad para funcionar administrativamente según arreglos diferentes de los actuales.

26. El total de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) proveniente de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD), de la OCDE, alcanzó US\$ 60,4 mil millones en 1992. (1) Esta cifra representaba un aumento del 6,6% en comparación con 1991. Según un estudio (2) realizado por el Banco Mundial en 1993, aproximadamente el 7% de este total se destinaba al sector de la salud.

27. Históricamente, del flujo total de fondos procedentes de la AOD, cerca del 10% (3) ha correspondido a América Latina y el Caribe y, en 1992, alcanzó US\$ 5,5 mil millones. En 1991, que es el último año para el cual se tienen datos sectoriales, el 14% de la AOD total a las Américas se destinó a la salud, mientras que en el resto del mundo esta cifra fue de 7%. Esta diferencia podría interpretarse como una mayor capacidad del sector salud para movilizar recursos en este continente, o como un reflejo de que, a comienzos de los años noventa, los donantes prestaron más atención a las necesidades de los sectores sociales de América Latina y el Caribe, y en especial al de la salud.

Referencias

(1) OECD Report, 1993. Cuadro 36.

(2) Banco Mundial Informe sobre el desarrollo mundial, Invertir en Salud, 1993, capítulo 7.

(3) Klinger, Irene. Cooperación Internacional en Salud, septiembre 1992.

28. Si bien todavía no hay datos para 1993, cabe esperar que, gracias al renovado interés de la comunidad internacional hacia los sectores sociales, en el bienio 96-97 continuarán y se consolidarán las inversiones en capital humano y en salud efectuadas a comienzos de los años noventa. Paradójicamente, este aumento del interés por el sector de la salud ocurre al mismo tiempo que disminuye la asistencia oficial para el desarrollo, la cual se está reorientando desde América Latina y el Caribe hacia las democracias nacientes y otros continentes. La mejora de las condiciones macroeconómicas en el mundo industrializado puede dar lugar a un vuelco en esta situación. También se prevé que los próximos dos años se caractericen por un aumento de los préstamos (asistencia financiera reembolsable a América Latina y el Caribe.

29. Otro problema que se plantea es que cada vez se asignan más atención y recursos internacionales a las situaciones de emergencia humanitaria en detrimento del apoyo a los esfuerzos de desarrollo sostenible. Los fenómenos naturales y las condiciones políticas en general van a determinar si esta situación va a continuar o no.

30. Ante esta situación, se debe considerar la importancia de la imagen de la OPS, especialmente entre los niveles de toma de decisiones. Aunque la Organización es bien conocida y tiene una excelente reputación en la comunidad de la salud pública, muchas de sus actividades e iniciativas no tienen una imagen pública tan prominente como quisiéramos.

31. Existe también la necesidad cada vez mayor, del público y de los medios de comunicación, de información sobre temas sanitarios; por una mayor toma de conciencia sobre la importancia de la salud como componente clave del desarrollo y por las crecientes oportunidades de usar los modernos métodos electrónicos de difusión de información.

32. Esta necesidad de información que no cesa de aumentar, crea una enorme demanda de programas relativos a dichos temas, que sean oportunos, bien concebidos y

precisos y que lleguen al mayor número posible de personas a través de la radio, la televisión, los periódicos, las revistas, otros medios de comunicación y por conducto de los grupos interesados.

33. Ello crea además la necesidad de cooperación continua entre la OPS y los ministerios de salud, asociaciones de periodistas, cadenas de radio y televisión y otros grupos que pueden beneficiarse de la experiencia de la OPS en salud y comunicaciones.

Política Pública y Salud

34. En relación a la situación de política pública y salud, la Región se encuentra en un momento especial de su desarrollo, momento que se caracteriza por la consolidación de los ajustes macro-económicos que fueron introducidos en las economías nacionales después de la crisis de la década anterior. Hoy en día, se están redefiniendo rápidamente los roles del Estado y de la sociedad en la vida de los países, como también las relaciones de estos mismos frente a las diferentes instancias del desarrollo. Además, los procesos de integración regional abren oportunidades de cooperación técnica entre los países, pero también presentan nuevos retos para esta cooperación.

35. Se observa una creciente preocupación de parte de los países y de las agencias de desarrollo por las inequidades sociales que persisten y se exacerban. El aumento de conciencia en relación a las inequidades se ha traducido en los compromisos como los asumidos en las Cumbres de la Infancia, de Población, de las Américas, del Desarrollo Social y de la Mujer, que intentan responder a la situación en que viven grupos poblacionales.

36. Existe también el reconocimiento, de parte de las agencias multilaterales y bilaterales de cooperación que la salud es un recurso indispensable para el desarrollo humano. Este reconocimiento trae consigo numerosos desafíos: la limitada capacidad del sector salud para participar como líder en la definición de los ejes centrales de la reforma sectorial, y en la definición e inserción de acciones de salud en programas multisectoriales de combate a la pobreza extrema. Esta debilidad de negociación se manifiesta en la asignación limitada de recursos al sistemas de salud y en la ineficiencia de la gestión de los mismos.

37. El fortalecimiento de la capacidad del sector salud para liderar el proceso de reforma del sector con vistas a corregir las inequidades persistentes en salud y desarrollo humano requieren, primeramente, esfuerzos sistemáticos para promover la coordinación con entidades fuera y dentro del sector.

38. Fuera del sector salud, se reconoce la importancia crucial de la cooperación con los poderes Ejecutivo y Legislativo a nivel nacional, con el fin de resaltar la prioridad que tiene el desarrollo de la salud individual y colectiva como necesidad fundamental para el desarrollo del país. Igualmente, dicha cooperación debe de mantenerse de manera continua con otras entidades nacionales tales como las instancias que regulan el desarrollo científico-tecnológico en salud y las organizaciones no gubernamentales que promueven actividades que propician la salud y el desarrollo humano con equidad.

39. Dentro del sector, es necesario aprovechar oportunidades creadas por la integración regional para implementar y/o armonizar políticas que regulan la participación de los diferentes actores públicos y privados que intervienen en la producción y el consumo de bienes y servicios de salud.

40. El fortalecimiento del sector requiere de información epidemiológica actualizada y relevante sobre la situación de salud y condiciones de vida, desagregados por sexo, etnia, área geográfica y grupos sociales. Dicha información es esencial para el desarrollo, ya que solamente a través del análisis de estos datos se podrá captar la naturaleza de las inequidades existentes en diversas poblaciones, lo que permite responder con intervenciones eficientes y eficaces que contribuyan de manera sustantiva a la disminución de las inequidades.

41. Si bien es cierto que se requiere fortalecer la capacidad del sector salud para ejercer influencia a nivel macro, esta meta no se podrá lograr sin aumentar el conocimiento del sector sobre los mecanismos socio-culturales que operan, tanto a nivel macro como micro, para limitar o facilitar el acceso y control de los recursos y beneficios para proteger la salud. Estos mecanismos se evidencian, por ejemplo, a través del análisis de género en salud, análisis que requiere como insumo la desagregación de datos por sexo. Por ende, será importante fortalecer la capacidad del sector salud de utilizar la perspectiva de género para corregir las inequidades de género en salud.

42. Las posibilidades de contribuir al análisis y uso apropiado de la información relacionada con salud y condiciones de vida se incrementa conforme se aumenta también la capacidad técnico-científica de los países para desarrollar investigación en los campos de la salud pública. No obstante, a pesar de la creciente demanda de conocimientos relacionados a la salud, se observa en varios países de la Región una disminución de los recursos en esta área por parte del Estado. Por ejemplo, las instancias gubernamentales que norman y regulan el desarrollo científico-tecnológico han experimentado en los últimos años cambios organizativos y funcionales en el marco de las reformas del Estado. Estos cambios se han traducido en una mayor debilidad de su fuerza política y de sus recursos humanos y financieros, contribuyendo al hecho que subsisten los vacíos en políticas y planes de desarrollo en salud.

43. La mayor conciencia de la importancia de la salud por parte de diversas entidades, requiere del sector salud respuestas coherentes basadas en un conocimiento profundo de las múltiples dinámicas que operan en torno a la salud y las condiciones de vida de los países. La Secretaría estará lista para acompañarlos en este esfuerzo.

Desarrollo y gestión de políticas y programas nacionales de salud

44. Todos los países pueden mejorar algunos aspectos de la gestión de los servicios de salud y, en especial, de su infraestructura mediante una cuidadosa administración de sus recursos humanos, financieros, organizativos y materiales. La gran mayoría de estos recursos es de origen nacional aunque una parte significativa de ellos proviene de fuentes externas. Se requiere un esfuerzo considerable para coordinar estos diversos recursos y así velar por un programa integral y coherente que atienda las prioridades nacionales de desarrollo sanitario. La Organización Panamericana de la Salud presta cooperación técnica a las autoridades de salud de los países con miras a ayudarlas a atender estas prioridades. La Oficina del Subdirector coordina las iniciativas subregionales, que también proporcionan el marco para fortalecer la cooperación técnica entre países.

45. Uno de los principios básicos de la OPS es considerar las Oficinas de los Representantes de la OPS/OMS como fundamentales para lograr el mayor éxito en cualquier programa de cooperación técnica. Si bien se ha observado una mejora marcada en cuanto a instalaciones físicas, procesamiento de datos y

comunicaciones, es necesario centrar la atención en el fortalecimiento de las oficinas de Representación OPS/OMS. En consecuencia, resulta crítico velar por que dichas oficinas se organicen, se administren y se supervisen adecuadamente.

46. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. La creciente necesidad de mejorar los niveles de salud, así como de incrementar la cobertura de los servicios de salud, así como de saneamiento básico y control de la contaminación ambiental, está llevando a los países a orientar cada vez más recursos económicos a programas que contribuyen a este cometido. Los procesos de Ajuste Estructural y Reforma del Estado han sido llevados a cabo en muchos de los países de la Región y ello ha traído consigo una caída en los niveles de recursos dedicados al gasto social, particularmente en su capítulo de inversión. Durante el período 1982 a 1992 ha existido un bajo nivel de inversión pública en ambiente y salud en prácticamente todos los países de la Región. A pesar de la diversidad de los niveles de inversión, el promedio del conjunto de los países ha sido reducido: 0,38 del PIB en ambiente y 0,27 en salud. Estas tasas, lejos de permitir una ampliación de la cobertura de servicios en la Región, son insuficientes para hacer frente al deterioro de la infraestructura y al aumento poblacional. En la mayoría de los países el nivel de inversión en salud y ambiente ha sido también bajo como proporción de la inversión total del sector público en las áreas sociales. En los últimos años se ha empezado a plantear el interés por invertir en ambiente y salud como una de las prioridades de la nueva concepción de un desarrollo armónico y equitativo. La educación y la salud aparecen como pilares fundamentales de un desarrollo humano sostenible. Para ello se hace necesario recuperar y superar los niveles que tanto en operación de servicios como en inversión dedicaban los países a los sectores ambiente y salud antes de la década de los ochenta.

47. En foros del más alto nivel político, tanto mundial como regional, se han sentado las premisas para que la salud logre una mayor participación en la distribución de los recursos existentes. Las Cumbres Presidenciales, las declaraciones y programas de las agencias internacionales de financiamiento y de cooperación técnica, y los propios planes de desarrollo de los países abren nuevas y grandes oportunidades de inversión en capital humano. Sin embargo, esta apertura encuentra obstáculos y cuellos de botella estructurales que impiden que el potencial flujo de recursos hacia sectores tradicionalmente rezagados tenga plena aplicación y utilización. La ausencia de un sistema consolidado de inversiones en los sectores de ambiente y salud, las debilidades institucionales para diseñar y ejecutar planes y programas de inversión, así como en el manejo de proyectos son los mayores problemas que enfrenta la Región para armonizar el desarrollo en ambiente y salud con el desarrollo integral. Los problemas descritos se agravan con la carencia de recursos disponibles para actividades de preinversión, toda vez que se dificulta el acceso oportuno a éstos, dada la rigidez de sus mecanismos de administración, su excesiva onerosidad, y su frecuente vínculo a inversiones específicas.

48. La Organización Panamericana de la Salud, consciente de esta realidad y luego de consultar con los Gobiernos Miembros, lanzó la iniciativa del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. El Plan fue rápidamente acogido y aprobado por los países y por los foros regionales y subregionales de salud en el Continente. El Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud es más que un plan, constituye una iniciativa, espacio de concurrencia y potencialización de los esfuerzos de países y agencias, para optimizar la inversión de los nuevos recursos asignados a la salud y al medio ambiente. Además, el Plan es un marco de referencia para

acciones en el corto, mediano y largo plazo en el área de las inversiones. Actividades de urgente necesidad, como la realización de Análisis Sectoriales, el diseño de Planes Nacionales de Inversión en Ambiente y Salud en el marco de las Reformas del Sector, el diseño y ejecución de Proyectos Específicos de Inversión, el Fortalecimiento Institucional para planificación y gestión de las Inversiones, y la Formación de Recursos Humanos, son la base central de la iniciativa.

49. Emergencias y Acciones Humanitarias. Los riesgos naturales —terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra entre otras situaciones emergentes— continuarán amenazando a los países de América Latina y el Caribe durante el próximo bienio. La vulnerabilidad de los países frente a los desastres será exacerbada por los factores socioeconómicos. Por ejemplo, la acelerada tasa de urbanización en América Latina contribuye a causar deterioro ambiental y pobreza que, a su vez, conducen al aprovechamiento inadecuado de la tierra o a usar técnicas de construcción inapropiadas. Otros factores, como el crecimiento de la población y la poca instrucción también están relacionados estrechamente con el problema de la vulnerabilidad frente a los desastres. Según cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas, tanto la población como la densidad urbana en nuestra Región seguirán aumentando en el próximo siglo. Por tal motivo, resulta imperioso acelerar los esfuerzos para mitigar la repercusión de los desastres.

50. Los desastres naturales no son el único riesgo que afrontan los países de América Latina y el Caribe. La amenaza de los desastres tecnológicos está creciendo a un ritmo rápido y puede convertirse en motivo importante de preocupación en el siglo XXI. Durante el próximo bienio, se intensificarán los esfuerzos —bajo la forma de adiestramiento y difusión e intercambio de información— para preparar a profesionales en materia de desastres del sector de la salud en los países miembros para hacer frente a esta amenaza.

51. Varios países ya han tomado medidas y continuarán intensificando los esfuerzos de mitigación de desastres para complementar las medidas de preparación de larga data. Los países miembros han acabado por reconocer que la mitigación de desastres para los hospitales y otras partes de la infraestructura de salud no es un lujo sino una estrategia esencial para proteger esas instalaciones.

52. La ejecución de medidas de mitigación de desastres requerirá un compromiso nacional y la voluntad política necesaria. Aunque los cuerpos legislativos nacionales, subregionales y regionales están cobrando conciencia de los efectos de los desastres en el desarrollo, del cual la salud forma una parte integral, falta mucho por hacer para actualizar o revisar a fondo la legislación anticuada sobre desastres, que se basa principalmente en la respuesta.

53. La actual revolución mundial en materia de comunicaciones e información ofrece amplias oportunidades para el manejo de desastres por medio de medidas adoptadas antes, durante y después de estos. Actualmente hay varias iniciativas mundiales dirigidas al intercambio, por medios electrónicos, de información sobre manejo de riesgos y de otros desastres. No obstante, están dirigidas más bien a las necesidades de los países desarrollados, donantes, que a las necesidades de los países en desarrollo donde pueden ocurrir desastres. La OPS intensificará los esfuerzos para velar por que la Región y el sector de la salud se beneficien del establecimiento de vínculos entre investigadores y administradores de servicios de emergencia, la comunidad médica y los cuerpos legislativos, y las organizaciones no gubernamentales y los organismos bilaterales y multilaterales, y de la creación de una red organizada entre todos ellos.

54. Es poco probable que la prevención y mitigación de desastres disminuyan, en el corto plazo, la necesidad de la participación operativa de la OPS en actividades de ayuda humanitaria. La experiencia en Haití puso de relieve los grandes problemas que habrá que encarar durante el próximo bienio, como es la necesidad de mejorar la movilización de recursos, fortalecer la posición de liderazgo de la OPS en todos los aspectos sanitarios de los desastres e identificar o formar personal especializado en los aspectos que son exclusivos de los llamados desastres complejos.

Información y tendencias biomédicas y sanitarias

55. Gran parte del progreso alcanzado en las Américas durante los últimos 150 años, tanto en el desarrollo humano en general como en la salud pública en particular, se ha debido a la difusión de los conocimientos resultantes de la investigación científica básica y aplicada. La publicación constituye una fase decisiva en el proceso de comunicación científica, y la publicación científica —que por definición implica la revisión y la validación por los expertos en el tema—, si bien no es infalible, representa el método más riguroso para lograr la comunicación de información veraz.

56. La difusión de información y, más concretamente, la publicación de los resultados de la investigación sanitaria son cruciales en relación con las principales líneas de fuerza de las OEP y 9no. PGT de la OMS. En este contexto, los objetivos de la publicación y la difusión de información son los siguientes: determinar los problemas de salud y fijar prioridades en relación con ellos; guiar y acelerar la aplicación del conocimiento para la resolución de los problemas de salud; elaborar herramientas y estrategias nuevas; y fortalecer los fundamentos y ensanchar las fronteras del conocimiento.

57. En consecuencia, compete a la Secretaría determinar la situación regional con respecto a la difusión de información sanitaria —tanto las necesidades cuanto la mejor forma de responder a ellas—, teniendo en cuenta las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización. La falta general de acceso a la bibliografía científica —lo que la OMS ha descrito como la carencia de medios energéticos y eficaces para difundir los resultados de la investigación— es uno de los problemas más grandes que afrontan los investigadores del campo de la salud en las Américas. El decenio pasado pudimos atestiguar el aumento de las dificultades para que las instituciones, los estudiantes y los investigadores produjesen y tuvieran acceso a la bibliografía de salud pública, debido a los costos ascendentes de los libros y las revistas en relación con los recursos locales cada vez más exigüos. Por contraste, el mundo desarrollado ha experimentado una poderosa explosión en el tema de la información, tanto impresa como electrónica. En consecuencia, se sigue ensanchando la brecha en lo que se refiere a los conocimientos técnicos y científicos. Las revistas científicas y técnicas en el ámbito de la salud han sufrido reveses financieros que han dado lugar a la desaparición de algunas y la irregularidad de otras. Las bibliotecas de salud en todas las Américas han experimentado asimismo recortes del financiamiento, situación que las ha obligado a reducir sus acervos, de por sí exigüos, y los servicios que prestan. Los problemas de acceso relacionados con la mengua del financiamiento se ven complicados en muchos países por los grandes obstáculos de la distribución y la circulación ineficientes de la bibliografía de salud, que limita el flujo de información crucial, situación que puede propiciar la duplicación de investigaciones, entre otros efectos inconvenientes.

58. Además de los investigadores, el personal sanitario de todas las categorías en los países de la Región —entoda la gama geográfica, política y socioeconómica— requiere información que sea válida, útil y pertinente a sus necesidades locales, en forma de libros, revistas científicas, documentos y otros medios impresos o electrónicos. La información es de importancia estratégica para la formulación y la ejecución de políticas de salud y para la formación de recursos humanos, en parte como un medio para reducir la dependencia con relación al mundo desarrollado. Al mismo tiempo, para resolver los problemas sanitarios directamente relacionados con los hábitos y los modos de vida de las personas, será necesario ir más allá de los centros académicos y la burocracia para llegar a los consumidores de servicios de salud y a la comunidad en general. Esa extensión exigirá la elaboración de herramientas y productos de comunicación social.

59. Publicación. La contribución de América Latina y el Caribe a la bibliografía internacional científica y técnica ha aumentado considerablemente en años recientes, aunque una parte desproporcionada de la bibliografía se origina en unos pocos países, especialmente Brasil, Argentina, México, Chile y Venezuela. Sin embargo, el impacto de la citación, que se determina sobre la base de la frecuencia con que los artículos de investigación se citan en la bibliografía, ha permanecido relativamente estático (Garfield, 1995).

60. De las 3.081 revistas científicas sobre salud y medicina que la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos incluye en el Index Medicus, solo 45 (1,46%) son de América Latina y el Caribe; de estas, 68% son de medicina clínica, 26% de biomedicina y solo 6% (tres revistas) de salud pública (Index Medicus, 1994).

61. Un estudio de unos 3.000 artículos publicados en una muestra de 51 revistas de América Latina y el Caribe entre 1988 y 1993 mostró que 21% de los artículos trataban de enfermedades transmisibles, 15% de ciencias biológicas y bioquímica, 12% de medicina interna y cirugía, 11% de pediatría, 8% de alimentación y nutrición, 6% de epidemiología y 6% de servicios y sistemas de salud. El mismo estudio indicó que la cobertura de ciertos temas que los Cuerpos Directivos han designado como prioridad —como la promoción de la salud, la higiene del medio, y la mujer, la salud y el desarrollo— era inferior a 5% (Programa de Publicaciones de la OPS, 1994). En forma similar, un estudio de la investigación en Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago entre 1976 y 1990 reveló que 63,8% de las publicaciones no encajaban en ninguna de las siete áreas prioritarias designadas por la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (Alleyne et al., 1995).

62. De las 507 revistas de salud de América Latina y el Caribe incluidas en LILACS (Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud), producida por BIREME, 74% tratan de medicina clínica, 14% de biomedicina y solo 12% de salud pública (BIREME, LILACS, 1990).

63. En los últimos 20 años el número de revistas de América Latina y el Caribe incluidas en el Science Citation Index nunca ha pasado de una docena; actualmente hay 11, distribuidas según el tipo de investigación como sigue: investigación clínica (6 revistas, o sea 55%), investigación biomédica (4 revistas, o sea 36%) y salud pública (una revista, Salud Pública de México, o sea 9%).

64. Un estudio de la investigación sobre salud en cinco países latinoamericanos entre 1987 y 1989 reflejó este predominio de la investigación clínica y biomédica, y la salud pública ocupó un lugar secundario. La proporción de la investigación

que correspondió a esta última fue la siguiente: Argentina, 12,4%; Brasil, 15,1%; Cuba, 30,4%; México, 21,5%; y Venezuela, 12% (Publicación Científica 543, 1993).

65. Es evidente que la investigación que se lleva a cabo en los países no refleja —desde el punto de vista del contenido temático— las prioridades establecidas por las autoridades sanitarias nacionales. Los individuos y las instituciones que trabajan en la investigación científica tienden a realizar sus investigaciones principalmente en las áreas de la medicina clínica y, en segundo lugar, de la biomedicina. La salud pública en general es el tema de muchas menos publicaciones, y las áreas prioritarias de salud más específicas designadas por los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud durante los tres pasados cuatrienios están significativamente subrepresentadas en el conjunto de la investigación reciente originada en los países de la Región.

66. En efecto, se observa una gran incongruencia en la relación que existe entre las actividades de investigación, y por ende la información científica emanada de esta, y las prioridades sanitarias nacionales. En consecuencia, existe la necesidad regional de superar las brechas en materia de información sobre asuntos generales y específicos de salud pública y de proporcionar al personal sanitario nacional de todas las categorías, la mejor información sanitaria. Este es el propósito principal del Programa de Publicaciones de la OPS.

67. Comercialización, distribución y ventas. Varios factores existentes en la Región condicionan la penetración eficaz de la información sanitaria en los países: un aumento del interés y la demanda de tal información; la falta relativa, según se señaló anteriormente, de información de salud pública para satisfacer esa demanda; la mayor disponibilidad, acceso de los medios electrónicos de comunicación; el limitado poder adquisitivo de los posibles lectores en algunos países, las dificultades para que los libros lleguen de los productores a los usuarios, sin olvidar los altos costos de envío y manejo, los problemas de aprobación aduanal, las deficiencias del sistema de correos y la disminución de los privilegios de franqueo libre que se tuvieron en un tiempo.

68. Información y documentación. Las bibliotecas y los centros de documentación están experimentando hoy en día un cambio notable en la naturaleza de los servicios y los productos que deben proporcionar, y cabe prever que en el futuro la fuerza de la tecnología altere radicalmente su función en el proceso de comunicación científica y técnica. El uso generalizado de las computadoras y el crecimiento de las redes de comunicaciones —que ha desembocado en algo no tan pulcramente configurado como una supercarretera de la información, sino en algo más parecido a un océano de información que crece sin cesar— está forjando una nueva misión para estos centros de información: si bien tradicionalmente se los consideraba como el "Locus" donde se almacenaba y desde el cual se recuperaba la información, ahora afrontan el desafío de convertirse en "intermediarios" de la información en un ambiente "virtual", manteniendo el enlace entre los productores y los usuarios de esta y, en medio de la vastedad de las fuentes a su alcance, sirviendo como un filtro juicioso de lo que es pertinente y oportuno. Cabe esperar que las bibliotecas incluyan archivos de datos y recursos en forma electrónica; combinen la información y los servicios teniendo en cuenta la comodidad y las necesidades de los usuarios; asuman un papel cada vez más dinámico en asesorar a individuos y grupos en materia de procesamiento de la información; creen "mostradores especiales" atendidos por especialistas en determinados temas, para racionalizar y adaptar las respuestas que se dan a determinadas comunidades de usuarios; apoyen y participen en programas de educación generales para crear una

base de aptitudes en lo referente a la información; y disminuyan el número de tareas corrientes, de rutina, dejando al personal de la biblioteca en libertad de prestar servicios directos a los usuarios.

69. Entre los principales problemas detectados en el área de información y documentación, se encuentra la necesidad de tener comunicación más rápida y confiable en Latinoamérica y Caribe, que hacen frente a un gran problema de comunicación, que impide el progreso de la red de información, siendo necesario considerar este tema como prioridad.

70. Los medios de comunicación actuales conjugan el fax y el correo electrónico a la transferencia de archivos electrónicos. Esa comunicación vence la barrera de horarios ya que los textos de computadora a computadora esperan a su destinatario, que recibe el mensaje en su propio tiempo. Así, el local de trabajo hoy día es donde la persona está con su micro, modem y teléfono y ya no existe la inmovilidad física donde la información estaba donde permanecían las colecciones.

71. El análisis de las orientaciones de la planificación y de la evolución de la información en la Región como un todo y la identificación de los obstáculos que se debe vencer para tener éxito en las metas asignadas de informar bien, de la forma más rápida posible, con los medios más adecuados y sobre los temas más avanzados y actuales, preparando a nuestros profesionales para competir con los mejores del mundo, se hizo en los últimos 4 años encuentros organizados por BIREME/OPS, sobre el tema Información en ciencias de la salud en América Latina y el Caribe: situación actual y perspectivas a las nuevas tecnologías en 1992 y, sobre el tema de los desafíos de la era de la información: agentes y usuarios, donde se discutieron temas como inteligencia artificial, sistemas de información especializada, megatendencias de la informática en salud, producción científica y factores de reconocimiento de calidad.

72. Ese análisis ha demostrado que existe apoyo a las políticas de información pero, sin embargo, las redes nacionales no tienen recursos necesarios, con algunas excepciones, para obtener colecciones de revistas de forma constante y sistemática ni de obtener personal calificado, así como acceso fácil a los medios electrónicos de comunicación e información.

73. No obstante el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud es una red real, operante, concisa y exitosa en lo que se refiere a sus metas y prácticas metodológicas comunes, esa es su única fuerza en un continente donde la integración regional es difícil y donde los ejemplos de cooperación a nivel de toda la Región son escasos y esporádicos, así, solamente podrá seguir avanzando en sus proyectos y operación si camina conjuntamente y se progresa de forma simultánea en dirección hacia las nuevas conquistas tecnológicas, usando plenamente los medios modernos de comunicación disponibles hoy en día.

74. En el presente, la operación del Sistema Regional puede ser expresada a través de los siguientes datos: 23 países con más de 160 Centros Cooperantes y más de 350 Bibliotecas Participantes pertenecientes al Sistema Regional; 15.000 registros ingresados anualmente a la base de datos LILACS, que tiene un total de 135.000 registros; 650 suscripciones anuales de LILACS/CD-ROM; 300.000 solicitudes anuales de fotocopias de artículos; 2200 usuarios y bibliotecas conectados en línea a BIREME; de 1992 hasta 1994, cerca de 600 bibliotecarios recibieron adiestramiento en la Metodología LILACS y cerca de 1.500 usuarios, en acceso a bases de datos.

75. El reto es de vencer la resistencia a la incorporación de nuevas ideas y prácticas y que cada cual acepte transferir su "know-how" a todos los demás miembros del Sistema. El proceso de compartir y ayudarse mutuamente debe ser incrementado y las perspectivas futuras definidas claramente como un verdadero propósito.

76. Se debe hacer un uso sin restricciones de los medios de comunicación al servicio de la información, luchando contra la dependencia y el privilegio de algunos de tener acceso a la información de forma individual en detrimento de los demás.

Cooperación técnica entre países

77. Los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado la promoción de acciones conjuntas entre los países para abordar los problemas comunes por considerarla una de las estrategias clave para mejorar la salud de las personas de las Américas. El área de la Cooperación Técnica entre Países (CTP) sigue siendo muy importante para la OPS y si bien se ha avanzado mucho, todavía hay posibilidades de mejorar.

78. La CTP es una manera eficaz de prestar cooperación técnica entre países que tienen problemas y objetivos comunes. La Oficina del Subdirector actúa como el punto focal para la CTP, lo que incluye estimular su uso para satisfacer las necesidades de cooperación técnica de los países. La utilidad de esta forma de cooperación y las normas que rigen el uso de los fondos de CTP están muy claros. El hecho de que algunos Representantes de la OPS/OMS sean más exitosos que otros demuestran lo que puede hacerse. Sin embargo, hay que encontrar algún mecanismo para activar aun más el interés en esta área.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

Desarrollo y Gestión del Programa General

79. La estrategia de cooperación del Secretariado se fundamenta en las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998. Las estrategias que adoptarán las unidades de la estructura en particular se describen a continuación:

80. La oficina de Asuntos Jurídicos prestará servicios legales eficaces generales a la Dirección, a los Cuerpos Directivos, a los representantes de la OPS/OMS, a los centros panamericanos y a las unidades técnicas y administrativas en asuntos que influyen en la situación legal y el funcionamiento general de la Organización. Se prestará atención particular a los privilegios y a las inmunidades de que goza la OPS en los países miembros y a la garantía de que los acuerdos básicos que otorgan a la OPS una situación especial como organización internacional pública sean ratificados y acatados por los Gobiernos Miembros. En este sentido, los servicios jurídicos generales prestados por DLA serán fundamentales para la aplicación eficaz de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS.

81. La Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) promoverá la implementación de las OEP y del 9PGT en planes y programas operativos específicos que den cumplimiento a los objetivos propuestos por los Cuerpos Directivos y las prioridades establecidas por los países, y la generación de políticas para la Organización que se desprendan de un análisis estratégico de la situación de la Región el cual deberá realizarse con el apoyo de todas las unidades regionales y de país.

82. Durante el bienio promoverá el desarrollo del proceso de planificación, programación, monitoreo y evaluación de la cooperación técnica, fortaleciendo el campo de métodos y técnicas prospectivas así como aquellos de programación en el AMPES de forma que se adecuen el 9o PGT y a las OEP aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana, y proponiendo procesos de desarrollo institucional. Para ello continuará participando en el desarrollo del personal de la Organización y de los países en diseminar la metodología del enfoque lógico para la gestión de proyectos en la OPS y su aplicación al sistema del AMPES.

83. También promoverá la revisión del concepto y aplicación del tema de cooperación técnica internacional en salud y la renovación de la meta de Salud Para Todos, de acuerdo con las nuevas circunstancias regionales y la consideración a escenarios futuros alternativos.

84. El Departamento de Apoyo a la Gestión y la Información (ACS) proseguirá con diligencia las mejoras a los sistemas de la Organización en el bienio 96-97. Los sistemas FAMIS y ADPICS seguirán necesitando apoyo, a fin de ayudar a que AFI y APO obtengan el mayor provecho posible de la inversión que la OPS ha hecho en estos sistemas. ACS continuará apoyando el FFMS instalado en 35 oficinas de campo. El FFMS se mejorará continuamente para proporcionar un mejor instrumento para la administración y la dirección de personal en las oficinas de campo.

85. ACS también procurará mejorar la accesibilidad de la información para los gerentes en el campo y en la Sede, mediante actividades encaminadas a lograr una mejor integración de los sistemas y la información, así como el mejoramiento de la presentación de esa información. Para tal efecto, los sistemas de AMPES y de OMIS en la Sede se ampliarán considerablemente.

86. Se prestará especial atención al área de la información relacionada con donantes y subvenciones. Además, ACS se concentrará en integrar las diversas aplicaciones que hay en la OPS, para permitir que compartan información de mejor manera, reduciendo así el volumen de trabajo de los usuarios y facilitando que la información sea combinada para crear nuevos productos de informática que brinden mejor apoyo al cometido general la OPS.

87. El Programa de Sistemas de Información (HSI) promoverá y coordinará con los países la toma de decisiones en relación al desarrollo de sistemas de información, su organización y su utilización para los servicios de salud.

88. Administrará el conocimiento en relación a las experiencias y tecnología existente y la pondrá a disposición de los países utilizando la estrategia de cooperación técnica entre países.

89. Desarrollo y adiestramiento del personal (APL/SDT). La estrategia general del Programa de Desarrollo del Personal es introducir programas que se sostengan a lo largo del tiempo. Esto implica que los métodos y actividades del programa de desarrollo de recursos humanos se integran en la estrategia general de desarrollo de la Organización y que los esfuerzos del Programa de Desarrollo del Personal se coordinan con otros sistemas y actores clave institucionales.

90. El diseño y la provisión del adiestramiento incorporarán y harán mejor uso de los conocimientos, la experiencia y las capacidades de la Organización. También se emplearán recursos externos para proporcionar los últimos conceptos en los campos de especialización de nuestros funcionarios y para brindar oportunidades

para estudiar nuevas ideas, analizar experiencias y resolver problemas. Las actividades se desarrollarán de una manera interprogramática, prestando especial atención a la aplicación en el trabajo.

91. Siempre que sea posible, en los programas llevados a cabo en sociedad con las unidades técnicas, los programas de adiestramiento incorporarán a personal nacional para unificar el punto de vista con sus homólogos de la OPS.

92. Las actividades del programa incluirán a todos los funcionarios, independientemente del contrato o lugar de destino. Estas actividades responderán a prioridades programáticas y específicas de la Organización, al propio tiempo que procurarán ofrecer oportunidades de crecimiento individual y autorrealización.

93. Se asignará prioridad a apoyar las necesidades de las oficinas de campo de una manera más anticipada y concentrada, dentro del contexto del programa de desarrollo de cada representación de la OPS/OMS. Las actividades estarán encaminadas a responder a las necesidades de trabajo y a las iniciativas subregionales concretas.

94. En el área del desarrollo de la capacidad de gestión, se hará hincapié en el desarrollo de los PWR, los directores de los centros panamericanos y los funcionarios de alto rango de la Organización.

95. Oficina de Relaciones Externas (DEC). Durante el bienio 1996-1997 DEC continuará fortaleciendo la presencia e influencia de la Organización en la esfera internacional, para velar por que se reconozcan los problemas relativos a la salud y el desarrollo humano, así como las prioridades en materia de salud, tanto de la región como de los países y por que se asignen los recursos necesarios para mejorar las condiciones de salud de la población de América Latina y el Caribe.

96. Los procesos de reforma del sector salud que se están llevando a cabo en el continente exigen grandes esfuerzos. En primer lugar es necesario aumentar la eficiencia del sector y mejorar su capacidad para aprovechar al máximo los escasos recursos provenientes del país mismo o del exterior.

97. La Oficina de Relaciones Externas tiene las responsabilidades fundamentales de establecer contactos con los donantes y, además, concebir estrategias y formular recomendaciones relativas a la preparación de políticas y programas encaminados a facilitar la obtención de los recursos externos requeridos. Se prevé que el aumento del interés de la comunidad internacional hacia los sectores sociales, las inversiones en capital humano y la salud observado a comienzos de los años 90 se consolide durante el próximo bienio. DEC aprovechará todas las oportunidades a su alcance para que estas condiciones promisorias repercutan sobre el mejoramiento de la salud en la Región.

98. Es importante enfrentar este desafío de movilizar recursos y tratar de mantener el máximo interés de la comunidad internacional hacia los problemas sociales y de salud, para que se reconozca la necesidad de sostener su apoyo a esta Región. Si esto no se logra, el progreso alcanzado hasta la fecha se verá interrumpido.

99. En vista de la magnitud de la tarea que tiene ante sí, la Organización habrá cumplido su cometido si puede mantener los niveles actuales de apoyo extrapresupuestario durante el próximo bienio. La Oficina de Relaciones Externas, por su responsabilidad de funcionar como el canal de acceso de la Organización a la comunidad internacional, fortalecerá las relaciones con el sistema

interamericano, el sistema de las Naciones Unidas, las instituciones internacionales de crédito, los organismos de cooperación bilateral y los gobiernos, las ONG y el sector privado. Esta colaboración debe contribuir a mejorar la comprensión mutua, al aumento de la influencia sobre quienes formulan políticas sanitarias en otras instituciones, y al incremento de los recursos asignados al sector salud.

100. Con miras a mantener los niveles de financiamiento extrapresupuestario estipulados en las orientaciones estratégicas y programáticas, será necesario prestar atención particular al proceso de preparación, administración, y evaluación de los proyectos de desarrollo en el ámbito de la salud para que durante el próximo cuatrienio puedan mobilizarse más recursos financieros externos, en forma de préstamos concesionales o no, con la finalidad de transformar los sistemas nacionales de salud.

101. Además, se prestará atención especial al fortalecimiento de las instituciones nacionales que se ocupan de la gestión de la cooperación internacional en materia de salud.

102. Oficina de Información Pública (DPI). La estrategia que adoptará DPI abarca todos los aspectos de comunicación y de información esbozados en las orientaciones estratégicas y programáticas, utilizando los mejores métodos y tecnologías para difundir la información, tanto en la Sede como en los países, para asegurar que llegue a quienes más la necesitan en los diversos niveles.

103. DPI asignará particular importancia al mejoramiento del programa de información regional de la OPS para así responder a las necesidades de los países y de las unidades técnicas, en colaboración con los Representantes de la OPS/OMS, con los centros panamericanos y con los programas de la Sede.

104. Como parte de esta estrategia, DPI procurará utilizar más los medios de comunicación desde la Sede de Washington, y desde las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS y los centros panamericanos. Brindará apoyo técnico y procurará obtener financiamiento para mantener funcionarios de prensa activos en cada centro panamericano y oficina de país con miras a ayudar a divulgar información fundamental sobre la salud por conducto de los medios de comunicación y otras vías.

105. DPI también procurará aumentar el uso de las tecnologías de la información para apoyar los esfuerzos de mejoramiento de la salud, y en especial, videoteleconferencias, transmisión por satélite de información sanitaria, boletines electrónicos, mayor uso de la Internet para transmisión de información, utilización del "gopher" de la OPS, y otros que pueden ayudar a que la difusión de la información sea más eficiente, más económica y circule más rápidamente.

Política Pública y Salud

106. La División de Salud en el Desarrollo Humano, con el fin de fortalecer la capacidad del sector salud para liderar los procesos de reforma que atañan al sector, focalizará sus esfuerzos de cooperación en las siguientes áreas:

107. Crear y facilitar oportunidades de trabajo intersectorial entre el sector salud y otras instituciones nacionales e internacionales cuyas actividades influyen directa o indirectamente en salud. Esto incluye otras organizaciones de desarrollo, tales como otras agencias del sistema de Naciones Unidas, las

entidades multilaterales y bilaterales, las agencias del sistema interamericano y las organizaciones no gubernamentales, internacionales y nacionales.

108. Apoyar a los países para mejorar su capacidad de recoger información epidemiológica, de analizarla y utilizarla efectivamente para formular políticas y prioridades más equitativas y eficientes en salud. Para esto se buscará actualizar sus sistemas de información, tratando de lograr una mayor y más adecuada utilización de la información epidemiológica que identifique la distribución de las inequidades en los distintos ámbitos geográficos a nivel de cada país, tanto en los sistemas locales como nacionales de salud.

109. Así mismo, la División buscará trabajar con diversos actores a nivel de los países para abogar por la equidad de género, un tipo de equidad en general ignorado, en la protección y promoción de la salud individual y colectiva. Para ello, se apoyará en datos epidemiológicos sobre salud y condiciones de vida desagregados por sexo, y buscará fortalecer la capacidad de las entidades de salud para realizar un análisis de género con el fin de formular políticas y programas que sean sensibles a las diferentes necesidades en salud de hombres y mujeres.

110. Fortalecer el desarrollo de la capacidad de los países para realizar investigación en salud, generar nuevos conocimientos y evaluar políticas de desarrollo científico y tecnológico en salud, en los niveles nacionales, sectoriales y de los institutos o centros de investigación. Este fortalecimiento se abordará desde varios ángulos: la promoción de investigación en salud pública, la capacitación de investigadores de la región, la asesoría técnica directa, la realización de estudios, y la diseminación de información sobre hallazgos importantes. También apoyará la formación avanzada de investigadores en salud pública y hará la promoción de la investigación, identificando y acompañando a los investigadores de la Región, en coordinación con los programas técnicos de la Secretaría.

111. En todas las áreas mencionadas anteriormente, la División continuará trabajando en estrecha coordinación con otras unidades técnicas de la Secretaría y con las Representaciones con el fin de integrar y mejorar los diferentes conceptos que maneja la División tales como los procesos de reforma, género y salud y desarrollo. Se ha reconocido la necesidad de integrar y mejorar los diferentes conceptos sobre el proceso de reforma, a fines de lograr una posición común por parte de los diferentes programas. La División recibió la responsabilidad de coordinar esta actividad junto a MSD y DSI, entre otros. Igualmente se tratará de organizar una etapa de promoción y adiestramiento interno aprovechando oportunidades de reuniones con Representantes y funcionarios de la Organización. Finalmente, como estrategia fundamental, se insistirá en el desarrollo de misiones y análisis conjunto con otras agencias. La diversidad de situaciones y de experiencias desarrolladas por los distintos países hace que la cooperación técnica entre ellos adquiera alto valor como instrumento estratégico en las acciones de la OPS. La División tratará de rescatar las experiencias en los procesos de reforma sectorial y de compartir las mismas entre los países miembros.

Desarrollo y Gestión de Políticas y Programas nacionales de salud

112. La Oficina del Subdirector supervisa y da apoyo a las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS, a la Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe y a la Oficina de Campo en El Paso. Las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS están encargadas directamente de las funciones políticas, técnicas y administrativas que sustentan la prestación de la cooperación técnica. Como parte

de este proceso, el Subdirector y su personal vigilan la ejecución del programa propuesto, analizan, recomiendan y actúan en relación a los cambios sugeridos durante el curso del año y coordinan y llevan a cabo evaluaciones exhaustivas de la cooperación técnica prestada a los Gobiernos.

113. Aunque todas las partes del programa contribuyen al fortalecimiento de los procesos de gestión para el desarrollo nacional de la salud, hay diferentes centros de interés y estrategias. La Oficina del Subdirector coordina la formulación, el desarrollo, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de los programas de cooperación técnica en las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS. Esto se hace mediante visitas de seguimiento a los países, el análisis de los proyectos de presupuestos por programas, bienales y anuales, la coordinación de reuniones de evaluación conjunta y el manejo de las transferencias de los Representantes de la OPS/OMS. También se atiende la formulación de normas de política para facilitar el desarrollo de los programas.

114. Se asigna particular importancia a la comprensión y la utilización adecuada del AMPES. El AMPES sirve como herramienta para transferir las técnicas adecuadas de planificación, programación y evaluación a las autoridades sanitarias nacionales durante las discusiones de los presupuestos por programas bienales y anuales.

115. El Comité de Programas, liderado por la Oficina del Subdirector, ejercerá la coordinación para velar por la congruencia de las acciones regionales con las actividades a nivel de país.

116. El Subdirector también coordinará un grupo interprogramático que promueve las actividades de cooperación técnica en la esfera de la salud y el turismo.

117. En noviembre de 1992 se creó la Secretaría Ejecutiva del PIAS (DSI) como una unidad dependiente de la Dirección, a fin de contar con un mecanismo coordinador de la promoción del Plan, así como de su implementación. Ha mostrado, después de dos años, ser una herramienta adecuada para inducir más de 20 operaciones denominadas de preinversión, llevadas a cabo conjuntamente con los Bancos (Mundial e Interamericano de Desarrollo) y con otras agencias bilaterales y multilaterales. Focalizar en una unidad de la Organización la coordinación del quehacer de las inversiones en salud ha resultado fructífero y ha mejorado sustancialmente el diálogo y el trabajo conjunto con las agencias de financiamiento.

118. Para el bienio 1996-1997, DSI pretende mejorar la capacidad de la Organización de brindar cooperación técnica para el diseño y manejo de las inversiones en Ambiente y Salud. Para ello buscará apoyar a los países, a través de las Representaciones, en el mejoramiento de las técnicas y metodologías para la realización de análisis sectoriales, la formulación y ejecución de planes maestros de inversión y proyectos de inversión.

119. La estrategia de cooperación técnica adoptada por DSI, durante el bienio 1996-1997, encaminada a resolver los problemas enunciados en el Análisis de Situación, estará basada fundamentalmente en la experiencia obtenida durante los dos años de existencia de la unidad y de sus interacciones con otras unidades del Campo y de la Sede. Para ello, los recursos disponibles se organizarán de tal manera que rindan el máximo de beneficio. DSI jugará un papel catalítico que propiciará la movilización de recursos internos y externos en apoyo a los procesos de inversión en los países.

120. Se identificarán aquellas oportunidades de inversión que más posibilidades de éxito tengan, a fin de cristalizar proyectos con financiamiento de fuente nacional o internacional. Además, se trabajará en aquellos países que estén llevando a cabo procesos de reforma sectorial, en los cuales se planteen posibilidades de formular planes de inversión en el mediano y largo plazo. Al finalizar el bienio, se tendrán en cartera operaciones de preinversión, conjuntamente con países y agencias de financiamiento, en las áreas de Planes de Inversión, Formulación de Proyectos, Reforma del Sector, y Desarrollo Institucional, y se habrán constituido mecanismos de administración de recursos para asegurar que la preinversión necesaria para proyectos prioritarios disponga de un contenido económico adecuado. Las actividades se llevarán a cabo en estrecha coordinación con otras unidades de la Oficina Central. Para el desarrollo de esta estrategia será fundamental el fortalecimiento de relaciones de trabajo con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, por ser estas agencias las que mayor volumen de recursos destinarán a la inversión en los sectores ambiente y salud en los países de la Región. Asimismo, se continuará con la diseminación de información y publicaciones en el campo de las inversiones.

121. La finalidad de la cooperación técnica proporcionada por el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre, de la OPS, es reducir las repercusiones negativas de los desastres naturales y causados por el hombre en los países miembros de la Organización. Al final de los años ochenta, esto se logró principalmente mediante la preparación del sector de la salud en la Región. A comienzos de los noventa, muchos países ya habían demostrado un compromiso nacional con los preparativos para casos de desastre y estaban asumiendo la responsabilidad de muchas de las actividades corrientes, con lo cual el foco de interés del Programa pudo desplazarse gradualmente de la preparación a la mitigación de desastres. En el próximo bienio se adoptarán las siguientes estrategias para maximizar la cooperación técnica en materia de preparativos y la mitigación de desastres y satisfacer así las necesidades de los países miembros:

122. Se continuará promoviendo la instauración de una cultura de la mitigación de desastres en el sector de la salud, para lo cual se hará hincapié en los efectos adversos de los desastres sobre la salud y la infraestructura sanitaria. Esto requerirá allegarse el apoyo y la estrecha colaboración de otros sectores y organismos internacionales bajo la forma de actividades conjuntas de cooperación.

123. Se prestará especial atención a la preparación de los profesionales en materia de desastres del sector de la salud de la Región, poniéndolos en contacto con los últimos conceptos en el campo de los preparativos, la mitigación, la prevención y el manejo de desastres. Esto también incluirá mantener a la Región actualizada en el uso de la tecnología de información para promover el intercambio transfronterizo y regional de datos sobre manejo de desastres.

124. Se obtendrá el máximo provecho posible del hecho que nos encontremos exactamente a la mitad del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales para diversificar aún más el público destinatario del Programa y, por lo tanto, beneficiar los componentes de reducción de desastres del sector de la salud. Esto incluirá la continuación de los esfuerzos con los legisladores, los ministerios de asuntos exteriores y de planificación, los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales y otros sectores clave.

125. Considerando las limitaciones financieras actuales, se seguirán tratando activamente de conseguir fuentes de financiamiento extrapresupuestario, no solo para proyectos concretos relacionados con la mitigación de desastres en los

hospitales o el manejo de suministros de socorro, por ejemplo, sino también para el financiamiento esencial para mantener las actividades cotidianas de reducción de desastres en América Latina y el Caribe y permitir mayor actividad en las zonas geográficas actualmente subatendidas, como el Cono Sur, y en las áreas técnicas como la preparación para los accidentes químicos y otros desastres tecnológicos.

126. Se acrecentará los esfuerzos para movilizar recursos para las actividades humanitarias y ajustar las normas y procedimientos operativos de la Organización a las situaciones de emergencia, donde la rapidez para responder es crucial. Durante este bienio, se fortalecerá la capacidad de prestar servicios muy especializados inmediatamente después de los desastres (como el manejo de suministros de socorro por medio del SUMA).

Información y Tendencias biomédicas y sanitarias

127. La Oficina Sanitaria Panamericana tiene la función constitucional fundamental de brindar acceso a la información sanitaria producida por los programas técnicos de la Organización y de satisfacer las necesidades de información sanitaria de los países miembros.

128. En el documento Orientaciones estratégicas y programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998, se declara que durante el cuatrienio una de las principales maneras en que la Organización expresará su cooperación técnica es mediante la difusión de información: "En el plano más sencillo, el trabajo en esta esfera incluirá la recopilación y distribución de información a los Estados Miembros. En el plano más complejo, incluirá la actuación de todos los componentes de la Organización para utilizar al máximo la información como un potente instrumento para producir los cambios imprescindibles en los niveles sectorial, comunitario e individual".

129. La OMS, en el Noveno Programa General de Trabajo, en cada una de sus cuatro orientaciones de política, da una función prominente a la difusión de información: en el área de la integración del desarrollo sanitario y humano en las políticas públicas, una prioridad será difundir "información sobre la relación existente entre la salud, el desarrollo humano y desarrollo socioeconómico" y estimular y apoyar "la elaboración de métodos para estudiar mejor esa relación"; en el área de acceso equitativo a los servicios de salud, la acción procurará "estimular el desarrollo y la difusión de resultados de las investigaciones, la información sanitaria pertinente y el material de aprendizaje y de referencia apropiados, y el acceso a los mismos"; en el área de promoción y protección de la salud, una prioridad será acopiar y difundir "información científica y técnica", y facilitar y fomentar "el intercambio internacional de ideas, experiencias y la tecnología"; y, finalmente, en el área de prevención y control de problemas sanitarios concretos, se procurará acopiar, analizar y compartir "información a escala internacional acerca de problemas sanitarios importantes, de la mejora de los servicios de salud y de los resultados de la investigación sobre la eficacia de la nueva tecnología y sus repercusiones bioéticas y de otra índole".

130. En este contexto, el Programa de Publicaciones de la OPS pondrá al alcance de los públicos destinatarios información actualizada, pertinente, válida y autorizada sobre asuntos científicos, técnicos y de gestión relacionados con la salud. En particular, la información sanitaria se empleará como un instrumento para mejorar la situación sanitaria de los pueblos de la Región durante un período en el que se prevén importantes cambios epidemiológicos principales debido a los cambios demográficos, la urbanización y la industrialización.

131. El Programa comprende los siguientes componentes. La Oficina de Coordinación, que analiza las necesidades de información de la Secretaría y de los Gobiernos Miembros y busca la respuesta más eficaz a dichas necesidades, recalando la utilización racional de los recursos y la incorporación progresiva de los nuevos adelantos tecnológicos en el ambiente de la información; redacta la política de información y supervisa la ejecución de los mandatos de política; y desarrolla y dirige las actividades de publicación y difusión de información de la Secretaría, en armonía con las actividades de la OMS de naturaleza similar. El Servicio Editorial, formado a su vez por la Sección de Libros, que cada año publica de 20 a 25 libros, y la Sección de Publicaciones Periódicas, que produce tres revistas: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (mensual), Bulletin of the Pan American Health Organization (trimestral) y Educación Médica y Salud (trimestral). Mercadeo, Distribución y Ventas, que pretende lograr que las publicaciones de la OPS lleguen a los lectores destinatarios, de tal manera que la Organización obtenga un rendimiento de su inversión en dichas publicaciones —incluidas las ventas, según convenga—, y vigilar la utilización de las publicaciones de la Organización como un medio en el cual basar las decisiones editoriales futuras de la OPS. Finalmente, la Biblioteca de la Sede, cuya finalidad es hacer que la información sanitaria de la OPS, de la OMS y de otras fuentes sea lo más accesible posible, a fin de fortalecer la excelencia de la cooperación técnica de la Organización.

132. Publicación. Durante el bienio, las estrategias se concentrarán en los siguientes aspectos: mejoramiento continuo del contenido y la presentación de las publicaciones de la OPS mediante medidas de control de calidad; reducción continua de los costos, empleando servicios editoriales y tipográficos contratados mediante licitación pública, con inclusión de proveedores en el mundo en desarrollo; utilización de tecnologías de información electrónica, para reducir el costo y ampliar el alcance de la información generada por la OPS; coordinación entre el Programa de Publicaciones y la Unidad de Apoyo Administrativo, para lograr el desarrollo y la utilización óptima de los sistemas apropiados de información electrónica; promoción de un mayor conocimiento de las publicaciones de la OPS mediante la participación de personas e instituciones clave en los países miembros y la ampliación de los esfuerzos de mercadeo, para conseguir que las publicaciones lleguen a sus audiencias destinatarias y que los posibles usuarios se enteren de su existencia; exploración de la posibilidad de forjar alianzas con los centros colaboradores de la OMS y entidades similares para la producción y promoción de las publicaciones de la OPS; uso de evaluaciones cuantitativas de la repercusión de las publicaciones de la OPS y análisis de las necesidades de información sanitaria de los lectores en los países y de sus opiniones en cuanto a la utilidad de las publicaciones de la OPS.

133. Mercadeo, distribución y ventas. La Organización hará todo lo posible para lograr la distribución oportuna, eficiente y eficaz en función de los costos de sus publicaciones a su público primario; para aumentar las ventas de las publicaciones de la OPS como un medio de financiar las reimpressiones y apoyar nuevos proyectos mediante el empleo de actividades promocionales uniformes y estratégicas; y para vigilar la utilización de las publicaciones de la OPS como un medio de fundamentar las decisiones editoriales futuras. Para lograr estos fines, el Programa de Publicaciones de la OPS mantendrá el precio de sus productos en un nivel justo y razonable; establecerá centros de publicaciones de la OPS en cada país para que el acceso rápido a sus libros y revistas sea generalizado; identificará y establecerá convenios con agentes de ventas en toda la Región; promoverá las compras institucionales de gran número de determinados títulos; administrará la consignación de las ventas por conducto de las oficinas de Representación; descentralizará la producción de determinados títulos como un

medio de reducir costos y aumentar la penetración; ampliará sus esfuerzos promocionales para incluir medios electrónicos de promoción y comunicación; y evaluará los convenios de ventas con la OMS y buscará medios complementarios para llegar a lectores fuera de las Américas.

134. Información y documentación en la biblioteca de la sede. Considerando los cambios en marcha en el sector de información, la Biblioteca de la Sede de la OPS hará la transición de una operación basada en impresos a otra que se apoyará cada vez más en medios electrónicos (incluso mediante redes) para la adquisición, almacenamiento, control, recuperación y distribución de información. Para materializar este doble propósito —a saber, prestar servicios que permitan el acceso eficaz y la difusión de la información generada por la OPS y la OMS, y canalizar el flujo de la información entre los productores externos y los posibles usuarios internos de la misma— la Biblioteca aplicará cuatro estrategias: ubicarse en una nueva posición de proveedora de productos y servicios de alto valor, empleando un sistema de información simplificado y confiable; analizar las necesidades de los usuarios y satisfacerlas; mejorar las aptitudes de su personal y reasignar al personal a los nuevos servicios; y forjar alianzas tanto internas como externas.

135. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). La estrategia de cooperación que adoptará BIREME se desprende de su función coordinadora del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud y de su responsabilidad por la diseminación de la información técnico y científica en la Región que está dirigida fundamentalmente a colaborar con los gobiernos en el fortalecimiento de la coordinación y utilización de los recursos de información científica y técnica en ciencias de la salud, de forma tal de poder atender, en términos cuantitativos y cualitativos a toda la comunidad científica, así como organizar y adiestrar a los Centros de Documentación de OPS a participar en ese esfuerzo.

136. Primordialmente, para llevar a la práctica esta estrategia global es necesario promover una mejor comprensión de la administración del conocimiento integrado en los planes de desarrollo de la salud como elemento prioritario para el buen funcionamiento de los servicios de salud. Para ello es esencial promover que las intervenciones en este campo se realicen con una orientación técnica y por personal capacitado.

137. En términos más específicos, se plantea:

138. Desarrollar la capacidad nacional para organizar y operar los sistemas nacionales de información sanitaria, como parte integral de un sistema de información en ciencias de la salud para América Latina y el Caribe;

139. Promover el desarrollo, la armonización y el uso de la tecnología (por ejemplo, LILACS, CD-ROM) para lograr mayor eficacia en la indización, procesamiento y recuperación de la información científica y técnica.

Cooperación Técnica entre Países

140. La promoción de las iniciativas subregionales para Centroamérica, el Caribe, el Cono Sur y los Países Andinos es una estrategia fundamental que facilita la cooperación técnica de la OPS a los países y entre los países para abordar las áreas prioritarias mediante esfuerzos de colaboración. Los enfoques subregionales han demostrado ser útiles para estimular la CTP y promover la movilización --tanto nacional como internacional-- de los recursos políticos, financieros y técnicos para el fomento de la salud en los países, aprovechando la tendencia actual hacia la integración y la globalización.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO DD/1 LIDERAZGO Y GESTION DE LA SECRETARIA

PROPOSITO

Aportar capacidad de liderazgo y de gestión para velar por que los Estados Miembros y la Secretaría de la OPS acaten y lleven a la práctica el Código Sanitario Panamericano, la Constitución, las resoluciones de los Cuerpos Directivos, y las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La Secretaría de la OPS aplicará las OEP 1995-1998 en todos los instrumentos de planificación y de evaluación y acatará las resoluciones de los Cuerpos Directivos y las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la OPS.

2. Las reuniones de los Cuerpos Directivos contarán con el apoyo y la documentación necesarios de tal forma que puedan brindar orientación integral a la Secretaría.

3. La situación financiera de la Organización seguirá siendo sólida.

PROYECTO DD/2 PROGRAMA DEL DIRECTOR REGIONAL PARA ACTIVIDADES DE DESARROLLO

PROPOSITO

El Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo apoyará los proyectos que mejoren la capacidad de los servicios de salud y de otros sectores para abordar problemas prioritarios de salud de la Región.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo apoyará proyectos relativos a oportunidades y necesidades en toda la Región y que estén en armonía con las OEP 1995-1998.

1. Todos los Estados Miembros habrán incorporado las OEP 1995-1998 en sus instrumentos de planificación preparados durante el bienio y habrán iniciado programas para atender las áreas prioritarias estipuladas en las OEP y en las resoluciones de los Cuerpos Directivos.

2. Una proporción importante de los proyectos apoyados por otros organismos internacionales y bilaterales se ocupará de problemas de salud y desarrollo, promoción de la salud, servicios de salud, prevención de enfermedades, y medio ambiente y salud que han sido identificados como prioritarios por la OPS.

1. Todos los BPB, APB, PTC y los instrumentos de evaluación preparados por la Secretaría aplicarán el método del marco lógico para que haya una relación transparente entre las OEP y el AMPES.

2. Los proyectos de cooperación técnica de la Secretaría van a responder cabalmente a las resoluciones de los Cuerpos Directivos.

1. Todos los documentos de los Cuerpos Directivos tendrán el contenido y la longitud apropiados y serán sometidos a los Estados Miembros en su debido momento, según se especifica en las normas pertinentes de la OPS.

1. Todos los informes de auditoría externa serán aprobados sin reservas.

1. El financiamiento para el programa se habrá utilizado totalmente para apoyar proyectos congruentes con las OEP 1995-1998.

1. Al final del bienio, se habrá presentado un informe a Los Cuerpos Directivos donde se describirá en detalle el uso de los fondos y se evaluarán los logros del Programa.

Objetivos**PROYECTO DLA/1 ASESORIA LEGAL****PROPOSITO**

La Organización acatará su mandato constitucional y cumplirá todos sus compromisos legales, a la vez que vela por que su situación como organismo internacional público sea debidamente reconocida, a nivel nacional e internacional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. DLA atiende todas las consultas de naturaleza jurídica de la Sede y las oficinas en el campo.

2. Disminución de las posibilidades de conflicto.

3. DLA representa y defiende exitosamente a la Organización.

4. DLA colabora con las unidades técnicas en aspectos particulares del derecho.

5. DLA trabaja en estrecha colaboración con los asesores jurídicos externos.

Indicadores

1. Culminación exitosa de proyectos de asistencia técnica y un aumento correspondiente en los fondos extrapresupuestarios.

2. Disminución del número de litigios y casos contractuales presentados ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo.

3. La Organización habrá ganado mayor respeto como organización internacional pública.

1. Responde con prontitud y eficacia a las solicitudes de asesoramiento jurídico en asuntos relativos al trabajo de la Organización.

2. Participa en el proceso de revisión de proyectos.

3. Participa en negociaciones directas con los donantes.

1. DLA participa en las consultas con la Administración antes de la toma de decisiones, particularmente en asuntos que repercuten sobre las relaciones con los empleados.

2. DLA asesora a la Administración en sus relaciones contractuales con el sector privado.

1. Prepara los casos que se presentan al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo.

2. Representa a la Organización ante otros foros judiciales o cuasijudiciales.

1. Apoyo en la resolución de problemas particulares relacionados con las leyes y la medicina

2. Apoyo prestado a los representantes de la OPS/OMS, a los centros panamericanos, a los programas especiales y a las divisiones técnicas de la Sede.

1. Revisión del trabajo de los asesores jurídicos externos para salvaguardar los intereses de la OPS.

Objetivos

PROYECTO DAP/1 ANALISIS Y PLANIFICACION

PROPOSITO

Las políticas que orientan a la Organización y la planificación se diseñan para responder a las necesidades de los países y a la situación regional en el marco de las OEP.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La elaboración de políticas, la planificación y la evaluación se coordina con otras unidades.

2. Se han producido análisis estratégicos de la situación en base al seguimiento de las tendencias y condiciones regionales y nacionales y la evaluación del cumplimiento de políticas.

3. Se han formulado propuestas de políticas y propuestas de desarrollo institucional para adaptar el Secretariado a las exigencias de las orientaciones de política y los cambios globales.

4. El AMPES se actualiza para dar cumplimiento a las políticas.

5. El AMPES sirve de base para la evaluación de la cooperación técnica.

Indicadores

1. Se desarrollan lineamientos para orientar la cooperación técnica del Secretariado.

2. El proceso de planificación incorpora los objetivos de las OEP, las metas regionales y las prioridades nacionales de cooperación.

3. La OPS se adecua a las políticas para que su estructura organizativa y su funcionamiento permitan el cumplimiento de los objetivos de política propuestos

1. Las políticas propuestas reflejan las OEP y las expresan a través de planes y proyectos, dentro de la metodología del AMPES.

2. Se llevan a cabo las reuniones del SPP y Gabinete del Director, sus decisiones son cumplidas y DAP hace seguimiento del proceso a través de mecanismos establecidos para ello.

1. Un análisis regional producido anualmente.

2. El Informe Anual del Director se elabora en base al proceso de evaluación del AMPES y evalúa las políticas de las OEP en 1996 y 1997.

1. Las políticas se elaboran en base a los análisis de situación.

2. La estructura y las funciones del Secretariado responden a las necesidades de cooperación técnica de los países y de la región y son flexibles frente a los cambios globales.

1. Todos los componentes del AMPES se relacionan en forma jerárquica entre sí.

2. Los proyectos del BPB se desagregan en actividades anuales para 1996-1997.

3. El AMPES es la base del sistema de información y gestión del programa de la Organización.

4. El AMPES orienta la gerencia, la ejecución presupuestaria y financiera de la Organización.

5. El sistema de planificación de la Oficina incorpora a cabalidad las OEP.

1. Los Informes de Progreso Cuatrimestral y de evaluación anual incluyen los elementos necesarios para la elaboración de informes de evaluación, que contemplen la toma de responsabilidades a través de los Resultados Esperados propuestos en su formulación inicial.

2. Los Informes Anuales del Director de 1996 y 1997 informan a los cuerpos Directivos sobre la ejecución del BPB y actualizan la evaluación de las OEP.

Objetivos

6. Para fines de 1996 se habrá desarrollado una política de cooperación técnica de la OPS.

7. Para fines de 1997 se habrá desarrollado una propuesta de la Región de las Américas para la "Renovación de las Estrategias de Salud para Todos".

Indicadores

1. La política de cooperación técnica se desprende de estudios de la cooperación técnica internacional en salud y es resultado de un análisis de política.

2. La política orienta el trabajo y la gestión del programa de la Organización.

1. La propuesta se desarrolla con participación de los países y del Secretariado.

PROYECTO ACS/1 APOYO DE SISTEMAS**PROPOSITO**

Mantener, mejorar y corregir, según convenga, los sistemas existentes y reescribir, rediseñar y desarrollar sistemas institucionales cuando sea necesario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los sistemas de información estarán en pleno funcionamiento para facilitar el trabajo de los usuarios, con un número mínimo de problemas críticos pendientes de resolución.

PROYECTO ACS/2 APOYO DE TECNOLOGIA DE INFORMACION**PROPOSITO**

1. Mantener la infraestructura de computación y comunicaciones de la OPS y procurar que esté disponible para apoyar las diversas aplicaciones que dependen de ella.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se dispondrá de servicios de computación y de comunicaciones de calidad.

PROYECTO ACS/3 APOYO A LOS USUARIOS**PROPOSITO**

Resolver los problemas notificados por los usuarios del equipo y el software estándar.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Las medidas correctivas se tomarán sin dilación, y en el registro de órdenes de trabajo habrá un número mínimo de problemas pendientes.

Objetivos

PROYECTO APL/1: PROGRAMA DE DESARROLLO DEL PERSONAL

PROPOSITO

Permitir que los funcionarios respondan de una manera más eficaz y eficiente a las exigencias planteadas por la prestación de la cooperación técnica de la Organización.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá puesto en práctica el **Programa de Desarrollo de la Capacidad de Gestión**

2. Se habrá ejecutado el **Programa de Actualización Técnica**

3. Se habrá puesto en efecto el **Programa de Desarrollo de Aptitudes Administrativas**

4. Se habrá ejecutado el **Programa de Aptitudes de Comunicación**

Indicadores

1. Se diseñará y pondrá en práctica el Programa de Desarrollo del Personal en las siguientes áreas: desarrollo de la capacidad de gestión, actualización técnica, desarrollo de aptitudes administrativas, desarrollo de aptitudes de comunicación, ayuda para asistir a la universidad o la escuela.

1. Se actualizará al personal, a todos los niveles, en las políticas, las estrategias, los programas y los procedimientos de la Organización

2. Aumentará la competencia del personal en el desarrollo participativo, la programación y el diseño y ejecución de proyectos

3. El personal de categoría superior será políticamente consciente y aplicará cada vez más dotes de liderazgo y capacidad de gestión, internamente con sus colegas y externamente con los socios y los beneficiarios.

4. El personal estará facultado para manejar asuntos relacionados con los bienes personales y la preparación para la jubilación

1. Se habrán mejorado los conocimientos sustantivos de los funcionarios en su área de competencia

2. Se habrán mejorado las aptitudes en cuestiones culturales, de género y de grupos especiales

3. Se habrán adquirido aptitudes en las áreas de promoción de la salud (formulación de políticas favorables a la salud y modificación del comportamiento)

4. Se habrán actualizado las aptitudes del personal en la tecnología de las computadoras

1. El personal administrativo y de oficina empleará instrumentos y procedimientos de supervisión y de oficina actualizados, y será capaz de mejorar las operaciones y prácticas administrativas

2. El personal administrativo y de oficina dominará las normas, las operaciones y las prácticas administrativas y de oficina de la OPS

1. El personal usará correctamente el segundo idioma de trabajo en el lugar de trabajo, con sus homólogos y con otros actores clave

2. Se evaluará la aptitud lingüística al seleccionar candidatos para puestos de servicios generales

Objetivos

5. Se habrá llevado a cabo el Programa de Ayuda para Asistir a la Universidad o la Escuela

6. Se habrá puesto en efecto el Programa de Relaciones del Personal

PROYECTO DEC/1 GESTION DEL PROGRAMA**PROPOSITO**

La programación de las actividades dentro de DEC se hará de conformidad con las políticas y las prioridades establecidas para que la Organización cumpla su cometido.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los APB y otros instrumentos administrativos se habrán terminado según lo previsto.

2. Se habrán concebido estrategias para la cooperación externa con miras a facilitar la puesta en práctica de las orientaciones estratégicas y programáticas.

3. El formar parte del Gabinete del Director de la OPS permitirá participar en la toma de decisiones sobre gestión y en la formulación de políticas de la Organización.

4. Se habrán promovido y aplicado en la DEC el trabajo en equipo y las actividades de desarrollo del personal.

Indicadores

1. El personal obtendrá un grado universitario o un certificado de especialización, profesionalizará su desempeño y ensanchará la perspectiva del propio trabajo

2. Se pondrá en marcha el programa de licencia de estudio.

3. Se pondrá en práctica el programa de redes universitarias y de educación a distancia

1. Se administrará el Programa de Premios al Personal, incluida la Ceremonia de Reconocimiento al Personal en la Sede.

1. Aprobación de los APB y otros instrumentos administrativos.

2. Suministro del presupuesto adecuado para cumplir el programa anual de trabajo entre enero de 1996 y enero de 1997.

1. Producción y entrega de los documentos de planificación y de evaluación de conformidad con el cronograma y las pautas establecidas.

1. Se habrán revisado o formulado formalmente las estrategias para la movilización de recursos y la coordinación externa al menos para dos donantes u organismos cada año.

1. Documentos de posición, notas o asuntos importantes examinados y utilizados por los colegas del Gabinete.

1. Todos los funcionarios de la DEC conocerán el trabajo general de la unidad por lo que podrán sustituir y complementar a sus compañeros cuando sea necesario.

2. Se harán reuniones mensuales de la unidad.

Objetivos

5. Los funcionarios de la DEC formarán parte de los comités permanentes de la OPS.

6. La DEC contará con el equipo apropiado para su funcionamiento.

PROYECTO DEC/2 MOVILIZACION DE RECURSOS

PROPOSITO

Se habrá aumentado la capacidad de la OPS y de los países para generar financiamiento destinado a los programas y proyectos prioritarios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán reconocido el valor y la capacidad de la OPS para la prestación exitosa de asistencia técnica en el ámbito sanitario en América Latina y el Caribe.

2. Se habrá impartido adiestramiento a los Representantes de la OPS/OMS sobre interacción y aptitudes de negociación con Gobiernos Miembros, gobiernos donantes y organismos de Desarrollo, bancos, Organismos de las Naciones Unidas, ONG.

Indicadores

3. Al menos 50% de los funcionarios habrán participado en un programa pertinente de desarrollo de personal.

4. Análisis de las estrategias de la OPS y del trabajo de la DEC por lo menos una vez al año.

5. El examen de las evaluaciones de desempeño se llevarán a cabo de manera que contribuyan a mejorar la productividad del personal y el crecimiento individual.

1. Durante 1996 y 1997 el personal de la DEC habrá participado y hecho su aporte a las reuniones del PIAS, del CAM, del SMALP, de nombramiento de carrera, de reclasificación profesional, del cólera y del Comité de Salud de los Pueblos Indígenas.

1. Se habrá actualizado por lo menos un 20% del equipo de la Unidad.

1. Por lo menos la mitad del personal de categoría superior de la Sede y de los países habrá recibido adiestramiento en cooperación internacional en la esfera de la salud.

2. Los recursos externos movilizados alcanzarán por lo menos el nivel del último bienio.

1. Los Gobiernos Miembros utilizarán a la OPS como asesor o para la ejecución de nuevos proyectos durante 1996-1997.

2. Para diciembre de 1996 varios documentos relativos al éxito de la OPS en la prestación de cooperación técnica se habrán elaborado y distribuido a bancos, gobiernos, a las Naciones Unidas, a ONG, a fundaciones y a empresas.

3. Anualmente, durante 1996 y 1997, se celebrarán reuniones especiales o, en grupos pequeños, sesiones de estrategia y de orientación o almuerzos de trabajo con algunos representantes de los bancos, los Gobiernos Miembros, gobiernos donantes, parlamentarios, ONG, fundaciones y empresas.

1. Se habrá incluido el adiestramiento sobre estrategias de interacción y de negociación en los programas de orientación de los representantes de la OPS/OMS que se lleven a cabo en 1996 y 1997.

2. Se elaborarán y distribuirán a los representantes de la OPS/OMS listas de referencia y un manual sobre estrategias políticas y problemas del desarrollo.

Objetivos

3. Se habrán producido documentos analíticos sobre las tendencias en la asistencia oficial para el desarrollo y las prioridades de los Gobiernos Miembros, de los organismos de las Naciones Unidas, de los bancos, de organismos bilaterales, gubernamentales y de desarrollo, de las ONG y de fundaciones.

4. Se formularán y financiarán proyectos y programas congruentes con las prioridades de la OPS y de los donantes.

5. Se habrán puesto en práctica mecanismos para la ejecución y la vigilancia eficientes de los proyectos.

6. Se habrán impartido cursos a funcionarios de los países sobre gestión de la cooperación internacional en salud que prestan organismos bilaterales, bancos, fundaciones, organismos de las Naciones Unidas y ONG y se habrán fortalecido las oficinas de relaciones externas en los ministerios.

Indicadores

1. Anualmente se producirán documentos analíticos sobre no menos de dos organismos bilaterales o de desarrollo.

2. Se elaborarán y difundirán informes de situación y propuestas sobre las actividades de coordinación de las Naciones Unidas.

3. Anualmente, se analizará y distribuirá a las unidades técnicas y a los representantes de la OPS/OMS información actualizada sobre la asistencia oficial para el desarrollo.

4. Para diciembre de 1996 se habrán preparado, en cooperación con no menos de dos fundaciones, documentos de posición sobre la cooperación.

5. Se habrán preparado y difundido informes de situación y recomendaciones de política sobre los programas conjuntos que llevan a cabo los gobiernos, la OPS y las ONG.

1. Se firmará, con los donantes tradicionales de la OPS, como mínimo el mismo número de convenios que en el bienio anterior.

2. Funcionarios de la DEC habrán visitado la sede de los principales donantes por lo menos una vez al año.

1. Para diciembre de 1997 se habrán realizado en los países talleres sobre planificación estratégica y desarrollo de proyectos de las ONG.

2. Estará en funcionamiento el sistema de vigilancia extrapresupuestaria (EMS) de la DEC.

3. Aceptación de los instrumentos de vigilancia de la OPS por los organismos externos cuando financian proyectos.

4. La DEC ayudará a velar por que se utilicen los instrumentos de vigilancia de la OPS durante 1996-1997.

1. Para diciembre de 1997 se habrán realizado seis seminarios nacionales de seguimiento sobre la gestión de la cooperación internacional en salud.

2. Durante el bienio se aplicarán los resultados del estudio relativo a la Oficina de Relaciones Externas y se hará el seguimiento de las recomendaciones.

Objetivos

7. Se buscarán nuevas fuentes de financiamiento en los países miembros, organismos bilaterales, fundaciones, ONG, empresas y bancos internacionales.

PROYECTO DEC/3 COORDINACION DE RELACIONES EXTERNAS

PROPOSITO

Dar a conocer las OEP y las políticas de la OPS en otras instituciones internacionales y nacionales, así como en organizaciones locales y divulgar internamente en la OPS los acontecimientos que ocurren en la comunidad internacional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber participado en reuniones y conferencias pertinentes para presentar las posición de la OPS, según lo más indicado en cada caso.

2. Se habrán seguido muy de cerca los cambios estructurales y de política ocurridos en las Naciones Unidas, y se habrá hecho sentir el punto de vista de la OPS.

3. Se habrán establecido contactos con las juntas directivas de los bancos de desarrollo para velar por que se conozcan y entiendan los puntos de vista de la OPS en cuestiones de política.

4. Se habrán hecho contactos con embajadores ante la OEA para velar por que las opiniones de la OPS se incluyan en las discusiones de política.

Indicadores

1. Para diciembre de 1997 se habrán identificado fuentes nuevas y diferentes de financiamiento proveniente de donantes no tradicionales (fundaciones y sector privado).

2. Se habrá incrementado la colaboración entre los gobiernos y las ONG y habrá una mayor comprensión de la iniciativa para formar asociaciones entre gobiernos y ONG.

3. Participación de las ONG en la ejecución de programas de cooperación técnica.

1. Las OEP de la OPS se habrán presentado a la comunidad internacional y se habrán incorporado en los convenios internacionales pertinentes.

2. La Oficina de Relaciones Externas tomará parte activa en reuniones internacionales y de otro tipo representando a la Organización.

3. La Sede y los representantes de la OPS/OMS recibirán información periódica y oportuna sobre el entorno internacional y sus repercusiones sobre la cooperación en materia de salud.

1. La posición de la OPS sobre problemas fundamentales se habrá preparado y presentado a las reuniones pertinentes.

1. Preparación y distribución de material informativo para las oficinas.

2. Seminarios internos en la OPS según se requieran.

3. Preparación y discusión de la posición de la OPS.

4. Asistencia a reuniones y presentación de la posición de la OPS según sea necesario.

1. Se habrá llevado a cabo por lo menos una reunión con la junta de cada banco pertinente.

1. Se habrá celebrado al menos una reunión con cada grupo subregional de embajadores.

Objetivos

5. Se apoyarán los esfuerzos para facilitar la comprensión de las características especiales de la OPS y una mayor coordinación con la sede de la OMS y las regiones pertinentes.

6. La DEC será el canal de acceso de la OPS a otras instituciones y estará informado de todos los intercambios.

7. Se habrán establecido contactos con autoridades y unidades técnicas pertinentes de los bancos de desarrollo.

8. Continuará el proceso de mejorar la coordinación operativa, administrativa y de políticas con las instituciones públicas, privadas y con las ONG.

9. Se celebrarán reuniones para coordinar la programación y la planificación con instituciones internacionales como la OEA, el Banco Mundial, el BID y organismos de las Naciones Unidas.

10. Se dará apoyo a las unidades técnicas y a otras en las negociaciones de arreglos regionales para ejecutar programas especiales.

11. Se preparará y ejecutará un programa para dar a conocer el éxito y el potencial de la OPS entre terceros que tienen influencia en las políticas públicas y que no están familiarizados con la Organización.

Indicadores

1. Intercambios constantes con la OMS y sus contrapartes de otras regiones.
2. Visita anual a la OMS para abordar el trabajo con ECO, NA y oficinas pertinentes.

1. Las propuestas de cooperación y los proyectos destinados a entidades externas a la Organización se entregarán por medio de la DEC, y una vez que esta Oficina les haya dado su visto bueno.

1. Distribución de la cartera de proyectos dos veces al año.
2. Material de información preparado según sea necesario.
3. Promoción y financiamiento de proyectos.
4. Ejecución de convenios.

1. Cada año se habrán hecho contactos con diferentes actores en no menos de tres países donantes y tres países miembros.

2. Convenios cuando se propongan.

1. Se celebrará al menos una reunión formal al año con cada organismo.

1. Programas conjuntos en funcionamiento en los países para la ejecución de convenios mundiales o regionales (por ejemplo, sobre el SIDA, el sarampión, seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, CMDS, la Cumbre de las Américas, etc.)

1. Ejecución del plan preparado en 1995.
2. Evaluación de la ejecución.

Objetivos

PROYECTO DPI/1 COORDINACION DE DPI

PROPOSITO

Lograr la supervisión y la coordinación eficientes del trabajo de DPI, de conformidad con todas las normas y en congruencia con las buenas prácticas de gestión.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Todos los sectores de la unidad alcanzarán un nivel ideal de desempeño y la unidad hará una importante contribución a las metas de la OPS.

2. Se ampliarán los nexos funcionales con áreas programáticas fundamentales y se fortalecerá la coordinación eficaz con los Representantes de la OPS/DMS en los países y con los centros panamericanos.

PROYECTO DPI/2 DIFUSION DE INFORMACION

PROPOSITO

Proyectar en los países miembros una imagen más integral de la labor que realiza la OPS para lograr así una mayor toma de conciencia sobre el trabajo de la Organización, la importancia de la salud en el desarrollo y las metas de salud para todos.

Indicadores

1. Se asumirán responsabilidades administrativas y la Unidad no solo cumplirá sus funciones sino que se esforzará por alcanzar la excelencia.

1. Las obligaciones administrativas se atenderán a tiempo, de manera eficiente y de conformidad con los procedimientos.

2. La productividad seguirá siendo alta o aumentará mediante la educación continua y el adiestramiento del personal.

3. Se llevarán registros sobre las compras de bienes y servicios, y los pagos se harán a tiempo.

1. El personal profesional de DPI mantendrá estrechos vínculos con las unidades técnicas pertinentes de la Sede.

2. La cooperación regional e interdepartamental se reflejará en los APB, PTC y en los informes.

3. El nivel de coordinación aumentará gracias a los contactos frecuentes y se reflejará en los APB, PTC y en los informes.

1. Aumentará el número de periodistas que recibe información sobre la OPS.

2. En 50% de los países de las Américas personal de los medios de comunicación estará utilizando informes relevantes, publicaciones y otra información de la OPS.

3. Un mayor número de personas solicitará los servicios de información, fotografía, ayudas visuales y video.

4. Se dará más apoyo a las oficinas en el campo para trabajar con los periodistas.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. La red activa de periodistas en cada país se ampliará y aumentará el uso de los medios de comunicación.

2. Los medios de comunicación de Washington se interesarán más en las actividades de la OPS.

PROYECTO DPI/3 COMUNICACIONES ELECTRONICAS

PROPOSITO

Proporcionar cooperación técnica en apoyo a los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud, utilizando al máximo las comunicaciones electrónicas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los esfuerzos en favor de la salud que utilizan las técnicas de comunicación aumentarán en Washington y en el campo.

1. Se incrementarán los contactos con los medios y el número de periodistas que buscan información de la OPS aumentará considerablemente.

2. Se ampliará la distribución de comunicados de prensa, de informes de la OPS, de publicaciones y otra información pertinente.

3. Se dará más apoyo a las oficinas de campo en su trabajo con periodistas nacionales y locales en periódicos, radio y televisión.

4. Aumentará el número de periodistas que reciben adiestramiento en la preparación de reportajes sobre temas de salud por intermedio de la OPS.

5. Aumentará el número de artículos publicados que cubren las actividades de la Organización.

1. El número de organizaciones de noticias que cubren las reuniones y otros eventos en la OPS aumentará.

2. La red de periodistas especializados en temas de salud será fortalecida, y se incluirán más periodistas de los que trabajan en los Estados Unidos.

3. Aumentarán las solicitudes de entrevistas a personal de la OPS para televisión, radio y periódicos.

1. Se transmitirá por vía satélite a todos los países de América Latina un programa de televisión sobre temas de salud.

2. Se incrementará el uso de la red Internet y del correo electrónico para transmitir información.

3. Se prestará apoyo significativo a las oficinas de campo en el uso de tecnologías avanzadas para fines de comunicación y de información.

1. Todos los países de América Latina captarán un programa semanal de televisión sobre temas de salud producido por la OPS, vía Hispasat y Canal Saúde.

2. El uso del correo electrónico y de la Internet para llegar hasta un mayor número de periodistas se incrementará considerablemente.

3. Aumentará el apoyo a las oficinas del campo en cuanto a equipo y cooperación técnica.

Objetivos

PROYECTO HDP/1 INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD

PROPOSITO

Estimular el desarrollo científico-tecnológico en salud con especial énfasis en la producción de investigaciones científicas aplicadas a la solución de problemas prioritarios para la salud pública de la Región siguiendo los lineamientos de la Orientaciones Estratégicas de la Organización (OEP).

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber puesto a la disposición de las instituciones de ciencia y tecnología y de los gerentes de la actividad científica en salud, los conocimientos, la información y herramientas necesarias para formular y evaluar políticas de desarrollo científico en salud.

2. Haber puesto a la disposición de la comunidad científica regional, información actualizada sobre las actividades de ciencia y tecnología llevadas a cabo por la Organización, haciendo una máxima utilización de las redes electrónicas de comunicación por Internet.

3. Haber institucionalizado la formación avanzada de investigadores en salud pública y biotecnología como actividad de cooperación técnica de la Oficina.

Indicadores

1. Se dispone al final del bienio de propuestas de políticas de ciencia y tecnología en salud a nivel sectorial y/o institucional en por lo menos ocho países de la Región, siguiendo los lineamientos de las OEP.

2. Se incrementa en un 5% la publicación de artículos científicos por investigadores de la Región, particularmente la participación de las publicaciones de investigaciones en el campo de la salud pública referidos a las prioridades señaladas por las OEP.

3. Por lo menos 15 países de la Región al final del bienio, incrementan sus recursos presupuestarios destinados a la formación avanzada de investigadores en salud pública en centros de excelencia.

4. Por lo menos cinco países de la Región al final del bienio, cuentan con evaluaciones sobre el desarrollo y utilización de la tecnología en salud con especial énfasis en los servicios de salud.

1. Dos publicaciones de los estudios y metodologías desarrolladas y aplicadas en países, difundidas al final del bienio.

2. Por lo menos ocho gerentes de la actividad científico-tecnológica en salud capacitados en cada año en planificación y gestión de la actividad científica en salud.

1. Directorio de instituciones científicas y de investigadores en salud publicado y distribuido por las redes electrónicas al final del bienio.

2. Catálogo bibliográfico sobre ciencia y tecnología publicado y distribuido al final del bienio e incorporado a la base de datos LILACS.

3. Dos publicaciones de la investigaciones en progreso y finalizadas del PSI distribuidas al final del bienio y promocionado por las redes electrónicas especializadas.

1. Por lo menos 20 investigadores completaron el programa de formación avanzada en salud pública al final del bienio.

2. Se asignaron por lo menos 15 subvenciones de retorno a los investigadores becados al final del bienio.

3. Completaron la investigación-adiestramiento en biotecnología por lo menos seis investigadores al final del bienio.

4. Se gestionaron recursos extrapresupuestarios adicionales a final del bienio, para dar continuidad a las actividades de cooperación.

Objetivos

4. Haber formulado e iniciado un proyecto de cooperación técnica en apoyo a la investigación en sistemas y servicios de salud, particularmente en los temas relacionados con las reformas sectoriales, en coordinación con HSS/OPS y HRS/WHO.

5. Haber movilizado, incentivado y apoyado a la comunidad científica de la Región para presentar proyectos de investigación competitivos y de acuerdo a las prioridades definidas en las OEP para recibir financiamiento tanto del PSI como de otras fuentes financieras.

6. Haber puesto a la disposición de las instituciones y de los gerentes que norman y regulan el desarrollo y utilización de tecnología en salud, los conocimientos, la información y herramientas necesarias para formular y evaluar políticas y normas en ese campo.

PROYECTO HDP/2 MUJER, SALUD Y DESARROLLO**PROPOSITO**

Concentrar la atención en la importancia de la salud de la mujer, la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo, y el aumento de la conciencia de género a todos los niveles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mayor conciencia de las cuestiones de género por parte de las organizaciones nacionales y locales que actúan en el campo de la salud, a juzgar por la elaboración de proyectos, programas y políticas.

Indicadores

1. Por lo menos 20 investigadores capacitados en investigación sobre sistemas y servicios de salud al final del bienio.

2. Una convocatoria regional de investigación sobre HSS realizada en 1996 y un estudio multicéntrico en ejecución en 1997.

3. Recursos extrapresupuestarios y/o de WHO gestionados para el apoyo del programa al final del bienio.

1. Incremento de un 5% anual de la recepción y revisión de solicitudes de subsidios en las áreas prioritarias del PSI.

2. Incremento en un 15% de la aprobación de proyectos al final del bienio.

3. Incremento de un 20% de informes finales de proyectos culminados al final del bienio.

1. Haber implementado un proyecto de cooperación técnica interpaíses para la armonización de patrones y normas de equipos y productos de salud al final del bienio.

2. Información periódica sobre evaluación de tecnología diseminada anualmente.

3. Haber financiado por lo menos cinco proyectos de investigación sobre proceso tecnológico en salud.

4. Haber capacitado por lo menos 20 gerentes y planificadores en procesos decisivos y políticas regulatorias de la tecnología en salud al final del bienio.

1. Los resultados de esta actividad se expresarán por el número de estudios y proyectos de investigación desarrollados en la Región.

2. El número de colaboraciones con otros organismos.

3. El grado de ejecución de proyectos concretos relacionados con el género.

1. Entre 1996 y 1997 aumentará el número de proyectos presentados a DEC/PRP que incluyan componentes de género.

2. Entre 1996 y 1997 aumentará el número de proyectos presentados al Comité Asesor Interno de Investigaciones que incluyan componentes de género.

Objetivos

2. Se habrán preparado estrategias para aumentar la participación en las políticas y los planes de salud de grupos que abogan por la equidad para con el sexo femenino.

3. En colaboración con médicos y profesionales de las ciencias sociales, así como grupos locales organizados, aumentará la generación, elaboración y difusión de información sobre las diferencias de salud por razón de sexo.

PROYECTO HDP/3 SALUD Y DESARROLLO HUMANO

PROPOSITO

Reforzamiento del compromiso de los diferentes sectores del Estado y de la Sociedad con un rol más destacado de la salud en el desarrollo humano sostenido y en la reducción de las inequidades en materia de situación de salud y acceso a la atención, en el marco de las OEP y de la STPE.

Indicadores

3. Basándose en el sistema de vigilancia montado en ciertos países, en colaboración con los ministerios de salud, se detectarán los cambios en las políticas, los programas y los proyectos sanitarios que reflejen mayor conciencia de género.

1. Para 1997, en cada subregión (Caribe, Cono Sur, Zona Andina y Centroamérica), varios países estarán ejecutando proyectos basados en la colaboración estrecha con grupos organizados nacionales y locales que trabajan en la esfera de la equidad para con el sexo femenino.

2. Para 1997, estarán en marcha al menos tres iniciativas de colaboración con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, del sistema interamericano o del sistema multilateral para abordar las inquietudes con respecto a la equidad para con el sexo femenino.

3. Entre 1996 y 1997, se habrán implantado mecanismos para formalizar los convenios de cooperación técnica entre la OPS y la oficina nacional encargada de los asuntos de la mujer en los países miembros.

1. Para 1997, se habrá implantado en determinados países el mecanismo para el acopio, la notificación y la utilización de la información sobre la salud de la mujer y las diferencias de salud por razón de sexo.

2. Para 1997, se habrá implantado el sistema de información sobre la salud de la mujer y las diferencias del estado de salud por razón de sexo, en forma de proyectos de demostración que vincularán a ciertos países con la Sede.

3. Se habrán concluido protocolos de investigación en esferas relacionadas con la salud de la mujer y los temas de género en la salud, y se presentarán a la OPS para que esta los someta a la consideración de fuentes de financiamiento internas y externas.

1. Ampliación del espacio de la salud en los gabinetes resultando en políticas inter-sectoriales volcadas hacia la reducción de las inequidades de salud.

2. Mayor capacidad nacional para entender y monitorear las relaciones entre las políticas de desarrollo y de salud.

3. Mayor cooperación entre los poderes ejecutivo y legislativo en el perfeccionamiento de la legislación de salud, particularmente en la consideración de las prioridades de salud en la ley del presupuesto nacional.

4. Armonización de la legislación nacional de salud en el marco de los procesos de integración regional.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber preparado propuestas sobre los temas más relevantes de las OEP - y monitoreado su implementación - para ser incluidos en las agendas de los procesos de integración, las Cumbres de Jefes de Estado y las reuniones ministeriales subregionales.

2. Haber identificado y movilizado los actores políticos y sociales más relevantes de cada país alrededor de las prioridades nacionales de salud en el marco de las OEP y la STPE.

3. Haber promovido y apoyado la realización de sesiones de gabinete sobre salud y desarrollo humano en el marco de las OEP y la STPE, así como monitoreado la implementación de sus conclusiones.

4. Haber apoyado la cooperación entre los poderes Ejecutivo y Legislativo para fortalecer la equidad en salud como derecho humano en el trámite de la legislación de salud, particularmente de la ley del presupuesto nacional.

Indicadores

5. Incorporación de las prioridades destacadas en las OEP en la agenda de los procesos de integración regional, las Cumbres de Jefes de Estado y las reuniones ministeriales subregionales.

6. Incorporación de las prioridades destacadas en las OEP en la agenda de los actores políticos y representantes de la ciudadanía más relevantes en cada país.

1. Propuestas preparadas y monitoreadas para los procesos de integración regional: NAFTA, MERCOSUR, Pacto Andino, Caribe y Centroamérica.

2. Propuestas preparadas y monitoreadas para las Cumbres de Jefes de Estado regionales y subregionales que se realicen en el bienio.

3. Propuestas preparadas y monitoreadas para las reuniones ministeriales subregionales (Caribe, Centroamérica, Area Andina, MERCOSUR) durante el bienio.

1. Actores políticos y sociales más relevantes identificados en por los menos 12 países.

2. Bases de datos sobre poderes ejecutivo y legislativo actualizadas anualmente y diseminadas por vía "on-line".

3. Foros nacionales sobre salud y desarrollo humano realizados en por lo menos 12 países.

1. Sesiones de gabinete promovidas, apoyadas y monitoreadas en 10 países.

2. Material sobre salud y desarrollo humano preparado y diseminado para todos los países en apoyo a la colaboración intersectorial en salud.

1. Base LEYES y la bibliografía aplicable actualizada cada tres meses y diseminadas por el CD-ROM de BIREME y por vía "on-line".

2. Legislación-tipo preparada y diseminada respecto a las OEP.

3. Capacitación de 40 funcionarios de los poderes ejecutivo y legislativos en legislación de salud.

4. Apoyo a la formulación, aprobación y reglamentación de proyectos de ley de interés de la salud en por lo menos 12 países.

Objetivos

5. Haber cooperado para la armonización de la legislación de salud de los países en el contexto de la integración regional, en el marco de las OEP.

PROYECTO HDP/4 FINANCIAMIENTO DE SALUD EN LA REFORMA SECTORIAL

PROPOSITO

Alcanzar una mayor equidad en la asignación de los recursos del Estado, la seguridad social, el sector privado al sistema de salud, así como una gestión más eficiente de los mismos en el marco de las OEP, la STPE y la Cumbre de Miami.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber apoyado a los gobiernos nacionales en la implementación y mantenimiento de bases de datos y sistemas de información sobre equidad y eficiencia en el financiamiento de salud.

2. Haber apoyado la definición y la implementación de esquemas más eficientes de gestión económico-financiera del sector salud en 18 países, contando con la colaboración de la Red Inter-Americana de Economía y Financiamiento de Salud.

3. Haber promovido y apoyado la participación de la seguridad social en los procesos de reforma del sector salud en la región.

Indicadores

1. Marcos preparados y diseminados para armonizar la legislación de salud en el NAFTA, MERCOSUR, Caribe, Centroamérica y Area Andina.

2. Talleres de armonización legislativa en salud realizados con grupos de países de los diferentes acuerdos de integración.

1. Por lo menos seis países monitoreando la equidad y la eficiencia de sus sistemas de salud, así como el impacto de los cambios introducidos por la reforma sectorial sobre la situación de salud.

2. Por lo menos 12 países implementando esquemas que aseguren una asignación más equitativa y un gestión más eficiente de los recursos asignados al sistema de salud.

3. Mayor y más efectiva participación de los seguros sociales en los procesos de reforma del sector salud en la Región.

4. Mayor capacidad de los países para regular la participación de los gobiernos nacionales y subnacionales, la seguridad social y el sector privado en los sistemas nacionales de salud.

5. Por lo menos seis países monitoreando las relaciones entre las estrategias de combate a la pobreza y la situación de salud.

6. Mayor coordinación y complementariedad entre sectores económicos y sociales para mejorar el impacto de estrategias para la reducción de la pobreza que se relacionen con la salud.

1. Proyecto de bases de datos y sistemas de información realizados en 18 países.

2. Estudio sobre gasto y financiamiento de salud realizado en 18 países con base a protocolo validado y promovido conjuntamente por la OPS, BID y BM.

1. Capacitación de 180 funcionarios nacionales en economía y financiamiento de salud.

2. Cooperación técnica directa a los 18 países.

1. Marco para esquemas alternativos de seguridad social en salud preparado y diseminado.

2. Apoyo permanente a las instancias subregionales de la seguridad social: COCISS, CONASS.

Objetivos

4. Haber promovido y apoyado el fortalecimiento de la capacidad de los países para regular la participación de los diferentes actores públicos y privados en la producción y consumo de bienes y servicios de salud.

5. Haber cooperado para fortalecer la capacidad de los países y del Secretariado en la formulación, implementación y evaluación de programas y proyectos de salud enfocados hacia la reducción de la pobreza.

6. Haber apoyado al desarrollo de la Base de Datos y la Red Interamericanas sobre Reforma de Salud para la autocapacitación, la diseminación y el intercambio de datos sobre la Reforma Sectorial en Salud.

7. Haber participado en la promoción y apoyo interdivisionales a la reforma del sector salud en la Región.

8. Haber monitoreado la evolución y los resultados del proceso de reforma del sector salud en la Región, en el marco de la Cumbre de Miami.

Indicadores

3. Cooperación técnica directa y a través de otros programas y las PWRs en apoyo a la incorporación de la seguridad social en los sistemas nacionales de salud de 16 países.

1. Marco regulatorio preparado y diseminado.

2. Capacitación de autoridades y funcionarios de unidades regulatorias en salud de 12 países.

3. Cooperación directa en el fortalecimiento de los sistemas y mecanismos regulatorios de 12 países.

1. Identificadas las principales dimensiones de salud a ser llevadas en cuenta por las estrategias inter-sectoriales de reducción de la pobreza.

2. Metodología definida, validada y disponible para formular y evaluar programas y proyectos de salud enfocados hacia la reducción de la pobreza.

3. Capacitación de 40 funcionarios nacionales y 20 de la OPS en esa metodología.

4. Cooperación directa o a través de otras unidades con programas o proyectos nacionales en 12 países.

5. Base de datos sobre salud y pobreza establecida y disponible vía "on-line".

1. Mantenimiento y actualización de la base de datos, así como su diseminación por vía "on-line".

2. Continuar la incorporación de gobiernos, parlamentos, universidades, sector privado, ONGs y otros actores interesados en la Red.

1. Apoyo permanente a la División de Salud y Desarrollo Humano en el cumplimiento de sus funciones de coordinación de la cooperación de la OPS para la reforma.

1. Esquema e instrumentos de monitoreo definidos, validados y diseminados en los países.

2. Informes analíticos producidos anualmente sobre la evolución y los resultados de la reforma.

3. Desarrollo de misiones conjuntas con BID, BM y otros, para revisión y monitoreo de los procesos de reforma.

Objetivos

PROYECTO HDP/5 ANALISIS DE LA SITUACION SANITARIA

PROPOSITO

Desarrollar la práctica de la epidemiología y los sistemas de información sanitaria para determinar las políticas, las prioridades y las necesidades de la población, programar las actividades de prevención, promoción y control, y evaluar la repercusión de las intervenciones sanitarias y sociales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se establecerá un perfil de las condiciones de salud por país.
2. Se habrán establecido o mejorado sistemas de información sanitaria, que se utilizarán en el proceso de toma de decisiones.
3. Se habrá estandarizado la información solicitada de los países para la preparación de informes regionales.

Indicadores

1. Todos los países aumentarán su capacidad para generar, difundir y utilizar la información sanitaria al nivel local para evaluar la situación de salud y sus tendencias.
 2. Quince países miembros reorganizarán sus unidades de epidemiología para facilitar el uso del análisis de la situación de salud para vigilar las desigualdades en materia de salud en los diferentes grupos de población.
 3. Al menos 10 países miembros emplearán el análisis de la situación de salud para formular sus políticas de salud a los niveles nacional, regional y local.
1. Todos los programas regionales y los PWR tendrán el documento de HDA acerca de normas y recomendaciones sobre datos esenciales, para utilizarlo en la elaboración del perfil de país.
 2. En todas las Representaciones de la OPS/OMS estará funcionando un sistema de información y vigilancia de la OPS para los perfiles de país.
 3. Todas las Representaciones de la OPS/OMS mantendrán una base de datos sobre la situación de salud.
 4. Se definirá, conjuntamente con los programas técnicos y las Representaciones de la OPS/OMS, un conjunto de datos básicos y actualizados que debe estar disponible en toda la OPS.
1. Se habrán elaborado y difundido en todos los países las directrices revisadas de la OPS acerca de la utilización de los sistemas de información sanitaria en el proceso de toma de decisiones al nivel local.
 2. Todos los países tendrán acceso a la base de datos de la Secretaría (mediante conexión directa o por otros medios electrónicos).
 3. En al menos seis países miembros, la OPS habrá llevado a cabo estudios de evaluación de las unidades nacionales de epidemiología y estadística o de análisis de la situación de salud, con miras a orientar su reorganización estructural o funcional.
 4. Al menos 15 países habrán recibido las directrices técnicas destinadas a mejorar la cobertura del registro de defunciones y nacimientos y la calidad de la certificación de la causa de muerte.
1. Se habrán elaborado las directrices para la solicitud de información.
 2. Veinticinco países tendrán los instrumentos necesarios para mantener una base de datos de mortalidad actualizados (por causa, sexo y edad), la cual estará a la disposición de la OPS y de otros usuarios.

Objetivos

4. Se habrán preparado la metodología y los indicadores para determinar las inequidades en la situación de salud de diferentes subgrupos de población.

5. Se habrán elaborado y difundido los informes regionales de salud.

6. Se habrá trazado y puesto en marcha el plan de acción para la producción del libro Las condiciones de salud de las Américas.

7. Se habrá capacitado al personal sanitario en el análisis de la situación de salud y en los principios y métodos de la epidemiología, la estadística y la epidemiología de nivel intermedio.

8. Se capacitará al personal de salud con respecto a la CIE-10.

Indicadores

1. Se habrán redactado y difundido dos documentos que proporcionan orientación analítica para ayudar en el análisis de la situación de salud.

2. Cinco países y todos los PWR tendrán el documento sobre marcos de referencia, metodologías e indicadores para determinar las inequidades en materia de salud, preparado por HDA.

3. HDP/HDA y cinco países habrán efectuado estudios sobre las inequidades en materia de salud en diferentes grupos de población.

1. Se publicará el informe sobre la vigilancia de los adelantos logrados en la consecución de la meta de SPT 2000.

2. Se publicarán las estadísticas de salud de las Américas.

3. Se publicarán dos números del Boletín Epidemiológico.

4. Se publicarán cinco informes de la vigilancia de las inequidades en materia de salud.

1. Se celebrarán cinco talleres subregionales (uno por subregión) de análisis de la situación de salud entre las Representaciones de la OPS/OMS y los respectivos países.

2. Se habrán recibido los informes de todos los países.

3. Se preparará el capítulo sobre la evaluación de la situación sanitaria mundial y la población.

1. Seis países habrán establecido programas de adiestramiento.

2. Un conjunto de módulos de capacitación sobre los principios y métodos de la epidemiología y la estadística se empleará en 20 países.

3. Sesenta profesionales de la salud habrán recibido capacitación en epidemiología de nivel intermedio.

1. Todos los países tendrán la nueva CIE 10 completa.

2. Se habrán celebrado cuatro talleres sobre CIE-10 por subregión, con participantes de todos los países.

Objetivos

PROYECTO BIO/1: DESARROLLO REGIONAL DE BIOETICA

PROPOSITO

Estimular el desarrollo de políticas y programas relacionados con la bioética en los países de la Región.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estimular el conocimiento, la promoción y la difusión de las acciones de Bioética en América Latina y el Caribe, y haber definido la programación para la Región.

2. Se habrá mejorado el conocimiento y la capacitación de profesionales en Bioética.

3. Haber proporcionado asesoría técnica en Bioética a los países de la Región; se ha mantenido la Red de Centros de Bioética y se han identificado nuevos Centros.

4. Haber puesto a disposición de los Gobiernos Miembros, profesionales e instituciones interesadas, el acceso a la información sobre Bioética en salud, a nivel regional y mundial y haber ofrecido base de datos sobre Bioética en español y portugués.

5. Haber mejorado la difusión y disseminación de los conocimientos sobre bioética en la Región.

Indicadores

1. Se dispone al final del bienio de propuestas de políticas relacionadas a la Bioética en lo menos 7 países en Sudamérica, 2 en Centroamérica, en México y al menos en tres del Caribe.

2. Todas la Representaciones y Centros de OPS tendrán información y conocimiento del Programa Regional de Bioética y definido un punto focal para apoyo de las actividades.

3. Estarán identificadas las instituciones y grupos de expertos nacionales en la mayoría de los Países Miembros.

4. Se dispone al final de bienio de una estructura básica de información y de base de datos.

1. Dos reuniones del Comité Científico Internacional.

2. Se entrega apoyo a los programas nacionales por intermedio de dos expertos.

1. Por lo menos se han efectuado 4 seminarios, 4 proyectos de investigación y 3 cursos de Bioética.

1. Se realizan visitas al menos a 10 países de la Región y se apoyan 8 Centros Nacionales.

1. Se dispone al final del bienio de una base de datos en Bioética y se utiliza plenamente el Servicio de Información sobre Bioética.

2. Se incorporan nuevos títulos al Servicio de Información.

3. Se incorporan adelantos tecnológicos al Servicio de Información.

1. Producción y distribución de 8 números de hoja informativa "Bioética Médica en América Latina".

2. Edición de seis números de "Cuadernos de Bioética en Salud".

3. Se incrementa la publicación de documentos por parte de miembros de la Red de Centros.

Objetivos

4. Se habrá evaluado la cooperación técnica de la OPS con los países

5. Aumento de la capacidad de las oficinas de país para formular y administrar el programa de cooperación técnica.

PROYECTO DSI/1 ACTIVIDADES GENERALES DE COORDINACION DSI

PROPOSITO

Colaborar al aumento de los niveles de inversión en los sectores ambiente y salud en países de la Región, mediante la coordinación de acciones y la gestión de recursos encaminados a la realización de Análisis Sectoriales, el desarrollo de Planes de Inversión asociados a procesos de Reforma Sectorial y la Formulación de Proyectos de Inversión en Ambiente y Salud en los países de la Región.

Indicadores

1. El programa técnico de la OPS se habrá evaluado conjuntamente con las autoridades al menos en 20 países.

2. Los logros de la cooperación técnica en los países revisados por el correspondiente APP para verificar el contenido destinado al Informe Anual del Director.

3. Las conclusiones y las recomendaciones de la Reunión de Evaluación Conjunta presentadas al Comité de Programas para que se hagan los ajustes necesarios a los programas regionales de cooperación técnica.

1. Conceptos y contenido del Enfoque del Marco Lógico actualizados y entregados a las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS durante las visitas de seguimiento.

2. Las notas y las orientaciones para que los Representantes OPS/OMS informen a los ministros de salud antes de las reuniones de los Cuerpos Directivos preparadas y entregadas a tiempo.

3. La Reunión de Gerentes celebrada anualmente en Washington da resultados satisfactorios, según se expresa en los cuestionarios contestados luego de la reunión.

4. Todas las transferencias de los Representantes de la OPS/OMS efectuadas según las normas establecidas.

5. Cada oficina del Representantes de la OPS/OMS tiene un Plan de Desarrollo aprobado.

1. Diseño e implementación de esquemas generales de conducción de DSI en términos de: a) Análisis de Situación, b) Diseño de estrategias regionales y de país, c) Distribución de Recursos, d) Asignación de Tareas y Actividades, e) Monitoría, y f) Evaluación.

2. Diseño de mecanismos de coordinación de objetivos y actividades con las diferentes unidades del Campo y de la Sede, para viabilizar las actividades propias de implementación del PIAS.

3. Diseño de estrategias para lograr una efectiva y más productiva relación de trabajo ("alianza estratégica") con las agencias de financiamiento multilateral y bilateral.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Planificar, programar y gerenciar los recursos asignados a DSI, a fin de conseguir, en el más breve plazo, la promoción, implementación y permanencia de los conceptos básicos del PIAF, así como de sus estrategias, sus instrumentos técnicos y metodológicos, y sus mecanismos de articulación interprogramática y de apoyo a los países.

PROYECTO DSI/2 ANALISIS SECTORIALES EN AMBIENTE Y SALUD

PROPOSITO

Desarrollar análisis sectoriales en los sectores de ambiente y salud en países de la Región, aplicando metodologías elaboradas en coordinación con otras unidades de la Organización y agencias de financiamiento y cooperación técnica, que permitan diagnosticar las necesidades de inversión en el mediano y largo plazo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo y aplicación de una metodología de Análisis Sectorial en Salud y de una metodología de Análisis Sectorial en el Área de Contaminación Ambiental. Aplicación de las metodologías ya desarrolladas de Análisis Sectorial de Agua y Saneamiento y de Desechos Sólidos en países de la Región.

PROYECTO DSI/3 ELABORACION DE PLANES MAESTROS DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD

PROPOSITO

Instrumentar Planes Maestros de Inversión en los Sectores Ambiente y Salud en los países de la Región, a nivel nacional, estatal o provincial, y local, a fin de ordenar en el mediano y largo plazo los procesos de inversión en estos sectores.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaboración de metodologías sobre Planes Maestros de Inversión. Formulación y ejecución de Planes Maestros de Inversión en países de la Región a nivel nacional, estatal y local. Monitoreo y evaluación de planes ya desarrollados en países de la Región.

1. Desarrollar en los países 25 operaciones de preinversión y formulación de lineamientos metodológicos que involucren a los distintos programas regionales y a otras agencias bilaterales y multilaterales.

2. Producción y difusión de 30 documentos técnicos relativos a Planes y Proyectos de Inversión, Análisis Sectoriales, Reforma de los Sectores Salud y Ambiente, y Formación de Recursos Humanos.

1. Promoción y conformación de un grupo de trabajo para la elaboración de una metodología de análisis sectorial en salud, utilizando recursos propios de la Organización y articulado con recursos de bancos y agencias.

2. Puesta en prueba y aplicación de la metodología de Análisis Sectorial en Salud en países seleccionados que requieran este tipo de estudios, como paso previo a reformas sectoriales o formulación de Planes de Inversión en Salud.

1. Conformación de grupos de trabajo para la elaboración de las metodologías de Análisis Sectorial en Salud y de Análisis sectorial en Contaminación Ambiental.

2. Elaboración y difusión de los lineamientos básicos y componentes metodológicos del Análisis Sectorial en Salud y del Análisis Sectorial en Contaminación Ambiental.

3. Aplicación de cada una de las metodologías en por lo menos cinco países.

4. Ejecución de Análisis Sectoriales en Agua Potable y Saneamiento y de Desechos Sólidos, en cuando menos 15 países.

1. Diseño de estrategias encaminadas a desencadenar procesos de formulación de Planes de Inversión en Ambiente y Salud.

2. Aplicación de las metodologías diseñadas en países seleccionados, en los cuales se están desarrollando procesos de inversiones.

1. Publicación de una metodología de formulación de Planes Maestros de Inversión en los Sectores de Ambiente y Salud.

2. Aplicación de las metodologías diseñadas en por lo menos 10 países de la Región.

Objetivos

PROYECTO DSI/4 PREPARACION Y APOYO A EJECUCION DE PROYECTOS DE INVERSION

PROPOSITO

Apoyar a los países en los procesos de preparación y formulación de proyectos de inversión en los sectores Ambiente y Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollar metodologías de formulación de Proyectos de Inversión en los sectores Ambiente y Salud, en coordinación con otras unidades de la Organización (Oficina Central), PWRs, centros especializados, bancos y agencias bilaterales y multilaterales de cooperación técnica.

2. Desarrollo de operaciones de preinversión con Bancos y Agencias tendientes a formular proyectos de inversión en ambiente y salud y a reforzar el desarrollo institucional para manejo de inversiones.

PROYECTO PED/1 PREPARATIVOS PARA CASOS DE DESASTRE Y MITIGACION DE DESASTRES

PROPOSITO

Proporcionar los recursos financieros y los conocimientos especializados en materia de gestión necesarios para ejecutar un programa de preparativos y mitigación de desastres en América Latina y el Caribe.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El personal de la OPS aumentará su conocimiento de los preparativos y la mitigación de desastres y mejorará sus aptitudes para el manejo de desastres.

2. El financiamiento de fuentes extrapresupuestarias equivaldrá o excederá el del bienio anterior.

Indicadores

1. Diseño de metodologías de formulación de Proyectos de Inversión en los sectores Ambiente y Salud, compatibles con los utilizados por agencias financieras nacionales e internacionales.

2. Aplicación de las metodologías desarrolladas en procesos de inversión con financiamiento nacional e internacional.

3. Evaluación de las metodologías aplicadas en casos específicos de inversiones.

1. Diseño y evaluación de metodologías para Proyectos de Inversión en Ambiente y en Salud, tanto dirigidos a obtener financiamiento nacional como internacional.

2. Aplicación de la metodología diseñada, en por lo menos cuatro países, en los cuales estén desarrollando proyectos de inversión.

1. Apoyar durante el bienio la formulación de cuando menos 25 proyectos de inversión en ambiente y salud.

1. El financiamiento extrapresupuestario al alcance del Programa.

2. El mejoramiento de las aptitudes de los encargados de los asuntos relacionados con los desastres en la Región.

1. El número de oportunidades de adiestramiento ofrecidas en nuevas áreas del conocimiento, tanto técnicas como de gestión.

2. La presencia de un punto focal bien adiestrado para las cuestiones relativas a los desastres en cada Representación de la OPS/OMS.

1. La razón entre el financiamiento extrapresupuestario y el financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS permanecerá constante.

2. El número de visitas a organismos de financiamiento bilaterales o multilaterales.

3. El número de propuestas presentadas a fuentes externas y financiadas por estas.

Objetivos

3. El liderazgo moral y técnico de la OPS en la reducción de desastres dentro del sector de la salud se reconocerá a nivel internacional.

4. Los directores de programas relacionados con los desastres tendrán mayor acceso a las fuentes electrónicas de información sobre desastres y mayor capacidad para intercambiar la información.

PROYECTO PED/2 FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREPARATIVOS PARA CASOS DE DESASTRE Y MITIGACION DE DESASTRES

PROPOSITO

Fortalecer los programas de preparativos y mitigación de desastres en el sector de la salud de los países miembros, para reducir su vulnerabilidad y mejorar su capacidad para responder eficientemente a todos los desastres.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los profesionales del sector de la salud y otros sectores que trabajan para reducir los efectos de los desastres en el sector de la salud tendrán mayor acceso a la información técnica y a oportunidades de adiestramiento.

Indicadores

1. El número de participaciones de funcionarios de la OPS en conferencias o reuniones sobre la función de la OPS y su programa de preparativos para situaciones de emergencia.

2. El número de especialistas en desastres de la OPS o del sector de la salud de la Región que forman parte de comités directivos u otros órganos rectores de alto nivel de las iniciativas multisectoriales contra los desastres.

3. La participación de la OPS en iniciativas mundiales del sistema de las Naciones Unidas.

4. La índole de la credibilidad y la relación de la OPS con OFDA, CIDA, ECHO y otros organismos importantes.

5. La relación con la EHA, en Ginebra, y con otras regiones de la OMS.

1. El número de sitios en América Latina y el Caribe vinculados por medio de Internet u otros servicios de información electrónicos.

2. El número de ciudadanos que regularmente intercambian información por conducto de una red electrónica organizada.

3. El número de días-persona adiestradas.

1. Los compromisos presupuestarios y de recursos humanos de los países miembros con los programas nacionales contra desastres del sector de la salud.

2. Evaluaciones de la respuesta efectivamente dada ante los desastres.

1. El número de talleres, reuniones y seminarios de adiestramiento sobre preparativos, mitigación y prevención de desastres celebrados anualmente, tanto nacionales como entre países y por tema.

2. El número de universidades que han incluido un componente acerca de los desastres en su programa de estudios de pregrado y de posgrado.

3. La cantidad de material técnico recopilado, catalogado y diseminado por el Centro Regional de Documentación de Desastres.

Objetivos

2. Los programas nacionales contra desastres del sector de la salud habrán recibido apoyo técnico y de gestión para llevar a cabo actividades de reducción de desastres.

3. Los países habrán recibido los instrumentos y la tecnología necesarios para inventariar, clasificar, almacenar y distribuir los suministros de socorro.

PROYECTO PED/3 RESPUESTA A LAS NECESIDADES SANITARIAS CON POSTERIORIDAD A LOS DESASTRES

PROPOSITO

Mejorar la capacidad de la Organización para ayudar a los países miembros a responder eficientemente a las necesidades sanitarias después de los desastres.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La OPS, en cooperación con las autoridades nacionales, emitirá un diagnóstico objetivo e inmediato de las necesidades sanitarias que sean resultado genuino de los desastres.

2. La OPS y los países miembros mejorarán su capacidad para movilizar y administrar la asistencia sanitaria con posterioridad a los desastres.

Indicadores

4. El material de adiestramiento técnico y de información para el público producido por el Programa en el campo y en la Sede.

5. El informe de las actividades del centro colaborador de la OMS.

1. La satisfacción de las contrapartes nacionales (el cliente).

2. Las visitas de cooperación técnica por el personal subregional.

3. El apoyo proporcionado a iniciativas de colaboración subregional o interregional.

4. Los fondos descentralizados hacia los países para los programas nacionales de reducción de desastres.

1. El número de cursos de adiestramiento sobre el SUMA impartidos.

2. El número de funcionarios nacionales de América Latina y el Caribe adiestrados en la metodología del SUMA.

3. El software actualizado producido para incluir módulos para el control de reservas y la distribución.

4. El uso del software y la metodología del SUMA fuera del sector de la salud.

5. El uso del software y la metodología del SUMA fuera de la Región.

1. El reflejo exacto de las necesidades del sector de la salud en los informes de la situación presentados a la comunidad internacional.

1. La realización de reuniones de evaluación con posterioridad a las actividades.

Objetivos

3. Los países afectados por desastres podrán contar con la presencia de miembros adiestrados del equipo del SUMA para clasificar, inventariar y administrar los suministros de socorro recibidos.

PROYECTO DBI/1 COORDINACION Y GESTION**PROPOSITO**

Coordinar y gestionar las actividades de publicación, información y documentación de la OPS, de tal manera que respondan eficazmente tanto a los objetivos de difusión de información de los programas técnicos como a las necesidades de información sanitaria de los países miembros.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La Secretaría aprobará la política de publicaciones de la OPS, la cual estipulará el establecimiento del Comité de Publicaciones, que supervisará las cuestiones y las propuestas relacionadas con la difusión de la información publicada que lleva el sello editorial de la OPS.

2. La Secretaría habrá comprendido —entérminos concretos, cuantificados y por temas— las necesidades de los países en la esfera de la información sanitaria.

3. El Programa de Publicaciones seleccionará y adquirirá títulos para publicación que respondan a las necesidades de información sanitaria determinadas por las evaluaciones efectuadas por la Secretaría.

Indicadores

2. La proporción de los fondos destinada a las prioridades sanitarias por los donantes bilaterales y multilaterales.

3. El reconocimiento por otros organismos de la función principal de la OPS en la gestión del socorro sanitario con posterioridad a los desastres.

1. La movilización de los equipos del SUMA nacionales o subregionales.

1. Redacción y puesta en práctica de la política de publicaciones de la OPS.

2. Evaluaciones periódicas de las necesidades de información sanitaria.

3. Selección y adquisición apropiada de los títulos.

4. Consultas regulares con la Oficina de Publicaciones, la Oficina de Servicios Lingüísticos y la Oficina de Servicios Bibliotecarios y de Documentación Sanitaria de la OMS.

5. Utilización óptima de los recursos, entre ellos los medios electrónicos de comunicación y los convenios de coedición.

1. La citada política se habrá redactado, aprobado y emitido en 1996, y para esa fecha el Comité de Publicaciones se habrá constituido y se habrá reunido al menos cuatro veces por año.

1. Se habrán llevado a cabo evaluaciones de las necesidades de información sanitaria, incluidas todas las categorías del personal sanitario, por lo menos una vez al año en cada país de América Latina y el Caribe.

1. Los temas, los idiomas, el tipo de lectores destinatarios y la presentación de las obras publicadas cada año por la Organización reflejarán las necesidades de información sanitaria de los países, y la línea de productos en su totalidad se corresponderá, de manera sistemática e integral, con las orientaciones estratégicas y programáticas, a juzgar por las ventas anuales, la demanda, las reimpresiones y las solicitudes de autorización para reproducir y traducir.

Objetivos

4. Los programas de publicación de la OPS y la OMS coordinarán sus actividades respectivas para que su trabajo sea complementario y para evitar la repetición dilapidadora de esfuerzos.

5. El Programa de Publicaciones hará un uso óptimo de los recursos a su alcance.

Indicadores

1. El Programa de Publicaciones de la OPS habrá remitido a su homólogo en la OMS informes trimestrales de sus actividades, habrá consultado regularmente con él la posibilidad de realizar proyectos de cooperación (por ejemplo, traducciones y producciones electrónicas) y habrá participado en la Reunión Interregional de Política y Programas de Publicaciones de la OMS que se celebra cada año.

1. Por lo menos una vez al año, cada funcionario del Programa habrá participado en una actividad de desarrollo y capacitación del personal para mejorar las aptitudes de desempeño del trabajo.

2. Los costos de producción seguirán descendiendo al menos 5% por año.

3. El uso de servicios contractuales habrá aumentado al menos 5% por año.

4. Todos los textos para publicación se ceñirán a los nuevos formatos estandarizados.

5. El sistema de información para la gestión del Programa habrá aumentado la eficiencia de producción del personal, indicada por una reducción del tiempo de despacho de 5% por año.

6. El uso de los medios electrónicos de comunicación habrá resultado en la distribución por línea directa (on line) de todos los documentos oficiales y ciertas publicaciones científicas y técnicas, y en la producción de dos títulos en CD-ROM por año. Además, toda la documentación de la sede de la OPS se habrá incorporado en CD-ROM como texto completo.

PROYECTO DBI/2 PUBLICACIONES

PROPOSITO

Publicar información de salud pública oportuna, actualizada y que contribuya a alcanzar las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización y de los países miembros, particularmente sus esfuerzos para proteger y promover la salud de los pueblos de la Región, mediante la publicación mensual "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", la trimestral "Bulletin of the Pan American Health Organization", la trimestral "Educación Médica y Salud", así como la producción de títulos en las series de Publicaciones Científicas, Documentos Oficiales, Cuadernos Técnicos y Comunicación para la Salud, así como otras publicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los libros publicados apoyarán las actividades cooperativas de los programas técnicos y que serán pertinentes para el sector de la salud en los países de la Región.

1. Producción anual de entre 20 y 25 títulos seleccionados mediante revisión por expertos, algunos tanto en inglés como en español, sobre la amplia variedad de temas relacionados con la cooperación técnica de la OPS.

2. Producción regular de las tres revistas más importantes de la OPS.

1. Las solicitudes de los programas técnicos para la colaboración en la preparación de publicaciones habrán aumentado 5% por año.

2. Las reseñas positivas de los libros de la OPS habrán aumentado 5% por año.

3. Cinco títulos tendrán que reimprimirse cada año.

Objetivos

2. Las revistas apoyarán las políticas generales que favorecen la salud, mediante la difusión de experiencias positivas en el campo de la salud y destacando la salud como un componente básico del desarrollo.

3. Las revistas estimularán la investigación biomédica y de salud pública en la Región, dando a los autores apoyo y normas metodológicas y sirviendo como vehículos para la validación y la publicación de su trabajo.

4. Las revistas promoverán las actividades de salud pública en la Región mediante la publicación de nuevos conocimientos científicos.

5. Las revistas promoverán el mejor uso de los recursos y los sistemas de salud mediante la comunicación de las experiencias que favorezcan su uso operativo.

Indicadores

4. Las solicitudes de autorización para reimprimir y para traducir, en parte o totalmente, títulos de la OPS habrán aumentado 5% por año.

5. La demanda de ejemplares gratuitos y de venta de títulos de la OPS habrá aumentado 5% por año.

1. Las referencias a artículos de las revistas de la OPS por los responsables de la política y los investigadores, así como en los medios de comunicación, se cuantificarán y, una vez establecido un punto de comparación, se demostrará que ha aumentado 5% por año.

1. La difusión de las "Instrucciones para los autores" del Boletín y del Bulletin aumentará 5% por año.

2. La representación geográfica de los autores en las revistas abarcará 50% de los países de la Región.

3. El impacto de la citación mejorará 5% por año.

4. El tiempo que tarda en tomarse la decisión editorial se acortará en un mes al finalizar 1997.

1. Las solicitudes de autorización para reimprimir aumentarán 5% por año.

2. Las solicitudes de autorización para traducir aumentarán 5% por año.

3. Las revistas estarán incluidas en otra base de datos bibliográfica internacional para fines del bienio.

4. La referencia a artículos de las revistas de la OPS en los medios de comunicación aumentará 5% por año.

1. La referencia a artículos de la OPS sobre investigación y documentación de políticas y programas aumentará 5% por año.

2. Las solicitudes de reimpresiones aumentarán 5% por año.

Objetivos

PROYECTO DBI/3 MERCADEO, DISTRIBUCION Y VENTAS

PROPOSITO

Lograr la distribución oportuna, eficiente y eficaz en función de los costos de las publicaciones al público primario de la OPS; aumentar el conocimiento y la asequibilidad de las publicaciones de la OPS entre los grupos de lectores destinatarios; aumentar las ventas de las publicaciones de DBI como un medio de financiar las reimpresiones y apoyar los nuevos proyectos, empleando para ello actividades promocionales uniformes y estratégicas; y vigilar la utilización de las publicaciones de la OPS como un medio para fundamentar las decisiones editoriales futuras.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducción de los costos asociados con el envío, los reclamos por mercancía no recibida y el trámite de los pedidos.

2. Entrega oportuna y segura de todas las publicaciones de la OPS.

3. Las ventas y los ingresos aumentarán 10% para fines del bienio.

Indicadores

1. Se cuantificará la cobertura de distribución y, una vez establecido un punto de comparación, se demostrará que ha aumentado 10% al final del bienio.

2. Se cuantificarán las ventas y, una vez establecido un punto de comparación, se demostrará que han aumentado 10% al final del bienio.

3. Se mejorará la entrega, y los reclamos disminuirán 10% y los tiempos se acortarán 10% al final del bienio.

4. Los costos operativos bajarán 10% para fines del bienio.

5. Se obtendrá retroalimentación sistemática en lo referente a la opinión de los usuarios acerca de las publicaciones científicas y técnicas de la OPS, con respecto al 100% de los títulos publicados.

1. Los gastos de correo y de manejo bajarán 10% para fines del bienio.

2. Los reclamos descenderán 10% para fines del bienio.

3. Se descentralizará la mitad de la tramitación de pedidos.

1. El tiempo de despacho, mediante el empleo de un sistema de información sobre la distribución por correo, mejorará 10% para fines del bienio.

2. El número de facturas tramitadas y de acuses de recibo y respuestas a los clientes despachados en un día y una semana habrá aumentado 10% para fines del bienio.

3. La información recogida mediante tarjetas de "verificación de la calidad" indicará una satisfacción de los clientes de 75% con respecto al tiempo de entrega, el embalaje y el servicio a los clientes.

1. Para todos los productos, se habrán hecho comparaciones de las ventas por mes, trimestre y año; país; y tipo de cliente.

2. Se habrán cuantificado todos los ingresos por mes.

3. Se habrá determinado, desde el punto de vista de las ventas, el desempeño de cada una de las actividades promocionales.

4. Se habrá evaluado el desempeño de cada librero y agente de ventas.

Objetivos

4. Habrá aumentado significativamente el conocimiento del trabajo de la OPS y de sus programas específicos de cooperación técnica, por medio de las publicaciones.

5. El servicio a los clientes y las relaciones con los PWR y el público primario habrán mejorado considerablemente.

6. La accesibilidad de las publicaciones de la OPS habrá aumentado 25% para fines del bienio.

7. Una reducción de los costos asociados con el envío, los reclamos por mercancía no recibida y el trámite de los pedidos.

PROYECTO DBI/4 SERVICIO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION: BIBLIOTECA DE LA SEDE DE LA OPS

PROPOSITO

Prestar servicios que permitan el acceso y la difusión eficaz de la documentación generada por la OPS y la OMS, así como canalizar el flujo de la información entre los productores externos y los usuarios internos en respuesta a necesidades concretas e identificadas de información apropiada, validada y oportuna relacionada con las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización.

Indicadores

1. Se habrá medido la eficacia de la difusión de información por conducto de los centros de publicaciones de la OPS y, una vez establecido un punto de comparación, habrá aumentado 5% por año.

2. Las citaciones bibliométricas habrán aumentado 5% por año.

3. Las solicitudes de ejemplares, separatas y autorización para reproducir y traducir habrán aumentado 5% por año.

1. Se cuantificará la retención de clientes y, una vez establecido un punto de comparación, habrá aumentado 5% por año.

2. Se cuantificarán las expresiones de satisfacción de los clientes y, una vez establecido un punto de comparación, habrán aumentado 5% por año.

3. La tramitación de las órdenes por los PWR aumentará 10% por año.

1. Se habrán designado centros de publicaciones de la OPS en al menos 15 países de la Región para fines del bienio.

2. Los puntos de ventas y los convenios con libreros habrán aumentado 10% para fines del bienio.

3. La promoción de la lista de productos en la bibliografía general, en los boletines informativos de los PWR y en las publicaciones nacionales habrá aumentado 10% por año.

1. Los gastos de correo y manejo se habrán reducido 10% por año.

2. Los reclamos descenderán 10% por año.

3. Se descentralizará la mitad de la tramitación de pedidos.

1. Un aumento de al menos 5% cada año en el número de servicios de referencia proporcionados y una reducción de 5% en el tiempo de despacho de tales servicios, entre ellos los manejados como parte del servicio semanal de Difusión Selectiva de Información (Current Contents).

2. Un aumento de al menos 5% cada año en la cantidad, aumento de la calidad y reducción del tiempo de despacho requerido para los servicios de entrega de documentos, incluida la fotocopia y los préstamos interbibliotecarios.

3. Incorporación de al menos dos bases de datos pertinentes al "acervo" de la Biblioteca y acceso total a Internet, incluida la World Wide Web.

Objetivos

Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión, promoción y fortalecimiento de la documentación de la OPS y la OMS, así como la de otras fuentes, que guarde pertinencia directa con las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS.

2. Perfeccionamiento del acceso a fuentes externas de información en ciencias de la salud y materias afines.

PROYECTO BIREME/1 COORDINACION DE ACTIVIDADES DE BIREME

PROPOSITO

Desarrollar y apoyar el Centro Coordinador Nacional y los demás Centros del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud - BIREME/OPS

4. Institucionalización de los controles de calidad para la publicación de toda la documentación de la OPS.

5. Producción de toda la documentación en texto electrónico completo, según las normas establecidas.

6. Indización de toda la información y documentación de la OPS y la OMS relacionada con la Región, incluida la preparación de determinados registros para su inclusión en el LILACS en CD-ROM de BIREME.

1. Procesamiento y difusión de toda la documentación técnica recibida por la Biblioteca y que sea pertinente para la memoria institucional de la OPS durante el periodo, incluida la producción de esa documentación en CD-ROM.

2. Difusión de las nuevas publicaciones de la OPS en el CD-ROM de LILACS.

3. Creación de tres mostradores de programa en la Biblioteca para mantener enlace con los cinco programas técnicos, para fines del bienio.

4. Identificación e integración de al menos dos métodos eficientes y económicos para trabajar en una biblioteca moderna, de tal manera que 80% de las solicitudes sean satisfechas con 20% de los recursos.

5. Realización cada año de un taller para el personal de la OPS acerca de las nuevas tecnologías de la información.

1. Identificación de al menos dos de las fuentes electrónicas más representativas de información por año, especialmente por conducto de Internet.

2. Establecimiento de al menos un convenio por año para tener acceso a la información y adquirir nuevas fuentes de información impresas y en soporte electrónico.

3. Establecimiento en la Biblioteca de tres puntos focales en servicios especializados de comunicación electrónica.

4. Suministro de información actualizada al personal de la OPS, respondiendo a 90% de las solicitudes en un tiempo máximo de 10 días.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ampliar el número de usuarios y individuos participantes en el Sistema

1. 25 CCNs

2. 500 bibliotecas

3. 2 años

2. Creación de un Sistema regional operativo y compatible

1. Visitas técnicas a los Centros y PWRs que aún necesitan asistencia

3. Actualizar los bancos de datos cooperativos producidos por BIREME con contribución regional

1. Recibimiento de 15000 registros al año para LILACS

2. Venta de 700 suscripciones de LILACS/CD-ROM

3. Contribución de 60 Centros Cooperantes a la base de datos SeCS

4. Intercambiar experiencias y adiestrar en nuevas tecnologías

1. Preparación del Segundo Congreso Regional sobre Ciencias de la Salud, tema principal: Convergencia, a ser realizado en 1996

5. Fortalecer las colecciones de revistas de BIREME y de la red a través de un plan de adquisición planificada y estadísticas de uso

1. Adquisición de 1300 títulos de revistas

2. Recibimiento de 4.700 títulos de revistas por intercambio

3. 300.000 copias de artículos

PROYECTO BIREME/2 DISTRIBUCION Y ADIESTRAMIENTO

PROPOSITO

Distribución de LILACS, MEDLINE, WHOLIS y PAHOInfo en CD-ROM y adiestramiento de los usuarios y profesionales en su uso

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejor conocimiento y manejo de las herramientas de información en salud

1. Adquisición de bases de datos por los Centros del Sistema

2. Acceso a bases de datos por INTERNET

3. Transmisión por imagen electrónica de fotocopias de artículos

2. Ampliación de la Red electrónica de comunicación de BIREME con la inclusión de los Centros de Documentación de los PWRs y Centros Especializados

1. Inclusión de todos los Centros en correo electrónico y INTERNET

2. Uso del correo electrónico de los Centros para solicitud de artículos, envío de archivos y correspondencia general con BIREME

3. Apertura de cuentas BITNIS con BIREME de todos los Centros Especializados y PWRs para uso de consultores y profesionales

Objetivos

3. Producción de LILACS y MEDLINE en CD-ROM

PROYECTO BIREME/3 NUEVAS TECNOLOGÍAS

PROPOSITO

Estudiar y desarrollar programas de aplicación de nuevas tecnologías aún no utilizadas en el Sistema con vistas a la utilización amplia que beneficie a los demás miembros del Sistema

RESULTADOS ESPERADOS

1. Utilizar la mayor capacidad del computador de BIREME para manejar de manera más eficiente las bases de datos LILACS, MEDLINE y otros

2. Aplicación y mercadeo de las nuevas interfases en CISIS bajo C++

3. Aumento de la capacidad del equipo productor de CD-ROM de multimedia

4. Aplicación de la investigación hecha en 1995 de texto completo y bases de datos factuales con asistencia internacional

Indicadores

1. Producir 3 discos LILACS al año
2. Producir MEDLINE para 5, 10 y 25 años con actualizaciones mensuales
3. Venta de 100 suscripciones de MEDLINE/CD-ROM

1. Entrenamiento de 1000 usuarios
2. Cuestionario para evaluación de calidad de respuesta al usuario

1. Aplicación de las nuevas interfases en el Sistema
2. Adiestramiento de los profesionales del Sistema y de los usuarios
3. Elaboración de manuales
4. Inclusión de las normas y procedimientos en el CD-ROM
5. Mercadeo de venta

1. Uso de la estación multimedia para proyectos de mercadeo
2. Test en redes Novell y LAN Manager para uso de multiusuarios bajo Windows

1. Aplicación y expansión de software especial para registro de texto completo
2. Creación de bases de datos factuales en medio ambiente para toma de decisiones con auxilio del IDRC y en colaboración con CEPIS/ECO

ObjetivosIndicadores**PROYECTO BIREME/4 COOPERACION SUB-REGIONAL****PROPOSITO**

Ampliar la cooperación sub-regional en adiestramiento de monitores de BIREME y formación continuada en paralelo a la creación de grupos de estudio de terminología en las áreas de trabajo de la OPS

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ampliar la edición del DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud

2. Aplicación del modelo de sistema local de automatización de bibliotecas y bases de datos

3. Ampliar los cursos de postgrado hechos para la EPM sobre la estrategia de búsqueda de información en ciencias de la salud

4. Aplicar y adiestrar las Bibliotecas del Sistema para colaborar con el Catálogo Regional de Publicaciones Periódicas en Ciencias de la Salud

5. Actualizar en los Centros OPS y los PWRs la Metodología LILACS

PROYECTO AD/2 COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Aumentar el uso de la Cooperación Técnica Entre Países (CTP) y fortalecer las iniciativas subregionales como estrategias para abordar las prioridades nacionales en materia de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La cooperación técnica entre países promovida y coordinada

1. Inclusión de nuevos términos de las actualizaciones anuales del MeSH

2. Reunión de los grupos de discusión temáticos en 1996

3. Tercera edición de 1997 del DeCS actualizado

1. Transferencia del modelo para 3 países de la Región

2. Estudio de caso del modelo en esos países

1. Elaboración de modelo para los países de habla española

1. Adiestramiento de 30 Centros Cooperantes

2. Adiestrar 500 usuarios en acceso a la base de datos SeCS

1. Actualizar los aplicativos en los Centros adiestrados en 1995

1. Todos los países tienen al menos un proyecto de CTP en cada año del bienio.

2. Se ejecuta el noventa por ciento de los fondos.

1. La información sobre las normas y los procedimientos de la CTP difundida a los Representantes de la OPS/OMS.

2. Remitidas al Director todas las propuestas revisadas y las recomendaciones relativas a todas las solicitudes de CTP de los países en un plazo de dos días luego de recibida la información completa.

()

()

()

Objetivos

2. La iniciativa de Cooperación para la Salud en la Subregión Andina (ACH) coordinada en colaboración con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue

3. La iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH) coordinada en colaboración con la Secretaría de la CARICOM.

4. La Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR) coordinada en colaboración con el Secretario pro tempore

5. La Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA) coordinada en colaboración con RESSCA.

Indicadores

1. El plan anual de trabajo formulado conjuntamente con la Secretaría y aprobado por los Ministros.

2. Ochenta por ciento de las actividades programadas por la OPS en apoyo de la ACH ejecutadas.

3. Al menos ocho números del Boletín publicados y distribuidos.

4. Las actividades de la iniciativa examinadas al menos dos veces al año en las reuniones de los Representantes de la OPS/OMS.

1. El plan anual de trabajo formulado conjuntamente con la Secretaría y aprobado por los ministros.

2. Ochenta por ciento de las actividades programadas por la OPS en apoyo de la CCH ejecutadas.

3. Al menos seis números de CCH Updates publicados y distribuidos para fines del bienio.

4. Las actividades de la iniciativa examinadas al menos dos veces al año en las reuniones de los Representantes de la OPS/OMS.

5. Apoyo a las reuniones de los Ministros de Salud del Caribe.

1. El plan anual de trabajo formulado conjuntamente con la Secretaría y aprobado por los Ministros, que incluye apoyo al Secretario pro tempore.

2. Ochenta por ciento de las actividades programadas por la OPS en apoyo de la INCOSUR ejecutadas.

3. Al menos seis números del boletín informativo publicados y distribuidos.

4. Las actividades de la iniciativa examinadas al menos dos veces al año en las reuniones de los Representantes de la OPS/OMS.

5. Apoyo para la reunión técnica anual de la INCOSUR y la reunión bienal de ministros.

1. Plan anual de trabajo preparado conjuntamente con la Secretaría y aprobado por los ministros.

2. Ochenta por ciento de las actividades programadas por la OPS en apoyo de la iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA) ejecutadas.

Objetivos

6. Ejecución de la Tercera Fase de la Iniciativa de Salud de Centroamérica (1995-2000), haciendo hincapié en el intercambio de experiencias a nivel de la Región.

7. Apoyo y seguimiento de la Iniciativa de Salud de Centroamérica, incluido el trabajo preparatorio para los convenios regionales sobre la salud en el contexto del Sistema Centroamericano de Integración.

Indicadores

3. Al menos ocho números del boletín publicados y distribuidos.
4. Las actividades de la iniciativa examinadas al menos dos veces al año en las reuniones de los Representantes de la OPS/OMS.
5. Apoyo a la reunión anual de RESSCA.

1. Convenios relativos a la salud entre los países en las esferas incluidas en el documento aprobados para la Tercera Fase de la Iniciativa de Salud de Centroamérica.

2. Coordinación de todas las actividades regionales y de país incluidas en el plan de acción entre el Representante de la OPS/OMS y los programas técnicos regionales. Adiestramiento de personal nacional en la formulación y gestión de los proyectos.

3. Planes nacionales de acción quinquenales para cada país.

4. Al menos 6 propuestas de proyecto para cada uno de los países en las áreas prioritarias definidas.

5. Las propuestas de proyectos son negociadas por los organismos de cooperación o se financian con recursos nacionales.

1. Convenios de cooperación firmados entre SG-SICA y ST-CRAS en el ámbito de la cooperación en materia de salud.

2. Las evaluaciones anuales de los proyectos y las propuestas de proyecto anuales se elaboran y se procesan.

3. Se han efectuado dos reuniones preparatorias y dos reuniones de RESSCA.

4. 6.000 ejemplares del boletín Salud y Paz para el Desarrollo y la Democracia preparados y distribuido en la Región.

5. La publicación de por lo menos dos documentos de análisis de las macro-tendencias que influyen en la salud de la Región (en especial sobre temas políticos, económicos, sociales y tecnológicos).

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION

UBICACION	PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS			FONDOS NO ORDINARIOS		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
COOPERACION DIRECTA CON LOS PAISES	55,572,600	64,116,100	70,157,400	30,929,500	5,489,700	1,067,200
PROGRAMAS REGIONALES	24,110,000	22,578,900	23,884,500	3,096,000	1,743,500	1,095,500
CENTROS	1,162,800	1,296,500	1,455,600	2,057,900	900,000	900,000
DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	9,004,000	9,096,000	9,605,200	714,700	831,000	895,000
TOTAL	89,849,400	97,087,500	105,102,700	36,798,100	8,964,200	3,957,700

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	69,325,600	108	180	39,940,800	1,665,200	2,581,900	262,000	3,794,000	3,143,500	2,371,700	15,566,500
OMS - WR	20,523,800	41	49	12,979,400	417,100	466,800	224,000	1,044,500	1,070,900	0	4,321,100
TOTAL	89,849,400	149	229	52,920,200	2,082,300	3,048,700	486,000	4,838,500	4,214,400	2,371,700	19,887,600
% DEL TOTAL	100.0			59.0	2.3	3.4	.5	5.4	4.7	2.6	22.1
1996-1997											
OPS - PR	75,763,600	111	181	42,657,800	1,837,800	2,733,900	128,100	4,658,500	3,372,600	2,426,400	17,948,500
OMS - WR	21,323,900	39	46	12,904,000	286,400	492,800	249,400	1,002,000	1,150,400	0	5,238,900
TOTAL	97,087,500	150	227	55,561,800	2,124,200	3,226,700	377,500	5,660,500	4,523,000	2,426,400	23,187,400
% DEL TOTAL	100.0			57.2	2.2	3.3	.4	5.8	4.7	2.5	23.9
1998-1999											
OPS - PR	81,975,700	108	181	45,545,800	1,837,800	2,982,500	128,100	5,057,000	3,672,100	2,561,300	20,191,100
OMS - WR	23,127,000	39	46	13,758,800	286,400	530,300	249,400	1,155,800	1,302,300	0	5,844,000
TOTAL	105,102,700	147	227	59,304,600	2,124,200	3,512,800	377,500	6,212,800	4,974,400	2,561,300	26,035,100
% DEL TOTAL	100.0			56.5	2.0	3.3	.4	5.9	4.7	2.4	24.8

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	89,849,400	100.0	97,087,500	100.0	105,102,700	100.0
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	19,218,200	21.4	20,323,000	21.0	21,458,600	20.4
DIRECCION GENERAL	EXM 3,667,100	4.1	3,787,900	3.9	4,000,800	3.8
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	GPD 7,908,600	8.8	8,716,000	9.0	9,192,300	8.7
DESARROLLO DEL PERSONAL	SDP 1,770,400	2.0	1,867,700	1.9	1,967,100	1.9
PROGRAMA DEL DIRECTOR PARA ACTIVIDAD. DE DESARROLLO	DGP 2,686,300	3.0	2,500,000	2.6	2,627,300	2.5
COORDINACION EXTERNA	ECO 1,119,600	1.2	1,235,100	1.3	1,302,600	1.2
INFORMACION PUBLICA	INF 2,067,200	2.3	2,216,300	2.3	2,368,500	2.3
POLITICA PUBLICA Y SALUD	11,839,600	13.1	13,323,000	13.7	14,235,100	13.6
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD 5,454,400	6.1	6,563,100	6.8	7,106,200	6.8
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE 1,895,100	2.1	1,960,800	2.0	2,058,600	2.0
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS 3,638,200	4.0	3,696,500	3.8	3,890,700	3.7
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 851,900	.9	1,102,600	1.1	1,179,600	1.1
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD	36,149,700	40.4	40,018,200	41.3	43,932,200	41.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 35,472,500	39.6	39,312,500	40.6	43,186,000	41.1
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 677,200	.8	705,700	.7	746,200	.7
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	19,640,800	21.8	19,984,800	20.5	21,535,800	20.5
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 10,009,700	11.1	10,035,800	10.3	10,861,000	10.3
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 9,631,100	10.7	9,949,000	10.2	10,674,800	10.2
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	3,001,100	3.3	3,438,500	3.5	3,941,000	3.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 3,001,100	3.3	3,438,500	3.5	3,941,000	3.7
GRAN TOTAL	89,849,400	100.0	97,087,500	100.0	105,102,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	36,798,100	100.0	8,964,200	100.0	3,957,700	100.0
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	2,143,100	5.8	1,490,500	16.6	1,610,000	40.6
DIRECCION GENERAL	EXM 110,000	.3	195,000	2.2	210,000	5.3
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	GPD 848,800	2.3	629,000	7.0	682,000	17.2
COORDINACION EXTERNA	ECO 780,100	2.1	567,000	6.3	610,000	15.4
INFORMACION PUBLICA	INF 404,200	1.1	99,500	1.1	108,000	2.7
POLITICA PUBLICA Y SALUD	2,040,100	5.5	889,200	10.0	465,200	11.8
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD 421,600	1.1	0	-	0	-
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE 48,000	.1	0	-	0	-
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS 60,000	.2	68,000	.8	75,000	1.9
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 1,510,500	4.1	821,200	9.2	390,200	9.9
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD	28,191,400	76.6	5,477,500	61.1	828,500	20.9
DESARROLLO GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 3,999,000	10.9	787,500	8.8	828,500	20.9
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 24,192,400	65.7	4,690,000	52.3	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	2,887,900	7.9	1,107,000	12.3	1,054,000	26.7
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 284,900	.8	64,500	.7	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 2,603,000	7.1	1,042,500	11.6	1,054,000	26.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	1,535,600	4.2	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 1,535,600	4.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	36,798,100	100.0	8,964,200	100.0	3,957,700	100.0

DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

CONTEXTO REGIONAL

1. Los sistemas de servicios de salud y los procesos de reforma continúan siendo influenciados, en los aspectos organizativos y financieros, por las macro-tendencias políticas, sociales y económicas en vigencia en la mayoría de los países de la Región y por los cambios epidemiológicos y demográficos que se registran.

2. En el campo político social los procesos de reforma basados en la democratización, la participación y la descentralización, tienen como primera prioridad el logro de la equidad en salud, expresada en el acceso universal de la población a los servicios básicos de atención integral y de calidad. Estos procesos están especialmente dirigidos a los grupos marginados expuestos a mayor riesgo, tales como población en extrema pobreza, madres y niños, mujeres, adolescentes, discapacitados y población indígena entre otros.

3. En lo económico, es evidente la necesidad de mejorar la capacidad administrativa del sector para lograr la máxima eficiencia en la utilización de los recursos humanos, tecnológicos y económicos-financieros como una condición indispensable para el desarrollo de los procesos de ajuste.

4. En los aspectos organizativos, los sistemas de salud han respondido dentro de sus planes de Reforma del Sector a las políticas de democratización del Estado y de la sociedad, manteniendo y ampliando las medidas de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud. Las características más significativas han sido el incremento de los ámbitos de resolución del nivel local, la búsqueda de un enfoque integral con énfasis en la participación social, la intersectorialidad, la promoción y la prevención, la coordinación y la articulación de los recursos públicos y privados. La participación en este proceso de los organismos no gubernamentales en la prestación de salud es también una característica destacada de los procesos de cambio en marcha.

5. Según datos de 1994, 33 países han definido políticas orientadas a reformar el Estado adoptando como estrategia fundamental la descentralización; 28 países están ejecutando esas políticas en el sector salud; y 32 países han notificado la existencia de sistemas locales en funcionamiento.

6. A su vez, los procesos de integración subregional y regional en marcha y la iniciativa generada en la Cumbre de Mandatarios de diciembre de 1994 al requerir incorporar a la salud como un componente del desarrollo, exigió la coordinación de aspectos de organización de servicios, regulación de recursos humanos, medicamentos y tecnología.

7. Dentro de este contexto, los procesos de reforma del sector están considerando las implicaciones que las medidas de descentralización tienen sobre la responsabilidad de conducción que deben asumir los niveles centrales, sean estos Ministerios o Secretarías de Salud. Existe un creciente interés en revisar y ajustar las funciones que corresponden a estos niveles a fin de asegurar la equidad y la coordinación de sistemas pluralistas de atención de la salud. Entre ellos se destacan la formulación y desarrollo de políticas; las inversiones, la regulación, la normatización y control de actividades; la identificación y selección de los mecanismos de financiamiento; el desarrollo de tecnologías, el suministro de medicamentos; el desarrollo de personal y el ejercicio profesional.

8. Además, la reforma del sector basada en la democratización y la descentralización, requiere una definición precisa de políticas en los niveles centrales que favorezcan la participación social, la capacitación de la población a nivel local para identificar y analizar los problemas y las necesidades en la programación, implementación y evaluación de las acciones.

9. Al mismo tiempo, la transferencia de responsabilidades políticas, técnicas y administrativas a los niveles locales ha puesto en evidencia las limitaciones que existen en la organización y en el financiamiento de los mismos. El desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) continúa reconociendo la concepción amplia del concepto de la producción social de salud con un enfoque intersectorial e interdisciplinario. En este sentido los niveles locales político administrativos de los países, municipios, alcaldías, provincias, son los que están tomando iniciativas de gran importancia en la conducción y gestión de la salud de manera integral.

10. Todos estos cambios organizativos se están cumpliendo con el compromiso de favorecer el logro de la equidad, la eficiencia y la calidad en un contexto de importantes restricciones financieras. Para ello se está promoviendo la capacitación en gestión tanto en el sector público como privado, siendo la administración estratégica una de las actividades más significativas y necesarias que requiere el reordenamiento de las estructuras de recursos para lograr los objetivos.

11. Estos cambios también se observan a nivel de los establecimientos sanitarios. Los cerca de 15.000 hospitales, que representan alrededor de 1.000.000 camas, se encuentran en procesos de reorganización orientados por reglamentaciones sobre habilitación, acreditación y categorización. Igualmente, las medidas de organización buscan responder a nuevas exigencias de calidad, gestión y financiamiento, basados en modelos descentralizados de autogestión en el hospital público y en modelos de práctica de atención gerenciada y de riesgo compartido con los sistemas de financiación en los establecimientos privados. La existencia de sistemas pluralistas de atención exige la coordinación de los recursos públicos y privados y la constitución de redes de servicios a nivel local con la incorporación articulada de la práctica ambulatoria, los centros y puestos de salud y los establecimientos de referencia.

12. El estado de deterioro de la infraestructura física y los equipos, sobre todo en el sector público, por falta de prácticas institucionales de conservación y mantenimiento, requerirá una inversión de alrededor de US\$64.000 millones en los próximos 10 años a fin de mejorar la gestión; y ampliar, readecuar y recuperar la infraestructura física y de equipos. Cifra esta no imposible de alcanzar, si se reorientan las actuales inversiones sociales en la mayoría de los países de Latinoamérica y del Caribe. Los siete países del área centroamericana tienen desde 1986 un proyecto para el fortalecimiento de los servicios de ingeniería y mantenimiento de los establecimientos de salud de los ministerios de salud y los seguros sociales. Con el proyecto, el estado de 67,000 equipos médicos e industriales de 217 hospitales, pasó de 51% de los equipos fuera de servicio u operando en condiciones inseguras, a un 72% operando en buenas condiciones. Esta experiencia se ha empezado a difundir a otros países del continente. El Directorio Latinoamericano y el Caribe de establecimientos de salud ya definido por los

países, representa un paso importante en el diagnóstico de la situación y establece la posibilidad de facilitar la adecuación de la red de servicios en el futuro.

13. Como resultado de los cambios en la estructura demográfica y epidemiológica de algunos países, está surgiendo la necesidad de adecuar los perfiles de atención a la población en proceso de envejecimiento, a población discapacitada, a la atención en grandes urbes y a problemas de salud emergentes como la violencia, drogadicción, salud mental, accidentes y SIDA. El perfil de las necesidades de atención de salud se vuelve más complejo si se tiene en cuenta que estas nuevas demandas coexisten con problemas aún no resueltos como son la atención a las necesidades básicas y las acciones de promoción y prevención.

14. Dentro de este panorama la problemática actual del desarrollo de recursos humanos se caracteriza por los desajustes del mercado de trabajo junto a las deficiencias de formación y capacitación.

15. Persisten desequilibrios en la estructura y composición del personal en relación con los modelos de atención con déficit en algunas categorías de personal y superávit en otras; así como limitaciones en la distribución geográfica e institucional del personal. De manera general se aprecian limitaciones en categorías profesionales de alta prioridad como Enfermería, Salud Pública, Medicina General o Integral y algunas especializaciones médicas críticas.

16. Las complejas y a veces conflictivas relaciones laborales están cambiando como consecuencia de las reformas introducidas en el sector. El patrón de carrera funcionaria basado en estabilidad y antigüedad en el cargo, la negociación colectiva por rama o federación, los sistemas de incentivos fijos están siendo definidos. Ello en muchos casos obstaculiza el cumplimiento de la misión del servicio y/o el mejoramiento de la calidad, la eficacia y la eficiencia en la atención. Se producen situaciones de bajo nivel de desempeño técnico del personal debido al déficit de conocimiento en la formación básica, a obsolencia frente a los acelerados cambios científicos, tecnológicos y normativos; o a inadecuada ubicación del trabajador. Ante esta situación, buena parte de los programas de capacitación (actualizadores, remediales o adaptivos), se orientan a una franja pequeña de profesionales y no respondiendo a situaciones relevantes de la atención. Con frecuencia utilizan metodologías que no favorecen el desarrollo intelectual y técnico del trabajador y en la mayoría de casos quedan sin evaluación.

17. Las nuevas funciones y modelos de atención requieren cambios en la práctica de la enfermería, especialmente en la capacidad para la toma de decisiones, el liderazgo y la ejecución de estos cambios para mejorar la situación de estos servicios en todos los niveles de atención.

18. La escasez de este personal en muchos países continúa afectando la calidad de atención de la salud lo cual limita su potencial para la prestación de servicio a los individuos y a la comunidad. Debido a las condiciones de trabajo deficientes, los bajos salarios, las débiles políticas de desarrollo profesional, así como la escasa modificación del prestigio social de algunas de las profesiones de salud, hacen difícil resolver a corto plazo el problema de la escasez de recursos humanos, por lo que resulta imprescindible avanzar en el uso estratégico de los existentes. Al mismo tiempo, la participación de la comunidad en todos los aspectos del desarrollo sanitario exige cambios en la educación, en el ejercicio profesional, y en las actitudes de los trabajadores de salud hacia la

participación. La adopción y utilización apropiada de nuevas tecnologías y modalidades de atención de salud constituyen un desafío constante.

19. La superación de muchas situaciones problemáticas relacionadas con el trabajo y el desempeño del personal requiere de una adecuada capacidad de gestión de recursos humanos, que actualmente no existen en la mayoría de las instituciones de salud.

20. En lo referente a la formación profesional, en los últimos años ha crecido el interés y la preocupación por la cuestión de la calidad educacional entendida como pertinencia técnica y social de la formación. El contexto ha impuesto restricciones en lo económico a las instituciones formadoras, en especial a las universidades lo que ha contribuido a agravar problemas antiguos como la inadecuada estructura académica, la falta de investigación, el deterioro de la infraestructura educacional, las malas condiciones de remuneración y la retracción del mercado laboral docente.

21. Cada vez es más claro que son insuficientes los esfuerzos institucionales para modernizar o cambiar parcialmente los procesos educacionales por medio de innovaciones curriculares o integración docente-asistencial. Persiste una concepción restricta de currículo que da mayor importancia a la dimensión formal de los objetivos y la organización del tiempo que a los contenidos y el modelo cognoscitivo. Actualmente, las escuelas enfrentan el desafío de responder a la exigencia de la calidad en base a un proceso integral de evaluación de la formación.

22. Si por una parte ha aumentado el número de programas de formación en salud pública, ha aumentado también la preocupación por la pertinencia y calidad de esos programas. Por lo general los programas repiten esquemas tradicionales (diferenciándose algunos porque enfatizan la gerencia institucional), con baja o nula investigación y sin contemplar los cambios del contexto sectorial en que se dan. Así tanto la educación como la práctica de la salud pública se hallan enfrentadas a una situación de transición y ajuste ante los cambios sectoriales y científicos que se están produciendo.

23. Otro de los componentes importantes para asegurar la calidad y la eficiencia en la atención de la salud es la provisión adecuada de medicamentos esenciales. En este sentido los procesos de reforma del Estado, la descentralización y la apertura de los mercados están modificando decididamente las políticas farmacéutica. Esto ha demostrado la necesidad de introducir cambios en la legislación, el registro y la comercialización de medicamentos a fin de asegurar la disponibilidad y accesibilidad de toda la población a productos de calidad, eficaces y seguros.

24. Con este propósito y dentro de las acciones de integración subregionales, es importante destacar los esfuerzos de los gobiernos de los países del Área Andina que han logrado definir una política común de medicamentos para adecuarse a los cambios globales de la economía. Este nuevo enfoque parece ser prometedor para otras integraciones económicas como es el caso de los países del Mercosur, Centroamérica y el Caribe.

25. Si bien la mayoría de los países han definido los medicamentos prioritarios y han elaborado las listas y formularios terapéuticos correspondientes, es preciso reforzar su distribución y aplicación, sobre todo a nivel local. Por lo tanto, la capacitación de los recursos humanos en el uso racional de medicamentos constituye una prioridad definida por los países.

26. La organización de los servicios de farmacia, integrados en apoyo a la gestión administrativa y gerencial de las instituciones hospitalarias y de los sistemas locales de salud, representa una evidente mejoría de los sistemas de suministros iniciando positivamente en la disponibilidad de medicamentos a nivel institucional. En este sentido, ha adquirido fuerza en la Región el desarrollo de la atención farmacéutica y la definición de las Buenas Prácticas de Farmacia como estrategia de incorporación de la práctica de uso racional de medicamentos a nivel de prescriptores, dispensadores y consumidores.

27. En el área de servicios farmacéuticos merece especial atención, el fortalecimiento de la capacitación del recurso humano, esfuerzo este en el que participan tanto instituciones de servicios como instituciones docentes. Los países han concedido prioridad a estos aspectos y existen programas en ejecución que necesitan ser incrementados y difundidos.

28. Los laboratorios de salud pública, los laboratorios clínicos, y los bancos de sangre, también están realizando esfuerzos en sus componentes técnicos y organizativos. Los adelantos tecnológicos y los cambios de los perfiles epidemiológicos, así como los procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud exigen una constante revisión de normas, metodologías y sistemas de garantía de calidad. Una tarea importante es la definición de perfiles de resolución de los servicios de diagnóstico y de transfusión disponibles en los diferentes niveles de atención.

29. Los procesos de reforma también están afectando la situación de los servicios de diagnóstico por imágenes y radioterapia. De las 50.000 unidades de rayos X (excluyendo las dentales), las 400 unidades de telecobaltoterapia y los 140 aceleradores lineales para radioterapia existentes en Latinoamérica y el Caribe, muchas han cumplido su vida útil y el personal técnico que las opera se adiestra inadecuadamente. La existencia de programas nacionales de control de calidad en algunos países está significando una importante propuesta de cambio.

30. La función reguladora de los Ministerios de Salud en el área de la radioprotección es débil, ya que está sólo dos de los 19 países que tienen una autoridad normativa reconocida está dentro del Ministerio de Salud. En la mayoría de los países las responsabilidades son compartidas con organismos de energía nuclear o atómica, los cuales tienen un mayor apoyo político y económico y por lo tanto están mejor equipados y cuentan con personal más capacitado. Se espera que la situación mejorará mediante la adopción de las "Normas Básicas Internacionales de Seguridad para la Protección contra la Radiación Ionizante y para la Seguridad de los Fuentes de Radiación", que fueron aprobadas por la XXV Conferencia Sanitaria Panamericana. En cuanto al desarrollo de los servicios de diagnóstico, se ha avanzado en la definición de redes de servicios de acuerdo a los niveles de complejidad necesarios aunque persistan las limitaciones en el uso de equipos básicos de radiología como una forma de mejorar la cobertura y la calidad de la atención.

31. La situación de la salud oral, como componente de la atención integral no escapa a consideraciones de organización de administración. La incidencia y prevalencia elevada de caries dental y periodontopatías siguen siendo las afecciones más comunes entre los niños en la Región. Sin embargo, cabe destacar que varios países acusan mejoras en los indicadores de salud oral como resultado de la adopción de programas preventivos en gran escala de fluoruración de la sal o el agua, por lo que existe creciente interés por continuar y ampliar esta estrategia de gran costo-efectividad. Igualmente otras afecciones están

adquiriendo nueva importancia como son las infecciones de la boca relacionadas con el VIH/SIDA, hepatitis B y el cáncer oral y faríngeo.

32. Los indicadores de cobertura de los servicios odontológicos sugieren deficiencias importantes en todos los niveles, que limitan la capacidad de los países para alcanzar un progreso adecuado. Una estrategia utilizada para resolver esta situación consiste en la formulación de la práctica dental con mayor eficiencia y calidad, coordinando los recursos de las instituciones docentes, las instituciones de servicios y las asociaciones profesionales especialmente en el ámbito local.

33. La atención de la población discapacitada sigue siendo un componente parcialmente contemplado en las políticas de salud, dada la insuficiente información del problema. Ello que ha conducido a una lenta evolución de los servicios de rehabilitación, con la consecuente limitación en la cobertura y acceso a los mismos sobre todo a población discapacitada de bajos recursos. A pesar de ello los esfuerzos completos de algunos países en desarrollar programas de atención al discapacitado con participación de la comunidad y/o incorporado en los sistemas locales de salud siguiendo criterios epidemiológicos y de estratificación de servicios, constituyen una importante estrategia a emular como una expresión de la búsqueda de la equidad en salud.

34. En muchos proyectos locales en ámbitos de municipios, alcaldías, provincias se ha podido observar el desarrollo de la salud como eje articulador del desarrollo social, coordinando estrategias intersectoriales de promoción de la salud y atención al medio para dar respuesta a necesidades específicas de la población. El avance de los sistemas locales de salud no ha sido solamente en los aspectos de política y conceptuales sino que también se han desarrollado importantes instrumentos de gestión social entre los que se destacan los de administración estratégica y los sistemas de información. Una mayor aplicación de estos instrumentos de gestión a nivel local y la extensión de los sistemas locales en áreas geográficas con población más necesitada podrá facilitar los objetivos de equidad en salud.

35. Tanto los recursos organizativos como los recursos de atención de la salud se expresan finalmente en la prestación de acciones de salud a nivel local. En este sentido, existe optimismo medido por los avances logrados en la gestión de los sistemas locales de salud (municipios, alcaldías, provincias) que han podido responder adecuadamente a la ejecución de programas de prevención, a pesar de las limitaciones de recursos financieros, coordinando los esfuerzos públicos y privados con la participación social. Ejemplo de ello lo constituye el caso de la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis, la extensión de cobertura en programas para la atención de la madre y el niño, y el control de la reciente epidemia del cólera.

36. A pesar de los avances antes citados persisten todavía limitaciones producidas por la utilización indiscriminada de tecnología de alta complejidad lo que disminuye la calidad y la eficiencia del sector en muchos casos. En este sentido se justifica la decisión de los países para aplicar modelos de atención orientados a mejorar la calidad con el uso eficiente de los recursos. Las investigaciones de servicios de salud que están poco desarrolladas en la mayoría de los 21 países, deberán fortalecerse para aportar los conocimientos necesarios que apoyen las decisiones de política orientadas a mejorar la calidad y eficiencia.

37. En cuanto a la definición de acciones específicas se desatacan la prioridad otorgada por los países a la salud de los pueblos indígenas proponiéndose modelos de atención que respeten las culturas y prácticas tradicionales dentro de los sistemas locales de salud, maximizando el potencial de los servicios previstos por los agentes de salud tradicional. Esta iniciativa está orientada a facilitar el desarrollo integral de la salud con una población indígena estimada en alrededor de 55 millones de personas en más de 400 etnias en la Región.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

38. La cooperación técnica de la División tiene como base las orientaciones estratégicas y programáticas definidas para el cuatrienio, en especial la referida al desarrollo de los sistemas de salud y la organización de los servicios en el contexto de la Reforma Sectorial, se realizará en dos ámbitos concretos. Por un lado a través de los niveles centrales de conducción de la salud, para favorecer un desarrollo hacia el logro de la equidad y eficiencia del sector, y por otro lado, se enfatizará la cooperación en los niveles locales descentralizados de los gobiernos, municipios, alcaldías, provincias, con el fin de favorecer el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) con un enfoque intersectorial e interdisciplinario entendiendo que es a nivel local en donde se concreta la producción local de la salud. Dentro del desarrollo de los SILOS se favorecerá la coordinación con otras unidades para apoyar estrategias de salud y desarrollo; la promoción de la salud; la atención al medio y el control de enfermedades. Además se cooperará directamente con la organización de la red de servicios de atención a nivel local como un componente prioritario de los SILOS. Se movilizará recursos nacionales y recursos provenientes de fuentes externas orientadas a fortalecer los niveles locales en su gestión de coordinación de actividades para asegurar una mayor eficiencia en la utilización de los recursos. En este sentido se coordinará a través de los Ministerios de Salud, las universidades, y otros centros de estudios a objeto de compartir experiencias dentro y fuera del país.

39. Como resultado de esta estrategia de capacitar a nivel central y local se realizará la recopilación, el análisis y la difusión de experiencias sobre el impacto logrado en la accesibilidad de servicios de salud así como en los métodos de organización y gestión. Esta se concretará en el apoyo a los países para que desarrollen y mejoren sus sistemas de información y análisis a nivel nacional y local; en la publicación y difusión de datos sobre experiencias de reformas nacionales y locales y en la promoción del intercambio de experiencias mediante el apoyo a la cooperación técnica entre países y la organización de actividades de evaluación y análisis.

40. Considerando el desarrollo del Recurso Humano como prioritario para la organización y gestión de los servicios de salud se dará cooperación al fortalecimiento de las capacidades nacionales de regulación y gestión, la promoción del liderazgo y la conducción, la reorientación de la capacitación en servicios en especial a nivel local y la formación de recursos humanos. Para ellos se enfatizarán los siguientes componentes estratégicos:

41. Coordinación con diferentes organismos involucrados y extensión de la actividad de la cooperación técnica al conjunto de actores relevantes, promocionando la interdisciplinariedad.

42. Promoción y fortalecimiento de nuevos modos, estilos e instrumentos de regulación y gestión del desarrollo de recursos humanos, para un adecuado desempeño en los diferentes niveles del sistema de salud.

43. Favorecer la pedagogía de la problematización como base teórica y metodológica de la educación permanente, orientada a la transformación del desempeño y a mejorar la calidad y la eficiencia de la gestión de los servicios incluyendo la implementación de la metodología de análisis del desempeño del equipo local de salud.

44. Integración de la educación y el servicio en sus distintos niveles, incluyendo servicio social y especialización y la mejoría de la calidad educacional como estrategia de transformación integral de la institución formadora.

45. Otra estrategia de cooperación la constituye la promoción de la investigación de sistemas y servicios de salud. Se apoyará a los países a detectar y analizar sus capacidades nacionales y se fomentará el desarrollo de propuestas de investigación orientadas a identificar el impacto de las reformas del sector a nivel nacional, local y en los servicios de salud así como sus implicaciones en términos de equidad, calidad y eficiencia. Se apoyará a los países en el desarrollo de metodologías de investigación evaluativa de los sistemas locales de salud y de sus componentes básicos de intersectorialidad, participación social, capacitación y eficacia y eficiencia de los programas.

46. Dentro de esta estrategia de cooperación, se apoyará a organismos universitarios y centros de investigación para capacitar a docentes y personal de los sistemas de salud en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos de investigación.

47. El apoyo a la formulación de planes y políticas de desarrollo de los sistemas de salud constituye la quinta estrategia de cooperación orientada tanto a la gestión nacional como a la ejecución de los planes y políticas en los niveles locales.

48. Finalmente, las anteriores estrategias de cooperación han sido formuladas para facilitar la integración y potencialización de las otras orientaciones estratégicas de salud y desarrollo; promoción y protección de la salud; protección y desarrollo del medio ambiente y prevención y control de enfermedades; mediante el desarrollo de programas conjuntos y la realización de actividades coordinadas en relación a la organización de servicios de salud.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA SECTORIAL

PROPOSITO

Reforzar la conducción y liderazgo de los niveles centrales dentro de los procesos de reforma del sector teniendo en cuenta los procesos de descentralización, modernización del Estado, democratización y pluralismo, en especial en lo referente a la capacidad de gestión de los ministerios de salud con el fin de lograr equidad y acceso universal a la atención integral de la salud a grupos de población más necesitados, y del desarrollo especial de la salud dental y la rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estudios de casos sobre desarrollo descentralización y fortalecimiento de la conducción a nivel central con evaluación de la equidad y la eficiencia en el desarrollo integral de la salud, elaborados y difundidos. En colaboración con HDP, DSI.

2. Instrumentos de gestión desarrollados para la conducción y los sistemas de información. En colaboración con HDP.

3. Contenidos y metodologías de capacitación permanente en Administración Estratégica en los servicios de salud, desarrolladas y difundidas.

4. Metodología apropiada para la incorporación progresiva en los registros de salud de la información sobre discapacidad, y los servicios de atención a los discapacitados, formulada. Coordinado con HPP.

1. Ocho países de la Región en procesos de descentralización y modernización del Estado con fortalecimiento de los Ministerios de Salud o Secretarías, para la conducción y liderazgo con el fin de lograr equidad a los grupos de población más necesitados en especial pobres y marginados, indígenas, mujeres, madres y niños.

2. Seis países con normas definidas para el desarrollo de programas de atención al discapacitado.

3. Siete países con programas de fluoruración y de vigilancia epidemiológica en salud dental.

1. Seis estudios de casos sobre descentralización y fortalecimiento del nivel central, provincial y municipal con evaluación de la equidad y eficiencia en el desarrollo integral de la salud elaborados.

2. Cuatro publicaciones sobre estudios de caso de organización de sistemas de salud, descentralización y fortalecimiento del nivel central con evaluación de equidad y eficiencia.

1. Instrumento de formulación y desarrollo de políticas relacionado con la identificación, selección y redistribución de recursos en grupos prioritarios, validados.

2. Instrumentos para el desarrollo de los sistemas de información para la conducción, identificados y validados.

3. Instrumentos de gestión dirigidos a incrementar la capacidad resolutive y la productividad de los servicios de salud, formulados, y validados.

1. Contenidos de capacitación permanente en Administración Estratégica y metodología para los servicios de salud, identificados y difundidos (publicación).

2. Dos publicaciones con contenidos de capacitación permanente en Administración Estratégica.

3. Tres cursos internacionales para la formación de capacitadores en la conducción y gerencia.

1. Registro de discapacitados, estructurado.

2. Metodologías y material de publicados y difundidos.

Objetivos

5. Programas preventivos de salud oral y de fluoruración, incluyendo sistemas de vigilancia epidemiológica desarrollados.

6. Gestión de la División a la programación, coordinación y evaluación de los programas de cooperación técnica, la disseminación de información y la actualización de personal de la División.

PROYECTO 2: ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA SECTORIAL

PROPOSITO

Reforzar la capacidad de gestión e investigación de los sistemas locales de salud a nivel municipal, provincial y de la red de servicios de atención de la salud para asegurar eficiencia, calidad y disponibilidad de servicios en respuesta a las prioridades de grupos de población con mayores necesidades mediante la aplicación de modelos integrales de atención en ámbitos urbanos y rurales con plena participación social y con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación, tomando a la salud como eje articulador del desarrollo social local.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodologías desarrolladas, sobre evaluación de la gestión y del impacto para la movilización de recursos destinados a reforzar actividades en los SILOS con poblaciones de alto riesgo, pobres, marginados, población indígena, mujeres, madres y niños.

Indicadores

3. Dos experiencias de desarrollo de programas de atención al discapacitado en los servicios de rehabilitación, publicadas y difundidas.

4. Tres investigaciones a nivel de servicios y a nivel de comunidad sobre discapacidad, desarrolladas.

1. Documentación sobre desarrollo y extensión de cobertura de programas de fluoruración de agua y sal.

2. Documentación sobre implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica en salud oral.

1. Países con proceso de evaluación conjunta concluidos.

2. Participación del personal en actividades de capacitación, y actualización en áreas específicas de su especialización.

3. Informes analíticos publicados y distribuidos sobre programación, ejecución y evaluación de la gestión de la División.

4. Personal de HSS actualizado en gestión y desarrollo de instrumentos y técnicas.

1. Programas nacionales para mejorar la capacidad de gestión de los SILOS formulados en 10 países.

2. Programas de mejoramiento de accesibilidad a la población más necesitada con modelos de desarrollo social local, aplicados en SILOS identificados en 10 países, en especial pobres, marginados, población indígena, madres y niños.

3. Diez países con programas nacionales de mejoramiento de la gestión de los servicios de salud, la calidad y eficiencia, diseñados.

4. Diez países de la Región que hayan recopilado, producido y difundido conocimientos sobre las actividades de los sistemas de servicios de salud en relación con la equidad, eficiencia, cobertura y calidad de las prestaciones.

5. Seis países con actividades de investigación en servicios de salud a nivel universitario y de los servicios.

1. Metodologías para la evaluación y el análisis de opciones de organización desarrolladas y difundidas.

2. Protocolo para la elaboración de proyectos de movilización de recursos a nivel local, finalizado.

3. Ochenta SILOS de diversos países apoyados en la formulación de proyectos de movilización de recursos, en especial poblaciones más necesitadas.

Objetivos

2. Enfoques conceptual elaborados y difundidos sobre el fortalecimiento y desarrollo de la gestión y financiamiento municipal orientados a la producción social de salud. En coordinación con HPP, HDP.

3. Publicaciones sobre instrumentos de gestión local aplicadas al desarrollo de los SILOS.

4. Protocolos desarrollados y difundidos para el diseño de investigaciones de sistemas y servicios orientados a la evaluación y análisis de la calidad y eficiencia incluyendo la capacitación del personal de salud en el diseño de dichos protocolos.

5. Metodologías desarrolladas y difundidas para la evaluación de la calidad y la eficiencia y la accesibilidad y cobertura de los establecimientos sanitarios, públicos, privados y de la seguridad social, incluyendo el análisis de la red de servicios y los sistemas de información.

6. Metodologías y mecanismos definidos para mejorar los programas de mantenimiento preventivo, conservación y mantenimiento de la infraestructura física y de equipos de los servicios de salud, garantizando la seguridad hospitalaria y la eficiencia en el uso de recursos energéticos y fluidos. Coordinado con HPE y PED.

Indicadores

1. Documento sobre enfoques conceptuales para el fortalecimiento y desarrollo de la gestión y financiamiento municipal orientados a la producción social de salud.

1. Tres publicaciones elaboradas y distribuidas en la Región sobre instrumentos de gestión local aplicados a los SILOS.

1. Protocolos de diseño de investigaciones en sistemas y servicios de salud orientada a la evaluación de calidad y eficiencia.

2. Personal de los países capacitado en la elaboración de protocolos para el diseño de investigaciones en sistemas y servicios de salud.

3. Tres estudios sobre investigaciones en sistemas y servicios de salud, finalizadas y publicadas.

1. Metodología para la evaluación de calidad y de la eficiencia de los servicios de salud públicos, privados y de la seguridad social, desarrollada y publicada.

2. Diez estudios de casos sobre la aplicación de la metodología de evaluación de calidad y de la eficiencia.

3. Metodología para la determinación y análisis de costos de los servicios de salud públicos, de la seguridad social y privados, desarrollada y publicada.

4. Cuatro estudios de casos realizados sobre análisis de costos de los servicios de salud.

5. Metodología para el diseño y evaluación del sistema de información para establecimientos públicos y privados, de la seguridad social, desarrollada y publicada.

1. Metodología para apoyar definición de políticas nacionales de conservación y mantenimiento, desarrolladas.

2. Desarrollo y publicación de metodologías para aplicación de programas de mantenimiento.

3. Países incorporando metodologías para mejorar sus programas de mantenimiento.

4. Iniciativas subregionales de ingeniería y mantenimiento, en ejecución.

Objetivos

7. Documento conceptual desarrollado sobre la práctica de la enfermería y los modelos de atención de salud.

8. Metodologías gerenciales y sistemas de información desarrolladas y aplicadas para fortalecer la capacidad de los SILOS, que permitan incorporar de manera sostenible los servicios de salud oral, contemplando la integración de programas de VIH/SIDA y otras enfermedades evaluadas.

9. Coordinar la implementación del Plan de Salud de los Pueblos Indígenas.

10. Modelo desarrollado sobre atención integral que incluya programas y servicios de rehabilitación de acuerdo con criterios epidemiológicos y de estratificación de servicios.

PROYECTO 3: DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION

PROPOSITO

Disponer a nivel central intermedio y local con sistemas de información que faciliten el lograr los objetivos de equidad, calidad y eficiencia.

Indicadores

1. Documento elaborado y difundido sobre estrategias para mejorar la calidad de atención e incrementar la oferta de servicios.

2. Desarrollo y validación de la propuesta sobre adecuación de la práctica de enfermería en la atención de salud.

3. Propuesta de adecuación de la educación permanente en enfermería en función de los resultados de la validación del modelo de atención integral.

1. Publicación y difusión de metodología de incorporación de servicios de salud oral en SILOS.

2. Protocolos sobre prevención de SIDA/HIV, Hepatitis B y cáncer oral desarrollados en las instituciones de servicios educativas y gremiales.

1. Diez proyectos nuevos en SILOS con población indígena en seis países incluyendo tres proyectos multipaís y cinco proyectos dirigidos a mejorar la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental.

2. Documento publicado y difundido, sobre situación de salud de pueblos indígenas y experiencias en la implementación de la iniciativa.

3. Informes anuales de progreso de la implementación de la iniciativa.

4. Cinco actividades interagenciales dirigidas a mejorar la salud de los pueblos.

5. Cuatro proyectos de investigación encaminados a resolver problemas, prioritarios de salud y evaluación de las intervenciones en comunidades indígenas.

1. Propuesta de atención integral que incluya programas de servicios de rehabilitación, desarrolla y difundida.

1. Diez países con programas activos de formulación e implementación de sistemas de información dentro de los procesos de reforma del sector.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistemas de información para la gestión local que permitan la conducción, programación, ejecución y la evaluación de las actividades de las acciones de salud en SILOS e instituciones, recopilados y analizados y puestos a disposición de los Ministerios de Salud.

2. Normas y estándares para el desarrollo, adquisición y mantenimiento de redes de sistemas de información.

3. Incrementar la capacitación del personal de salud en la utilización de sistemas de información.

4. Cuatro países más estarán aplicando el sistema computarizado en registro de medicamentos (SIAMED) y tres habrán instalado el "software" para control de importación y exportación de narcóticos y psicotrópicos según exigencias de la JIFE.

5. Establecimiento de un sistema de información sobre salud bucodental que abarque una base de datos sobre salud bucodental y la conexión con la red mundial de la OMS de educación en ciencias de salud bucodental y con la Worldwide Web.

Indicadores

1. Sistemas de información en SILOS definidos y en operación.

2. Seis documentos elaborados y difundidos sobre experiencias en aplicación de sistemas de información en SILOS.

1. Guía de normas y estándares para sistemas de información, desarrollados y difundidos.

2. Módulos computacionales en apoyo a la operación y toma de decisión en SILOS implementados.

3. Personal de salud con responsabilidad gerencial en capacitación continua en sistemas de información.

1. Propuestas de capacitación en sistemas de información, formuladas.

2. Procesos de capacitación, implementados.

1. Extensión de implementación del sistema SIAMED instalado y adaptado a necesidades nacionales y países apoyados en la conformación de la base de datos del sistema SIAMED.

2. Países con módulo sobre control de psicotrópicos y estupefactivos según exigencias de la JIFE, instalado y base de datos en proceso de conformación.

3. Países con módulos de sistema de información en compras, almacenamiento y distribución de medicamentos en operación.

4. Sistema computarizado validado, sobre manejo de control de calidad de medicamentos en laboratorios de control.

1. Base de datos regional sobre salud bucodental (BDRSB) en funcionamiento que suministra también información analítica sobre salud bucodental proveniente de los países del Caribe.

2. Publicación de la obra científica "Clasificación Internacional de Enfermedades para la Odontología y Estomatología (CIE-OE), en español".

3. Versión definitiva del documento "Análisis de sistemas de salud bucodental para países del Caribe".

Objetivos

6. Uso de redes electrónicas y de sistemas de información para el desarrollo de recursos humanos, investigaciones, diseminación de conocimiento y articulación de las políticas educativas y de salud, así como para el monitoreo de la situación de salud a nivel local.

PROYECTO 4: LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES Y LA ORGANIZACION DE SERVICIOS**PROPOSITO**

Definición, aplicación y evaluación en forma continúa de políticas y programas de medicamentos con criterios de equidad y acceso universal en el contexto de la reforma del sector, incluyendo su normatización y control, la búsqueda constante de la eficiencia en los sistemas de suministro y la aplicación de prácticas racionales de prescripción, dispensación y utilización.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programas y proyectos de medicamentos propuestos y apoyados en su diseño, implementación y evaluación, dentro del contexto de la reforma del sector.

2. Sistema de registro, inspección y vigilancia sanitaria de medicamentos e insumos médicos, elaborados y apoyados en su implementación y evaluación a nivel nacional, subregional y regional.

Indicadores

1. Actividades de promoción en países para la integración a Internet de los Sistemas Locales de Salud por intermedio de las redes académicas de comunicación nacionales.

2. Identificados mecanismos para que Centros Colaboradores de la OMS, cooperen con países de la Región en intercambio de programas y servicios.

3. Países con sistema Grateful MED (desarrollo por la U.S. National Library of Medicine) para acceder a los 30 bancos de información científica producida por dicha institución.

1. Cinco países con políticas y programas de medicamentos establecidos y evaluados con base a su particular situación farmacéutica, dentro de sus procesos de organización de los servicios.

2. Lineamientos para el desarrollo de programas nacionales de regulación y control de medicamentos, difundidas, con programas de regulación y control de medicamentos específicos formulados para cuatro países.

3. Mejorados en cuatro países los sistemas de suministro de medicamentos a nivel de las estructuras de servicios de salud: nacional, local e institucional.

4. Prácticas de racionalización de la prescripción, dispensación y utilización de medicamentos definidos e implementadas, con evaluación en la utilización de medicamentos en cinco instituciones de salud.

5. Normas, reglamentos o estructuras administrativas regulatorias revisadas y actualizadas en 6 países, con propuestas de actualización formuladas y con esquemas de armonización de los sistemas de normatización, regulación y control, establecidos en 2 subregiones.

1. Países con Plan maestro de medicamentos formulado y dos países con proceso de evaluación de su implementación concluido.

2. Países aplicando indicadores de diagnóstico de la situación farmacéutica a niveles nacionales, locales e institucionales.

3. Ocho proyectos y programas nacionales de medicamentos evaluados en su implementación con propuestas de seguimiento formuladas.

1. Diseño, implementación y evaluación de políticas nacionales integrales de medicamentos y propuestas de programas, formuladas.

2. Informes técnicos elaborados y difundidos, sobre avance del proceso de armonización de registro y control de medicamentos de dos subregionales.

3. Programas de vigilancia pos-comercialización de medicamentos diseñados y establecidos.

4. Número de productos (medicamentos) controlados incrementado del 10 al 30% en cuatro países.

Objetivos

3. Sistemas de suministro de medicamentos organizados en SILOS, redes de servicios e instituciones.

4. Personal de salud con programas de capacitación permanente en aspectos técnicos y de gestión de los medicamentos.

5. Difundidos y aplicados conceptos y práctica de racionalización de la prescripción, dispensación y utilización de medicamentos.

Indicadores

1. Seis países con planes y programas en aspectos específicos de administración de suministro de medicamentos (selección, programación, adquisición, distribución) formulados para sistemas locales de salud e instituciones hospitalarias seleccionadas.

2. Guía para la implementación y evaluación de servicios farmacéuticos hospitalarios desarrollada y difundida en toda la región.

3. Propuestas de organización de servicios farmacéuticos en hospitales seleccionados.

4. Propuesta de estudios de utilización de medicamentos por grupos terapéuticos formulados y aplicados.

1. Ocho actividades educativas (cursos-talleres) realizados en aspectos técnicos y de gestión de medicamentos discriminado por área de capacitación, incluyendo cuatro cursos desarrollados sobre Buenas Prácticas de Manufactura de Medicamentos (nacional/subregional).

2. Procesos de cambio curricular de programas de estudios para profesionales farmacéuticos y médicos identificados con el fin de integrar conceptos de medicamentos esenciales, uso racional de medicamentos y de atención farmacéutica.

3. Propuestas educativas definidas para trabajadores de salud y para pacientes sobre uso racional de medicamentos.

4. Formulación de normas de Buenas Prácticas de Farmacia a nivel nacional.

1. Aportes regulares a la publicación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de artículos sobre "Información Farmacológica".

2. Documento sobre estrategias para el desarrollo de centros y servicios de información de medicamentos difundido, con evaluación (diagnóstico de progreso) de su aplicación.

3. Atención al 100% de las solicitudes de información sobre medicamentos.

4. Tres documentos técnicos-normativos y formularios de medicamentos actualizados e incluyendo plantas medicinales elaboradas, y literatura técnico-científica difundida en la Región.

Objetivos**PROYECTO 5: LA TECNOLOGIA DE LABORATORIO CLINICO, DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES Y RADIOTERAPIA Y RADIOPROTECCION Y LA ORGANIZACION DE SERVICIOS****PROPOSITO**

Reorganización y modernización de la red de servicios de laboratorios clínicos, de diagnóstico por imágenes y radioterapia y de los programas de radioprotección dentro de los procesos de reforma del sector para lograr equidad y calidad en el modelo de atención y garantizar la seguridad al personal y los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistemas de garantía de calidad y protección del personal definidos y apoyados en su desarrollo y evaluación en los laboratorios y bancos de sangre.

2. Guías técnicas para el establecimiento o actualización de programas nacionales de radioprotección, gestión de desechos radiactivos y emergencias radiológicas, elaboradas y aplicadas de acuerdo con las "Normas Básicas Internacionales de Seguridad para la Protección contra la Radiación Ionizante y para la Seguridad de Fuentes de Radiación".

3. "Paquete básico" de diagnóstico y/o de tamizaje en apoyo a los servicios de laboratorio para cada nivel de atención definido y apoyado en su desarrollo, implementación y evaluación.

4. Programas de control de calidad en diagnóstico por imágenes y radioterapia, elaborados.

Indicadores

1. Por lo menos 10 países con definición de políticas y sistemas de garantía de la calidad y seguridad en servicios de laboratorios clínicos, bancos de sangre, servicios de transfusión y de diagnóstico por imágenes y de radioterapia.

1. Laboratorios de salud pública, diagnóstico clínico, de vigilancia epidemiológica y bancos de sangre de referencia nacional, identificados en 10 países.

2. Metodologías específicas sobre diagnóstico de laboratorio, de tamizaje en el banco de sangre y vigilancia epidemiológica para el nivel local, desarrolladas.

3. Guías para la implementación de los sistemas de garantía de calidad local, nacional y regional, elaboradas.

1. Países adicionales con legislación/reglamentación sobre radioprotección introducidas para su aprobación.

2. Elaboración y formulación de planes nacionales de emergencias radiológicas a nivel país.

3. Planes nacionales sobre gestión de desechos radiactivos elaborados.

4. Dos proyectos realizados conjuntamente con organizaciones científicas y profesionales nacionales e internacionales.

1. Inventario finalizado sobre "Pruebas laboratoriales de diagnóstico y/o tamizaje disponibles en cada nivel de atención".

2. Paquete básico sobre pruebas de laboratorio y/o tamizaje para el nivel local, elaborado y difundido.

3. Metodología para la evaluación del paquete básico a nivel local, difundida a nivel regional.

1. Definición de programas nacionales de control de calidad en diagnóstico por imagen y radiología establecidos dentro del programa de Acreditación de Hospitales.

2. Finalizada la base de datos regional sobre equipos radiológicos y personal de servicios de Radiología.

Objetivos

5. Metodologías para la elaboración de estándares de evaluación de servicios y equipos de diagnóstico y tratamiento desarrollados y aplicados, con el objeto de identificar y mejorar la calidad de los servicios.

PROYECTO 8: EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

PROPOSITO

Adecuar el desarrollo de recursos humanos dentro del contexto de Reforma del Sector en términos de capacitación, y utilización para una mayor equidad, productividad y calidad en la satisfacción de las necesidades prioritarias de salud de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de guías conceptuales para el fortalecimiento de los procesos de promoción del liderazgo y capacitación de personal ya incorporado al servicio, teniendo en cuenta las metas de calidad y desempeño que requieren las reformas del sector.

Indicadores

3. Diez instituciones apoyadas para la implementación de los protocolos desarrollados por los Centros de Física Radiológica.

4. Dos intercomparaciones postales de dosimetría de unidades de radioterapia de alta energía realizadas.

5. Finalizada la base de datos regional sobre calidad de imagen y dosis de radiación en los exámenes radiológicos más frecuentes.

6. Dos proyectos definidos en conjunto con científicos y profesionales nacionales e internacionales.

1. Publicada y difundida metodología para la elaboración de estándares de evaluación de equipos de radiología básica de la OMS.

2. Aplicación de metodología para la elaboración de estándares de evaluación de equipos de radiología básica en los SILOS.

3. Identificación de dos fabricantes para desarrollar el equipo básico de radioterapia.

4. Dos nuevas técnicas propuestas para el diagnóstico y vigilancia de enfermedades.

1. Diez países con formulación de marcos regulatorios para el desarrollo de los RR.HH. y la Reforma del Sector.

1. Diez programas nacionales de educación permanente apoyados y aplicación de los instrumentos conceptuales en función de las principales necesidades de salud de la población y orientados tanto al liderazgo y conducción como a la gestión de proyectos de inversión social.

2. Por lo menos 150 profesionales de diversos países en programas de capacitación referidos al liderazgo de programas específicos, el desarrollo y organización de los servicios, gestión de recursos humanos con enfoque interprogramático, formación en Salud Internacional y en temas específicos prioritarios de atención en salud.

3. Comités nacionales de becas instalados y en funcionamiento en países de la Región.

Objetivos

2. Desarrollo y difusión de documento para el desarrollo de políticas y planes nacionales con enfoque interagencial e interprogramático en el contexto de la reforma del sector y en función del aumento de la capacidad resolutive de los servicios.

3. Apoyo a la reorientación de la regulación y la gestión del desarrollo de recursos humanos para mejorar la inserción, distribución y productividad del personal en el marco de las reformas de salud.

4. Propuesta metodológica para la reorientación de la formación profesional y técnica en salud a fin de mejorar su pertinencia social, en consonancia con las transformaciones de la práctica y de los procesos regulatorios, desarrollada y difundida.

Indicadores

1. Diez programas y procesos de formulación de planes nacionales elaborados interprogramáticamente y en coordinación con agencias e instituciones del sector.

2. Por lo menos 20 agencias, ONG's y Centros Colaboradores, reconocidos por la OPS/OMS, actuando en el campo de RR.HH, con apoyo y cooperación en las líneas de trabajo del programa.

3. Producción de 10 títulos nuevos, y distribución de publicación PALTEX.

4. Edición y distribución de: Ocho números de Educación Médica y Salud Cuatro Publicaciones de la serie Desarrollo de RR.HH. Cuatro número de la serie de publicaciones técnicas de PASCAP.

1. Estudios sectoriales específicos que incluye los sistemas de información a nivel institucional, las unidades de administración de personal, de recursos humanos y sistemas de información gerencial, orientados a conocer, evaluar y reorientar las políticas del desarrollo de RR.HH.

2. Establecimiento de marcos e instrumentos de Regulación de los RR.HH. producidos por instancias intersectoriales de negociación y concertación política.

3. Veinte SILOS con procesos de análisis del desempeño del equipo local de salud, como componente central de los procesos de reforma del sector.

1. Por lo menos seis procesos de trabajo conjunto entre instituciones formadoras de personal y los servicios de salud desarrollados para el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios y el conocimiento de la situación de salud a nivel nacional, en el contexto de la reforma sectorial.

2. Universidades, facultades, escuelas y programas de seis países han revisado y/o modificado sus modelos de producción y reproducción de conocimiento, en función de las necesidades prioritarias de salud.

3. Países que han evaluado y/o reorientado sus actividades de formación en relación a procesos de integración docente asistencial, modalidades de práctica profesional, sistemas de residencia y especialización y sistemas de formación de técnicos medios.

4. Por lo menos seis investigaciones realizadas a nivel nacional y regional con el apoyo del programa de investigación para aumentar el conocimiento del campo de recursos humanos en salud.

5. Por lo menos ocho facultades, escuelas y programas educativos con énfasis en salud pública, apoyados para la implementación, autoevaluación y gestión de calidad en respuesta a tendencias de acreditación nacional o internacional.

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION

UBICACION	PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS			FONDOS NO ORDINARIOS		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
COOPERACION DIRECTA CON LOS PAISES	36,525,400	36,934,300	40,019,300	25,704,900	4,800,800	2,800,000
PROGRAMAS REGIONALES	8,427,700	8,162,700	8,642,300	140,500	154,000	168,000
TOTAL	44,953,100	45,097,000	48,661,600	25,845,400	4,954,800	2,968,000

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	22,456,700	33	33	10,300,100	1,664,900	1,196,500	1,196,000	3,173,800	1,406,700	76,300	3,442,400
OMS - WR	22,496,400	38	25	10,267,300	1,565,900	859,600	2,038,000	3,418,900	1,347,600	0	2,999,100
TOTAL	44,953,100	71	58	20,567,400	3,230,800	2,056,100	3,234,000	6,592,700	2,754,300	76,300	6,441,500
% DEL TOTAL	100.0			45.7	7.2	4.6	7.2	14.7	6.1	.2	14.3
1996-1997											
OPS - PR	21,395,400	33	26	10,144,200	1,840,900	1,356,400	943,900	2,801,800	1,284,100	0	3,024,100
OMS - WR	23,701,600	36	28	10,682,000	1,934,700	931,600	2,272,400	3,308,400	1,525,900	0	3,046,600
TOTAL	45,097,000	69	54	20,826,200	3,775,600	2,288,000	3,216,300	6,110,200	2,810,000	0	6,070,700
% DEL TOTAL	100.0			46.2	8.4	5.1	7.1	13.5	6.2	.0	13.5
1998-1999											
OPS - PR	22,944,600	33	26	10,804,000	1,840,900	1,465,400	943,900	3,138,400	1,458,600	0	3,293,400
OMS - WR	25,717,000	36	28	11,437,100	1,934,700	1,045,200	2,272,400	3,776,000	1,744,400	0	3,507,200
TOTAL	48,661,600	69	54	22,241,100	3,775,600	2,510,600	3,216,300	6,914,400	3,203,000	0	6,800,600
% DEL TOTAL	100.0			45.6	7.8	5.2	6.6	14.2	6.6	.0	14.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	44,953,100	100.0	45,097,000	100.0	48,661,600	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	28,622,300	63.7	28,505,300	63.3	30,922,300	63.6
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	27,526,500	61.3	27,402,900	60.9	29,758,200	61.2
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	407,400	.9	419,300	.9	442,300	.9
SALUD BUCODENTAL	688,400	1.5	683,100	1.5	721,800	1.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	13,765,800	30.6	13,455,800	29.8	14,346,900	29.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	13,765,800	30.6	13,455,800	29.8	14,346,900	29.5
MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,577,500	3.5	1,761,100	3.9	1,920,400	3.9
MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,577,500	3.5	1,761,100	3.9	1,920,400	3.9
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	987,500	2.2	1,374,800	3.0	1,472,000	3.0
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL. SANITARIA	0	-	335,200	.7	377,300	.8
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	987,500	2.2	1,039,600	2.3	1,094,700	2.2
GRAN TOTAL	44,953,100	100.0	45,097,000	100.0	48,661,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	25,845,400	100.0	4,954,800	100.0	2,968,000	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	20,629,500	79.8	4,750,700	95.9	2,968,000	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	UAH DPR 19,847,600 781,900	76.8 3.0	4,750,700 0	95.9 -	2,968,000 0	100.0 -
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1,721,900	6.7	54,100	1.1	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 1,721,900	6.7	54,100	1.1	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	3,308,000	12.8	150,000	3.0	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV 3,308,000	12.8	150,000	3.0	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	186,000	.7	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT 186,000	.7	0	-	0	-
GRAN TOTAL	25,845,400	100.0	4,954,800	100.0	2,968,000	100.0

()

()



PROMOCION Y PROTECCION DE SALUD

CONTEXTO REGIONAL

1. En cinco años más se vence el plazo acordado por los países de la Región en Alma Ata para alcanzar las metas que contribuirán a garantizar mejores condiciones de vida a todos sus habitantes. Por otro lado, si bien se han logrado avances importantes, de no mediar una intensificación y adecuación de los esfuerzos los compromisos asumidos no podrán ser cumplidos.

2. Frente a los cambios demográficos, económico-políticos y socioculturales que han registrado los países de América Latina y el Caribe en la última década, se plantean para la cooperación técnica en las áreas de promoción y protección de la salud, grandes desafíos para encontrar nuevas formas de trabajar por la salud y el bienestar de las poblaciones.

Cambios Demográficos

3. Los cambios demográficos que están ocurriendo en la mayor parte de los países se pueden resumir en tres importantes fenómenos: urbanización acelerada, aumento de la población de ancianos y aumento del número de adolescentes y jóvenes.

4. Actualmente, la población de la Región está estimada en cerca de 800 millones de habitantes y el incremento previsto para el año 2005 será de casi 100 millones. Es decir que, globalmente, el ritmo de crecimiento poblacional de la Región, a pesar de un descenso sostenido durante las décadas pasadas, continúa siendo elevado si se lo compara con los países desarrollados (América Latina contará, en el año 2000, con cuatro ciudades de más de 10 millones de habitantes).

5. El vertiginoso y desordenado proceso de urbanización especialmente en América Latina ha implicado que el porcentaje de población urbana pasara de 41.5% en 1950 a 71.5% en 1990, previéndose que esta cifra superará el 76% a fines de este siglo. Este proceso, acentuado por los fuertes movimientos migratorios del campo a la ciudad, ha dado lugar al surgimiento de megalópolis rodeadas por enormes cordones de miseria y de inseguridad, donde viven millones de personas desprovistas de servicios básicos y privadas de alcanzar una calidad de vida aceptable y de desarrollar estilos de vida saludables.

6. Por otro lado, el incremento en términos absolutos y porcentuales de la población mayor de 65 años—la cual se estima en 95 millones de personas para 1995 (12.2% de la población total), y en 112 millones (12.7% de la población total) para el 2025—implicará desafíos importantes para los sectores sociales y económicos. En gran medida el aumento de la esperanza de vida al nacer en la mayor parte de los países se debe a la reducción de la mortalidad infantil, gracias a los programas de inmunizaciones, control de diarreas y de infecciones respiratorias agudas.

7. También ha contribuido en forma importante la disminución de la fecundidad, la cual está relacionada, entre otros factores, con el incremento en la prevalencia del uso de anticonceptivos en mujeres, que pasó de 11% en 1960 a 60% en 1992.

8. Simultáneamente, entre 1990 y el año 2000, el número de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe pasará de 134 a 150 millones; este aumento es consecuencia de las tasas altas de natalidad y descenso de la mortalidad infantil

en décadas muy recientes. Las implicaciones de este número de jóvenes son, de un lado negativas, en cuanto a las crecientes necesidades y demandas de este grupo para políticas, programas de educación, salud y empleo pero, de otro lado, muy positivas, en cuanto al potencial de este grupo productivo para el desarrollo económico de la Región en el futuro mediano (CEPAL).

Cambios Económico-políticos

9. Los cambios económicos se centran en los efectos post-crisis de los 80s y las políticas de ajuste aplicadas para la recuperación de la crisis. Ello trajo, entre otras consecuencias, las propuestas de reducción del tamaño del estado con el consiguiente impacto en las políticas o programas sociales que afecta a los sectores sociales. Esta situación tiende a corregirse en la actualidad, con presiones nuevas de las agencias de desarrollo para que se incrementen las inversiones en dichos sectores.

10. El aumento de la pobreza en números absolutos es la consecuencia más grave de los cambios en las políticas económicas; en la mayoría de los países el gasto social disminuyó como porcentaje del PIB, ocasionando mayores inequidades. Según la CEPAL, en América Latina y el Caribe la década de los 90 se inició con 70 millones de pobres por encima de los que había veinte años atrás. La misma fuente señala que la pobreza urbana es el problema más crítico que enfrentan los países de América Latina para la reactivación del desarrollo actual.

11. Sin embargo, los procesos que se están dando para salir del estancamiento económico tienen algunas consecuencias positivas, entre ellas la reducción del centralismo, con el consiguiente fortalecimiento de los niveles locales. Estos cambios redundan también en beneficios para el sector salud. De otro lado, los cambios políticos que se dieron en la mayoría de los países, tienden a fortalecer los procesos de democratización y participación social.

Cambios Socio-culturales

12. Como consecuencia de los cambios descritos, en especial de la urbanización acelerada y de las políticas económicas de integración y globalización, están ocurriendo cambios trascendentales en las sociedades. Estos se reflejan, entre otros, en la estructura familiar y las nuevas formas de vida.

13. La urbanización y el aumento de la industrialización repercuten en forma aguda en la estructura y funcionamiento de la familia. La estructura familiar está cambiando en forma notable en los países en desarrollo y, si bien afecta a la sociedad como un todo, lesiona en mayor grado al segmento de mayor pobreza.

14. A pesar de la gran heterogeneidad observada entre los distintos países y al interior de los mismos, existe una creciente proporción de madres solteras, uniones consensuales (la mayor, respecto a otros regiones del mundo), de hogares con jefatura femenina sin cónyuge, y deterioro de los lazos sociales solidarios, que representan aspectos fundamentales a ser tenidos en cuenta por el sector salud, debido a su potencial impacto negativo, no sólo sobre la mujer, sino sobre el crecimiento y desarrollo de la niñez, la adolescencia y la salud mental de la Región.

15. Por otro lado, el avance extraordinario de las tecnologías de comunicación, contribuye a la expansión de patrones de conducta más riesgosos, a la pérdida de valores culturales propios y a la adopción de otros que tienen implicaciones negativas y positivas en los niveles de salud. Entre los efectos más nocivos está el creciente desarrollo de culturas más violentas. Tanto la televisión como el cine incorporan escenas de violencia accesibles a niños y adolescentes; de otro lado la prensa, con pocas excepciones, presenta los temas de salud dentro de un dramatismo muy negativo. La influencia de los medios repercute cada vez más en diversas esferas de la vida como la cultura alimentaria, el consumismo, la adicción a sustancias, etc. De otro lado, el avance tecnológico de las comunicaciones ofrece un potencial para obtener poblaciones más informadas y, por lo tanto, mejor preparadas para efectuar cambios en sus condiciones y estilos de vida.

Situación Epidemiológica

16. En las últimas décadas se han producido modificaciones en el perfil epidemiológico, principalmente en el peso relativo de las diferentes causas que originan enfermedad y muerte en los distintos grupos de edad y sexo en los países en desarrollo de la Región. Algunos llaman a estos cambios "la transición epidemiológica", destacando el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y traumas y la disminución de las enfermedades más propias del subdesarrollo como las enfermedades infecciosas y carenciales. Sin embargo, en la mayor parte de los países se observa una "coexistencia" de problemas de diversa índole, afectando los diferentes estratos sociales; las enfermedades transmisibles, diarrea, respiratorias agudas, cólera, sarampión, tuberculosis, malaria, dengue, etc., conviven con las afecciones cardiovasculares, tumores malignos, accidentes, trastornos mentales, etc., aún en grupos más desfavorecidos de la sociedad. A la problemática descrita se suman otros problemas cada vez más generalizados en el mundo actual como el SIDA y la violencia.

17. En cuanto a esta última, cabe notar que las muertes y traumas ocurridos por causas violentas han aumentado a pasos alarmantes. La violencia, por el número de víctimas, los porcentajes significativos de años potenciales de vida perdidos y la magnitud de las discapacidades que produce, se ha convertido en un problema prioritario de salud pública. En efecto, los accidentes y las causas violentas ocupan ya los primeros lugares como causas de muerte en un número importante de países, con casos extremos como el de Colombia, donde los homicidios constituyen la primera causa de mortalidad general, o en San Pablo, Brasil, donde esta causa de mortalidad supera a la de accidentes de tránsito en el grupo de hombres entre 10 y 70 años.

18. La epidemiología de los trastornos psiquiátricos y de los problemas psicosociales en la Región indica que la magnitud es abrumadora.

19. No obstante de haberse efectuado los estudios con metodologías diversas, coinciden en mostrar que las tasas de prevalencia son relativamente altas en los adultos. Una investigación multicéntrica realizada en Brasil (1993) informó tasas de prevalencia que oscilaban entre el 19 y el 34% para un conjunto de trastornos psiquiátricos que requieren atención específica. En Chile, la tasa de prevalencia de vida calculada en un estudio en 1993 (aún no publicado) fue de 33.7%. Cabe señalar también que la distribución de los trastornos no es al azar, sino que hay una clara relación inversa entre estrato socioeconómico y la tasa agregada de trastornos mentales.

20. De otro lado, en todos los grupos de edad se destaca la importancia creciente que están adquiriendo las adicciones a sustancias nocivas para la salud; así por ejemplo, según algunos estudios epidemiológicos comunitarios (1989), la prevalencia de alcoholismo en la Región fluctúa entre 4.4 a 24 por 100, con una tasa de prevalencia de vida de 12.2 para ambos sexos. El tabaquismo, en algunos grupos de población llega hasta el 30% en hombres y la tendencia muestra ascenso en mujeres en edades jóvenes. El consumo de marihuana tiene una prevalencia entre 1 a 7.7% para ambos sexos.

21. La mayor parte de los problemas descritos tienen una relación muy clara con la esfera de los comportamientos y estilos de vida, por lo tanto es prioritario influir sobre ellos para producir cambios en los patrones epidemiológicos.

Situación de la Niñez y Adolescencia

22. En la población infantil, y a pesar de la drástica disminución observada en todos los países, las enfermedades transmisibles continúan representando una de las principales causas de enfermedad y muerte. Sin embargo, según los países y los grupos étnicos analizados, se observa que éstas han cedido el primer lugar a las afecciones perinatales—estrechamente vinculadas al bajo peso al nacer o las causas externas.

23. Tomando la tasa de mortalidad infantil, indicador social, la Región de las Américas exhibe marcadas diferencias entre los diferentes países.

24. En este sentido, mientras países como Barbados, Bermuda, Chile, Canadá, Cuba, Costa Rica, Jamaica, o Estados Unidos de América informan una TMI por debajo de 15 por 1000 n.v.; otros, como Bolivia, Haití, Nicaragua o Perú, presentan tasas por encima de 70 por 1000 n.v. Esta brecha se hace más notoria si se toman los valores extremos, observándose que la TMI en Haití (94 por 1000 n.v.) es 15 veces superior a la de Canadá (6.4 por 1000 n.v.) (Condiciones de Salud en las Américas, 1994). Diferencias similares en la mortalidad infantil se observan al interior de todos los países de la Región, las cuales se encuentran estrechamente vinculadas a variables sociodemográficas tales como: etnia, sexo, edad y nivel de educación de la madre, intervalo intergenésico, lugar de residencia, condición de vivienda, clase social, y ocupación del jefe de familia.

25. Con respecto a los adolescentes y jóvenes, los mayores problemas están centrados en torno a conductas de riesgo tales como el tabaquismo, consumo exagerado de alcohol y sustancias psicoactivas, o los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva. Asimismo, estas conductas exponen al grupo a sufrir daños a la salud derivados de eventos como el embarazo adolescente, de frecuencia cada día más alarmante; las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, el suicidio, los accidentes, y otras formas de violencia.

Salud Reproductiva

26. En el grupo de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), se observa que la mortalidad por causas obstétricas, mortalidad materna, ha disminuido a lo largo de los últimos años. Sin embargo, se calcula que alrededor de 20.000 mujeres se mueren cada año por causas relacionadas con el proceso reproductivo y siguen persistiendo las grandes diferencias entre países y al interior de ellos en cuanto a la mortalidad materna, uno de los indicadores más claros de las inequidades existentes. De igual modo se estima que ocurren aproximadamente unos tres millones de episodios de morbilidad por causas relacionadas con embarazo, parto

y puerperio en la Región cada año, de los cuales una tercera parte no son atendidos en ningún servicio de salud. Dentro de la perspectiva de género y el fortalecimiento del soporte familiar es importante tener en cuenta la vinculación del hombre, no solamente al proceso reproductivo responsable, sino también al crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

27. La mortalidad por tumores malignos de la mujer se ha mantenido casi constante en las últimas décadas. Esto se debe, fundamentalmente, al escaso impacto de los programas de control de cáncer de cuello uterino (se debe destacar que más del 40% de estas defunciones corresponden a este cáncer y al de mama).

28. Finalmente, a lo anterior hay que agregar las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, que representan severos riesgos a la salud de la mujer.

Situación Nutricional

29. Una de las consecuencias más graves del aumento de la pobreza es la dificultad que tienen las poblaciones marginadas al acceso a una alimentación adecuada y suficiente, tanto por la disminución de su ingreso como por el aumento en el precio de los productos. Frente a este deterioro en la capacidad adquisitiva de los más pobres, agravado por la tendencia a estimular la producción para un mercado externo, y la deficiente seguridad alimentaria, se hace necesario promover políticas sociales compensatorias dirigidas a atenuar y corregir esta situación.

30. Con relación a los problemas nutricionales, ellos exceden el marco habitual de las deficiencias calórico proteicas para conformar un abanico más amplio de manifestaciones que incluye la obesidad y las deficiencias de micronutrientes como hierro, yodo y vitamina A. A manera de ejemplo se menciona que cerca de siete millones de niños estarían afectados por algún grado de desnutrición. En siete países de la Región informan un porcentaje de obesidad en mujeres que oscila entre 40 y 50%.

31. Las deficiencias de micronutrientes, principalmente yodo, hierro y vitamina A, constituyen un problema prioritario en la definición de políticas y programas en el campo de la alimentación y nutrición. De acuerdo con la información disponible, la deficiencia de hierro es altamente prevalente entre las embarazadas y los menores de tres años, llegando a informarse cifras de prevalencia de esta deficiencia hasta de un 40 y 50%.

32. De los diversos estudios de prevalencia realizados entre 1983 y 1994, sobre deficiencia de yodo, se desprende que todavía existen áreas localizadas con prevalencias que alcanzan hasta el 50%. Aunque la gran mayoría de los países de la Región tienen disposiciones legales que hacen obligatoria la yodación de la sal de consumo humano, todavía existen múltiples transgresiones a esta política saludable.

33. Con respecto a la lactancia materna, se observa que a pesar de los importantes esfuerzos realizados ésta no se ha incrementado en la medida deseada. Es decir, si bien ha aumentado la proporción de niños que alguna vez lactaron, la duración de la lactancia se mantuvo prácticamente igual o incluso disminuyó ligeramente en alguno de los países estudiados. Asimismo, y a pesar de no contar con suficiente información, es posible afirmar que el deterioro mayor se ha producido en la práctica de la lactancia exclusiva, la cual se recomienda hasta los cuatro a seis meses.

Reforma del Sector Salud y Adecuación de Modelo de Atención

34. La mayoría de los países de la Región, por las razones anotadas con respecto a las consecuencias de la crisis económica, se han visto abocados a la adopción de un conjunto de medidas dirigidas a recuperar la senda del crecimiento y la estabilidad. Piedra angular de todo este proceso de transformación ha sido la reforma del Estado y, dentro de ésta, la del sector salud.

35. Para fines de este análisis, desde la perspectiva de la Promoción y Protección de la Salud se anotan algunos de los problemas que se plantean en los procesos de reforma. En primer lugar, el desarrollo de los sistemas locales de salud y la descentralización de los servicios toda vez que no vayan acompañados de una vigorosa participación social para asegurar un mayor acercamiento entre lo técnico y lo social. Es necesario asegurar la participación desde la identificación y análisis de los problemas y necesidades, como en los procesos de programación y formulación de estrategias y mecanismos para la acción. Finalmente, es un reto diseñar mecanismos permanentes de participación social y desarrollo de instrumentos para el monitoreo y evaluación de dicha participación.

36. De otro lado, los procesos de reforma, representan una oportunidad única, como en el caso de los municipios, para plantear y desarrollar cambios en el desarrollo de la salud colectiva y en el modelo de atención, que no sólo tome en cuenta el perfil socioeconómico, demográfico y epidemiológico que presenta la Región, sino que refuerce el desarrollo de acciones y programas de promoción y protección de la salud. Ello implica, entre otras cosas, el impulso a las acciones intersectoriales, la ampliación de coberturas, el mejoramiento de la calidad y las prácticas preventivas de los servicios, el aumento de la capacidad de los sistemas locales de salud para llevar a cabo programas de educación y comunicación en salud, todos ellos sólo posible dentro de modelos que privilegien la promoción de la salud.

37. Otras consideraciones a tener en cuenta con relación a la situación en el campo de la Promoción y Protección de la Salud, es el del desarrollo incipiente de indicadores que permitan caracterizar los grupos de población en términos saludables. Tampoco se cuenta con información sobre el impacto de las acciones de promoción en la economía en general y en los costos de la atención de la enfermedad en particular.

Perinatología y Desarrollo Humano

38. Demografía. El crecimiento de las poblaciones expuestas a los riesgos reproductivos en países de América Latina y el Caribe.

39. Aunque se produjera una reducción en la tasa de natalidad, se elevaría en un 25% la población expuesta a los riesgos de la reproducción, por el aumento de la población latinoamericana que llegaría a 600 millones de habitantes en el año 2000.

40. La población expuesta a los riesgos de la reproducción es anualmente creciente (exceptuando algunos pocos países), además de recurrente cada año, en cada país.

41. América Latina y el Caribe enfrentan el desafío de expandir la cobertura y la eficacia del cuidado de la salud, a mayor velocidad que la del crecimiento de su población y sus recursos.

Comportamiento de la mortalidad materna.

42. En América Latina las tasas han ido descendiendo en todos los países de la Región con diferencias apreciables entre ellos. Existe una relación directa con las tasas de mortalidad infantil, y de fecundidad. Las mayores tasas de fecundidad se asocian con las mayores de mortalidad materna e infantil y viceversa. También existe una relación directa con el tipo de atención del parto. Cuando se compara con países desarrollados, la mortalidad materna es el indicador de salud que revela una de las mayores diferencias. Esta vinculado a aspectos de cobertura y calidad de la atención en salud y a características sociales. Por ejemplo, uno de los países de Latinoamérica presenta una tasa de mortalidad materna casi 100 veces mayor que la del Canadá.

43. El peso relativo de las causas de mortalidad materna difiere con el grado de desarrollo de los países. Por otro lado, si bien la cobertura institucional del parto ha aumentado en los últimos diez años, todavía se estima que alrededor de un 40% de los nacimientos ocurren en las casas fuera del sistema formal de asistencia. Estos partos son atendidos en su mayoría por parteras empíricas insuficientemente adiestradas, con escasa supervisión y sin vinculación con los servicios de salud. La mayoría de las muertes se originan en el ámbito domiciliario. Otro problema son las persistentes bajas coberturas para los cuidados del periodo antenatal, del puerperio y asesoramiento para la planificación familiar y su acceso.

Comportamiento de la mortalidad infantil

44. El análisis de la mortalidad infantil de los países latinoamericanos muestra una consistente reducción a expensas del componente postneonatal (28 días al año de vida). La mortalidad neonatal (0 a 27 días de vida) se modificó menos que la postneonatal y lo hizo por reducción del componente neonatal tardío (7 a 27 días de vida) con escasos o nulos cambios en la mortalidad neonatal precoz (0 a 6 días de vida). El favorable descenso en la mortalidad postneonatal está vinculado al saneamiento de la ecología, al control de las enfermedades prevenibles por las inmunizaciones, al control de las diarreas y de las enfermedades respiratorias agudas. El abatimiento de la mortalidad fetal tardía y de la neonatal de la primera semana de vida, que fueron las que menos cambios han tenido en el último decenio, así como el de las secuelas invalidantes en el niño originadas en ese periodo, requiere de nuevas estrategias en el campo perinatal con acciones claras dirigidas al desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud y en especial de la aplicación de procedimientos y tecnologías de demostrada eficacia y aceptadas por los usuarios y proveedores. El concepto de salud-enfermedad y la apropiación legítima y bien entendida por parte de las comunidades es hasta hoy deficiente y requiere de nuevos esfuerzos en ese sentido.

Principales causas de la mortalidad perinatal y de las secuelas invalidantes en el niño

45. Además de los importantes efectos que tienen sobre la morbimortalidad los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales, se puede decir que unas pocas causas que se originan en la etapa perinatal son responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes que ocurren durante ese periodo. Esas causas están fuertemente asociadas a grandes factores y son: a) la desnutrición (materno-fetal); b) la infección (ovular, fetal y neonatal); c) la rotura prematura de las membranas (con o sin infección ovular); d) la prematuridad, por parto prematuro espontáneo, asociado a patología, iatrogénico, por inducción o cesárea; e) la

hipertensión crónica o inducida por el embarazo (toxemia con o sin desprendimiento prematuro de la placenta o infartos placentarios); f) el parto distócico y la iatrogenia negativa durante el parto (traumatismo, ocitócicos, anestésicos, analgésicos y otras drogas, amniotomía, abuso de cesáreas, etc.); g) la hipoxia feto-neonatal (ej.: accidentes del cordón umbilical, aspiración meconial) y h) las anomalías congénitas.

46. Aparte de la hipoxia fetal aguda, de la prematuridad, iatrogenia con los graves problemas que acarrea en el niño, de los traumatismos del nacimiento producidos por una incorrecta atención del parto y de las anomalías congénitas en el feto, las otras causas arriba mencionadas son las que producen principalmente nacimientos de bajo peso (recién nacidos prematuros y con retardo del crecimiento fetal). Estos son responsables de la gran mayoría de las muertes neonatales de la primera semana de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo y de las secuelas neurológicas que pueden quedar en el niño.

47. Importancia del bajo peso al nacer (BPN) en los problemas perinatales

48. Incidencia del bajo peso al nacer y su asociación con la mortalidad perinatal

49. La investigación latinoamericana coordinada por el CLAP, sobre la base de más de 300,000 nacimientos consecutivos, arrojó una incidencia de BPN de 9% (entre 4.6% y 14.8%) y de muy bajo peso al nacer (MBPN) (<1,500 g) del 1.2% (entre el 0.6% y el 2.6%). Estas cifras duplican las de los países desarrollados. La mortalidad neonatal precoz también es más elevada en los países latinoamericanos y del Caribe. En los centros materno-infantiles de América Latina el 78% de las muertes neonatales precoces (primera semana de vida) se asocian con el BPN y el 47% con el MBPN. En la mayoría de los países esta situación ha permanecido sin cambios. Esta importante contribución del BPN a la mortalidad neonatal indica que las acciones preventivas que tiendan a disminuir los nacimientos de bajo peso impactarán fuertemente en la reducción de esas tasas de mortalidad.

50. La asfisia al nacer, trastornos respiratorios y alteraciones del desarrollo neurológico

51. Existe una asociación entre el BPN, la asfisia perinatal y los trastornos del desarrollo neurológico con secuelas invalidantes en el niño. La calidad de atención ha desempeñado un papel importante en la génesis de estos problemas. La aplicación de tecnología compleja para la atención específica de recién nacidos de muy bajo peso, ha producido una progresiva reducción de las secuelas neurológicas en los grupos que pueden acceder a estas unidades.

52. Los costos financieros de los cuidados especiales de los nacidos con bajo peso

53. La tecnología utilizada para este tipo de cuidados lleva a que en los países subdesarrollados solo grupos minoritarios puedan beneficiarse de estos, por los altos costos que acarrea. Los países de América Latina y del Caribe tienen escasos recursos para entrenar personal suficiente para la asistencia y menos aun disponen de recursos económicos para adquirir las tecnologías costosas que utilizan los países desarrollados. Por otra parte, es común constatar que en el mundo se aplican rutinariamente en el campo de la salud reproductiva, materna, perinatal e infantil, algunas tecnologías que aun no han completado su proceso de evaluación y por ello son de dudosa eficacia y merecen algunas ser comprobadas por medio de la aplicación de rigurosos ensayos controlados.

Alimentación y Nutrición en Centroamérica

54. En las pasadas tres décadas Centroamérica se ha caracterizado por un rápido crecimiento poblacional y un activo proceso de urbanización, con una tendencia decreciente de la fertilidad y un incremento en la esperanza de vida. Esto ha tenido efectos no sólo en un incremento de la población total de la región, sino que ha aumentado también la proporción de la población adulta y de los residentes en las áreas urbanas.

55. La población centroamericana sobrepasa los 32 millones de habitantes, y si las tasas de crecimiento se mantienen, se estima que para el año 2000 la población en la subregión alcanzará los 38 millones de habitantes.

56. Además de los cambios demográficos, los países centroamericanos han experimentado procesos de transformación impulsados por los gobiernos con el propósito de superar los problemas derivados de la crisis política, económica y social, común a todos los países, así como de desarrollar condiciones propicias para el crecimiento económico y el desarrollo humano de la subregión.

57. En todos los países, las medidas económicas de estabilización y de ajuste que se han estado implementando, han producido en la población urbano-marginal y rural un incremento de la pobreza y pobreza extrema, de manera que en cuatro países de Centroamérica la población considerada pobre sobrepasa el 60% y la considerada en extrema pobreza representa más del 40%. Esto incide definitivamente en la situación alimentaria y nutricional de la población, puesto que está directamente relacionada con la situación de educación, que en conjunto determinan la adquisición y el consumo de alimentos.

58. Las situaciones de violencia, los conflictos armados y los problemas sociopolíticos y económicos han tenido efectos adversos en los niveles de bienestar de la población centroamericana y están definiendo los patrones epidemiológicos de la sociedad presente y futura de la subregión.

Morbilidad y Mortalidad

59. Las tasas de mortalidad general e infantil difieren entre los países, siendo mayores en Guatemala, Honduras y Nicaragua. En el período 1985-1990 las tasas de mortalidad general alcanzaron valores entre 4.0 y 8.9 por mil y tasas de mortalidad infantil entre 19.4 y 59.7 por mil. La menor tasa de mortalidad infantil corresponde a Costa Rica y la mayor a Honduras.

60. En la mayoría de los países se ha detectado una disminución de la importancia relativa de las enfermedades infecciosas como causa de muerte, así como un incremento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, pese a la tendencia descendente de las enfermedades infectocontagiosas, el número absoluto de muertes por dicha causa seguirá siendo grande debido al crecimiento de la población.

61. En todos los países, con la excepción de Guatemala, en donde las causas de muerte son principalmente atribuibles a enfermedades infecciosas y desnutrición, las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular se ubican entre las cinco primeras causas de muerte. En realidad, las infecciones intestinales aún se encuentran entre las primeras cinco causas de mortalidad general de años recientes, pero la proporción de muertes atribuibles

a enfermedades cardiovasculares y tumores malignos ha ido en aumento. Además de las anteriores, los accidentes y las muertes por violencia han adquirido más importancia en todos los países.

Situación Alimentaria

62. En 1990 la disponibilidad de energía, a nivel nacional, fue inadecuada en Nicaragua, Guatemala, Honduras y Panamá, y marginalmente adecuada en El Salvador. Únicamente en Costa Rica la disponibilidad promedio a nivel nacional fue significativamente superior a las necesidades. La tendencia de producción de alimentos durante la década pasada fue negativa en todos los países, con excepción de Costa Rica. En el caso de Nicaragua, la disminución en la producción en la producción de alimentos fue aproximadamente de un 40%, mientras que el incremento en Costa Rica fue del orden del 25%.

63. La situación de inseguridad alimentaria es más seria si se toma en consideración la dependencia de Nicaragua, Guatemala, Honduras y especialmente El Salvador, de los programas de ayuda alimentaria. En todos esos países ha habido un marcado incremento de la ayuda alimentaria durante la década anterior, lo que en el caso de El Salvador alcanzó en 1990 aproximadamente 500 calorías per cápita por día. Sin la ayuda alimentaria recibida, El Salvador estaría también en franca insuficiencia alimentaria. Esta situación es preocupante, si se toma en consideración la tendencia actual a disminuir las donaciones de alimentos a la región centroamericana.

Situación alimentaria y nutricional por carencia.

64. En los países centroamericanos, con excepción de Costa Rica, la desnutrición proteínico-energética aún constituye un grave problema de salud pública, lo cual no es más que el reflejo de una serie de factores sociales, económicos, políticos y culturales, que conlleva problemas de saneamiento, prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, escasez de alimentos y otros. Los grupos más afectados son los niños pequeños y las madres en las áreas rurales y urbano-marginales.

65. La desnutrición se evidencia por las altas tasas de niños con bajo peso al nacer y las altas proporciones de niños preescolares y escolares con retardo en el crecimiento físico. Lamentablemente no se dispone de información completa y comparable para todos los países, que permita ofrecer un perfil regional de la situación nutricional.

66. La prevalencia de niños con bajo peso al nacer, indicador estrechamente asociado a la nutrición y salud materna, difiere entre países: La cifra es bastante baja en Costa Rica (6.7%) y elevada en Honduras (20%); en el caso de Costa Rica se prevé un aumento en este indicador por el incremento de embarazos en adolescentes.

67. El retardo en crecimiento en preescolares es una manifestación del deterioro de las condiciones socioeconómicas familiares, de las inadecuadas prácticas durante el destete y de la prevalencia de enfermedades infecciosas, principalmente diarreicas y respiratorias en esta edad. El problema de déficit de peso para edad (P/E) es más severo en Guatemala, donde la prevalencia de niños menores de cinco años con este déficit es mayor de 30%, lo que significa que un elevado número de niños padecen o han padecido desnutrición.

Deficiencias carenciales específicas

68. La deficiencia de vitamina A en la dieta continúa siendo uno de los problemas nutricionales específicos que afectan a la población centroamericana. Esta vitamina representa el nutrimento con mayor déficit en la dieta de la población; así, en las últimas encuestas alimentarias realizadas en Panamá, Honduras y El Salvador se encontró que más de 70% de familias estudiadas ingería menos del 50% de la cantidad recomendada. A esto hay que agregar que en la mayoría de encuestas se ha encontrado que la dieta de los niños pequeños es más deficiente que la del resto de la familia.

69. Se carece de información actualizada sobre la prevalencia de bajos niveles séricos de retinol (20 µg/dl) para todos los países de la región, pero es de esperarse que sea elevada, dadas las bajas ingestas en vitamina A. En cuanto a la prevalencia de niveles séricos de retinol, se encontró que en 1988, en El Salvador más del 35% de los niños menores de cinco años presentaba bajos niveles, y en Nicaragua, en 1989, cerca del 20% de embarazadas estudiadas tenía valores bajos. Varios países de la subregión han establecido medidas para reducir esta deficiencia, tales como la fortificación del azúcar con vitamina A, la distribución masiva de megadosis de esta vitamina a niños pequeños y la entrega de leche fortificada.

70. La ingestión de hierro para una gran parte de la población centroamericana proviene de alimentos de origen vegetal, que dadas las bajas ingestiones de proteína animal, tiene una absorción limitada. Esta deficiencia dietética es uno de los factores que favorecen la prevalencia de anemia, principalmente en las embarazadas y los niños pequeños. En El Salvador más del 10% de niños menores de cinco años padecen de anemia ferropriva, y en Honduras la proporción es de 16%, valores que llevan a considerar la situación como problema de salud pública.

71. En el caso de las embarazadas, en 1990, se encontró en Costa Rica que cerca del 30% padecía de anemia. Aún cuando se carece de información actualizada y estandarizada sobre esta deficiencia, las cifras señaladas demuestran la severidad del problema.

72. Otra de las deficiencias que por su magnitud continúa siendo problema de salud pública, es la deficiencia de yodo en la dieta de los centroamericanos, manifestada por la prevalencia de bocio endémico. En Guatemala, en los últimos cinco años esta deficiencia en escolares ha aumentado en forma significativa por descuido del control del programa de yodización. Otros países con prevalencias altas en escolares son El Salvador (24.8%, 1990) y Panamá (18.0%, 1990).

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

73. CFNI presta asistencia técnica a 17 países de la subregión del Caribe que se extiende desde Belice hasta Guyana y cuya población total es de unos seis millones de personas.

74. En los últimos decenios se registró una disminución rápida en la mortalidad infantil en la Región que se refleja en el envejecimiento de la población, con una proporción grande en el grupo de la población activa de 15 a 64 años.

75. Durante estos últimos años la Región también experimentó cambios significativos en el modelo de la salud y la enfermedad. A medida que se controlaron problemas como la desnutrición y las enfermedades transmisibles, y

ocurrió el consiguiente aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, no transmisibles, relacionadas con el auge de la urbanización han dominado los problemas de salud pública. Los factores nutricionales desempeñan una función importante en la mayoría de ellas.

76. Estas enfermedades incluyen hipertensión, diabetes, cardiopatía, cáncer y los trastornos mentales, entre otras. Estos son las enfermedades a las que tenemos que hacer frente ahora y en el futuro previsible en el Caribe. La situación se torna aun más alarmante cuando se percibe que las repercusiones de estas enfermedades son muy graves en los grupos de edad económicamente productivos.

77. En algunas poblaciones existe emaciación entre los niños, así como obesidad entre los adultos. Actualmente hay pocos datos sobre la prevalencia de la obesidad debido a la falta de un mecanismo de vigilancia para su medición en los niveles periféricos de los servicios de salud en los países. Sin embargo, las encuestas que se hicieron hace más de diez años revelan una prevalencia significativa de la obesidad en particular entre las mujeres. Las observaciones recientes de los modos de vida y los hábitos de alimentación indican que está aumentando el problema.

78. El modo de vida es un factor determinante de consideración para varias de estas enfermedades crónicas que son desencadenadas por factores como una alimentación no balanceada, el tabaquismo, el consumo de alcohol excesivo y la poca actividad física. Aunque algunas de estas enfermedades están más allá de las capacidades de los familias para resolverlas, algunas pueden mejorarse por el conocimiento de la familia y del individuo y cambiando el modo de vida.

79. El estado nutricional de las personas del Caribe es, generalmente, bueno. Sin embargo, en algunos países y en partes de otros, hay trastornos nutricionales que son motivo de inquietud para la salud pública. El espectro de la malnutrición muestra un proceso continuo de enfermedades que provienen tanto de inadecuaciones como de desajustes. En algunos casos puede haber un exceso de consumo. Aunque la disponibilidad de alimentos parece ser adecuada, una desagregación de estos datos revela una deficiencia en la seguridad alimentaria en ciertas comunidades definidas.

80. La mortalidad infantil y de niños ha bajado debido al uso de los líquidos de rehidratación oral y a una mejora en las condiciones de vida en la Región. Sin embargo, la incidencia de ciertas enfermedades como la gastroenteritis no ha disminuido en la misma medida que las defunciones causadas por ellas. Estas enfermedades infecciosas siguen siendo motivo de preocupación en las comunidades vulnerables debido a su marcada sinergia con la desnutrición.

81. Todavía persisten algunas carencias de micronutrientes y la carencia de hierro es el problema más común en el Caribe. Los signos clínicos manifiestos de deficiencia de vitamina A rara vez se notifican. La introducción de sal enriquecida con yodo en los últimos decenios ha conducido indudablemente al control de los síndromes de carencia de yodo. De igual manera, la fortificación de la sal con fluoruros en algunos países es una medida preventiva eficaz contra la caries dental.

82. El problema de la anemia por carencia de hierro persiste particularmente en el caso de las mujeres embarazadas, los niños de edad preescolar y escolar. Se ha comprobado que la solución a largo plazo es la fortificación de algunos de los

alimentos de consumo habitual. Es necesario investigar más para evaluar la eficiencia y la eficacia de este enfoque.

83. Aunque los países del Caribe ya no se enfrentan con una insuficiencia en el total de sus requerimientos en proteínas y en calorías, un análisis más detallado de los datos revela una tendencia que puede ser en parte la causa del aumento de las enfermedades no transmisibles. Esta tendencia muestra aumento en la disponibilidad de alimentos energéticos debida al incremento del consumo de alimentos animales, por ejemplo, las grasas y los aceites. Por lo tanto, ha venido aumentando el consumo total de grasas. El consumo de carbohidratos complejos ha descendido sistemáticamente en la mayoría de los países.

84. La contribución que hacen a la alimentación los tubérculos, las leguminosas, las frutas y las hortalizas, que la mayoría de los países están en capacidad de producir, ha sido baja. En algunos países el consumo de energía procedente de la grasa ha alcanzado dos veces el nivel recomendado por la OMS, y ninguno de los países de la CARICOM actualmente satisface el requisito de los carbohidratos complejos. El consumo limitado de los carbohidratos complejos y un mayor consumo de grasa total, particularmente saturada, junto con otros factores de riesgo, están muy relacionados con la mayor prevalencia de alguna de las enfermedades crónicas.

85. Si bien es cierto que la desnutrición ha disminuido considerablemente, es necesario encontrar maneras de eliminar los problemas existentes y de establecer o fortalecer un sistema de vigilancia para detectar también las enfermedades que están surgiendo. De esta forma, a medida que la situación cambie, los países estarán preparados para adoptar medidas correctivas.

86. Muchos países del Caribe están alejándose progresivamente de los mercados reglamentados que implican la intervención estatal estricta en las actividades de comercialización de alimentos y controles de precios en los productos alimentarios básicos, para adoptar sistemas de comercialización más liberalizados. Estos cambios en la comercialización y en las políticas de precios de los alimentos repercuten en los niveles de precios de los alimentos básicos, modifican el poder adquisitivo de los consumidores y sus patrones de consumo. Los cambios en los patrones de consumo darán lugar a cambios en la nutrición y en el estado de salud de la población que pueden ser positivos o negativos. Los controles de precios también repercutirán en la producción y en los sistemas de importación de alimentos y, en consecuencia, se modificará la variedad de alimentos al alcance del consumidor.

87. En las comunidades no agrícolas hay a menudo una relación de desventaja entre los precios de los alimentos y los ingresos familiares. Es necesario investigar más los mecanismos que las familias aplican para hacer frente a esta situación. El precio alto de los alimentos se debe en su mayor parte al elevado nivel de importación de alimentos y de componentes agrícolas. En algunos casos, las preferencias por ciertos alimentos han agravado el riesgo para la salud. En la mayor parte de la región de la CARICOM el consumo de azúcar, de sal y de grasas es exagerado; y el de carbohidratos complejos, frutas y hortalizas es muy reducido. La forma de preparar los alimentos es de vital importancia. Los alimentos fritos, que son mucho más peligrosos para la salud que los preparados al vapor, cada vez se consumen más en los entornos urbanos donde las cadenas de alimentos preparados cada día ganan más adeptos.

88. Debido a que los problemas de las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación han cobrado mayor importancia en la subregión, la respuesta del CFNI

se centrará en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en estas áreas. En consecuencia, la estrategia de investigación presentada hace más hincapié en formular enfoques nuevos e innovadores para la prevención de las enfermedades crónicas. Se emprenderán esfuerzos para formular programas multifacéticos, ya que los problemas nutricionales forman parte de un mosaico del modo de vida que requieren un enfoque holístico para lograr cambios eficaces del comportamiento. Las soluciones deben buscarse en los niveles individual, familiar, comunitario, nacional y regional. Omitir cualquier nivel es hacer que el impacto sea menos eficaz.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

Antecedentes

89. La estrategia global de cooperación técnica en promoción y protección de la salud obedece fundamentalmente a cinco áreas de trabajo de las OEP 95-98 que se refieren a: i) formulación de políticas públicas saludables para el desarrollo de comunidades sanas; ii) aplicación de intervenciones estratégicas diseñadas para crear opciones saludables para la población y el fortalecimiento de la capacidad del sector para movilizar otros sectores en las acciones de promoción y potenciar su papel en las acciones de prevención y protección; iii) aplicación de los enfoques de promoción y protección de la salud en los ámbitos familiar y comunitario para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la niñez y adolescencia, así como la salud reproductiva de la población; iv) información, educación y comunicación social como instrumentos de cambio social e individual; v) mejoramiento continuo del estado nutricional de todos los grupos de población.

90. También orientan la estrategia de cooperación, otros mandatos pertinentes de los Cuerpos de Gobierno de la OPS/OMS como son las Resoluciones: Promoción de la Salud de las Américas (CD37/17); Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud en las Américas (CE113/15); Violencia y Salud (CD37/19); Salud y Violencia: Plan de Acción Regional; Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud (CISOVIS); Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna CSP23/17; Planificación Familiar, Salud Reproductiva y Población CD37/18; Salud Integral del Adolescente CD36/17. Además se sustenta en documentos productos de consenso y compromisos internacionales, tales como los de la Reunión Cumbre de la Infancia, Nueva York, 1990; La Conferencia Internacional de Nutrición, Roma, 1992; y, la Conferencia Internacional sobre la Población y en Favor del Desarrollo, El Cairo, Septiembre, 1994; y la Cumbre de Presidentes de Miami, Diciembre, 1994. Toda esta documentación constituye el marco referencial que sustenta la acción concreta de la cooperación técnica.

Unidades Geo-políticas

91. La democratización de las sociedades y la descentralización hacen de los municipios/ espacios geopolíticos privilegiados de cooperación técnica. El hecho de que sean privilegiados no significa que se trabajará exclusivamente en ese nivel. Pero, obedeciendo a los mandatos de los cuerpos de gobierno, el fortalecimiento de los niveles locales para la acción de promoción de la salud debe priorizarse en el período 1996-2000.

92. Las necesidades de la gente se expresan con mayor claridad y precisión a nivel de los municipios, donde la ciudadanía se construye y se fortalecen las relaciones gobierno-ciudadano. El nivel local ofrece las mejores condiciones para fines de desarrollo de experiencias concretas de promoción y protección de la salud, en las

cuales se puedan hacer realidad la participación social, la intersectorialidad y el apoyo político. Todo ello dentro de un marco sistémico de salud local.

93. Otros escenarios importantes, además de los niveles nacionales, serán los ámbitos propicios para influenciar comportamientos y la creación de una cultura de la salud, tales como las escuelas, los ambientes de trabajo y las universidades. Especial atención se dará a los ámbitos donde se puedan abordar a los adolescentes, grupo prioritario no sólo como objeto de la promoción y la prevención sino como sujeto participativo en las acciones de desarrollo de la salud.

Elementos Funcionales

94. Las acciones de promoción y protección de la salud sobrepasan el ámbito de acción del sector salud lo que obliga a la adopción de un método de trabajo multisectorial que busque fundamentalmente el empoderamiento (empowerment) de la población y el compromiso político para garantizar las acciones gubernamentales que originen opciones saludables.

95. Los enfoques funcionales se jerarquizan de la siguiente manera: La primera área de trabajo dará énfasis al desarrollo de políticas, planes y normas y en segundo lugar a la movilización de recursos. La segunda área priorizará la promoción de la investigación y la capacitación. La tercera área jerarquizará el desarrollo de políticas, planes y normas, la promoción de la investigación y la movilización de recursos. La cuarta área privilegia la diseminación de información y capacitación. La quinta área enfatizará el desarrollo de políticas, planes y normas, movilización de recursos y la promoción de investigación.

96. La diseminación de información es un enfoque funcional indispensable en la estrategia de cooperación de todas las áreas.

Centro Latinoamericano de Perinatología

97. Algunas necesidades prioritarias en el campo a las cuales deberá dirigirse la acción de CLAP para contribuir a reducir la morbimortalidad materna, perinatal e infantil.

98. Para obtener un buen resultado en el proceso reproductivo es importante que: a) las futuras madres sean sanas y la pareja pueda planificar el tener sus hijos en las edades óptimas de la etapa fértil; b) sus embarazos sean controlados oportuna y adecuadamente; c) sus partos sean atendidos en instituciones apropiadas en forma no iatrogénica; y d) sus hijos nazcan con buen peso y al término y se les garantice la posibilidad de una asistencia inmediata y de un control de su crecimiento y desarrollo.

99. En los aspectos perinatales, muchas de las intervenciones que se aplican en los países desarrollados en las últimas décadas para reducir la mortalidad y morbilidad perinatal, han sido más de tipo reparador que preventivo y con un costo elevado. Principalmente esos países se han valido de: a) el desarrollo y aplicación de nuevas técnicas -sin importar los costos ni evaluar su real eficacia- para diagnosticar el bienestar fetal; b) el uso más liberal de la operación cesárea y c) el desarrollo de unidades de cuidados especiales neonatales, tecnología sofisticada y de sistemas para el transporte de los recién nacidos de riesgo a las mismas.

100. Este enfoque de la atención perinatal principalmente reparador, ha producido, por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica, un cambio favorable sobre la mortalidad neonatal específica de los nacidos de bajo peso, en particular de los menores de 1,500 g, pero obviamente no ha logrado modificar la distribución del peso al nacer ni reducir tampoco la proporción de nacidos con retardo del crecimiento intrauterino.

101. Como se ha mencionado, una de las principales causas que mantiene elevada a la mortalidad neonatal en la mayoría de los países de la Región es la alta incidencia de nacimientos de bajo peso. Se ha señalado que estos nacimientos son debidos principalmente a desnutrición fetal y a partos prematuros o a la combinación de ambos. Una estrategia más acertada, en particular para estos países es la de orientar la política sanitaria a ofrecer a las mujeres embarazadas una buena nutrición, una extensa cobertura con énfasis en la calidad de la atención durante el periodo prenatal. La regionalización de la atención perinatal con la captación precoz de embarazadas con factores de riesgo removibles y su referencia óptima es una de las estrategias. Además de promoverse una asistencia conservadora del parto normal (evitar la estimulación uterina con ocitócicos, la anestesia, la amiotomía precoz, la cesárea iatrogénica, etc.), el cuidado inmediato del recién nacido es fundamental para el futuro desarrollo del niño.

102. Lo mencionado requiere la urgente necesidad de intensificar el adiestramiento de personal y la utilización de tecnologías de probada eficacia, en lo posible que tiendan a controlar los riesgos perinatales principalmente por el retardo del crecimiento fetal y el parto de pretérmino entre otras causas prioritarias. El enfoque general deberá estar siempre dirigido a aumentar la cobertura de las embarazadas con adecuados controles utilizando los criterios de riesgo y a asistir apropiadamente los partos y los recién nacidos, dentro de un sistema regionalizado por niveles de complejidad. Además de que muchas de las acciones arriba mencionadas repercuten favorablemente sobre la morbimortalidad materna, la detección y control de factores conocidos de riesgo de mortalidad materna de tipo biológico, económico, social, cultural, ecológico y propios de los servicios de salud, es una tarea prioritaria para actuar preventivamente.

103. El CLAP desarrollara tecnologías que favorezcan el aumento de las coberturas del parto institucional con su asistencia apropiada, que es el factor más importante de muerte materna.

104. Se apoyara la creación de hogares maternos, las practicas de alta oportuna para aumentar el giro cama. Serán trascendentes las actividades con los promotores de salud y líderes comunitarios integrando los servicios de salud y comunidades.

105. Cooperación y coordinación con las instituciones especializadas a fin de contribuir al fortalecimiento y extensión de la Red Perinatal;

106. Desarrollo de sistemas regionalizados de atención materna, perinatal y pediátrica de complejidad progresiva, en los que se aplique la metodología del enfoque de riesgo para la referencia;

107. Desarrollo e instrumentación de sistemas adecuados de registro y de producción de información que permitan la actualización del diagnóstico de la salud materna, perinatal e infantil, la vigilancia epidemiológica continua y la supervisión y evaluación permanente de los servicios materno-infantiles;

108. Desarrollo de documentos base (estados de arte) sobre normatización y procedimientos para los distintos tópicos de la salud materna, perinatal e infantil para servir de guía de discusión, preparación y adaptación de los mismos a los servicios de salud de los países de la Región de las Américas;

109. Capacitación de recursos humanos, haciendo énfasis en el empleo de tecnologías apropiadas, administración de servicios de salud general, investigación y docencia en Perinatología. El proceso de administración del conocimiento se empleara como estrategia para incrementar el desarrollo de los recursos humanos para fortalecer los servicios de salud;

110. Investigaciones de servicios de salud, desarrollo, evaluación, uso e impacto de las tecnologías. La temática y prioridades en este campo provendrán de la identificación de los problemas de salud materna, perinatal e infantil sentidos por los países y de diagnósticos formales e informales sobre la situación perinatal. De acuerdo a ello, se tomara en cuenta: a) la trascendencia del problema medida fundamentalmente por la magnitud del daño a evitar y b) las posibilidades de encontrar soluciones factibles y viables en la Región, de bajo costo en relación a los beneficios que brinde. En servicios de salud se dara énfasis a aquellas investigaciones en atención primaria de salud y etnográficas en comunidades.

111. Las líneas estaran basadas en: a) el mejoramiento de los sistemas nacionales de información materna, perinatal e infantil como base de aplicación de la epidemiología en la planificación de programas de salud a nivel intermedio y fundamentalmente a nivel local y b) el aporte de bases científicas para la transformación de los servicios locales de salud a través de proyectos que faciliten la mejor y mayor aplicación de las tecnologías previamente evaluadas para disminuir la iatrogenia derivada de la aplicación innecesaria y onerosa de procedimientos y técnicas de dudosa eficacia. Algunos programas prioritarios del Centro en este sentido son: epidemiología de la cesárea, evaluación de modelos de la atención prenatal y del parto, de modelos con alta precoz de la puerpera y el recién nacido, evaluación de las tecnologías para determinación del riesgo fetal, epidemiología del bajo peso al nacer, hábitos y uso de fármacos durante el embarazo, desarrollo de instrumentos para evaluar el crecimiento y desarrollo postnatal, etc.

112. Promoción y difusión de información sobre salud reproductiva, materna, perinatal e infantil. El CLAP proporcionara a los países de la Región información bibliográfica sobre perinatología, ginecoobstetricia, neonatología y pediatría; hará la reproducción y distribución de materiales impresos; preparara artículos y producirá material didáctico audiovisual para difusión de conocimientos sobre salud reproductiva, perinatal y materno-infantil. En especial, el Centro reforzara la edición periódica y distribución del Boletín "Salud Perinatal" en varios idiomas, con material dirigido a todos los integrantes del equipo de salud.

113. Todas las publicaciones del Centro se harán llegar a una amplia red de Bibliotecas y Centros de Documentación de los países de la Región. En este sentido se dara alta prioridad a la producción y edición de guías normativas que analizan la eficacia y seguridad de las tecnologías disponibles para colaborar en el proceso de revisión y cambio de los servicios de salud a la luz del desarrollo tecnológico de la Región. El CLAP también apoyara especialmente con estas actividades a los núcleos nacionales que integren la Red Regional Perinatal.

Instituto de Nutrición de Centroamerica

114. A continuación se describen las estrategias identificadas por el INCAP para el bienio 1996-97, las cuales están orientadas a la promoción y protección de la salud de la población mediante intervenciones en materia de seguridad alimentaria y nutricional, estrechamente vinculadas con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas aprobadas por la Organización para el cuatrienio 1995-98.

115. Abogacía con líderes y tomadores de decisión.

116. Promoción de la salud y la nutrición con enfoque multisectorial.

117. Movilización de recursos nacionales, bilaterales y multilaterales.

118. Fomento del desarrollo local y la participación comunitaria.

119. Promoción de la investigación aplicada y operacional.

120. Fortalecimiento de la capacidad institucional de los países centroamericanos.

121. Fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa del INCAP.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

122. La meta general del CFNI es lograr la seguridad óptima en cuanto a alimentación y nutrición para toda la población de todos los países miembros. Como parte de su esfuerzo por lograrlo, el Instituto emprenderá investigaciones e impartirá adiestramiento, educación pública y servicios de asesoramiento en alimentación y nutrición a los gobiernos y pueblos de los países miembros, con miras a lograr la seguridad alimentaria de las familias y el bienestar nutricional.

123. La estrategia del CFNI para 1996-1997 se basa en las realidades de:

124. Un modelo epidemiológico cambiante de las enfermedades relacionadas con la nutrición.

125. Una reducción prevista del personal científico del Instituto (de ocho, en 1993, a tres en 1996).

126. Una mayor demanda por los países miembros de información y asesoramiento sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

127. En respuesta a estos retos el CFNI tendrá que adoptar nuevos enfoques en recursos humanos, gestión financiera y planificación de programas. El Instituto:

128. Se centrará en un conjunto reducido pero coherente de actividades programáticas.

129. Buscará agresivamente proyectos financiados con fondos extrapresupuestarios y el personal necesario para abordar las necesidades prioritarias de los países.

130. Aumentará la colaboración con instituciones regionales, las ONG y organismos de las Naciones Unidas.

131. Aumentará el uso de los profesionales nacionales, de consultores a corto plazo y del personal de contratación local.

132. Continuará instando a los Gobiernos Miembros a que paguen sus cuotas a tiempo.

133. Aumentará la capacidad de generar ingresos del Instituto mediante la comercialización activa de sus productos y servicios.

134. La ejecución de esta estrategia requiere una movilización agresiva de los recursos, tanto humanos como financieros y una gestión sensata de dichos recursos. Esta estrategia también incluye las siguientes acciones:

135. Aumentar la toma de conciencia a los niveles más altos del gobierno acerca del conocimiento científico reciente en cuanto a la relación entre la nutrición y las enfermedades, especialmente el papel de la alimentación en las enfermedades no transmisibles, y su consideración en la política nacional de alimentación y nutrición.

136. Emplear los diversos medios de comunicación como aspecto clave de la difusión de información y la producción y distribución de materiales impresos. Además, el Instituto mantendrá una combinación de canales de comunicación interpersonal para difundir los mensajes de nutrición.

137. Emplear la red de coordinadores en cuestiones de nutrición de la subregión y exponerlos a los ejercicios pertinentes de adiestramiento en el servicio para promover una respuesta subregional a los problemas comunes.

PROYECTOS BIENALES

HPP

PROYECTO HPP/1 COMUNIDADES SALUDABLES

PROPOSITO

Impulsar y contribuir al desarrollo de comunidades saludables en los Países Miembros.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formulación de políticas públicas saludables y desarrollo de metodologías para su análisis, teniendo en cuenta los procesos de negociación y concertación intersectorial.

2. Procesos de formulación de las políticas de alimentación y nutrición expresados en los planes nacionales, completados en cumplimiento de los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Nutrición, 1992.

3. Difusión de la metodología de planificación de base para el desarrollo de políticas y planes de alimentación y nutrición dentro del contexto de municipios/comunidades saludables, elaborada por la OPS.

4. Aplicación de políticas públicas para el bienestar de los ancianos, a nivel nacional y/o local, de acuerdo con lineamientos diseminados por OPS/OMS.

5. Se formularon políticas públicas saludables en los niveles nacional y local, teniendo en cuenta los procesos de participación social, negociación y concertación intersectorial.

1. Que al final de 1997 se haya logrado la aplicación de los principios, conceptos y métodos de la promoción y la protección de la salud en los ámbitos nacionales y locales de los países de la Región.

2. Que al final de 1997 existan movimientos para el desarrollo de comunidades saludables en la mayor parte de los países.

1. Que para 1997, 50% de los países hayan iniciado procesos de formulación de políticas públicas saludables.

2. Que para 1997, 15% de los países hayan desarrollado y/o aplicado metodologías de análisis de promoción y protección de la salud con énfasis en las políticas de acuerdo con lineamientos propuestos por OPS.

1. Que para 1997, 95% de los países hayan completado la formulación de planes nacionales de alimentación y nutrición.

2. Que para 1997, 30% de los países hayan iniciado la aplicación de los planes nacionales de alimentación y nutrición.

3. Que para 1997 se haya cumplido el 50% de las actividades del Plan de Acción Regional para la cooperación técnica en alimentación y nutrición.

1. Que para 1997, 15% de los países hayan aplicado la metodología de base recomendada por OPS para el desarrollo de programas de alimentación y nutrición, dentro del contexto de municipios/comunidades saludables.

1. Que para 1997, 60% de los países hayan desarrollado programas y experiencias concretas de atención integral de los ancianos.

2. Que para 1997, 50% de los países hayan desarrollado programas y experiencias concretas de atención integral de los ancianos.

1. Que para 1997, 30% de los países hayan efectuado análisis de políticas públicas saludables a nivel nacional con relación a la alimentación y nutrición, salud familiar comunitaria y población y estilos de vida/comportamientos/salud mental.

2. Que para 1997, 15% de los países hayan formulado nuevas políticas públicas saludables en las áreas de alimentación y nutrición, etc.

3. Que para 1997, 50% de los países hayan desarrollado experiencias de municipios/comunidades saludables con formulación de políticas públicas saludables documentadas.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO HPP/2 PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE RIESGOS****PROPOSITO**

Enfatizar las intervenciones promocionales y preventivas para reducir riesgos y proteger la salud de las comunidades dentro de los procesos de reorientación de los servicios de salud y fortalecimiento de la acción de otros sectores.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de programas y actividades sectoriales y extrasectoriales que favorezcan la adopción de estilos de vida saludables y mejoren los entornos físicos y sociales.

2. Diseño y ejecución de investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los comportamientos que influyen en las condiciones de salud y bienestar.

3. Desarrollo de programas de prevención y control dirigidos a las enfermedades crónicas no transmisibles, mentales y neurológicas y oculares.

4. Fortalecimiento de la capacidad de convocatoria y negociación del sector salud para impulsar la acción intersectorial indispensable para la implementación de la promoción y protección de la salud; cada área programática fortalecerá la vinculación con los sectores más relevantes a su área (ejemplo: Educación, Comunicación, Justicia, Economía, Legislación para Acciones en Violencia y Salud).

5. Reorientación y adecuación cuantitativa y cualitativa de los recursos destinados a la promoción y protección de la salud.

1. Que al final de 1997 diez países hayan incorporado prioridades de promoción, protección y prevención dentro de las reformas de los sistemas de salud.

1. Que al final de 1997, 50% de los países hayan desarrollado programas para fomentar los estilos de vida saludables y el mejoramiento de los ambientes físicos y sociales por medio de la información, educación y comunicación social.

2. Que al final de 1997, 30% de los países cuenten con infraestructura y recursos identificables para los programas de promoción de estilos de vida saludables y mejoramiento de la calidad de vida.

1. Diez estudios ejecutados sobre comportamientos relacionados con los determinantes de la salud y bienestar.

2. Dos publicaciones sobre intervenciones en comportamientos relacionados con salud y bienestar.

1. Que en 1997, 80% de los países hayan completado los análisis de sus perfiles epidemiológicos y demográficos con relación a patologías más prevalentes.

2. Que 50% de los países hayan reformulado sus programas de control de cáncer de la mujer.

3. Que el 60% de los países de la Región hayan reorientado programas de control de ECNT, mentales y oculares.

1. Que 90% de los países haya completado con al menos un proceso de negociación y/o concertación identificable y documentado entre el sector salud y otros relevantes según el problema a abordar.

1. Que 90% de los países hayan realizado actividades de capacitación para la orientación de los servicios de salud en favor de la promoción y protección de la salud.

Objetivos

PROYECTO HPP/3 SALUD MATERNO-INFANTIL

PROPOSITO

Se habrá incrementado y mejorado la capacidad técnica y operacional nacional, regional y local, para actualizar y mejorar el diagnóstico. Así como el diseño, operacionalización, monitoría y evaluación de las políticas, leyes, planes, programas y servicios de población, salud sexual y reproductiva de la población y de salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, a fin de que se cumplan dentro de los tiempos fijados las metas regionales y nacionales acordadas en los foros internacionales y regionales de Alma Atta 1976, Washington 1977, cumbre de la Infancia, Nueva York 1990; Plan de Acción en Población y Desarrollo, Cairo 1994 y Cumbre Latinoamericana de Presidentes 1994 y ajustadas por los cuerpos directivos de la organización y los países.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Basados en las propuestas de la OPS, todos los países de la Región habrán analizado, discutido y adoptado o adaptado sus políticas, leyes, planes, programas, servicios y sistemas de vigilancia epidemiológica, hacia los enfoques integrados de servicios de salud sexual y reproductiva de la población y salud de la mujer.

2. La OPS habrá propuesto y los países habrán discutido y ajustado sus políticas, planes, programas y servicios a la atención del desarrollo integral del niño y el tratamiento de las enfermedades prevalentes, en tal forma que acreciente las oportunidades para alcanzar el pleno desarrollo humano.

Indicadores

1. Hacia 1997, el 80% de los países y el 65% de la población de las Américas habrán alcanzado mortalidades infantiles menores a 30 por 1000 nacidos vivos registrados.

2. Hacia fines de 1997, el 70% de los países habrán reducido su mortalidad materna a niveles en 40% inferiores a los existentes en 1990.

3. Hacia fines de 1997, la prevalencia de uso de anticonceptivos en la Región será de 65% de las MEFU en la Región de las Américas.

4. Hacia fines de 1997, el 70% de los países habrán iniciado programas nacionales de atención al adolescente y estarán en expansión los programas diferenciados.

5. Hacia fines de 1997, los planes y programas de atención a la salud de la población, salud reproductiva, salud de la mujer, salud de la niñez y salud del adolescente tendrán explícitas las acciones intersectoriales y objetivos de incremento en la calidad de vida de estos grupos.

1. Hacia fines de 1997, la Región de las Américas habrá legitimizado a través de los cuerpos directivos y de las políticas nacionales, el concepto de salud reproductiva de la población exceptuando el aborto como método de planificación familiar, pero abordándolo como problema de salud pública.

2. Hacia fines de 1997, la OPS habrá propuesto y 70% de los países de la Región habrán ajustado sus políticas explícitas de salud sexual y reproductiva y salud de la mujer.

3. Hacia fines de 1997, la OPS habrá desarrollado y por lo menos el 50% de los países estarán iniciando la difusión, prueba y aceptación de los modelos de evaluación de la calidad de la atención en salud reproductiva.

4. Hacia fines de 1997, la OPS habrá propuesto sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la salud reproductiva.

5. Hacia fines de 1997, por lo menos 150 escuelas y facultades de ciencias de la salud habrán consolidado el proceso de mejoría de la enseñanza de salud reproductiva a través del análisis prospectivo.

1. Hacia fines de 1997, la OPS habrá propuesto y el 80% de los países tendrán políticas y programas actualizados y explícitos de promoción del desarrollo integral de niño.

2. Hacia fines de 1997, la OPS y el 80% de los países de la Región habrán establecido normas para el tratamiento integral de las patologías prevalentes en la niñez.

3. Hacia fines de 1997, la OPS habrá propuesto y el 70% de los países estarán brindando a través de sus instituciones de salud, educación y otros sectores, acciones de promoción del desarrollo integral del niño.

Objetivos

3. La OPS habrá propuesto y los países habrán iniciado planes, programas y servicios de atención integral al adolescente y al joven y estarán en proceso de desarrollo de los ámbitos y normas para su atención diferenciada.

PROYECTO HPP/4 COMUNICACION SOCIAL**PROPOSITO**

El apoderamiento (empowerment) de la población por medio de la información, la educación y la comunicación social en salud para que tengan la capacidad de transformación de sus condiciones de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de un sistema de monitoría de programas de información y comunicación en salud a través de los medios masivos.

2. Establecimiento de programas regulares en la Región, apoyados por OPS para la difusión de información en salud utilizando los medios masivos y otros canales de comunicación.

Indicadores

4. Hacia fines de 1997, al menos 50% de los países habrá normatizado la promoción del desarrollo integral de la niñez y habrán establecido el tratamiento adecuado a las patologías prevalentes, dentro de los parámetros establecidos por OPS/OMS.

5. Hacia fines de 1997, al menos 50% de las escuelas formadoras de recursos humanos para la salud, habrán incluido los temas esenciales sobre crecimiento y desarrollo integral de la niñez y de tratamiento de las enfermedades prevalentes en la niñez.

1. Hacia fines de 1997, la OPS tendrá propuestas y el 70% de los países habrán actualizado sus mandatos y políticas de atención a la salud integral y reproductiva del adolescente.

2. Hacia fines de 1997, la OPS habrá desarrollado y el 70% de los países estarán utilizando instrumentos de programación, información, historia del adolescente, evaluación de la calidad de la atención y criterios normativos para la atención integral del adolescente.

3. Hacia fines de 1997, en el 70% de los países estarán en franca expansión los servicios diferenciados de atención integral a la salud del adolescente.

4. Hacia fines de 1997, 80% de los países tendrán acceso a la red de información de profesionales, instituciones y programas de atención integral de los adolescentes.

5. Hacia fines de 1997, existirá un sistema de información de datos de programación, servicios y publicaciones estarán a disposición de los profesionales que trabajan con adolescentes con publicación de cuatro CD/Roms hechos por BIREME.

1. Comunidades fortalecidas y participativas en acciones de promoción de la salud.

1. Disponer a finales de 1996 de un sistema de monitoría de programas de información en salud que utilicen medios masivos de comunicación.

2. Disponer a finales de 1997 de datos sobre información en salud, a través de medios masivos de algunos países.

1. A fines de 1997 diez nuevos programas regulares (periódicos, radio, televisión u otros), que presenten en forma regular contenidos debidamente estructurados para la información en salud que conduzca a obtener cambios de comportamiento en la población.

Objetivos

3. Incorporación de las teorías, métodos y prácticas modernos de la comunicación social y la educación aplicados al campo de la salud, dentro de las estructuras de los ministerios de salud y las instituciones formadoras de recursos humanos.

PROYECTO HPP/5 ALIMENTACION Y NUTRICION

PROPOSITO

Implementar el Plan Regional de Alimentación y Nutrición para contribuir a mejorar la seguridad alimentaria y la situación nutricional de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incorporación en las políticas y programas nacionales y locales las intervenciones de promoción y protección en alimentación y nutrición para mejorar las coberturas y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por problemas relacionados con la nutrición.

2. Implementación de programas integrados que contemplen los aspectos de legislación, educación, comunicación, género y otros relacionados con la extensión de la lactancia materna.

Indicadores

2. Diez programas regulares de información en salud que utilicen canales tradicionales con base en la comunidad.

3. Que 50% de los países hayan realizado actividades para formar y capacitar periodistas en salud.

1. Que se hayan incorporado 15 programas de formación en comunicación social en salud en cinco países.

2. Que 25% de las instituciones gubernamentales, incluyendo Ministerios de Salud cuenten con políticas y programas específicos de comunicación social en salud.

3. Que 25% de los Ministerios de Educación hayan incorporado contenidos de promoción de salud en el currículo escolar.

1. Puesta en marcha del Plan de Acción Regional en Alimentación y Nutrición.

1. Que a fines de 1997, el 90% de los países muestren alguna reducción a prevalencias de las deficiencias de vitamina A, yodo y hierro, con respecto a las que tenían en 1994, aplicando las orientaciones técnicas difundidas por OPS, UNICEF y FAO en forma concertada.

2. Que el 50% de los países con proyectos de municipios/ comunidades saludables hayan incluido componentes de acción específicos para mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población.

1. Que el 30% de los países hayan diseñado e iniciado la implantación de un plan integral de lactancia materna, de acuerdo con los lineamientos desarrollados por OPS y difundidos en 1995 con elementos intersectoriales y género.

ObjetivosIndicadores

CLAP

PROYECTO CLAP/1 SALUD REPRODUCTIVA

PROPOSITO

Llevar a cabo la cooperación técnica a los países de la Región para el desarrollo de las capacidades nacionales tendientes a mejorar las coberturas y la calidad en la atención en las áreas reproductiva, materna-perinatal, del recién nacido, de la vigilancia del crecimiento y desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber llevado a cabo cooperación técnica directa en 18 países de la Región: instalando 10 tecnologías apropiadas y contribuido con 6 guías normativas y capacitado en los países 1500 personas de los servicios de salud y de sus comunidades.

2. Capacitar en el CLAP 160 profesionales de 12 países de la Región

3. Haber iniciado 3 investigaciones colaborativas multicéntricas/ multipaíses en 8 países y 10 investigaciones locales en 4 países

4. Haber producido 43 publicaciones científicas en el área materna, perinatal y pediátrica: a) 20 trabajos en revistas periódicas con arbitraje; b) 20 artículos o capítulos en libros técnicos; y c) 3 boletines periódicos editados por CLAP

5. Haber evaluado el modelo integral de salud materna, perinatal en servicios básicos integrados a 8 áreas programáticas de 4 países

INCAP

PROYECTO INCAP/1 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

PROPOSITO

Desarrollar la estrategia subregional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en Centroamérica.

1. Número de países visitados

2. Número de tecnologías y guías normativas adoptadas

3. Número de personas capacitadas en los países

1. Número de personas capacitadas en el CLAP

1. Número de investigaciones colaborativas multicéntricas/ multipaíses coordinadas por CLAP

2. Número de investigaciones realizadas por los países con asistencia de CLAP

1. Número de publicaciones en revistas periódicas, libros o boletines

1. Número de áreas evaluadas

1. Enfoque de seguridad alimentaria y nutricional incorporado en políticas, planes, legislación y programas de desarrollo económico y social en Centroamérica.

2. Programas nacionales de prevención y control de desórdenes por deficiencia de macro y micronutrientes desarrollados en los países.

3. Programas de promoción de la salud y estilos de vida saludables adoptados por los países.

4. Procesos de formación y capacitación de recursos humanos y planes de educación popular y comunicación social sobre SAN desarrollados en los países.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Políticas, planes y proyectos nacionales que incluyan la SAN en desarrollo.
2. Programas integrados de prevención y control de desórdenes por deficiencia de micronutrientes en desarrollo.
3. Legislación y programas nacionales sobre calidad e inocuidad de los alimentos revisados y/o actualizados.
4. Vigilancia de la situación alimentaria y nutricional para la toma de decisiones fortalecida.
5. Estrategia de SAN incorporada en procesos de desarrollo local en los países.

Indicadores

5. Existencia de mecanismos para evaluación, análisis y seguimiento de la situación alimentaria y nutricional en los países.
6. Iniciativas de estudios e investigaciones en apoyo a la SAN desarrolladas en los países.
 1. Metas de SAN incorporadas en planes nacionales de desarrollo económico y social en los siete países.
 2. Proyectos de SAN formulados y/o en negociación y 10 en ejecución en los siete países.
 1. Marco jurídico legal y normas técnicas revisadas y/o definidas para la prevención y control de desórdenes por deficiencia de micronutrientes.
 2. Personal capacitado en el uso de técnicas y procedimientos para el control de calidad de alimentos fortificados.
 3. Comisiones Nacionales y subregionales de micronutrientes específicos apoyadas para la unificación de criterios sobre procedimientos, normas técnicas y monitoreo y control de los procesos de fortificación.
 1. Marco jurídico de protección de alimentos establecido en la subregión.
 2. Programas nacionales de protección de alimentos formulados y/o revisados en los siete países.
 3. Aspectos legales relacionados con el etiquetado nutricional de alimentos incorporados y/o revisados en cada país.
 4. Experiencias de sistemas de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (SVETA) desarrolladas en un Sistema Local de Salud (SILOS) de cada país.
 1. Tecnologías y metodologías transferidas para la recolección, análisis, difusión y uso de información.
 2. Canasta básica de alimentos a nivel nacional actualizada en los siete países de acuerdo a la metodología propuesta por el INCAP.
 3. Información sobre la situación alimentaria y nutricional y de programas y proyectos de seguridad alimentaria y nutricional actualizada en los siete países.
 4. Indicadores básicos identificados y definidos para monitorear y evaluar la SAN.
 1. Metodologías para establecer procesos de producción y procesamiento de alimentos a nivel local promovidas en dos comunidades de cada país.

Objetivos

6. Tecnologías y metodologías educativas promovidas para mejorar la toma de decisiones de la población sobre su alimentación, nutrición y salud.

7. Iniciativas nacionales y subregionales en materia de ciencia y tecnología fortalecidas en los siete países en aspectos de SAN.

8. Nuevo modelo organizacional del INCAP funcionando.

9. Procesos administrativos funcionando acorde al nuevo modelo organizacional.

Indicadores

2. Componente de seguridad alimentaria y nutricional incluido en la planificación local de siete SILOS en los países.

3. Existencia de SAN a nivel local sistematizada y documentada en cada país.

1. Componente de SAN incluido en programas de estudio de nivel primario, secundario y universitario en los siete países.

2. Recursos humanos de niveles político-técnico y operativo capacitados en aspectos de SAN en los siete países.

3. Guías alimentarias elaboradas tomando en consideración las condiciones de disponibilidad y acceso de alimentos, patrón alimentario y el conocimiento sobre combinaciones óptimas de los alimentos para su eficiente utilización biológica.

1. Conocimientos y tecnologías en apoyo a la SAN desarrolladas y transferidas.

2. Proyectos de investigación operacional para abordar los principales problemas de inseguridad alimentaria desarrollados por los siete países.

3. Proyectos de investigación básica para contribuir a la generación de conocimientos sobre alimentación, nutrición y salud desarrollados en la sede y/o en forma colaborativa con los países.

4. Resultados de investigaciones desarrolladas por la sede y en los países divulgados y transferidos a los países.

1. Nuevo modelo de organización institucional aprobado por el Consejo del INCAP.

2. Descentralización de la cooperación técnica a los países en apoyo a la estrategia de Seguridad Alimentaria, con énfasis en procesos de desarrollo local funcionando.

3. Areas de Ciencia y Tecnología, Cooperación Técnica y Transferencia, organizadas y funcionando.

4. Funciones, responsabilidades, estrategias, líneas de acción y estructura orgánica, definida y funcionando.

5. Sistema de información institucional funcionando.

1. Plan de desarrollo de recursos humanos del INCAP en ejecución.

2. Plan de desarrollo de recursos financieros del INCAP en ejecución.

Objetivos

CFNI

PROYECTO CFNI/1 INVESTIGACION

PROPOSITO

Efectuar investigaciones sobre políticas y prácticas de alimentación y nutrición, en particular con respecto a la reducción de riesgos de enfermedades nutricionales crónicas y a la promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Seis proyectos importantes de investigación se habrán iniciado (algunos concluidos) sobre las formas de reducir las carencias de micronutrientes y diversos riesgos en cuanto a enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

2. Programas formulados para fomentar modos de vida sanos y positivos en grupos de población (en particular, en niños en edad escolar) e institucionalizados en dos a cuatro países y preparación de un enfoque sistemático para ejecutar dichos programas en todos los otros países del Caribe.

3. El establecimiento de un sistema de seguimiento y vigilancia sobre los patrones de acceso, asequibilidad y consumo de alimentos en ciertos países.

4. Formulación de estrategias para controlar ciertas carencias de micronutrientes mediante la fortificación y otros esquemas de administración de suplementos.

PROMOCION Y PROTECCION DE SALUD

Indicadores

3. Información presupuestaria y financiero-contable disponible oportunamente en función de la ejecución de los programas.

4. Readecuación de la infraestructura física y de equipamiento y de los servicios generales de apoyo en función del nuevo modelo organizacional.

1. Preparación y puesta en práctica de estudios sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación para mejorar la salud mediante la promoción de hábitos de alimentación saludables, el ejercicio regular y otros modos de vida sanos.

2. Investigación de las relaciones entre los patrones de consumo de alimentos en el Caribe y las enfermedades crónicas relacionadas con el régimen de alimentación.

3. Análisis de las políticas y programas de adquisición de alimentos y sus efectos sobre el estado de nutrición a nivel de las familias.

4. Investigación sobre las repercusiones de las carencias de micronutrientes (por ejemplo de vitamina A, hierro), de la fortificación de alimentos y de una mejor administración de los programas de suplementos alimentarios.

1. Preparación de protocolos para investigar las enfermedades crónicas, informes de progreso sobre los trabajos en curso y documentación de los resultados de los estudios concluidos.

1. Informes sobre el resultado de los proyectos sobre modos de vida sanos y formulación de programas de comunicación social y adiestramiento en aptitudes relativas a la nutrición en las escuelas y a nivel de la comunidad.

1. Preparación de informes sobre análisis de precios de los productos alimentarios básicos y sus efectos sobre la disponibilidad de alimentos a nivel de las familias.

1. Documentación de resultados de investigaciones que elaboren las medidas de control requeridas para disminuir ciertas deficiencias de micronutrientes.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO CFNI/2 COMUNICACION SOCIAL****PROPOSITO**

Desarrollar y fortalecer los programas de comunicación social del CFNI destinados a mejorar la situación en cuanto a alimentos y nutrición.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los países miembros habrán incluido un componente de nutrición en los programas de educación sanitaria con referencia especial a la relación que hay entre la alimentación y ciertas enfermedades.

2. Los países miembros contarán con una red más sólida y más amplia de personal para difundir información sobre recursos en alimentación y nutrición.

3. Los países miembros habrán establecido sistemas de información de base para formular estrategias apropiadas de comunicación y teorías de aprendizaje.

4. Los países miembros contarán con paquetes audiovisuales sobre comunicación en materia de nutrición.

1. Suministro de información actualizada destinada a los niveles de toma de decisiones, incluso a entidades del sector privado, para influir en las políticas de alimentos y nutrición.

2. Actualización y producción de materiales sobre alimentos y nutrición con relación a las enfermedades crónicas.

3. Programas continuados de promoción de la nutrición mediante la identificación y la utilización de una combinación de los canales de los medios de comunicación y las técnicas de mercadeo social.

4. Programas nacionales de extensión en materia de comunicación sobre alimentos, nutrición y salud, de acuerdo con la Carta de Promoción de la Salud en el Caribe.

1. Establecer vínculos para asesorar a los ministerios de salud y educación.

1. Efectuadas reuniones de los Jefes de las Unidades de Nutrición.

2. Identificación de grupos y organizaciones de extensión a la comunidad pertinentes para colaborar con la puesta en práctica de estrategias de intervención en materia de nutrición.

1. Se habrá desarrollado un método para recoger información básica relativa a grupos destinatarios de la comunidad.

2. Se habrán seleccionado grupos destinatarios de la población para las estrategias de intervención en comunicaciones.

3. Se habrá preparado el módulo para emprender actividades de promoción de la salud, en especial para la formación de recursos humanos en materia de vigilancia de la nutrición y comunicación social.

1. Se habrán preparado materiales audiovisuales.

2. Se habrán preparado las estrategias de comunicación para las intervenciones en alimentación y nutrición.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO CFNI/3 DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Apoyar a los países miembros en el adiestramiento y la utilización del personal en los avances más recientes sobre la relación existente entre las enfermedades crónicas y la alimentación, y en la importancia de una alimentación adecuada para una vida saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los países miembros habrán formulado una política para adiestrar a los trabajadores en la utilización de normas actualizadas en materia de alimentación.
2. Se adiestrará a nutricionistas y a personal de atención de salud para utilizar las normas actualizadas sobre alimentación, en particular para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.
3. Se habrán revisado y fortalecido en cinco cursos los programas de estudio, los módulos didácticos, los materiales para el adiestramiento y otros materiales de apoyo para el adiestramiento de pregrado.
4. Mayor capacidad del personal dedicado a alimentación y nutrición en cuanto a investigación y programación.

PROYECTO CFNI/4 FORMULACION DE POLITICAS, PLANES Y NORMAS

PROPOSITO

Crear conciencia entre los funcionarios de los niveles de toma de decisiones que conduzcan a un nuevo análisis y revisión de las políticas de alimentación y nutrición teniendo en cuenta las enfermedades nutricionales que están surgiendo.

1. Aplicación de los adelantos recientes en materia de nutrición para elaborar modelos de atención de salud más eficaces para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

2. Fortalecimiento del potencial en recursos humanos en los países mediante una gama de cursos de adiestramiento en servicio y apoyo a los programas de alimentación y nutrición en las universidades y colegios universitarios del Caribe.

3. Desarrollo de una red de personas e instituciones como recursos para apoyar y ejecutar la política y la programación sobre alimentación y nutrición.

1. Se habrá prestado ayuda para formular políticas de adiestramiento de los trabajadores.

1. Se habrá concebido y puesto en práctica un programa sistemático para adiestrar a los trabajadores de la salud en prácticas sanas de alimentación.

1. Se habrán preparado, suministrado y utilizado los materiales y los programas de estudios.

1. El curso de Epidemiología de la Nutrición centrado en las enfermedades relacionadas con la alimentación impartido en el Caribe oriental.

1. Ayuda prestada a diversos gobiernos y organizaciones no gubernamentales para planificar políticas de alimentación y nutrición y formular planes de acción en la búsqueda de la seguridad en materia de alimentación y nutrición en las familias.

2. Coordinación de la reunión subregional y preparación de los materiales para informar a los responsables de las políticas sobre la necesidad de modificar la política nutricional en los países.

3. Aumento de la importancia asignada a la necesidad de vincular la política agrícola y alimentaria con las preocupaciones sobre nutrición y salud; a la necesidad de establecer prioridades y fijar metas y de mejorar el sistema de comercialización de alimentos para estimular la producción.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los países miembros habrán formulado planes y estrategias de alimentación y nutrición compatibles con los modelos cambiantes de consumo de alimentos.

PROYECTO CFNI/5 SERVICIO DE ASESORAMIENTO/CONSULTORIA DIRECTA

PROPOSITO

Atender las solicitudes de los gobiernos, las ONG, las instituciones y los organismos en cuestiones relativas a investigación, formulación de políticas de adiestramiento y programación relacionadas con los alimentos y la nutrición.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los países miembros tendrán sistemas de vigilancia de la nutrición para identificar a los que están en riesgo de malnutrición proteinoenergética y otras enfermedades relacionadas con la alimentación.

2. Los países miembros tendrán programas y actividades concebidos para la prevención y el control de las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

PROYECTO INCAP/1 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

PROPOSITO

Desarrollar la estrategia subregional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en Centroamérica.

1. Apoyo técnico prestado para redactar y promulgar las políticas y planes nacionales de acción.

2. Suministro de materiales apropiados sobre acontecimientos actuales en materia de alimentación y nutrición para orientar la preparación de estrategias y planes nacionales de acción.

1. Ayuda a los países para el establecimiento de sistemas de vigilancia nutricional y de los alimentos.

2. Prestación de apoyo al sector privado y a las ONG en actividades de alimentación y nutrición.

1. Sistemas de vigilancia de la alimentación y la nutrición establecidos en los países miembros.

1. Asistencia técnica prestada a los países miembros para el desarrollo de esos programas y actividades.

1. Enfoque de seguridad alimentaria y nutricional incorporado en políticas, planes, legislación y programas de desarrollo económico y social en Centroamérica.

2. Programas nacionales de prevención y control de desórdenes por deficiencia de macro y micronutrientes desarrollados en los países.

3. Programas de promoción de la salud y estilos de vida saludables adoptados por los países.

4. Procesos de formación y capacitación de recursos humanos y planes de educación popular y comunicación social sobre SAN desarrollados en los países.

5. Existencia de mecanismos para evaluación, análisis y seguimiento de la situación alimentaria y nutricional en los países.

6. Iniciativas de estudios e investigaciones en apoyo a la SAN desarrolladas en los países.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Políticas, planes y proyectos nacionales que incluyan la SAN en desarrollo.
2. Programas integrados de prevención y control de desórdenes por deficiencia de micronutrientes en desarrollo.
3. Legislación y programas nacionales sobre calidad e inocuidad de los alimentos revisados y/o actualizados.
4. Vigilancia de la situación alimentaria y nutricional para la toma de decisiones fortalecida.
5. Estrategia de SAN incorporada en procesos de desarrollo local en los países.

Indicadores

1. Metas de SAN incorporadas en planes nacionales de desarrollo económico y social en los siete países.
2. Proyectos de SAN formulados y/o en negociación y 10 en ejecución en los siete países.
1. Marco jurídico legal y normas técnicas revisadas y/o definidas para la prevención y control de desórdenes por deficiencia de micronutrientes.
2. Personal capacitado en el uso de técnicas y procedimientos para el control de calidad de alimentos fortificados.
3. Comisiones Nacionales y subregionales de micronutrientes específicos apoyadas para la unificación de criterios sobre procedimientos, normas técnicas y monitoreo y control de los procesos de fortificación.
1. Marco jurídico de protección de alimentos establecido en la subregión.
2. Programas nacionales de protección de alimentos formulados y/o revisados en los siete países.
3. Aspectos legales relacionados con el etiquetado nutricional de alimentos incorporados y/o revisados en cada país.
4. Experiencias de sistemas de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (SVETA) desarrolladas en un Sistema Local de Salud (SILOS) de cada país.
1. Tecnologías y metodologías transferidas para la recolección, análisis, difusión y uso de información.
2. Canasta básica de alimentos a nivel nacional actualizada en los siete países de acuerdo a la metodología propuesta por el INCAP.
3. Información sobre la situación alimentaria y nutricional y de programas y proyectos de seguridad alimentaria y nutricional actualizada en los siete países.
4. Indicadores básicos identificados y definidos para monitorear y evaluar la SAN.
1. Metodologías para establecer procesos de producción y procesamiento de alimentos a nivel local promovidas en dos comunidades de cada país.
2. Componente de seguridad alimentaria y nutricional incluido en la planificación local de siete SILOS en los países.
3. Existencia de SAN a nivel local sistematizada y documentada en cada país.

Objetivos

6. Tecnologías y metodologías educativas promovidas para mejorar la toma de decisiones de la población sobre su alimentación, nutrición y salud.

7. Iniciativas nacionales y subregionales en materia de ciencia y tecnología fortalecidas en los siete países en aspectos de SAN.

8. Nuevo modelo organizacional del INCAP funcionando.

9. Procesos administrativos funcionando acorde al nuevo modelo organizacional.

Indicadores

1. Componente de SAN incluido en programas de estudio de nivel primario, secundario y universitario en los siete países.

2. Recursos humanos de niveles político-técnico y operativo capacitados en aspectos de SAN en los siete países.

3. Guías alimentarias elaboradas tomando en consideración las condiciones de disponibilidad y acceso de alimentos, patrón alimentario y el conocimiento sobre combinaciones óptimas de los alimentos para su eficiente utilización biológica.

1. Conocimientos y tecnologías en apoyo a la SAN desarrolladas y transferidas.

2. Proyectos de investigación operacional para abordar los principales problemas de inseguridad alimentaria desarrollados por los siete países.

3. Proyectos de investigación básica para contribuir a la generación de conocimientos sobre alimentación, nutrición y salud desarrollados en la sede y/o en forma colaborativa con los países.

4. Resultados de investigaciones desarrolladas por la sede y en los países divulgados y transferidos a los países.

1. Nuevo modelo de organización institucional aprobado por el Consejo del INCAP.

2. Descentralización de la cooperación técnica a los países en apoyo a la estrategia de Seguridad Alimentaria, con énfasis en procesos de desarrollo local funcionando.

3. Áreas de Ciencia y Tecnología, Cooperación Técnica y Transferencia, organizadas y funcionando.

4. Funciones, responsabilidades, estrategias, líneas de acción y estructura orgánica, definida y funcionando.

5. Sistema de información institucional funcionando.

1. Plan de desarrollo de recursos humanos del INCAP en ejecución.

2. Plan de desarrollo de recursos financieros del INCAP en ejecución.

3. Información presupuestaria y financiero-contable disponible oportunamente en función de la ejecución de los programas.

4. Readequación de la infraestructura física y de equipamiento y de los servicios generales de apoyo en función del nuevo modelo organizacional.

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION

UBICACION	PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS			FONDOS NO ORDINARIOS		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
COOPERACION DIRECTA CON LOS PAISES	9,676,700	12,711,600	13,899,000	11,756,800	1,395,600	0
PROGRAMAS REGIONALES	4,056,900	4,687,200	4,955,700	1,241,500	572,000	268,000
CENTROS	8,765,800	10,338,800	11,465,900	18,508,500	17,660,000	17,938,000
TOTAL	22,499,400	27,737,600	30,320,600	31,506,800	19,627,600	18,206,000

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	15,104,100	24	7	8,035,900	662,400	910,800	306,000	1,920,100	1,029,500	108,500	2,130,900
OMS - WR	7,395,300	17	9	4,749,500	541,400	349,100	102,000	617,700	330,300	0	705,300
TOTAL	22,499,400	41	16	12,785,400	1,203,800	1,259,900	408,000	2,537,800	1,359,800	108,500	2,836,200
% DEL TOTAL	100.0			56.8	5.4	5.6	1.8	11.3	6.0	.5	12.6
1996-1997											
OPS - PR	17,601,100	26	12	9,862,200	770,200	908,400	519,300	1,970,600	1,019,800	154,500	2,396,100
OMS - WR	10,136,500	19	8	5,601,900	683,700	355,700	143,700	1,080,700	636,700	61,600	1,572,500
TOTAL	27,737,600	45	20	15,464,100	1,453,900	1,264,100	663,000	3,051,300	1,656,500	216,100	3,968,600
% DEL TOTAL	100.0			55.7	5.2	4.6	2.4	11.0	6.0	.8	14.3
1998-1999											
OPS - PR	19,298,400	26	12	10,698,600	770,200	1,011,500	519,300	2,240,900	1,165,400	162,400	2,730,100
OMS - WR	11,022,200	19	8	5,980,900	683,700	389,300	143,700	1,231,900	728,600	64,800	1,799,300
TOTAL	30,320,600	45	20	16,679,500	1,453,900	1,400,800	663,000	3,472,800	1,894,000	227,200	4,529,400
% DEL TOTAL	100.0			55.1	4.8	4.6	2.2	11.5	6.2	.7	14.9

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	22,499,400	100.0	27,737,600	100.0	30,320,600	100.0
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	9,089,000	40.4	10,137,400	36.5	11,111,800	36.8
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	8,539,700	38.0	9,166,500	33.0	10,080,900	33.4
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	67,700	.3	443,500	1.6	476,000	1.6
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	481,600	2.1	527,400	1.9	554,900	1.8
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	2,713,000	12.0	5,641,200	20.4	6,047,600	19.8
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	631,700	2.8	2,696,200	9.7	2,919,800	9.6
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	420,300	1.9	520,000	1.9	551,000	1.8
SALUD MENTAL	482,800	2.1	810,100	2.9	860,700	2.8
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	1,178,200	5.2	1,490,000	5.4	1,585,600	5.2
PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA	0	-	124,900	.5	130,500	.4
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	10,697,400	47.6	11,959,000	43.1	13,161,200	43.4
ALIMENTACION Y NUTRICION	7,890,400	35.1	8,462,500	30.5	9,349,000	30.8
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	2,807,000	12.5	3,496,500	12.6	3,812,200	12.6
GRAN TOTAL	22,499,400	100.0	27,737,600	100.0	30,320,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	31,506,800	100.0	19,627,600	100.0	18,206,000	100.0
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	13,654,800	43.4	2,167,600	11.0	468,000	2.6
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	13,262,700	42.1	2,167,600	11.0	468,000	2.6
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	302,800	1.0	0	-	0	-
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	89,300	.3	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	303,200	.9	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	5,200	.*	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	285,800	.9	0	-	0	-
SALUD MENTAL	12,200	.*	0	-	0	-
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	17,548,800	55.7	17,460,000	89.0	17,738,000	97.4
ALIMENTACION Y NUTRICION	15,569,600	49.4	14,880,000	75.9	14,900,000	81.8
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	1,979,200	6.3	2,580,000	13.1	2,838,000	15.6
GRAN TOTAL	31,506,800	100.0	19,627,600	100.0	18,206,000	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO



PROTECCION Y DESARROLLO AMBIENTAL

CONTEXTO REGIONAL

1. El modelo de desarrollo adoptado por los países de la Región ha llevado a significativos desequilibrios ambientales que directa o indirectamente afectan la salud y la calidad de vida de las poblaciones. Los países desarrollados demandan grandes cantidades de energía y generan residuos que, por cantidad o naturaleza, amenazan el equilibrio ecológico. Los países en desarrollo tienden a sobre-explotar los recursos naturales. Sondas tendencias conllevan grandes riesgos a la salud y al bienestar humano.

2. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED - Río de Janeiro/1992), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de Pequeños Países Insulares en Desarrollo (SIDS - Barbados/1994) y la Conferencia Cumbre de las Américas (Miami/1994) evidencian que la conservación y protección de la salud y del ambiente están en el centro de la preocupación del nuevo modelo de desarrollo a ser impulsado por los países de la Región. Este modelo, denominado "Desarrollo Humano Sostenible" se define como el desarrollo sostenible con énfasis especial en la dimensión humana - el desarrollo centrado en el pueblo.

3. La acelerada migración rural-urbana que prevalece en América Latina ha generado un aumento significativo de población urbano-marginal que representa el 40% de la población urbana total. En general, no existen servicios públicos urbanos para esta población, o en la mejor de las hipótesis son precarios. La población urbana que dispone de servicios de abastecimiento de agua alcanza cerca de 279 millones de habitantes (89% del total). De estos 279 millones, la población servida con conexiones domiciliarias representa el 80% (79% del total), y la que se sirve de fuentes públicas el 12% (11% del total). En el sector rural, el servicio de abastecimiento de agua cubre a 69 millones de habitantes (55% del total), lo que en conjunto con la población urbana significa que 348 millones (73% de la población total) cuentan con suministro de agua. Esta información no toma en consideración los sistemas que funcionan irregularmente o los que están interrumpidos. La calidad del agua de abastecimiento presenta, en general, un problema serio derivado de la falta o deficiencia de la desinfección y de la degradación de la calidad de las fuentes. Según estudios realizados, menos de 25% de los sistemas comunitarios de abastecimiento de agua en América Latina y el Caribe se desinfectan de manera fiable y continua. La población urbana que dispone de servicios de alcantarillado y saneamiento alcanza a 249 millones de habitantes (71%), mientras que en el área rural estos servicios cubren a 41 millones de habitantes (32%), lo que significa que en total, 290 millones de habitantes (61% de la población total) cuentan con estos servicios. Se puede concluir que un total de 162 millones de personas no disponen de sistemas adecuados de disposición de sus excretas (73 millones en áreas urbanas y 89 millones en áreas rurales). Un problema crítico en todos los países, principalmente en las grandes ciudades, es la descarga de aguas residuales sin tratamiento. De las aguas residuales colectadas, menos del 10% reciben algún tratamiento, que frecuentemente es inadecuado.

4. Se estima que los 370 millones de habitantes urbanos de América Latina y el Caribe producen 264.000 toneladas diarias de basura, de las cuales se recolecta alrededor del 75%. Una encuesta en 22 ciudades de América Latina y del Caribe indican que el 87% de la basura producida es recolectada. El 57% de la basura se

dispone en rellenos sanitarios, el 25% en rellenos controlados y el 20% a cielo abierto. En el 60% de estas ciudades el servicio de aseo es responsabilidad de la municipalidad y en el restante 40% de empresas municipales. Causa cada vez mayor preocupación la presencia en los residuos sólidos urbanos de sustancias químicas tóxicas, cancerígenas, mutagénicas y teratogénicas. El reciclaje y el reaprovechamiento son procedimientos que todavía pocos países de la Región estimulan. Es urgente lograr incrementar la participación activa de la población en general en los distintos aspectos del ciclo de la basura y de las actividades de aseo urbano.

5. Las deficiencias de los asentamientos humanos y de las condiciones habitacionales principalmente en las áreas rurales y urbano-marginales contribuyen significativamente a la prevalencia de determinadas enfermedades de transmisión por vectores biológicos y a las infecciones respiratorias agudas. Según estimaciones, en las Américas se registran más de 100.000 defunciones anuales de menores de 1 año por IRA, mientras que la enfermedad del Chagas es la cuarta enfermedad entre las enfermedades transmisibles. Asimismo, las condiciones habitacionales tienen una gran influencia en la degradación de la calidad de vida familiar.

6. La explotación mineral y forestal intensiva, la construcción de represas y caminos, la instalación de parques industriales, la urbanización y la colonización de terrenos para la ampliación de la frontera agrícola y la ganadería, han aumentado en la Región el número de personas expuestas al riesgo de contraer enfermedades derivadas del deterioro del medio ambiente. Estas enfermedades incluyen desde enfermedades transmisibles por vectores biológicos hasta intoxicaciones agudas y crónicas causadas por exposición a sustancias químicas. La creciente contaminación atmosférica en el medio urbano, causado por las actividades industriales, los vehículos de motor, y la producción de electricidad, recomienda que se asigne la máxima prioridad al control de estas fuentes. En varias ciudades latinoamericanas, la concentración media de contaminantes del aire exterior es superior a la indicada en las pautas de la OMS. A pesar de los esfuerzos realizados por los países y el apoyo internacional recibido, sigue el problema de la contaminación de los recursos hídricos superficiales y subterráneos. Se estima que en América Latina más de 220.000 hectáreas son irrigadas con aguas servidas. Sin embargo, el uso incontrolado de aguas residuales sin tratamiento para irrigación y para otros propósitos, enfrenta riesgos sanitarios importantes debido mayormente al alto contenido de gérmenes patógenos y posiblemente a sustancias tóxicas y metales pesados. La contaminación de aguas subterráneas con nitratos y pesticidas es preocupante ya que estas aguas son fuente de abastecimiento de casi el 50% de la población de América Latina, además, su descontaminación es difícil y onerosa. Aunque la mayoría de los países de las Américas tienen reglamentos sobre la descarga de los desechos industriales, su cumplimiento no es efectivo y la contaminación industrial del agua es un factor crítico de degradación ambiental en varios países.

7. En la Región sigue creciendo la cantidad y la variedad de sustancias químicas en el medio ambiente (aire, agua, suelo, y alimentos) y sus efectos sobre la salud son cada vez más intensos y frecuentes. Algunas de estas sustancias, que se están utilizando en gran cantidad y con diferentes propósitos en la Región, se presentan como contaminantes en más de un medio a la vez y originan una exposición múltiple de la población. Se estima que en los países más pequeños de la Región ocurren

por lo menos de 1.000 a 2.000 casos anuales de intoxicación por plaguicidas, y en los más extensos, un número proporcionalmente mayor. Las concentraciones de residuos de plaguicidas en varios alimentos pueden pasar de 3 a 50% de los valores (o patrones) indicados en las pautas establecidas. Los metales pesados han sido históricamente los químicos de mayor interés para la salud pública en la Región. En los últimos años han llamado la atención de las autoridades de salud la exposición de las poblaciones al arsénico, plomo y mercurio. Por lo común, la exposición al arsénico se produce por ingestión de agua de abastecimiento, contaminada naturalmente en concentraciones superiores a 0,200 mg de arsénico por litro. Son menos frecuentes los informes sobre exposición por inhalación. Sin embargo, la fundición del cobre libera arsénico inorgánico y otros elementos al aire. En lo que respecta al plomo, las principales vías de exposición humana en América Latina y el Caribe son la inhalación y la ingestión. La combustión de gasolina con plomo y las emisiones de las fundiciones, las fábricas y los talleres de baterías, así como las fábricas de pinturas, son las principales fuentes de plomo atmosférico. En el caso del mercurio, la explotación de las minas de oro es la fuente más importante de contaminación ambiental y causa exposición humana y efectos tóxicos. Los estudios mejor documentados se han realizado en la Amazonia brasileña, pero este problema también se ha notificado en Perú y Venezuela. En el Brasil se practica actualmente la minería de oro en 16,7 millones de hectáreas y participan de esta actividad aproximadamente 500.000 personas distribuidas en 1.300 puntos aislados donde los servicios de salud son de difícil acceso. Se estima que en los países de América Latina y el Caribe la producción y el uso de solventes ha aumentado mucho en los últimos decenios. Como consecuencia, es mayor la exposición ocupacional y ambiental a los solventes orgánicos sobre todo en la industria petroquímica.

8. Se estima que en 1995 el mercado de trabajo esté compuesto por 226,5 millones de personas en América Latina y el Caribe. Entre ellas las enfermedades ocupacionales más comunes suelen ser: pérdida de capacidad auditiva, intoxicaciones por metales, plaguicidas y solventes orgánicos, silicosis, bisinosis y enfermedades ocupacionales dermatológicas. Su cuantificación resulta difícil pues se estima que sólo el 1% de los casos de enfermedades ocupacionales son notificadas en América Latina. Una preocupación particular es el gran número de menores de 15 años económicamente activos; en la actualidad se estima que es de 150 millones el número de trabajadores menores de 15 años. Otro factor de preocupación es el crecimiento del sector informal, que en algunos países llega a emplear por encima del 40% de la población económicamente activa. Generalmente estos trabajadores no están cubiertos por los programas de atención a la salud de la Seguridad Social y muchas veces por ningún otro servicio.

9. Los servicios de saneamiento y de atención al medio ambiente en los países son proporcionados por una amplia gama de entidades, que no constituyen un sector único formal, puesto que en varios países están diferenciados los subsectores de agua y saneamiento, de administración de desechos sólidos, y de promoción y control de la calidad ambiental. En la presente década los países han empezado un proceso de cambio en la organización y ordenamiento del sector de atención al medio ambiente y de sus instituciones de servicio. Como consecuencia de lo anterior, los gobiernos revelan una nueva tendencia, se orientan hacia la participación del sector privado y hacia la descentralización (municipalización), en el manejo de los servicios básicos de la comunidad y en la conservación de la calidad ambiental. Esta nueva tendencia incluye una apertura mayor a las organizaciones no gubernamentales y un estímulo a la participación comunitaria y ciudadana.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

10. La cooperación técnica a ser desarrollada por la División de Salud y Ambiente durante el Bienio, estará dentro del marco de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995 - 1998, del Noveno Programa de Trabajo de la OMS, de los mandatos de la UNCED y de la SIDA. Asimismo, se tendrá en la debida cuenta los mandatos que emanan de los Cuerpos Directivos de la OPS. Se utilizará intensamente todos los elementos estratégicos de asesoría técnica directa, formación de recursos humanos, desarrollo de investigación, formulación de políticas y movilización de recursos. Sin embargo, el énfasis será diferente en la medida que las distintas áreas de acción lo requieran.

11. Referente al abastecimiento de aguas y saneamiento se harán esfuerzos para cooperar en el desarrollo de las instituciones del sector a través de proyectos y programas de fortalecimiento de sus recursos organizacionales, legales, tecnológicos y humanos. Se dará énfasis a todos aquellos aspectos que tienen influencia sobre la calidad del agua y el funcionamiento adecuado de los sistemas. La expansión de los servicios tendrá atención especial. Para el efecto, HEP trabajará intensamente en la promoción del PIAS en los países y en las agencias externas de apoyo. Se seguirá en la ejecución de los estudios sectoriales como base para la identificación de oportunidades para inversiones. Asimismo, se impulsará el concepto de saneamiento rural integrado, para lo cual se estimulará el desarrollo de investigación de tecnologías apropiadas, la formación de recursos humanos y la participación comunitaria activa.

12. En la administración de los residuos sólidos urbanos se dará énfasis a los aspectos del desarrollo de capacidades institucionales para el manejo y en la promoción de tecnologías apropiadas para la segregación y la disposición final sanitaria. Recibirán atención especial los residuos hospitalarios contaminados en lo que se refiere a la recolección y a la disposición final.

13. Para las acciones orientadas hacia el saneamiento de la vivienda se buscará una asociación con la acción de control de las enfermedades transmitidas por vectores. Se promoverá asimismo, la creación de núcleos de formación de recursos humanos especializados en la cuestiones de la salud en la vivienda. La incorporación de Centros Cooperantes será una de las estrategias utilizadas.

14. De conformidad con la Agenda 21, HEP apoyará el fortalecimiento y el desarrollo de las capacidades nacionales en materia de epidemiología ambiental, manejo de información, administración y desarrollo de recursos humanos, coordinación intersectorial y movilización de las comunidades para facilitar la formulación y aplicación de políticas y de programas adecuados para la protección de la salud humana de los riesgos ambientales. Asimismo, se cooperará estrechamente con los organismos de salud y de desarrollo nacional para que la población y los diferentes sectores, especialmente el sector industrial, perciban y comprendan mejor los riesgos para la salud relacionados con un medio ambiente deteriorado. En este particular, se dará atención especial a la calidad de los ambientes de trabajo, como parte del proceso de seguimiento a la promoción de la salud de los trabajadores iniciada en bienios anteriores. La comunicación social deberá constituirse en importante herramienta en varias acciones en este campo.

La coordinación con Centros Cooperantes especializados será una de las estrategias a ser utilizada. La formalización del Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas para las Américas, será otra estrategia a ser empleada. A través de este Programa se dará énfasis a los aspectos relacionados con la toxicidad de las sustancias, el manejo del riesgo que estas sustancias representan y el establecimiento de una red de Centros de Intoxicaciones en los países de la Región.

15. Otra línea importante de acción de HEP, será la de apoyar agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales en la promoción de la participación social en la identificación y solución de sus problemas ambientales. Cuando posible, esta participación se dará en los marcos de los SILOS y de los municipios saludables, siempre con el espíritu de la atención primaria de salud ambiental.

16. La producción y la diseminación de la información especializada será tema de atención de HEP en el bienio. Se tratará de consolidar un sistema integrado de información técnica sobre Salud y Ambiente y se promoverá su vinculación con sistemas existentes en otras Regiones. HEP se incorporará en los esfuerzos de la OPS para mejorar el conocimiento de los perfiles de salud de los países.

17. HEP seguirá apoyando y promoviendo la dimensión ambiental de las iniciativas subregionales. En Centroamérica se dará continuación al Programa MASICA; en los países andinos a las acciones ambientales de la Cooperación Andina en Salud (CAS); en la Región Sur se dará atención a algunos de los aspectos salud-ambientales derivados del MERCOSUR. La subregión caribeña será objeto de cooperación para el desarrollo de los aspectos ambientales en la Cooperación Caribeña en Salud. Asimismo, las actividades de la región frontera Estados Unidos - México seguirá recibiendo atención especial en los aspectos de salud ambiental, utilizando como una de las estrategias el apoyo a la iniciativa de las "Ciudades Hermanas".

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: RIESGOS AMBIENTALES

Reducir los riesgos ambientales asociados con las enfermedades diarreicas mediante el incremento del acceso a los servicios de agua y de saneamiento; el mejoramiento de la calidad del agua y el fortalecimiento de las instituciones del sector.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se establecen políticas y lineamientos para el desarrollo del sector en colaboración con agencias nacionales e internacionales y los países.

2. Conjuntamente con DSI se apoyan los esfuerzos nacionales para mejorar las capacidades gerenciales e institucionales de las entidades del sector.

3. Se promueve la optimización y uso eficiente de la infraestructura existente de los servicios de agua y saneamiento.

1. Se reduce el déficit porcentual de población no servida con agua y saneamiento en una tercera parte para el año 2000.

2. Se incrementa en 20% la población con agua desinfectada y el 50% de los países aplican normas nacionales de calidad.

3. Incremento en 10% el número de empresas que funcionan eficientemente en cada país.

1. Se forma un Comité que fije políticas sectoriales regionales sobre aspectos financieros, manejo de recursos hídricos, la calidad del agua, el incremento de la cobertura en la población rural y periurbana y el desarrollo de las instituciones del sector y de sus recursos humanos. Conjuntamente con el Banco Mundial, USAID (EHP), BID, AIDIS y otras.

2. Se produce un documento de políticas que identifique prioridades regionales y fije guías para la acción.

3. Se difunden y promueven las políticas en diversos Foros y Congresos Interamericanos como los de AIDIS.

1. Se proporciona apoyo y asesoría en la difusión de las guías metodológicas y la elaboración o actualización de diez estudios sectoriales.

2. Se revisa y/o se elabora una guía para el desarrollo de las empresas del sector con la participación de otras agencias internacionales.

3. Se proporciona apoyo a ocho instituciones responsables del sector en la elaboración de planes nacionales.

4. Se apoya la elaboración de propuestas y la ejecución de diez proyectos de desarrollo institucional, incluyendo los extrapresupuestarios, de organismos operadores o empresas de agua y saneamiento.

1. Se colabora con diez empresas en la evaluación de su operación y el establecimiento de planes y proyectos de uso eficiente y control de pérdidas. Se incluye la evaluación de la plantas de potabilización y tratamiento.

2. Se apoya la realización de dos eventos subregionales promoviendo el uso eficiente y control de pérdidas.

3. Se ponen a disposición de todos los países instrumentos de apoyo para el uso eficiente de la infraestructura, como publicaciones, tecnologías apropiadas, guías para la participación social y la educación sanitaria.

Objetivos

4. Se apoya y promueve la ampliación de la infraestructura de agua potable y saneamiento, con énfasis en los grupos marginados urbanos, rurales e indígenas.

5. Se ejecutan proyectos conjuntos con HCP, para proveer de agua segura y saneamiento básico con educación sanitaria y participación social, a localidades prioritarias de zonas que presenten mayores tasas de incidencia y mortalidad por enfermedades diarreicas.

6. Se fortalecen e integran los mecanismos de desarrollo e intercambio tecnológico y se facilita la cooperación entre países.

7. Se ponen a disposición de los países metodologías y programas para la educación ambiental y la participación social.

8. Se pone a disposición de todos los países y se promueve la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación del sector de agua y saneamiento (SIMAS).

Indicadores

1. Se realiza la evaluación regional de la mitad del decenio.

2. Se apoya a diez empresas en la elaboración y la gestión financiera de proyectos de ampliación e instalación de infraestructura incluyendo plantas de potabilización y de tratamiento y disposición de aguas residuales.

3. Se ponen a disposición de todos los países instrumentos de apoyo para la ampliación de cobertura, como publicaciones, desarrollos tecnológicos convencionales y apropiados, guías para la participación social y la educación sanitaria y se apoya y participa en la realización de cursos y seminarios.

4. Se apoya a los países de Centroamérica en el desarrollo y la ejecución de proyectos de cobertura universal de agua y saneamiento en las zonas rurales.

1. Se ejecutan diez proyectos demostrativos.

2. Se evalúa el beneficio de los proyectos de cólera ejecutados y el número de personas beneficiadas.

3. Se estudian los efectos en la salud en cuatro de estas intervenciones.

1. Se apoya formulación y gestión de tres proyecto TCC anualmente.

2. Se apoya la organización de un foro internacional sobre tecnología apropiada en agua y saneamiento.

1. Se desarrollan tres programas o metodologías de promoción similares al de saneamiento de escuelas, para otros centros de actividad pública como hospitales, cuarteles y otros.

2. Se promulga una guía regional para actividades de participación social y gestión comunitaria en los países de la región y la realización un seminario regional en colaboración con otras agencias.

3. Se elaboran, se gestionan y se ejecutan cuatro propuestas de proyecto para solicitud de apoyo financiero.

4. Se promueven anualmente los eventos regionales y nacionales del Día Interamericano del Agua y del Día del Medio Ambiente.

1. Se desarrolla y se promueve la última versión del software del SIMAS y/o de otros sistemas.

2. Se establece un sistema de evaluación y monitoreo de las coberturas y calidad de agua potable, disposición de excretas, y de disposición y reuso de aguas residuales en veinticinco países.

3. Se prepara el informe de situación en 1997.

Objetivos

Indicadores

9. El Plan Decenal de la Calidad del Agua se está promoviendo en los países.

10. Se promueve en los países la adopción de normas de calidad del agua como parte del plan decenal y se apoya el fortalecimiento de la capacidad analítica de los laboratorios.

11. Se fomentan la reutilización, las investigaciones sobre los efectos en la salud, y la adopción de normas sobre el reuso de aguas residuales.

PROYECTO 2: RESIDUOS SOLIDOS

PROPOSITO

Mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los habitantes urbanos, mejorando y aumentando las coberturas de los servicios de recolección y disposición final de los residuos sólidos municipales, incluyendo los de las instituciones de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se apoyan los esfuerzos nacionales para mejorar las capacidades gerenciales e institucionales de las agencias del sector de residuos sólidos municipales incluyendo los de los hospitales.

4. Se promueve un proyecto de investigación sobre los efectos en la salud de intervenciones en agua y saneamiento y educación sanitaria mediante el uso de la epidemiología ambiental.

5. Se promueve intercambio de experiencias entre los países para reforzar los sistemas de información, principalmente a través de la Iniciativas Subregionales.

1. Se termina la versión final del Plan y se presenta a los cuerpos directivos de la OPS.

2. Se inicia la promoción y difusión del plan a nivel regional.

3. Se promueve y apoya la elaboración de seis planes nacionales.

4. Se desarrollan y promueven partes específicas el Plan Decenal como la correspondiente a la protección de fuentes de agua de bebida.

5. Se promueven dos estudios sobre los efectos en la salud de este tipo de intervenciones.

1. Se difunden las guías de la OMS sobre calidad de agua de bebida a través de un taller Regional y dos Subregionales.

2. Se establece y difunde un sistema de evaluación regional de los laboratorios y se prueba en seis laboratorios.

3. Se desarrolla un programa para fortalecer la capacidad analítica de los laboratorios y para capacitar personal.

1. Se promueve la adopción de normas sobre el reuso de aguas residuales en la agricultura en seis países.

2. Se apoyan las gestiones de la OMS y FAO para establecer un centro de investigación en México.

1. Incremento del 5% en las coberturas de recolección.

2. Incremento del 5% en las coberturas de disposición final adecuada.

3. Diez ciudades grandes habrán iniciado estudios o proyectos para mejorar el manejo de sus residuos de instituciones de salud.

1. Se proporciona apoyo y asesoría para la elaboración o actualización de seis estudios sectoriales.

2. Se apoya a ocho instituciones responsables de la coordinación nacional del sector de residuos sólidos.

Objetivos

2. Se habrá promovido y asesorado a los países en la elaboración de propuestas y en el seguimiento y ejecución de proyectos para incrementar o mejorar la infraestructura y el gerenciamiento de los servicios de residuos sólidos.
3. Se ponen a disposición de los países las metodologías y los instrumentos para fortalecer sus capacidades tecnológicas.
4. Se apoyan y fortalecen los temas de residuos sólidos en diversos eventos nacionales e internacionales como congresos, simposios, etc. y se facilita la cooperación horizontal entre países.
5. Instrumentos para introducir el componente de residuos sólidos en los proyectos integrales de salud y ambiente puestos a disposición de los países.
6. Sistemas de información y monitoreo de coberturas y eficiencia de los servicios de residuos sólidos puestos a disposición de los países.

Indicadores

3. Se colabora con diez empresas de aseo en el mejoramiento de sus sistemas gerenciales, financieros y de planeación.
4. La coordinación interagencial con BID, BM, AID y otras en el área de residuos sólidos se mejora mediante la actuación de un Comité Directivo Interagencial.
5. Se elabora el temario de un curso, y se aplica en forma piloto en dos países, sobre la formulación de proyectos de residuos sólidos.
1. Se ofrecen cuatro cursos sobre la elaboración de propuestas en base a un curriculum preparado conjuntamente con otras agencias internacionales bajo el marco del PIAS.
2. Se elaboran y promueven cuatro propuestas y/o proyectos en ejecución incluyendo los extrapresupuestarios.
1. Se difunden o transfieren de otros países nuevas tecnologías y promueve su aplicación, con respecto a la generación, clasificación, análisis de laboratorio, almacenamiento, recolección, transporte, disposición y reciclaje de residuos sólidos municipales incluyendo los de hospitales.
2. Se apoya la conducción de seis cursos nacionales y cuatro internacionales y nacionales sobre residuos sólidos.
3. A diez entidades nacionales o locales se les presta asistencia técnica de carácter tecnológico específico.
4. Se fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías que protejan el ambiente y la salud y que logren una mayor eficiencia y productividad de los servicios.
1. Se apoyan cuatro eventos nacionales y dos internacionales en el área de residuos sólidos.
2. Se promueve la cooperación horizontal mediante la elaboración de cuatro propuestas y proyectos de cooperación horizontal a través de la iniciativas subregionales.
1. Se elaboran y difunden instrumentos como publicaciones y metodologías sobre participación social y educación en salud ambiental, y sobre tecnologías apropiables por la comunidad.
2. Se prestan cuatro asesorías a los países en proyectos integrados de salud ambiental como municipios saludables, SILOS, etc. y sobre proyectos que atienden cuestiones específicas como las relacionadas con el género, las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables.
1. Número de centros de información, de instituciones relacionadas con residuos sólidos, unidos a REPIDISCA.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 3: SALUD Y VIVIENDA

PROPOSITO

Mejorar la capacidad de respuesta de las instituciones de los países a los problemas relacionados con la salud y vivienda.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá promovido en los países, junto con otras Unidades de OPS, la importancia de una vivienda saludable, y se habrán establecido proyectos demostrativos, preferentemente en conjunto con otras agencias y bancos internacionales.

2. Una Red de Centros de Higiene de la Vivienda opera en la Región con el apoyo del Centro Cooperante de Buffalo.

3. Metodologías de mejoramiento sanitario de la vivienda que incluyan la educación sanitaria y la participación social desarrolladas, y a disposición de los países.

PROYECTO 4: CONTROL DEL IMPACTO AMBIENTAL

PROPOSITO

Los países habrán mejorado la protección, vigilancia, conservación y uso de los recursos naturales, incorporando la dimensión salud en el proceso de evaluación, monitoreo y control del impacto ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán producido instrumentos y metodologías que faciliten la constitución de mecanismos nacionales y regionales para la evaluación de los riesgos a la salud originado por el deterioro de la calidad del agua y del aire.

2. Los sistemas de monitoreo sectorial desarrollados se entregan a las entidades responsables del sector de residuos sólidos en cada país.

3. Se ofrece un curso subregional para fomentar el uso de los sistemas de monitoreo.

1. Las instituciones de seis países estarán aplicando programas de higiene de la vivienda.

2. Seis Centros de Higiene de la Vivienda estarán funcionando en LAC.

1. Se desarrollan y ponen a disposición de los países metodologías, ayudas audiovisuales y otros instrumentos para hacer promoción.

2. Se inician dos proyectos demostrativos establecidos en países prioritarios debido a sus altas tasas de incidencia de enfermedades relacionadas con las malas condiciones habitacionales.

3. Se preparan dos propuestas para financiamiento de un plan de promoción en LAC.

1. Se apoya la creación y desarrollo de seis centros de higiene de la vivienda.

1. Número publicaciones, metodologías e instrumentos de promoción producidos y puestos a disposición de los países.

2. Se trabaja coordinadamente con otras Divisiones de OPS y de otras agencias internacionales en la promoción de la mejoría sanitaria de la vivienda.

1. Se habrá incorporado en la legislación de los países la dimensión salud en los estudios obligatorios del impacto ambiental de los proyectos de desarrollo.

1. Se habrá promovido en seis países mecanismos para identificar los riesgos a la salud, en base a la información epidemiológica y de la calidad del agua y del aire.

2. Se habrán promovido en seis países las capacidades para caracterizar las fuentes de riesgo para la salud, utilizando parámetros específicos biológicos, físicos y químicos.

Objetivos

2. Se habrán difundido metodologías y tecnologías que permitan a los países realizar un monitoreo confiable de los riesgos para la salud originados por el deterioro de la calidad del agua y del aire.

3. Se habrán desarrollado guías y manuales para el control y la gestión de los riesgos para la salud originados por el deterioro de la calidad del agua y de sus recursos hídricos y de la calidad del aire, que incorporen la información y la orientación a la población sobre la importancia de su participación en el proceso.

4. Se habrá promovido la incorporación de los países de la región a los Sistemas Globales de Monitoreo del Agua y del Aire: GEMS/Water y GEMS/Air.

5. Se habrá desarrollado una metodología para la evaluación de estudios sectoriales y perfiles ambientales (agua y aire) en todos los países de la región en el marco del PIAS.

6. Actividades de capacitación, normativas y de disseminación de información técnico-científica, en el área de evaluación del impacto ambiental y salud con la participación de instituciones de excelencia técnica o académica.

PROYECTO 5: CONTAMINACION AMBIENTAL

PROPOSITO

Mejorar la capacidad de los países para evaluar riesgos ambientales a la salud e implementar medidas para la gestión de la calidad ambiental en lo referente a las sustancias químicas, contaminantes ambientales y desastres naturales y tecnológicos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán disseminado técnicas y metodologías en tres áreas prioritarias del Programa Internacional de Seguridad de las Substancias Químicas en las Américas: toxicología, gestión de riesgos y disseminación de la información técnico-científica.

Indicadores

1. Estarán funcionando en dos países sistemas de monitoreo ambiental de sus recursos hídricos (parámetros biológicos, físicos y químicos) y de la calidad del aire (fuentes fijas, móviles y sensores biológicos).

2. Se habrán establecido en dos países procesos de seguimiento epidemiológico de los parámetros de control definidos.

1. Se habrán adoptado en cuatro países políticas, leyes, normas y reglamentos de control de la contaminación de sus recursos hídricos y de la calidad del aire.

2. Dos países habrán incorporado políticas, guías y manuales para la minimización de contaminantes en los distintos procesos industriales.

3. Se habrán promovido en tres países guías y manuales para la protección de aguas superficiales y subterráneas; y para controlar las fuentes móviles de contaminación de la calidad del aire (circulación, disminución de emisiones y sustancias nocivas).

1. Se habrán incorporado ocho países de la región a los sistemas GEMS/Water y GEMS/Air.

1. Se habrá probado la metodología en dos países.

2. Se habrán realizado estudios sectoriales y perfiles ambientales en dos países.

1. Desarrollo de cursos de evaluación de impacto ambiental y salud.

2. Desarrollo de cursos sobre interpretación de la evaluación del impacto ambiental y salud por el sector salud en seis países de la región.

1. Se habrán establecido en seis países acuerdos para el desarrollo del Programa Internacional de Seguridad de las Substancias Químicas en las Américas (PISSQA).

2. Seis países se habrán adherido a la Red Panamericana de Residuos.

1. Se habrán aportado contribuciones de la Región a cuatro reuniones internacionales del "International Program on Chemical Safety" (IPCS).

2. Estarán disponibles, a través de la red de comunicación electrónica internet, el acceso por FTP a 34 publicaciones de NEP.

3. Se habrán establecido acuerdos con cinco asociaciones médicas y tres hospitales para la disseminación de la información toxicológica.

Objetivos

2. Se habrán desarrollado, en el marco del Plan Regional de Residuos Especiales y Salud, a) una metodología rápida para la evaluación de riesgo en sitios con residuos peligrosos y b) los mecanismos para la operación de la Red Panamericana de Manejo de Residuos.

3. Se habrán promovido y difundido acciones de capacitación, diseminación de información, y normativas, en el área de la evaluación y gestión de los factores de riesgos ambientales para la salud.

4. Se habrán adecuado y adoptado metodologías en el área de la evaluación y gestión de los factores de riesgo ambientales y de efectos en la salud, en el marco del intercambio tecnológico regional.

5. Se habrán promovido y difundido instrumentos y metodologías que faciliten fortalecer los componentes de preparativos para desastres naturales y tecnológicos en las instituciones nacionales de agua y de salud ambiental.

PROYECTO 6: SALUD DE LOS TRABAJADORES

PROPOSITO

Los países fortalecerán la atención integral de la salud de los trabajadores, con un enfoque preventivo y promocional, y garantizarán los derechos básicos de los trabajadores a un ambiente saludable y sostenible.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá promovido y difundido la estrategia regional para apoyar la implementación de los PLANSATs en el contexto de los mercados emergentes.

2. Se habrá desarrollado una metodología de sistemas de información para el análisis integral de las condiciones de la salud de los trabajadores, de los ambientes de trabajo y del estado de implementación de los programas.

Indicadores

1. Se estará operando la Red de Manejo de Residuos en dos países, y existirán planes de acción en otros cuatro países.

2. Se habrá publicado, en colaboración con el IPCS, un manual sobre Metodologías para la Evaluación de Riesgos en Sitios con Residuos Peligrosos.

1. Se habrán establecido acuerdos con 24 Instituciones Nacionales de excelencia técnica y académica.

2. Se habrá probado en dos países el Sistema para el Soporte a la Gerencia de Riesgos Ambientales en Areas Industriales.

1. Se habrán establecido dos acuerdos de cooperación e intercambio técnico-científico entre países.

2. Se habrá desarrollado un modelo de análisis de los datos ambientales y de salud disponibles en los países.

1. Se habrán suscrito acuerdos con dos Instituciones Académicas para la incorporación de esa área en sus planes de estudio.

2. Se habrán realizado cuatro estudios de vulnerabilidad de los sistemas de abastecimiento de agua en la región.

1. Se habrán establecido planes nacionales de Salud de los Trabajadores (PLANSAT) en seis países.

2. Existirá un diagnóstico regional de las condiciones de Salud de los Trabajadores y de sus ambientes laborales.

1. En dos subregiones se habrá adoptado la estrategia regional e identificado los sectores prioritarios a ser implementados.

1. Se habrá publicado un documento sobre sistemas de información, incluyendo protocolo y guías.

2. Se habrán desarrollado tres talleres subregionales sobre estrategias y modelos de sistemas de información.

3. Se habrá establecido un banco de datos de información en Salud de los Trabajadores.

Objetivos

3. Se habrá revisado y actualizado la base de datos de legislación laboral en el marco del intercambio regional.

4. Se habrá cooperado en el entrenamiento y desarrollo de recursos humanos para la Salud de los Trabajadores a diferentes niveles de formación.

5. Se habrán establecido mecanismos de coordinación con otras divisiones y programas de la Organización para implementar las áreas priorizadas del "Plan de Acción: Iniciativa de la Salud de los Trabajadores".

6. Se habrá puesto en funcionamiento la "Red de Centros de Referencia en Salud de los Trabajadores".

PROYECTO 7: ACCIONES INTEGRADAS DE DESARROLLO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES Y ORGANIZACIONALES EN SALUD Y AMBIENTE

PROPOSITO

Las instituciones y organizaciones responsables por las cuestiones de la salud y las del ambiente, se habrán fortalecido en sus recursos organizacionales, financieros, humanos, legales, y de información, así como con los mecanismos intersectoriales necesarios al manejo de los aspectos de salud ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realización de reuniones y producción de materiales para promover la función central de la salud en la adopción de decisiones y en la ejecución de proyectos de medio ambiente y desarrollo.

Indicadores

1. Se habrá actualizado la homologación de la legislación laboral, en cooperación con la División de HDP.

1. Se habrá probado la aplicabilidad de módulos educativos para la educación primaria, secundaria y tecnológica en cuatro países.

2. Se habrán realizado veinte cursos para trabajadores y diez para empleadores en seguridad y prevención en los ambientes de trabajo.

3. Se habrá realizado una teleconferencia regional sobre la Salud de los Trabajadores, con la participación de cuatro instituciones de pre y pos grado.

1. Se habrá preparado, publicado y distribuido un documento sobre la extensión de cobertura al sector informal e incorporación de Salud de los Trabajadores a nivel de los SILOS, coordinadamente con la División de MSP.

2. Se habrá producido un documento sobre la problemática de los niños/niñas trabajadores(as) con la División de HDP, a través del Programa de Mujer, Salud y Desarrollo.

3. Se habrá desarrollado un proyecto piloto sobre un sistema de información que aborde el tema: Desempleo, Violencia y Salud Pública, coordinadamente con la División de HPP.

1. Se habrá aprobado el Plan Matricial de Actividades: HEP, PWRs y PLANSATs, y se habrá conseguido movilizar recursos para su operación.

2. Se habrán establecido cuatro acuerdos interinstitucionales y dos interagenciales para el soporte al funcionamiento de la Red.

1. En los países de la Región, tanto las instituciones del sector salud como las del sector ambiente, estarán ejecutando proyectos que promueven prácticas favorables a la "Salud Ambiental" en el contexto del desarrollo humano sostenible.

2. En la Región se habrán formado mecanismos de cooperación interpaís para acciones en salud ambiental, del cual formarán parte los mecanismos intersectoriales que cada país habrá establecido.

1. Reuniones realizadas en cada una de las subregiones.

2. Tres guías producidas sobre metodologías para gerenciar problemas de salud ambiental.

3. Producción de guías de diagnóstico y de desarrollo de las unidades de Salud Ambiental de los ministerios de salud.

Objetivos

Indicadores

2. Promoción de la integración del tema salud ambiental en el contexto de "Municipios Saludables", SILOS y otras iniciativas semejantes y la preparación de los instrumentos necesarios.

3. Promoción de una mayor conciencia y entendimiento de las interacciones entre la salud y el ambiente por parte de los líderes y del público, y se habrá intensificado la participación y la acción de la comunidad.

4. Sistemas de información y documentación de la OPS sobre salud ambiental y conexiones con otros sistemas semejantes nacionales o internacionales.

5. Apoyo en la estructura de carreras y programas, en la preparación de materiales y en la preparación de instructores para la formación de recursos humanos en el área de salud y ambiente.

6. Apoya a los procesos de movilización de recursos financieros a proyectos y programas nacionales.

7. Apoyo a las iniciativas subregionales de salud en sus componentes de salud y ambiente.

8. Los APB y PTC de HEP, HES, HEQ, ECO y CEPIS formulados y ejecutados.

1. Un mínimo de diez países participando en la incorporación de actividades de comunicación y participación social en programas de salud y ambiente.

2. Quince países utilizando el "Programa Marco de Atención al Médico" en el contexto de SILOS y Municipios Saludables.

1. Dos reuniones parlamentarias realizadas.

2. Dos campañas regionales de promoción de la salud ambiental realizadas.

1. Los sistemas de información de ECO y CEPIS funcionando en todos los países íntegramente con LILACS.

2. Perfiles de salud ambiental de diez países disponibles.

3. Se logra un incremento del 10% y se mejora la calidad de la información recopilada y puesta a disposición de los usuarios.

4. Se apoya formulación y gestión de tres proyectos TCC anualmente.

5. Se apoya la organización de un foro internacional sobre tecnología apropiada en agua y saneamiento.

1. Tres programas universitarios propuestos.

2. Diez libros de texto preparados.

3. Veinte manuales técnicos producidos.

1. Veinte proyectos nuevos de cooperación bilateral o internacional exitosamente negociados.

1. Seis reuniones subregionales realizadas.

2. Tres proyectos subregionales nuevos exitosamente negociados y en ejecución.

1. Todas las actividades ejecutadas.

2. Las actividades gerenciales y de apoyo totalmente ejecutadas.

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION

UBICACION	PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS			FONDOS NO ORDINARIOS		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
COOPERACION DIRECTA CON LOS PAISES	11,404,400	12,179,800	13,263,900	8,467,100	259,000	0
PROGRAMAS REGIONALES	2,662,800	2,612,000	2,759,200	368,400	203,500	220,500
CENTROS	5,458,900	5,799,400	6,365,100	2,890,900	2,114,400	1,743,100
TOTAL	19,526,100	20,591,200	22,388,200	11,726,400	2,576,900	1,963,600

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	11,982,400	25	18	6,855,400	718,700	543,800	444,000	1,409,100	727,400	57,800	1,226,200
OMS - WR	7,543,700	20	11	5,428,700	267,500	318,300	120,000	308,000	322,100	0	779,100
TOTAL	19,526,100	45	29	12,284,100	986,200	862,100	564,000	1,717,100	1,049,500	57,800	2,005,300
% DEL TOTAL	100.0			62.8	5.1	4.4	2.9	8.8	5.4	.3	10.3
1996-1997											
OPS - PR	12,212,600	24	16	6,764,900	724,100	555,600	367,100	1,476,300	719,400	36,600	1,568,600
OMS - WR	8,378,600	22	12	6,308,300	206,900	338,300	92,100	279,800	308,400	25,000	819,800
TOTAL	20,591,200	46	28	13,073,200	931,000	893,900	459,200	1,756,100	1,027,800	61,600	2,388,400
% DEL TOTAL	100.0			63.6	4.5	4.3	2.2	8.5	5.0	.3	11.6
1998-1999											
OPS - PR	13,298,300	24	16	7,259,500	724,100	611,900	367,100	1,680,800	820,300	41,900	1,792,700
OMS - WR	9,089,900	22	12	6,756,800	206,900	390,100	92,100	323,300	354,600	26,300	939,800
TOTAL	22,388,200	46	28	14,016,300	931,000	1,002,000	459,200	2,004,100	1,174,900	68,200	2,732,500
% DEL TOTAL	100.0			62.5	4.2	4.5	2.1	9.0	5.2	.3	12.2

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	19,526,100	100.0	20,591,200	100.0	22,388,200	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	19,526,100	100.0	20,591,200	100.0	22,388,200	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	12,084,600	61.8	12,605,800	61.2	13,749,600	61.4
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	6,243,800	32.0	6,751,700	32.8	7,338,400	32.8
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	581,800	3.0	642,800	3.1	678,800	3.0
SEGURIDAD QUIMICA	0	-	63,100	0.3	66,400	0.3
SALUD DE LOS TRABAJADORES	616,100	3.2	527,800	2.6	555,000	2.5
GRAN TOTAL	19,526,100	100.0	20,591,200	100.0	22,388,200	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	11,726,400	100.0	2,576,900	100.0	1,963,600	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	11,726,400	100.0	2,576,900	100.0	1,963,600	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	5,590,800	47.7	754,500	29.3	781,800	39.8
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	5,862,200	50.0	1,822,400	70.7	1,181,800	60.2
SALUD DE LOS TRABAJADORES	273,400	2.3	0	-	0	-
GRAN TOTAL	11,726,400	100.0	2,576,900	100.0	1,963,600	100.0

PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES

SITUACION DE SALUD

1. Durante los últimos cuarenta años, han ocurrido considerables cambios demográficos y epidemiológicos en la Región de las Américas; además, han aumentado la magnitud y la gravedad de las enfermedades no transmisibles. Mientras que la fecundidad, la mortalidad infantil y la mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales siguen descendiendo, la esperanza de vida al nacer, la migración urbana y el tamaño de la población están en aumento, lo que se traduce en envejecimiento de la estructura de población. Otros factores determinantes son la exposición a los factores ambientales y especialmente los cambios en los modos de vida.

2. Los cambios en el modo de vida han dado lugar al aumento de la prevalencia de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, como la hipertensión, la obesidad, el colesterol sérico elevado, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. En consecuencia, no resulta sorprendente que las enfermedades del aparato circulatorio (conocidas también como enfermedades cardiovasculares), los tumores malignos, la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas de gran importancia para la salud pública, conocidas en forma genérica como "enfermedades no transmisibles", hayan experimentado un aumento notable. Hoy en día, las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en treinta y uno de treinta y cinco países de las Américas que han presentado estadísticas de mortalidad. Los tumores malignos son la causa principal de muerte en cuatro países y se encuentran entre las cinco causas principales de muerte en otros veinticinco. Además, se ha documentado que las enfermedades no transmisibles se encuentran también entre las causas principales de discapacidad, de utilización de servicios hospitalarios, de pérdida de productividad y de deterioro de la calidad de vida. Cabe mencionar que el repunte en la mortalidad proporcional atribuible a las enfermedades no transmisibles no necesariamente refleja un riesgo individual mayor de muerte por estas enfermedades. Este riesgo se expresa mejor como tasas de mortalidad específicas por edad, algunas de las cuales han experimentado una disminución uniforme en el último decenio, lo que demuestra, por lo tanto, que las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse y controlarse.

3. El repunte de las enfermedades no transmisibles también ha dado lugar al aumento tanto de la demanda como del costo de los servicios de atención de salud, que ahora exigen tecnologías cada vez más complejas y costosas. En vista de que esta demanda está excediendo la capacidad de respuesta y los recursos existentes en los sistemas de atención de salud, se ha hecho obvio que no es posible hacer frente al problema de las enfermedades no transmisibles apoyándose exclusivamente en un método tradicional, de índole puramente curativa. Hay necesidad de utilizar métodos innovadores que prevengan las causas, en lugar de atenuar las consecuencias de las enfermedades no transmisibles. Afortunadamente, hay pruebas de que la mayoría de las enfermedades no transmisibles más importantes para la salud pública se asocian causalmente con factores comunes de riesgo, la mayoría de los cuales pueden modificarse favorablemente mediante intervenciones individuales y comunitarias. Varios proyectos nacionales ejecutados en diferentes países han demostrado que las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse o controlarse.

4. Hasta ahora no se cuenta con una medida preventiva única que permita interrumpir la secuencia de acontecimientos que se inicia con la adopción de modos de vida insalubres, ni para evitar la aparición de los factores de riesgo

precursores que conducen a la enfermedad y la muerte. Sin embargo, se ha propuesto y usado con éxito una combinación del "enfoque de riesgo poblacional" con el enfoque de riesgo individual.

5. Al 31 de diciembre de 1994, se había notificado en todo el mundo un total de 1.025.073 casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de este total, 526.682 casos (51,4%) se encontraban en la Región de las Américas. La OPS calcula que el verdadero número de casos de SIDA cuadruplica la cifra notificada y que en las Américas hay más de 2,5 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): más de 1 millón en América del Norte y alrededor de 1,5 millones en América Latina y el Caribe. Hasta hace poco en las Américas, la transmisión del VIH ocurría principalmente entre hombres homosexuales y bisexuales, pero ahora está cambiando esta situación y la epidemia se está propagando rápidamente en la población heterosexual. Los datos epidemiológicos indican que están ocurriendo nuevas infecciones principalmente en personas de 15 a 25 años y que las adolescentes son especialmente vulnerables. Además, hay una tendencia creciente a que el VIH se asocie con condiciones de pobreza y falta de acceso a los servicios básicos de salud y de educación. El virus tipo 1 de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) es el agente causal de la mayoría de los casos de SIDA en África, Asia, América Latina y el Caribe, Europa y los Estados Unidos de América. A pesar de que en el Brasil se ha detectado la presencia de dos subtipos más virulentos del VIH-1, el C y el F, prácticamente todos los brotes epidémicos del VIH en las Américas, en los que se ha investigado el subtipo, los ha causado el subtipo B del VIH-1.

6. En varios países de la Región, los datos indican que la transmisión del VIH todavía no ha alcanzado a la población general. Sin embargo, esto no descarta la posibilidad de que las condiciones puedan ser favorables a la transmisión rápida del VIH a corto plazo en algunos o todos estos países. Por otra parte, la infección por el VIH, en razón de que reduce las defensas del paciente, amplifica la repercusión de otras enfermedades, como la tuberculosis, que ocurre con mayor frecuencia y en formas más graves. Se calcula que, en 1992, en América Latina había 330.000 individuos con la infección por el VIH y tuberculosis.

7. El SIDA tiene considerables repercusiones económicas porque la mayoría de las personas afectadas pertenecen a los grupos de edad más productivos. Este problema es especialmente preocupante dado que muchos de los países confrontan problemas económicos, que a su vez dificulta la importación de medicamentos y otros suministros que pueden necesitarse para combatir la enfermedad.

8. La OMS calcula que cada año hay aproximadamente 250 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual en el mundo. En las Américas, se calcula que cada año entre 40 y 50 millones de hombres y mujeres contraen una enfermedad de transmisión sexual.

9. Las estadísticas oficiales parecen indicar que las principales enfermedades de transmisión sexual están disminuyendo en la mayoría de los países en la Región. Muchos factores pueden estar contribuyendo a esta tendencia evidente, como el temor a contraer el SIDA, la repercusión de las campañas para promover el uso de los condones y las intervenciones educativas. Sin embargo, la calidad, la cantidad y la congruencia de los datos distan mucho de ser satisfactorias. Las tasas de incidencia de la sífilis primaria, la sífilis secundaria, la sífilis detectada serológicamente y la sífilis congénita son de dos a cinco veces mayores que en los

países industrializados. La incidencia exacta de la gonorrea no se conoce debido al nivel elevado de subnotificación, pero parecería que está disminuyendo el número de casos notificados. Por otra parte, el surgimiento y la propagación generalizada de cepas de gonococos resistentes a la penicilina—principalmente Neisseria gonorrhoeae productor de penicilinas—entorpecen el trabajo de los programas de control de las ETS. En el caso de la uretritis no gonocócica en las Américas, la información secuencial muestra un aumento de las infecciones por clamidias, pero esa información no abarca todos los países. Se observan marcadas variaciones en las cifras relativas al chancroide en las Américas, y las tasas varían de un nivel que se considera bajo, de 0,1 por 100.000 habitantes, en Cuba, a uno alto de 1.228,9 por 100.000 en las Bahamas. Cabe señalar que estos son los mismos países que presentan las tasas de incidencia más bajas y las más altas, respectivamente, de casos de SIDA. De los 15 países de la Región que presentaron informes sobre casos de cáncer del cuello uterino en 1991, 11 mostraban aumento de la incidencia. Es importante insistir en que uno de los principales factores causantes de esta enfermedad es el papilomavirus humano, que es un agente de transmisión sexual. El herpes genital, otra ETS vírica, también ha registrado una mayor incidencia en nueve países.

10. En resumen, aunque la información es escasa, puede decirse que la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual está cambiando y adoptando características únicas. Debido a la epidemia de SIDA, se ha renovado el interés y ha aumentado la toma de conciencia en cuanto a la transmisión sexual de enfermedades, por lo que debe aprovecharse esta situación para fortalecer los programas de prevención y las campañas contra las enfermedades de transmisión sexual. Por el momento, se considera más eficaz para los países el empleo de un método algorítmico simplificado para tratar los síndromes de las enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, secreción uretral, exudado vaginal, úlcera genital), en vez de tratar de establecer un diagnóstico etiológico sin contar con el apoyo adecuado de laboratorio.

Enfermedades Transmisibles

11. Las enfermedades transmisibles están ampliamente distribuidas en las Américas y algunas de ellas constituyen un importante problema de salud pública. En general son más prevalentes en las áreas rurales donde la alta morbilidad es frecuente, afectando la productividad y determinando grandes pérdidas económicas. La apertura de nuevos territorios para la agricultura, la minería y/o la obtención de madera, ha originado la aparición de epidemias en áreas en las que estas enfermedades ya eran prevalentes, limitando así la expansión de áreas rurales potencialmente ricas. La incidencia y prevalencia de estas enfermedades en áreas urbanas ha aumentado y este hecho, así como la emigración de individuos infectados desde áreas rurales a zonas urbanas, ha incrementado la carga a los servicios de salud, facilitando además la transmisión no vectorial de ciertas enfermedades en áreas urbanas.

12. A pesar de que se dispone de los conocimientos técnicos y herramientas para la reducción de la transmisión de la mayoría de las enfermedades transmisibles, las estrategias y metodología para la ejecución de los programas de prevención y control a un costo realista son aún insuficientes. Las alternativas para la prevención, diagnóstico y tratamiento son empleadas de forma limitada debido a los obstáculos económicos, organizacionales y operativos.

13. Cada año se notifican aproximadamente 250,000 casos nuevos de tuberculosis -TB- pero se estima que la incidencia real puede llegar a 500,000 casos anuales en la Región (excluyendo los Estados Unidos y Canadá). La mayoría de los casos y

defunciones ocurren en adultos en edad productiva, lo que representa un importante impacto socioeconómico.

14. La Lepra continúa siendo endémica en casi todos los países de la Región donde se estima que existen aproximadamente 300,000 casos. Brasil es responsable por más del 85% de la incidencia y el 70% de la prevalencia regional. En cinco países la prevalencia es alrededor de 1 caso por 10,000 habitantes. Existen 7 países donde la alta incidencia y prevalencia afectan a casi todo el territorio. El aislamiento tradicional de los programas de control de la lepra de los servicios generales de salud limita la expansión de la cobertura de las acciones de control que han sido insuficientes para reducir la prevalencia de la enfermedad. El principal desafío está en los grandes centros urbanos donde el diagnóstico precoz, la cobertura de terapia multidroga (TMD) y la regularidad del tratamiento no son satisfactorios.

15. La Malaria es endémica en 21 países, en los cuales 204.8 millones viven en áreas con condiciones ecológicas favorables a la transmisión. Se ha registrado una reducción global del índice parasitario anual en estos países, pasando de 5,7/1.000 en 1992, a 4,8/1.000 habitantes en 1993. Sin embargo, esta situación no es uniforme. En la subregión Amazónica, se registran elevados índices de transmisión ocasionados por la ocupación desordenada de nuevos espacios de explotación de recursos naturales como de la minería. Así, en 1993, se notificó un IPA de 25/1.000 para Brasil, 80/1.000 para Guyana Francesa y 233/1.000 para Guyana.

16. El problema del dengue y del dengue hemorrágico sigue agravándose en la Región. El dengue hemorrágico ha sido detectado en 16 países o territorios de las Américas. Hasta 1993 se notificaron 24,002 casos y 357 defunciones. Como reflejo del deterioro del problema, en 1994 ocurrieron epidemias de dengue hemorrágico en Brasil y Nicaragua, además de fuertes epidemias de dengue en Costa Rica, México y Puerto Rico. La reciente introducción del dengue-3 en las Américas (Nicaragua y Panamá), después de 17 años de ausencia de este serotipo, constituye una seria amenaza de extensas epidemias, ya que se estima que el 80% de los 200 millones de personas que viven en áreas infestadas por el *Aedes aegypti* son susceptibles al dengue-3. La dispersión cada vez más amplia del *Ae. albopictus* en Brasil, así como su presencia en la República Dominicana y México, tiene implicaciones potenciales en términos de la transmisión del dengue así como en la urbanización de la fiebre amarilla.

17. La infección con *T. cruzi* afecta 12-16 millones de personas en la Región. Aunque la mayor parte de la transmisión tiene lugar en el medio rural-urbano por medio del triatomíneo vector, también tiene importancia la transmisión transfusional que ocurre sobre todo en las ciudades. Del 1-3% de las madres infectadas transmiten la infección al recién nacido. Debido a las migraciones, el potencial de transfundir sangre infectada existe también en los países donde la posibilidad de transmisión vectorial es remota, como ocurre en Canadá y EE.UU.

18. En la última década se ha reconocido en forma creciente la importancia de las parasitosis intestinales, las cuales afectan principalmente a la población en edad escolar en los países más pobres. Aunque sólo se dispone de información puntual sobre la prevalencia de las parasitosis intestinales en algunas áreas de la mayoría de los países de la Región, se estima que el 20-30% de la población está infectada. En áreas hiperendémicas se han descrito prevalencias de hasta 60-80% en la población general y las helmintiasis severas (con cargas muy altas de parásitos) se encuentran en menores de 14 años, que sufren de retraso físico e intelectual.

19. La Oncocercosis es endémica en sólo seis países de la Región. En México se registraron 26,314 casos en 1994 y 19,685 fueron tratados. En Guatemala se administraron 55,535 tratamientos en 1993, y se esperaba administrar 125,000 tratamientos en 1994. Existen también focos endémicos reconocidos en Ecuador, Colombia, Brasil y Venezuela, para un total de aproximadamente 100,000 casos para toda la Región.

20. La Leishmaniasis está subregistrada en los países de la Región en una proporción de 1:4/5 casos. En 1993, cerca de 20,000 casos nuevos fueron notificados en Brasil y cerca de 1,000 en Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. El número de casos de leishmaniasis visceral ha incrementado, especialmente en Brasil (1,300 casos registrados en sólo dos estados) y también en Honduras, Nicaragua, México y Guatemala.

21. Las Hepatitis víricas, particularmente las Hepatitis B y C son problemas importantes de salud pública y han sido descritos brotes de hepatitis fulminante asociadas con el virus de la Hepatitis delta. Los tres tipos de hepatitis son causa de hepatitis crónicas y cirrosis. Las virosis respiratorias son causa importante de morbilidad y de letalidad y se presentan de forma endémica o epidémica, siendo las epidemias asociadas especialmente con los virus de la influenza A y B. Las virosis gastrointestinales también son causa de diarrea y letalidad entre los niños. La emergencia o reemergencia de virosis en los dos últimos años, como el síndrome pulmonar por Hantavirus-NPS (Argentina y Brasil) y de la Fiebre hemorrágica de Bolivia, ambas con alta letalidad, y la reciente introducción del dengue-3 en las Américas, ilustran la severidad del problema. La posibilidad de reemergencia de la Fiebre amarilla urbana representa una amenaza potencial, mientras que la situación actual, en lo que respecta a la diseminación de resistencia a los antibióticos, es responsable de ingentes pérdidas económicas y aumento de la morbilidad y mortalidad. Asimismo, la baja cobertura del tamizaje para agentes infecciosos en la sangre donada para transfusiones, principalmente a la Enfermedad de chagas y hepatitis B y C, constituye un desafío que exige una urgente solución.

Infecciones respiratorias agudas

22. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), y principalmente la neumonía, se encuentran entre las primeras causas de muerte de niños menores de 5 años. Todos los años ocurren cerca de 100,000 muertes de niños menores de 1 año y 40,000 de niños de 1 a 4 años, debidas a neumonía; lo que representa casi 400 muertes diarias de niños antes de cumplir los 5 años de edad. Las IRA también son una de las principales causas de consulta y hospitalización de niños menores de 5 años en los países en desarrollo, representan asimismo, entre el 30% y el 60% de las consultas y entre el 20% y el 40% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años en los servicios de pediatría. Las Enfermedades diarreicas están aún entre las 5 causas de muerte en niños menores de un año de edad, y son la causa principal de muerte en niños entre 1 y 4 años de edad en muchos países.

23. Entre 1991 y 1994 se notificaron a la Organización 955,902 casos y 9,927 fallecimientos por Cólera. A la fecha, la enfermedad ha infectado 21 de 36 Países Miembros, incluyendo a los Estados Unidos. Afortunadamente, el porcentaje total de muerte-casos ha permanecido en alrededor del 1%.

Inmunizaciones

24. Entre 1985 y 1994 la OPS implementó, en coordinación con otras agencias internacionales y los gobiernos miembros un proyecto Acelerado de Inmunización,

con el propósito de aumentar los niveles de cobertura contra las enfermedades prevenibles por vacunación en la población infantil de la Región: Erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje y aumentar el control del sarampión y del tétano neonatal. En septiembre de 1994, la Comisión Internacional de Certificación de la Poliomielitis declaró que la transmisión autóctona del poliovirus salvaje había sido interrumpida de las Américas. La cobertura de vacunación para los biológicos del PAI en 1993 fue de: VOP3, 84% DPT3, 81% antisaramejosa, 80% y BCG, 81%. En todos los países existen ciertos grupos de niños que los servicios de inmunización no han logrado alcanzar y otros no lograron elevar al 80% la cobertura nacional contra la poliomielitis y el sarampión. Estos resultados se reflejan en el descenso histórico de la tasa de incidencia de estas enfermedades; por ejemplo, la tasa de sarampión es de 10 por 100 habitantes, la mas baja jamás alcanzada.

25. La Región de las Américas casi ha alcanzado la meta de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia consistente en lograr la eliminación del tétano neonatal para 1995. Este resultado refuerza el uso de la estrategia de identificar zonas de alto riesgo en cada país, dando prioridad a las zonas donde ocurren la mayor parte de los casos. Si se mantienen los recursos, esta enfermedad podría dejar de ser un problema de salud pública en la Región.

26. El éxito de la campaña de la erradicación de la poliomielitis, la coordinación interagencial e intersectorial adquirida, ha promovido el establecimiento de otras metas. En septiembre de 1994, la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución de eliminar el sarampión para el año 2000, el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud y la focalización de las acciones sobre grupos de alto riesgo, dentro del marco de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el próximo cuatrienio. A pesar del significativo progreso conseguido por los programas de inmunización de los países en la región, queda mucho por hacer para lograr la meta de 95% de cobertura para todas las vacunas del PAI, eliminar el TNN y el Sarampión.

27. Se estima que en América Latina y el Caribe más de 20000 muertes prevenibles de sarampión, tos ferina y tétanos neonatal están ocurriendo cada año. Muchas muertes atribuidas a diarrea o infección respiratoria aguda son causadas por sarampión o tos ferina. Además, el 90% de los niños que contraen TNN fallecen y más de 25% que se infectan con el sarampión pueden morir como resultado de las complicaciones. Estas cifras varían de acuerdo a condiciones de vida de la población, en especial a factores sociales, geográficos y epidemiológicos que afectan a grupos específicos de riesgo.

28. Otros aspectos del programa deben ser fortalecidos, a fin de mejorar la eficacia y eficiencia de los programas nacionales de inmunización y garantizar su sostenibilidad, en el marco del desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de salud. Entre ellos: el desarrollo de estrategias locales para eliminar las oportunidades perdidas de vacunación en los servicios de salud, la capacitación permanente de los trabajadores de salud, la coordinación y movilización de recursos nacionales inter e intrasectorial y la descentralización y desconcentración financiera hacia las áreas y grupos de mayor riesgo.

29. En consecuencia de los logros alcanzados por los programas de inmunización en la erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles en la región, aumento sustantivamente el interés y la demanda de actividades de desarrollo tecnológicos, producción y control de calidad de las vacunas utilizadas en los programas de

inmunización. Para atender a estas demandas de forma organizada y planeada, se desarrolló el Sistema regional de vacunas (SIREVA) para los países de América Latina y el Caribe.

30. La variedad de actividades desarrolladas por SIREVA durante los últimos años en este contexto, despertó gran motivación de varios países e instituciones de investigación, producción y control de calidad de vacunas, permitiendo el desarrollo de algunos proyectos multi-países, de interés regional para el desarrollo, producción y control de calidad de vacunas de interés para la Región.

31. Los resultados ya alcanzados permitió presentar a SIREVA en el Consejo Directivo de la OPS y finalmente a la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1994, que aprobó la resolución para la aceleración de las actividades regionales de investigación, desarrollo y producción de vacunas.

Protección de los alimentos

32. El control y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) es un desafío actual a nivel mundial dado que no se conoce la real incidencia de las ETA. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que dependiendo del país, entre el 15 y 79% de los casos de diarrea en menores de 5 años se debe a alimentos contaminados. En los países desarrollados de las Américas se estiman entre 5 a 10 millones los casos de gastroenteritis que incluyen entre 200.000 y 1.000.000 de casos de salmonelosis. En los Estados Unidos las proyecciones nacionales indican más de un millón de personas enfermas y una cifra de 8.000 defunciones anualmente como resultado del mal manejo de los alimentos en los establecimientos que proveen servicios de comidas.

33. El 60% de los brotes de ETA son de etiología desconocida. Una gran cantidad de alimentos preparados comercialmente o en cocinas domésticas están incriminados en brotes de ETA, pero las materias primas de origen animal, como pollos, huevos, carnes, pescados y leche son los que parecen estar más frecuentemente involucradas. La mayoría de los casos de ETA se deben a la presencia de bacterias. La "diarrea de los viajeros" afecta del 20 al 50% de los turistas extranjeros que viajan a América Latina y el Caribe.

34. Se desconocen los efectos a largo plazo de alimentos contaminados por residuos de plaguicidas en las personas, en especial en los grupos más vulnerables, como la población infantil. En muchos países de la Región está ampliamente difundido el uso de plaguicidas, inclusive compuestos que no están permitidos en los países desarrollados. Asimismo, se desconoce la intensidad y gravedad del daño a la salud a largo plazo producida por otros contaminantes como residuos de medicamentos de uso veterinario. No obstante, los países compradores de alimentos exigen límites en su concentración.

35. El sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por los alimentos es inadecuado en la mayoría de los países. La poca información disponible se conoce con varios años de retraso, por lo cual no es posible la implantación de medidas de control oportunas.

36. Por otra parte la notificación de las enfermedades es inadecuada, entre otros motivos por:

37. Los pacientes no admiten el problema; las gastroenteritis no graves o no fatales no son informadas por los servicios de salud; dificultades en obtener evidencia sobre el origen de la ETA, ya que sólo se obtienen informes voluntarios;

temor de la industria de alimentos a las acciones legales, lo que determina el encubrimiento de casos o brotes.

38. En los Estados Unidos, el país que posee el mejor sistema de información de la Región, la notificación de casos de enfermedades transmitidas por los alimentos se estima que cubrió sólo el 20% de los casos registrados.

39. Es también escaso el recurso humano que se asigna a la investigación epidemiológica de casos o brotes y cuando se realizan investigaciones es frecuente la obtención de resultados parciales, incompletos y a veces inexactos.

40. El desarrollo tecnológico de la industria de alimentos y los hábitos de alimentación han cambiado velozmente; sin embargo, no se han observado idénticos cambios en los sistemas de control de los alimentos.

41. La mayoría de los programas de control se basan en una observación "in situ" de las prácticas no higiénicas de los alimentos, la inspección visual de establecimientos relacionados y el otorgamiento de una licencia (registro) para producir. Estos enfoques y las decisiones derivadas no son suficientes para asegurar una verdadera protección de los alimentos, dado que la inspección de materias primas es más dificultosa y costosa en la etapa de transformación y es escasa o deficiente en las áreas de producción.

42. A los factores arriba señalados para el caso de Latinoamérica, se deben también añadir otros que contribuyen a la prevalencia de las ETA. Entre ellos pueden mencionarse:

43. Ausencia de programas nacionales de protección de los alimentos y falta de continuidad y desarticulación de los existentes; Falta de legislación actualizada; Adiestramiento inadecuado del personal encargado de la protección de los alimentos.

44. Infraestructura deficiente para el almacenamiento, transporte y distribución de alimentos y productos alimentarios.

45. Deficiencias en el saneamiento y la urbanización con formación de tugurios sin servicios básicos de agua y alcantarillado.

46. Deterioro del nivel socioeconómico de amplios segmentos de la población con un creciente número de vendedores callejeros de alimentos que no someten sus productos a ningún tipo de control.

47. Factores culturales que influyen en la preparación y preservación de los alimentos.

48. Información inadecuada a la población en general y a los turistas en particular sobre las medidas para disminuir el riesgo de adquirir una enfermedad transmitida por los alimentos.

49. Si bien los alimentos industrializados son bastante seguros debido a las medidas de control de calidad adoptadas por la industria organizada, hay que resaltar que estos alimentos también pueden presentar riesgo de transmisión de enfermedades si no se adoptan las buenas prácticas de manufactura correspondientes (BPM, HACCP, ISO9000). En la cadena de producción, transformación y transporte existen numerosas oportunidades de contaminación bacteriológica.

50. Por otra parte la carencia de métodos microbiológicos rápidos y económicos de diagnóstico contribuyen a dificultar el control de la inocuidad de los alimentos.

51. Tanto los Ministerios de Salud como los de Agricultura, de los países de la Región, tienen Laboratorios Nacionales de Referencia para el control de calidad higiénica de los alimentos de producción local y de importación. Algunos de estos laboratorios están adecuadamente equipados pero no cuentan con recurso humano suficiente para su pleno funcionamiento.

52. Otros poseen recursos humanos insuficientemente capacitados y carecen de equipamiento moderno, muy pocos países tienen sus laboratorios integrados en forma de red con el objeto de tener una participación más dinámica en el marco de los programas integrados de protección de alimentos. Son escasos los laboratorios que garantizan la calidad de sus resultados y los que participan en estudios interlaboratoriales.

53. En Latinoamérica y Caribe existen dificultades para obtener, patrones de referencia certificados para el análisis de contaminantes biológicos y químicos de los alimentos.

54. La mayoría de los servicios de inspección de alimentos de los países de la región, aún no utilizan métodos de inspección objetivos (HACCP), y carecen de personal convenientemente capacitado.

55. En general se observa una desarticulación entre los servicios de inspección, las actividades analíticas y las acciones de regulación y control.

56. En 1995 finaliza el quinquenio 91-95 del Plan de Acción para la cooperación técnica en protección de los alimentos debiéndose efectuar la evaluación y reprogramación consecuente.

Zoonosis

57. La migración y el proceso de urbanización de las poblaciones está incrementando el riesgo, para el ser humano, de exposición a infecciones zoonóticas y a los contaminantes originados por los desechos orgánicos de los animales productivos y de compañía.

58. Las zoonosis en el hombre también han aumentado como consecuencia de la aparición de situaciones de inmunosupresión. De esta manera las zoonosis y las enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales continúan registrando altas tasas de incidencia en los países causando morbilidad y mortalidad en las poblaciones, así como pérdidas considerables a la economía pecuaria.

Rabia

59. La rabia sigue siendo un problema importante de salud pública en la mayoría de los países de la Región. Respecto a su situación, se pueden agrupar los países en tres categorías: Aquellos en los que nunca se ha registrado la rabia o que han logrado erradicarla completamente de su territorio (la mayoría de los países y territorios de habla inglesa del Caribe y Uruguay); Aquellos que han logrado controlar o eliminar la rabia en los animales domésticos acompañantes, especialmente perros y gatos, pero continúan teniendo rabia enzoótica en animales silvestres (Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, Estados Unidos, Granada,

Guyana, Guayana Francesa, Panamá, Suriname y Trinidad y Tobago); Aquellos en los que la rabia canina sigue siendo importante y el principal transmisor es el perro (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela).

60. En 1983 se dio comienzo a un plan regional para la eliminación de la rabia canina en las principales ciudades de América Latina, y desde entonces se ha observado un descenso del número de casos humanos en la Región. El promedio anual descendió de 315 notificados durante el período 1980-1984 a 212 en 1985-1989; sin embargo se observó un ligero aumento de casos en 1990, 1991 y 1992 y nuevamente un descenso en 1993-1994.

61. Durante 1990-1993, tres países (Brasil, México y Perú), aportaron el 63.6% del total del número de casos de rabia humana notificados en las Américas.

62. La rabia canina también ha disminuido en América Latina de 17562 casos promedio anual notificados entre 1980-1989 a un promedio de 13832 para 1990-1991 y 6020 para 1992-1993.

63. Al contrario de lo que ocurre en los países de América Latina, en los Estados Unidos la rabia en animales domésticos permanece a niveles muy bajos, en tanto que se ha incrementado la rabia silvestre.

64. Los murciélagos hematófagos son un problema de importancia económica y un riesgo para la salud pública en América Latina, en especial en Brasil, Guyana, Guayana Francesa, Perú, Suriname y Trinidad y Tobago. De las tres especies conocidas, el vector principal de la rabia en las Américas es el *Desmodus rotundus*, que se encuentra desde México hasta el nordeste de la Argentina. En las áreas de riesgo por agresiones por vampiros, la población humana se ha estimado en unos 20 millones y la bovina en 50 millones. En los últimos cinco años la rabia humana transmitida por vampiros ha demandado especial atención por la presentación de brotes en grupos humanos que fueron expuestos a la rabia al desplazarse a los ecosistemas silvestres. Desde 1989-94 (1° semestre) se han registrado 86 muertes humanas por rabia transmitida por vampiros. Tuberculosis bovina El ganado bovino y sus productos, como la leche y la carne, son fuente de infección por *Mycobacterium bovis* para los humanos, lo que resalta la necesidad de proteger a la población mediante programas de eliminación de la enfermedad en los bovinos. Además la tuberculosis es responsable de pérdidas directas e indirectas y de disminución de la productividad de los rodeos en carne y en leche. Sólo en Argentina esas pérdidas ascenderían a unos setenta millones US\$ por año.

65. La información sobre el impacto de esta infección en la salud pública es escasa en los países de la Región, debido a que en ellos el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis en el ser humano se limita a un examen microscópico directo, el cual no permite diferenciar entre *M. tuberculosis* y *M. bovis*.

66. Sin embargo, en un estudio efectuado en San Diego, California, EUA, se determinó que el 3% de los casos de tuberculosis en el hombre diagnosticados entre 1980 y 1991 se debían al *M. bovis*. Asimismo, en Santa Fe, Argentina, se determinó que el 2.5% (0.7 - 6.2%) de 3144 casos de tuberculosis humana analizados en los últimos 10 años, fueron debidos al *M. bovis*. Se determinó además que la tuberculosis bovina es una enfermedad ocupacional ligada al trabajo en contacto con bovinos y sus productos.

67. El aumento de la tuberculosis humana, y relacionada con la endemia HIV/SIDA, también incluye un aumento de los casos de tuberculosis por *M. bovis* y el consiguiente riesgo de su diseminación y de reinfección en el ganado en las áreas libres o controladas.

68. En las Américas, de los casi 420 millones de bovinos, poco menos de la mitad se encuentra en países exentos de tuberculosis en esta especie animal o en donde los niveles de infección son muy bajos (<1%) Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, EE.UU., Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, Rep. Dominicana, Uruguay, Venezuela y otros países del Caribe. Prevalencias mayores del 1% se observan en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua y Perú, si bien en algunos existen áreas libres.

69. En 1991 se aprobó el Plan de Acción para la Erradicación de la Tuberculosis Bovina en las Américas, fase 1, que ha servido para revisar y actualizar los Programas de varios países. México, varios países de América Central (Programa PARSA/OIRSA), y otros de América del Sur poseen ya Planes o Programas de Control y Erradicación normatizados y en desarrollo, tales son Argentina, Colombia, Chile, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

Brucelosis

70. Actualmente, se reconocen seis especies del género *Brucella*: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis*, *B. neotomae* y *B. ovis*. La infección humana frecuentemente se contrae por ingestión de leche y quesos infectados con *B. melitensis*, provenientes especialmente del ganado caprino. En forma ocupacional por los hábitos y aspectos socioeconómicos de la crianza nómada de los caprinos. El contacto con el ganado bovino infectado con *B. abortus* y *B. suis*, incide en trabajadores rurales y de la industria de la carne, entre otros provocando una seria enfermedad ocupacional.

71. Los países más afectados por la brucelosis caprina son Argentina, México y Perú. Debido a que en esta enfermedad la práctica médica generalmente se orienta al tratamiento ambulatorio y no es de notificación obligatoria, la información oficial sobre morbilidad está por debajo de su magnitud real. Sin embargo, esta zoonosis se considera endémica y regionalizada en los países señalados, teniendo la información las cifras siguientes: Argentina tuvo 242 casos de origen alimentario durante el 1º semestre de 1994 y se estima que la cantidad puede llegar a duplicarse; En 1967 hubo un brote epidémico en Perú con 2456 casos de fiebre de Malta; En México, durante 1992 se notificaron 3906 casos de brucelosis.

72. En los animales, esta enfermedad, afecta principalmente a especies productoras: bovinos, porcinos y caprinos. En bovinos (*Brucella abortus*) las mayores prevalencias se hallan en animales de producción de leche, con valores que oscilan entre 0,1% y 20,3% en los países sudamericanos y en los centroamericanos de 0,2% a 2,3%. En países afectados los rebaños con animales reaccionantes alcanzan cifras de 20% o más.

73. En los porcinos (*Brucella suis*) la infección es focalizada, no obstante permite estimar que la prevalencia global de reaccionantes se encuentra entre 0,5 y 2% con una variación muy marcada según el tipo de explotación y tecnología utilizada.

74. Con base a la frecuencia de brucelosis bovina informada por los países, es posible construir tres categorías epidemiológicas.

75. La categoría A, comprendería a los países libres de Brucelosis y corresponde a los que señalan la no comprobación de la enfermedad en sus territorios. En ella se encuentran Bahamas, Belice, Bermudas, Canadá, Dominica, Grenada, Guyana, Islas Malvinas, Islas Vírgenes Británicas, Monserratt, Puerto Rico, San Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.

76. La categoría B, incluiría los países que informan sospechas sin confirmación definitiva u ocurrencia de casos excepcionales y los que indican importantes segmentos de sus territorios como libres de Brucelosis Bovina, a consecuencia de las acciones emprendidas en sus planes de erradicación. Forman parte de este grupo: Antigua y Barbuda, Cuba, Estados Unidos, Guyana Francesa, Jamaica y Uruguay. La población bovina involucrada en esta categoría, alcanza al 25% del total de las Américas.

77. La categoría C, involucraría a los países que informan desde una ocurrencia rara y esporádica hasta una elevada, ya sea localizada o extendida a todo el territorio. Se incluyen en esta categoría: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela. La población bovina de estos países comprende el 71% de la población de la región.

Encefalitis equina

78. La encefalitis equina del este (EEE), la encefalitis equina del oeste (EEO), y la encefalitis equina venezolana (EEV), son enfermedades transmisibles importantes desde el punto de vista sanitario y económico para los países de las Américas. Constituyen en el presente una gran preocupación en las Américas, en especial, por la disminución progresiva de la vigilancia epidemiológica en los países de América Latina en los últimos 10 años.

79. A pesar de la escasa información proporcionada por los países, entre octubre de 1989 y junio de 1993 fue posible confirmar la existencia de áreas endémicas de episodios clínicos compatibles con encefalitis equinas en Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala y Venezuela.

80. La EEV fue confirmada en el período 1992-1993 en Colombia, El Salvador, México y Venezuela.

81. Las informaciones destacan la existencia de numerosas áreas endémicas de diversos arbovirus patogénicos para los equinos y humanos, así como la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas y las acciones de diagnóstico, prevención y control para evitar otra epizootia como la ocurrida entre 1968 y 1970.

Otras Zoonosis

82. La triquinosis, peste, leptospirosis, teniasis/cisticercosis, hidatidosis, distomatosis, psitacosis, toxoplasmosis, así como otras zoonosis, tienen importancia variable para la salud y la economía, según el área, país o grupo de países.

83. El estado de la situación epidemiológica de las zoonosis es diferente para cada país y asimismo no son adecuadas las estrategias de control debido al deterioro de los servicios veterinarios en la mayoría de los países.

84. Igualmente, los cambios en la ecología y la creciente urbanización, han incrementado los riesgos de zoonosis emergentes, por la tenencia de animales de compañía sinantrópicos o productivos.

Aftosa

85. En comparación con el resto del mundo la ganadería de América Latina y del Caribe, posee un importante stock ganadero especialmente de grandes animales consumidores de forrajes. En los últimos años ha crecido la población avícola, pero también lo ha hecho la bovina. La población porcina ha mantenido la misma tendencia creciente que en el resto del mundo. Sobre la base de este potencial y siguiendo los estímulos al libre comercio en el plano internacional, varios de los países de la región han trazado estrategias de aumentar su participación en el mercado mundial de productos pecuarios, especialmente de carne bovina.

86. Las limitantes zoonositarias son las que más restricciones presentan ocasionada a la competitividad en el comercio internacional de productos pecuarios. Una de las más serias es ocasionada, por la fiebre aftosa, por lo que se refiere al mercado de la carne especialmente.

87. La producción pecuaria en la región representa más de un cuarto de la producción del sector agropecuario. Los aumentos mayores se han debido a la producción avícola; entre las carnes, de cerdo también está creciendo. Sin embargo, los productos derivados del ganado bovino siguen representando la parte de más valor en la producción anual. En lo que respecta al rendimiento por animal, de la carne bovina, los índices más altos están en los países del Cono Sur, lo mismo sucede con la carne de aves y con la de cerdos. Un obstáculo estructural al crecimiento y desarrollo del sector pecuario en la región ha sido la debilidad de la demanda que ha generado el proceso de ajuste a la crisis. Históricamente existe una fuerte relación entre crecimiento de los ingresos por habitante y el consumo de productos pecuarios. El aumento de la demanda es más fuerte cuando el aumento del ingreso favorece a las poblaciones más pobres.

88. Dentro de los obstáculos operativos de la producción de carnes y de leche, el más importante es la deficiente sanidad de los animales. La fiebre aftosa sigue siendo un factor considerable en ello.

89. Al iniciarse los programas de control de la fiebre aftosa en América del Sur, todo el continente estaba afectado, excepto Guyana, Suriname y Guayana Francesa. Periódicamente ocurrían epidemias de gran intensidad, se generaban variantes del virus y la frecuencia de la enfermedad estaba entre 200 - 300 bovinos por 10,000 y entre 13-20 rebaños afectados por mil. Los servicios de sanidad animal tenían estructuras débiles, bajas coberturas, profesionales sin adiestramiento adecuado y las estructuras de control no consideraban la regionalización de los riesgos y los ecosistemas de la enfermedad, dados por los sistemas de producción y comercialización pecuaria.

90. Entre 1988-1989, al iniciarse las acciones del Plan Hemisférico de erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), los resultados del control se habían estabilizado en niveles en los cuales la morbilidad oscilaba alrededor de 5 por 10,000 y los rebaños afectados en 1 por 1,000

91. Los servicios oficiales se habían organizado, su cobertura geográfica y poblacional alcanzaba al 68% y 85% respectivamente. Sin embargo, como parte de los efectos del ajuste a la crisis, su capacidad de gestión sanitaria se había deteriorado significativamente.

92. En el último bienio la situación de la fiebre aftosa en el continente ha experimentado cambios importantes como consecuencia de la política agresiva en este terreno de los países con saldos exportables de carne, especialmente los del Cono Sur, que están buscando eliminar esta barrera zoonositaria, estimulados por las tendencias favorables derivadas de las reuniones de Ronda Uruguay del GATT y el ambiente internacional favorable a la eliminación de las barreras no arancelarias. Se han introducido procedimientos más coherentes con estas posturas, sobre todo más racionales y flexibles, como la regionalización y el análisis de riesgo, al mismo tiempo que se le ha pasado a dar gran importancia a los principios de transparencia y equivalencia, en la evaluación de situaciones epidemiológicas de países o subregión es donde se han hecho progresos relevantes en la eliminación de la enfermedad o la infección.

93. En el Cono Sur se han agregado a las áreas libres ya existentes de Chile y Patagonia Sur de Argentina las siguientes áreas: Uruguay, que ha cumplido 4 más años sin la enfermedad y que hace 7 meses suspendió la vacunación; la Mesopotamia Argentina con más de 2 años sin fiebre aftosa; la región occidental de Argentina, donde hay provincias con períodos aún mayores sin fiebre aftosa. Desde mayo de 1994, Argentina no presenta fiebre aftosa en el campo. En el Brasil, los estados de Río Grande do Sul y Santa Catarina llevan más de un año sin la enfermedad. Paraguay ha reducido marcadamente la frecuencia de la enfermedad. Esto se ha debido a que estos países se preocuparon de implementar programas con una clara direccionalidad orientada a conseguir áreas libres de la fiebre aftosa, dándole viabilidad a través de la continuidad del soporte a las medidas sanitarias dada por la activa participación, ejecución y evaluación de los programas, zonificando las estrategias de lucha de acuerdo a las características regionales de los ecosistemas de la enfermedad, descentralizando las decisiones y acciones a través de las comisiones locales, con amplia y diversificada participación del sector privado, especialmente los productores, veterinarios de práctica privada, industriales de insumos y productos pecuarios, así como otros actores sociales con intereses económicos en la ganadería.

94. El área Andina presenta una situación menos favorable y en algunas subregiones y países se han manifestado inequívocos signos de deterioro de los programas. No se han logrado implementar los 6 subproyectos que constituyen el Programa de Erradicación de la Fiebre Aftosa en el área Andina. Hay un claro desgaste de los servicios de sanidad animal, pérdida de atención al campo y daños al funcionamiento de los sistemas de vigilancia. En algunos países la modificación del Estado, ha afectado a los servicios veterinarios; ha tenido efectos contraproducentes para las actividades sanitarias de fiebre aftosa. Se han reducido estructuras oficiales, cuya función social y económica de servicio no la ha asumido nadie del sector privado. En no pocos casos, no se hizo una negociación previa con los sectores de productores y otros sectores sociales con intereses en la ganadería, de manera que se produjo un "vacío de atención". La frecuencia de la enfermedad continúa alta para la Región de acuerdo con las metas propuestas en el PHEFA, incluso hay países que presentaron la enfermedad en áreas que no la tenían. En Colombia las regiones del Urabá Antioqueño y Chocó no se mantuvieron libres, sin embargo ocurrió fiebre aftosa en algunas áreas de la región noroccidental de la Costa Atlántica donde no se había registrado la enfermedad en los últimos años.

95. La región Amazónica del Brasil siguió presentando una situación estacionaria en gran parte de su territorio. Se mantienen libres de fiebre aftosa Guyana, Suriname y Guayana Francesa. La situación política de transición de Brasil influyó en la no concreción de resultados más significativos. Los circuitos ganaderos del Centro Oeste y Sur Este del país, que son los de mayor envergadura poblacional y

económica y, que abastecen a las grandes ciudades del país, mantuvieron una situación estacionaria con respecto a la fiebre aftosa.

96. Los programas de la región Amazónica tampoco registraron ningún progreso con lo cual se compromete la situación epidemiológica en las fronteras.

97. En el área libre de la enfermedad se mantuvieron América del Norte, Meso América y el Caribe. La intensificación de los lazos comerciales entre países y bloques económico comerciales debe aumentar los riesgos de introducción del virus a estas regiones. Lo mismo sucede con las corrientes turísticas, de ahí la importancia de replantear los programas de prevención y emergencias, a la luz de estos riesgos. Importantes han sido los esfuerzos de los países del Caribe de habla inglesa en esa dirección.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

98. La cooperación técnica para la prevención y el control de enfermedades debe considerarse como parte de la estrategia de atención primaria de salud (APS) y guiarse por las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) cuatrienales. Dentro de este marco, la División de Prevención y Control de Enfermedades llevará a cabo actividades para promover, coordinar, apoyar y fortalecer la capacidad nacional, de conformidad con los siguientes enfoques funcionales:

99. Movilización de recursos. Se emprenderán esfuerzos para promover y apoyar la colaboración y la cooperación entre organismos gubernamentales, no gubernamentales, nacionales, internacionales y otros organismos de desarrollo con miras a movilizar recursos para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Con esta finalidad, se asignará especial importancia a los proyectos de demostración de intervenciones en las diversas subregiones para las diferentes enfermedades que constituyen el núcleo de las actividades de la División.

100. Adiestramiento. Se promoverán y apoyarán las actividades de adiestramiento para la formación de recursos humanos y para el establecimiento de una red regional, con miras a la prevención y el control de enfermedades. Se hará hincapié en la epidemiología y la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

101. Difusión de información. Se brindará apoyo a la producción, la recopilación y el análisis de información pertinente a la distribución y los factores determinantes de las enfermedades. Además, se llevará a cabo la difusión selectiva de la información mediante la participación en reuniones regionales y en conferencias y congresos científicos internacionales.

102. Promoción de la investigación. La División promoverá, patrocinará y coordinará la investigación destinada a obtener información sobre la situación y las tendencias de enfermedades que afectan a la Región y sobre sus factores de riesgo. Además, se asignará particular importancia al apoyo de la investigación operativa; a la evaluación de intervenciones concretas, en especial a los análisis de costo-beneficio y de eficacia en función de los costos; a los métodos de diagnóstico, y a los esquemas de tratamiento.

103. Políticas, planes y normas. Se hará hincapié en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de sus factores de riesgo. Además

se prestará cooperación para fortalecer los sistemas de vigilancia y para preparar, aplicar y efectuar revisiones periódicas de directrices y normas técnicas y administrativas.

104. Cooperación técnica directa. Se apoyarán los esfuerzos nacionales en favor de actividades de control, eliminación o erradicación, mediante asesoramiento y ayuda en aspectos como la gestión y la evaluación de los programas de intervención; epidemiología y tratamiento preventivo de enfermedades importantes y de sus factores de riesgo.

Programa especial de inmunizaciones

105. Promoción de la vacunación sistemática en los servicios de salud, con énfasis en la eliminación de las oportunidades perdidas de vacunación.

106. Utilización de varias tácticas de vacunación (campañas masivas, vacunación casa-casa, equipos móviles, etc.) que permitan aumentar la accesibilidad a la vacunación de diferentes grupos de población y áreas geográficas.

107. Fortalecimiento de la programación local a nivel de SILOS y la descentralización de recursos según riesgo epidemiológico.

108. Ampliación de la red de vigilancia de PFA (Parálisis Flácida Aguda) para incluir las EFE (Enfermedad Febril Eruptiva) y el sector privado.

109. Ampliación de la red de laboratorios de diagnóstico para las enfermedades prevenibles por vacunación.

110. Organización de una red regional de control de calidad de vacunas.

111. Certificación de los laboratorios productores de vacunas de la Región.

112. Organización de consorcios de producción de vacunas entre productores de América Latina y América del Norte, Europa y Japón, favoreciendo la transferencia de bio-tecnología.

113. Uso de la epidemiología para la identificación de prioridades en la utilización de los recursos disponibles a nivel nacional e internacional.

114. Coordinación inter-agencial para racionalizar el uso de los recursos.

Centro de epidemiología del caribe

115. La visión y el alcance del CAREC, en nombre de los países miembros, es... "convertirse en la más importante institución regional de salud en el Caribe en los campos de la prevención y el control de enfermedades". La misión del CAREC es... "Mejorar el estado de salud de los pueblos del Caribe impulsando la capacidad de los países miembros en materia de epidemiología, tecnología de laboratorio y disciplinas relacionadas con la salud pública, mediante la cooperación técnica, el servicio, el adiestramiento, la investigación y un personal bien adiestrado y motivado".

116. Con relación a prevención de enfermedades, existen cuatro retos principales de salud para los países miembros:

117. Mantener el compromiso y los conocimientos técnicos para apoyar e impulsar iniciativas en marcha y posibles con respecto a la prevención y el control de enfermedades.

118. Reconocer el influjo de las elecciones sociales y personales en materia de salud en la aparición de enfermedades (transmisibles y no transmisibles).

119. Reforzar los métodos clásicos de prevención de enfermedades mediante la elaboración de estrategias conductuales y de promoción de la salud (con inclusión de políticas públicas favorables a la salud) para abordar los factores del modo de vida y ambientales.

120. Crear la infraestructura sanitaria de políticas, recursos humanos y gestión para ejecutar las actividades anteriores.

121. A causa de su reducido tamaño y de los recursos limitados, es muy difícil para la mayor parte de los países miembros montar una capacidad epidemiológica nacional suficiente para mejorar las políticas. En consecuencia, el CAREC puede ayudar cada vez más a los ministerios a determinar y cuantificar las necesidades sanitarias nacionales, los factores de riesgo de la población, las áreas prioritarias donde las intervenciones serán más eficaces en función de los costos, y la evaluación. En el escenario internacional, además, el CAREC podría ayudar a los países miembros a fortalecer su capacidad en ciencias de la salud para diseñar y ejecutar políticas y programas eficaces. Esto permitirá a los ministerios ser más eficaces a nivel tanto nacional como internacional en la movilización de recursos para las políticas sanitarias racionales y la prevención y el control eficaces de enfermedades.

122. En el bienio 1996-1997, el CAREC utilizará las 6 modalidades de cooperación técnica propugnadas por la OPS: la movilización de recursos; la formulación de políticas, planes y normas; el adiestramiento; la investigación; la difusión de información; y la cooperación técnica directa. Estas se aplicarán a las líneas de acción para las áreas de trabajo enumeradas en las pautas para el BPB y el AMPES en lo tocante a la prevención de enfermedades.

123. Establecer y mantener programas de inmunización para la vacunación eficaz contra las enfermedades de importancia para la salud pública: la función del CAREC, que refleja la de la OPS/OMS en general, ha sido principalmente secundaria en relación con el PAI, se ha limitado a facilitar apoyo administrativo, de laboratorio y de epidemiología sobre el terreno. La mayor parte del apoyo continuará prestándose en forma de cooperación técnica directa, con compromiso de efectuar investigaciones en áreas de las que el PAI no se ocupa oficialmente (por ej., rubéola y hepatitis B).

124. Erradicar o eliminar ciertos problemas de salud, entre ellos la poliomielitis, la lepra y la infestación por *Triatoma infestans*. La erradicación de la poliomielitis también encaja en el PAI (ver DPI.1), pero la función del CAREC en la vigilancia de la PFA con posterioridad a la erradicación continuará siendo decisiva. Tanto para la erradicación de la poliomielitis como para la eliminación del sarampión (previstas para finales de 1995 en los países miembros), la modalidad principal será la cooperación técnica directa. En relación con la lepra, la responsabilidad del CAREC es directa e integral, e incluye un compromiso con las seis modalidades.

125. Lograr una comprensión más completa de las causas y los factores de riesgo relativos a las enfermedades transmitidas por los alimentos y las enfermedades

diarreicas, así como de los métodos para su prevención. Esto incluye las capacidades establecidas del CAREC para vigilancia, investigación e identificación de laboratorio, e incluirá las seis modalidades.

126. Sobre la base de los mejores conocimientos, poner en práctica medidas sencillas y eficaces en función de los costos en las comunidades y las familias para mantener los alimentos y el agua libres de agentes infecciosos, a fin de reducir la mortalidad por enfermedades diarreicas. La función del CAREC en esta línea de acción, según sea necesario, puede incluir la realización de encuestas de CACP y estudios de laboratorio, y tal vez los seis enfoques funcionales.

127. Fortalecer la capacidad nacional para organizar y desarrollar sistemas integrados de protección de alimentos y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

128. Apoyar los esfuerzos nacionales para coordinar las actividades para el control y la prevención de la infección por el VIH y el SIDA y para reducir su repercusión en las poblaciones y en las personas infectadas: Se aplicarán las seis modalidades, pues el CAREC tiene el papel protagónico en la coordinación subregional.

129. Fortalecer la capacidad local para prevenir, diagnosticar y tratar las ETS, especialmente en los entornos de atención primaria. Véase DP3.1

130. Mejorar la capacidad de detectar cambios en la presentación de las enfermedades infecciosas y de evaluar su posible repercusión en la salud pública, a fin de poner en efecto la prevención y el control oportunos y eficaces: Esta es la más genérica de las líneas de acción de vigilancia de enfermedades enumeradas e incluirá las seis modalidades.

131. Apoyar los esfuerzos nacionales para el control y la erradicación definitiva de las zoonosis y otras enfermedades infecciosas prevalentes que amenazan a la salud humana o ponen en peligro la actividad agropecuaria: Esto incluirá sólo actividades limitadas en el CAREC (por ej., estudios de laboratorio en las áreas de leptospirosis y fiebre amarilla).

132. Mejorar la capacidad nacional y local de evaluar la repercusión social y económica de la violencia, los traumatismos y las enfermedades crónicas, a fin de establecer las prioridades y asegurar los recursos para las intervenciones: Según las aborda el CAREC, se aplicarán las seis modalidades al grupo.

133. Promover la integración de los programas de control de enfermedades en los servicios de salud, en particular a los niveles de distrito y local, con descentralización apropiada de la autoridad y los recursos: Esta es la única línea de acción sobre prevención de enfermedades suficientemente cercana para ubicar la función de garantía de la calidad del CAREC que está creciendo rápidamente (también encajaría dentro de HS) y requerirá las seis modalidades.

134. Recoger información pertinente acerca de la distribución y los factores determinantes de los problemas de salud como un requisito previo esencial para la planificación y ejecución de los programas: Esta es la línea de acción de epidemiología (también encajaría dentro de HD) e incluirá las seis modalidades.

135. Concentrar los programas en grupos de riesgo y factores de riesgo conocidos, empleando los enfoques básicos de análisis y estratificación de riesgos: Esto se aplica a todas las áreas de prevención de enfermedades (por ej., prevención de

traumatismos, evaluación de opciones de cáncer del cuello uterino, programas contra SIDA y ETS, etc.) como un enfoque genérico de epidemiología (también dentro de HP como un enfoque de intervención conductual y de promoción de la salud) e incluirá las seis modalidades.

Instituto Panamericano para la Protección de Alimentos y Zoonosis

136. La estrategia global de cooperación técnica está enmarcada dentro de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) de la Organización, a saber:

137. La Salud en el desarrollo, el Desarrollo de los Sistemas de Salud, la Promoción y Protección de la Salud, la protección y Desarrollo del Ambiente, y en especial dentro de la Prevención y el Control de Enfermedades y sus áreas de trabajo, tales como:

138. La prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos y el mejoramiento de los sistemas de inspección durante la producción, procesamiento y manipulación inocuos de los alimentos y el agua;

139. El mejoramiento de la productividad agropecuaria y de la sanidad animal, así como la calidad y la inocuidad de los alimentos de origen animal, y el desarrollo y aplicación de Normas Internacionales para el intercambio y mercadeo de esos productos;

140. El reforzamiento de los sistemas de información y de la vigilancia epidemiológica de las ETA;

141. La promoción de las investigaciones y la formulación de políticas sobre ciencia y tecnología aplicadas al control de calidad higiénica de los alimentos y al control de las zoonosis prioritarias;

142. El fomento del desarrollo social basado en los principios de la equidad y el derecho de las personas a la salud y bienestar, mediante la formulación y aplicación de políticas públicas orientadas a la protección del consumidor y a la disponibilidad de alimentos aptos para consumo;

143. El establecimiento o fortalecimiento de los programas de producción, desarrollo y control de calidad de vacunas y elementos diagnósticos eficaces contra enfermedades de carácter zoonótico y transmitidas por alimentos;

144. La cooperación en áreas de trabajo y líneas de acción para el control de enfermedades transmitidas por vectores y otras infecciones parasitarias, víricas y bacterianas de importancia zoonótica, dentro del marco de Prevención y Control de Enfermedades.

145. Las principales líneas de acción en las que se orientará la cooperación técnica del INPPAZ en el bienio son, en especial:

146. Fortalecer la capacidad nacional para organizar y formular programas integrados de protección de alimentos

147. Fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica para disminuir el impacto de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

148. Fortalecer la inspección y sistemas analíticos para el control higiénico de los alimentos.

149. Apoyar los esfuerzos nacionales para el control y erradicación definitiva de algunas zoonosis prevalentes, y otras enfermedades infecciosas que amenazan la salud humana o ponen en peligro la producción agrícola, tales como: la eliminación de la rabia transmitida por el perro; la erradicación de la tuberculosis bovina; el control y eliminación de otras zoonosis como brucelosis, hidatidosis y encefalitis equina, que afectan determinados grupos poblacionales.

150. Cooperar en el fortalecimiento de sistemas de control y garantía de calidad de biológicos y reactivos, en especial los destinados a análisis de calidad de alimentos y a la prevención de las enfermedades de carácter zoonótico, de importancia para la Salud Pública.

151. Desarrollar los mandatos del acuerdo constitutivo del INPPAZ, que estableció claramente su misión "Proveer a los países miembros de la Organización y a las iniciativas de integración de los mismos, servicios de cooperación técnica, de referencia e investigación, para la solución de problemas relacionados con la protección sanitaria de los alimentos, las zoonosis y el fortalecimiento de los laboratorios de salud, para cumplir las funciones de: Referencia Internacional, Investigación aplicada, Capacitación, Cooperación técnica directa y Difusión de Información."

152. Dentro del anterior contexto, el INPPAZ centralizará la cooperación técnica entre otras actividades, en las siguientes:

153. Referencia Internacional: Análisis de Referencia de los contaminantes más importantes en los alimentos. Control de Calidad de Referencia de Biológicos y Reactivos. Diagnóstico de Referencia de Laboratorio. Producción selectiva de Biológicos y Reactivos de Referencia. Producción selectiva de animales de laboratorio. Desarrollo de sistemas de información.

154. Investigación Aplicada: Estudios colaborativos con participación de los países en situaciones relacionadas con la protección sanitaria de los alimentos tales como el impacto social y económico de las enfermedades transmitidas por alimentos, mejoramiento y aplicación de métodos de análisis y control- así como sobre la aplicación de tecnologías para el diagnóstico y producción de biológicos para la prevención y control de las zoonosis prioritarias y ETA.

155. Capacitación: Mediante cursos, talleres y capacitación individual, en INPPAZ y en los países relacionados con la protección de los alimentos y las zoonosis. Los temas de capacitación serán fundamentalmente: administración de programas y de laboratorios, las técnicas diagnósticas y sistemas analíticos, métodos de producción y de control de calidad, administración de programas, sistemas de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, seguridad, bioseguridad y mantenimiento de equipos.

156. Cooperación Técnica Directa: Se aplicará fundamentalmente por medio de su personal calificado, para el fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública veterinaria, laboratorios de salud y agricultura y los sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica, y para apoyar la armonización de normas para las uniones aduaneras y mercados comunes. Además se dará atención a problemas derivados del impacto a la salud causada por poblaciones animales.

157. Difusión de Información: Se organizarán bancos de datos y se difundirá información técnica científica en las áreas prioritarias, dando especial atención a la publicación de manuales sobre producción, control de calidad y diagnóstico.

158. Desarrollo de políticas, planes y normas: Se cooperará con los países en la formulación de programas y normas y procedimientos técnicos sobre protección de alimentos y control de zoonosis, y en la evaluación de los mismos.

159. Movilización de recursos: Desarrollo de convenios con países, instituciones nacionales y otras entidades de cooperación técnica multi o bilateral.

160. De acuerdo a las recomendaciones emanadas del Consejo de Coordinación Internacional y del Comité Científico Técnico del INPPAZ, especial atención se dará a:

161. Priorizar las respuestas de cooperación técnica, con énfasis en la protección sanitaria de los alimentos en función de los Programas aprobados, del personal y los recursos disponibles.

162. Intensificar los esfuerzos para la movilización de recursos humanos existentes en los países, como estrategia para maximizar la capacidad de cooperación técnica y como instrumento de capacitación y adiestramiento.

163. Coordinar la implantación de Programas Armonizados para el Control y Vigilancia Regional de las Zoonosis.

Centro Panamericano de Control de la Fiebre Aftosa

164. Movilización de recursos. Promover la movilización de voluntades políticas y de recursos a través de eventos a nivel hemisférico como la RIMS A y la COHEFA, a nivel subregional como la COSALFA en América del Sur y las subcomisiones de países libres para Nor y Centro América, así como la de los países del Caribe de habla inglesa.

165. Apoyar a los países en la coordinación bi o multilateral, a través de programas subregionales y convenios de frontera. Colaborar con los países en la obtención de recursos externos para el fortalecimiento de los sistemas de entrega de servicios sanitarios en materia de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa.

166. Apoyar a los países en la incorporación de los programas de erradicación de la fiebre aftosa a los procesos de integración económico/comercial, sean ellos hemisféricos o subregionales.

167. Cooperar con los países para la promoción de mecanismos de organización de la entrega de servicios de los programas de fiebre aftosa en el campo, que involucren: cogestión entre sectores públicos y privados; participación de diversos actores sociales privados con intereses en la ganadería y que asuman compromisos y responsabilidades en todas las fases de los mismos, así como en el financiamiento de los programas.

168. Colaborar e incentivar la cooperación técnica horizontal entre los países, para apoyar los programas.

169. Diseminación de información. Suministrar a los países información epidemiológica fidedigna y oportuna sobre la distribución de la enfermedad, nacional e internacionalmente, a través de comunicaciones ocasionales (alertas) y periódicas (informes epidemiológicos regulares).

170. Intercambiar información científico técnica regularmente con las instituciones de excelencia en fiebre aftosa a nivel internacional, y ponerlas en forma accesible para su comprensión y uso, en manos del personal de campo que participa de los programas. Editar y divulgar boletines periódicos, monografías, manuales técnicos y didácticos, revisiones bibliográficas específicas, audiovisuales y otros recursos que apoyen al personal de los programas nacionales.

171. Adiestramiento de personal. Ayudar a los países de la región a establecer programas de adiestramiento continuo de sus recursos humanos, considerando las diferentes áreas de conocimiento y la participación de segmentos del sector privado en la actividades de los programas.

172. Continuar con el apoyo a los países en el desarrollo de seminarios, cursos y talleres en temas prioritarios relacionados con el mejoramiento de la prevención, control y erradicación de la enfermedad.

173. Dar continuidad a los cursos regulares que desarrolla PANAFTOSA en su sede, sobre Desarrollo de Programas de Salud Animal, Diagnóstico y Control de Vacunas así como también al adiestramiento en servicio en una variada gama de disciplinas de utilidad para mejorar la calidad técnica y efectiva de los programas.

174. Cooperar con los países en desarrollar mecanismos de integración de las universidades e instituciones científico técnicas a los programas de fiebre aftosa, tanto en la capacitación de los recursos humanos de los programas, como promoviendo la utilización de las unidades de campo de los sistemas de atención veterinaria como unidades docentes y de investigación por parte de las instituciones citadas.

175. Definición de políticas, planes y normas. Definir las regiones prioritarias para iniciar el proceso de creación de áreas libres, atendiendo a atributos de endemicidad (focos primarios de infección), la diferenciación económica de los productores (formadores de precios de los productos) y la contigüidad con áreas libres y otros.

176. Proporcionar apoyo técnico a los países para materializar las acciones de erradicación de la fiebre aftosa a través de programas locales, debidamente articulados y enmarcados dentro de las propuestas y normas establecidas por un plan nacional.

177. Apoyar a los países libres de fiebre aftosa a elaborar planes de prevención, en función del análisis del riesgo de introducción del virus aftoso a sus territorios, a través de los intercambios comerciales y de los flujos turísticos a nivel internacional.

178. Asesorar técnicamente a los países en la elaboración de normas que tiendan a la armonización de las pruebas diagnósticas, de las pruebas directas e indirectas y de las reglas de decisión utilizadas en el control de calidad de las vacunas. Además, apoyar en las normas relacionadas al control de focos y de movimiento de animales, de tipo y especificaciones de las vacunas, de la recolección de muestras y de datos epidemiológicos y en la comercialización internacional de reproductores y material genético.

179. Asistencia técnica directa. Colaborar con los países en la organización y desarrollo de los comités locales a nivel de las unidades de campo, con amplia participación de la comunidad, constituyendo en cada uno de ellos una comisión

administradora del programa a nivel local y otra comisión técnico operativa para actuar en el campo, en interrelación con las unidades regionales, unidad central y otras unidades locales.

180. Cooperar con los países en el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica sobre bases geográficas a nivel local, con activa participación de la comunidad, de forma que cada unidad local de campo se convierta en un núcleo de inteligencia sanitaria. Estas deberían definir para cada "microárea" los niveles de riesgo de vulnerabilidad y de receptividad correspondientes de acuerdo a las características productivas dominantes, al tipo de flujos comerciales de animales, al perfil de la económica local, a los niveles culturales y a las estructuras de poder, así como a los antecedentes de presencia de la enfermedad y a la cobertura e intensidad de las medidas sanitarias aplicadas.

181. Colaborar con los países en la elaboración de una metodología de trabajo de campo, de acuerdo con las características epidemiológicas imperantes, con el tipo de productores comprendidos y con el grado de participación de la comunidad.

182. Apoyar a los países a desarrollar un cambio de actitud en la forma de abordar los programas de fiebre aftosa a fin de crear conductas favorables para la erradicación.

183. Asistir a los países, cuando avanzan hacia la erradicación, para agregar gradualmente acciones de prevención a las acciones de control, hasta llegar al cambio completo.

184. Cooperar con los países en la mantención de un banco de vacunas, de antígenos, de sueros y de líneas celulares y proporcionarles los reactivos necesarios.

185. Asesorar a los países en la transferencia de nuevas técnicas diagnósticas (Elisa antígeno y anticuerpos, anticuerpos monoclonales, secuenciamiento, EITB, sondas de RNA).

186. Asistir a los países ante situaciones de emergencia.

187. Investigación. Colaborar con los países de la región en la investigación sobre el comportamiento de la fiebre aftosa de manera que facilite y mejore la capacidad de resolver los problemas de control y erradicación de la enfermedad.

188. Colaborar con los países en el desarrollo de investigaciones sobre el papel de los distintos actores sociales en los programas de erradicación, con el fin de elaborar estrategias de viabilización de los mismos.

189. Impulsar estudios moleculares de cepas de campo relevantes para América Latina, que contribuyan a un conocimiento más completo de la epidemiología de la enfermedad.

190. Desarrollar investigaciones en conjunto con los países, que fortalezcan la utilización de pruebas indirectas de control de vacunas.

191. Estimular los estudios sobre utilización de métodos físico químicos para la determinación de la masa antigénica e integridad de la proteína, como métodos alternativos de control de calidad de vacuna antiaftosa.

192. Continuar los estudios y aplicaciones en campo, del rol de los portadores de fiebre aftosa en diferentes estadios de su evolución.

193. En colaboración con los países, desarrollar trabajos de investigación sobre los mecanismos de transmisión de la estomatitis vesicular.

194. Efectuar investigaciones conjuntamente con los países en lo relacionado con la identificación de los factores responsables y la caracterización de las reacciones post-vacunales en la inmunización antiaftosa.

195. Cooperar con los países o regiones que eliminen la fiebre aftosa, para llevar a cabo estudios de análisis de riesgo de transmisión de la enfermedad al exportar productos de origen animal a países libres.

196. Continuar la colaboración con la AIEA/FAO y el laboratorio Mundial de Referencia de Fiebre Aftosa. Pirbright (R>U>), en el desarrollo de kits de ELISA.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO HCP/1: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Los países habrán desarrollado o aumentado su capacidad para eliminar algunos problemas originados por enfermedades transmisibles, especialmente lepra, oncocercosis, transmisión transfusional y vectorial de T. cruzi, treponematosis no venereas, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de guías e instrumentos para establecer o mejorar los planes nacionales y sub-regionales para prevención, eliminación o erradicación de enfermedades transmisibles prioritarias, así como la formación de recursos humanos a distintos niveles y apoyo a la investigación.

2. Cooperación para la formulación de planes nacionales y sub-regionales, incluida la diseminación de información, formación de recursos humanos a distintos niveles para apoyar la prevención de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

PROYECTO HCP/2: CALIDAD DE LOS ALIMENTOS**PROPOSITO**

Promover la adopción de métodos prácticos para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos y evitar pérdidas de los alimentos a causa de deficiencias en su calidad e higiene.

1. Habrá planes nacionales en ejecución, a distintos niveles, basados en normas e instrumentos aportados por la OPS, en al menos 20 países de la Región.

2. En los países del Cono Sur y en al menos 10 países de otras sub-regiones, estarán implementándose normas e instrumentos para evitar la transmisión transfusional de la tripanosomiasis americana y otras enfermedades transmisibles.

1. Se habrá promovido la adopción de normas, desarrollo de instrumentos legales para la vigilancia y tamizaje serológico de la sangre, en al menos 20 países.

2. Al menos 20 países realizan tamizaje al 100% por VIH y por arriba del 90% para T. cruzi, hepatitis B, hepatitis C, tripanosomiasis americana y sífilis y participarán en programas nacionales de proficiencia de serología para bancos de sangre.

3. Se dispondrá de guías y/o manuales (una por enfermedad), recursos humanos a distintos niveles (al menos 20 por país), así como de los productos de investigaciones operacionales y de campo (al menos 20 publicaciones). La información disponible se habrá diseminado selectivamente a los países de la región.

4. Se evaluarán los programas de prevención, control y/o eliminación de enfermedades en 16 países.

1. Se habrá diseminado información y promovido la adopción de normas en al menos veinte países para el control de CED e IRA.

2. Se dispondrá de recursos humanos a distintos niveles, para apoyar el manejo apropiado de los casos y las acciones de prevención, en la mayoría de los países del Area Andina y CAP.

3. Se habrá promovido la realización de actividades para el mejoramiento de agua segura y saneamiento básico en áreas de alto riesgo como actividades interdivisionales en por lo menos 10 países.

1. Al menos 10 países habrán elaborado planes nacionales y locales para la protección de los alimentos con la participación intersectorial.

2. Se habrán revisado y armonizado las normas sobre protección de los alimentos en 15 países y se habrá instrumentado una base de datos.

3. Estarán organizadas redes de laboratorios nacionales y una subregional en países del Area Andina y de Centroamérica.

Objetivos

RESULTADO ESPERADO

1. Se habrá apoyado a 10 países para formular programas nacionales y/o locales de protección de alimentos con participación intersectorial.

2. Se habrá apoyado a los países de Centro América y del Area Andina para establecer redes nacionales de laboratorios de análisis de alimentos y una subregional.

3. Divulgación del método HACCP apoyando su aplicación para inspección de carnes, pescados y mariscos en América Latina y el Caribe.

4. Sistemas de información y vigilancia de ETA, instrumentado y en operación en la Región.

5. Programas nacionales o locales para protección del consumidor, promovidos al menos en 10 países de América Latina y el Caribe.

Indicadores

4. Método HACCP estará siendo aplicado a la inspección de carnes, aves, pescados y mariscos en países de América del Sur y el Caribe.

5. Estarán en operación programas de protección al consumidor, al menos en cinco países.

1. Cinco países asesorados para la realización del inventario de instituciones con funciones en protección de alimentos.

2. Comités intersectoriales nacionales o locales promovidos y en operación en 10 países.

3. Planes de acción asesorados, revisados y formulados en 10 países.

4. Bases de datos sobre normas en protección de alimentos en un centro panamericano.

1. Manual de técnicas analíticas microbiológicas y de residuos químicos en alimentos editado y distribuido.

2. Sistema de garantía de calidad analítica interlaboratorial en operación para contaminantes químicos y microbiológicos de alimentos.

3. Personal de laboratorios de análisis químico y microbiológico de alimentos capacitado en al menos siete países.

1. Manual del método HACCP elaborado y distribuido en todos los países de América Latina y el Caribe.

2. Capacitación de al menos 100 profesionales de inspección de carnes, pescados y mariscos de América Latina y el Caribe.

3. Cinco países apoyados para el desarrollo de sistemas de registro y control de alimentos.

1. Revisión y actualización de la GUIAVETA.

2. Capacitación sobre epidemiología y vigilancia de las ETA en no menos de 1,200 funcionarios de 18 países.

3. Sistema de información regional de toxo-infecciones en operación en el INPPAZ.

1. Propuesta de programa de educación para el consumidor elaborado y distribuido en no menos de 10 países.

2. Modelos educativos para el consumidor aplicados y evaluados en tres países.

Objetivos

PROYECTO HCP/3: ETS/SIDA

PROPOSITO

Mejorar la capacidad técnica de dirección y de toma de decisiones para planificar, llevar a cabo y evaluar actividades apropiadas y oportunas para prevenir y controlar la transmisión del VIH y de las ETS y sus consecuencias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento de los nexos interprogramáticos e intersectoriales para lograr una respuesta multisectorial.

2. Se habrá creado un sistema de información y los instrumentos para la recopilación, el análisis y la difusión de los datos epidemiológicos y programáticos necesarios para la toma de decisiones, la planificación estratégica y la evaluación.

3. Para fines de 1997, se habrán promovido intervenciones preventivas y de atención relacionadas con la infección por el VIH y las ETS, en materia de comunicación social, mercadotecnia y otros, para su integración en los sistemas de atención primaria de salud.

Indicadores

1. Para fines de 1997, 80% de los países de las Américas tendrán en pleno funcionamiento un plan nacional de acción para la prevención y la atención del SIDA y de la infección por el VIH.

1. Para 1997, se habrá llevado a cabo en 15 países el adiestramiento en gerencia para representantes de los diversos sectores que participan en la prevención y el control de la infección por el VIH y las ETS.

2. Para 1997, se habrán establecido en la región y por lo menos en 10 países los comités coordinadores interinstitucionales operativos, para apoyar los esfuerzos nacionales de prevención y control.

3. Para 1997, se habrá prestado cooperación técnica a 20 países para ayudar en el desarrollo de planes nacionales multisectoriales de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y de las ETS.

1. Para 1997, se habrán distribuido a todos los países boletines anuales con información actualizada nacional sobre el SIDA, la infección por el VIH y las ETS.

2. Para 1997, se habrá llevado a cabo en 15 países el adiestramiento en análisis de la situación.

3. Para 1997, se habrá diseñado una herramienta programática de evaluación de situaciones y se habrá suministrado a 10 países mediante sesiones de adiestramiento.

4. Para 1997, se habrá efectuado la evaluación de las repercusiones de las actividades preventivas en seis países.

1. Para 1997, se habrá llevado a cabo el adiestramiento en la programación sobre el uso de condones, al menos en 15 países.

2. Para 1997, se habrá prestado cooperación técnica para el diseño de intervenciones culturales específicas en 15 países.

3. Para 1997, se habrá efectuado el adiestramiento sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección por el VIH y de las infecciones oportunistas al menos en 9 países.

4. Para 1997, se habrá impartido adiestramiento en el método síndromico para el tratamiento clínico de las ETS, por lo menos en 10 países.

Objetivos

4. Formular planes nacionales para la eliminación de la sífilis congénita y fomentar su puesta en práctica.

PROYECTO HCP/4: ENFERMEDADES INFECCIOSAS**PROPOSITO**

Los países habrán desarrollado o mejorado su capacidad para detectar y analizar cambios en la frecuencia y en el impacto de las enfermedades infecciosas, lo que les permite orientar la implementación de medidas de prevención y control oportuna y efectivamente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Colaboración para el desarrollo de acciones integradas para la prevención y control de las enfermedades infecciosas y las transmitidas por vectores, en los países endémicos.

2. Colaboración para el establecimiento o mejoramiento de sistemas de información epidemiológica descentralizados y adecuadamente estandarizados.

3. Cooperación técnica dirigida hacia el establecimiento o fortalecimiento de planes nacionales para la prevención de las enfermedades transmisibles (también algunas de las emergentes), que incluirán la formulación de políticas y estrategias para su ejecución en el nivel local, en un enfoque intersectorial y con participación social.

Indicadores

1. Para 1997, se habrá prestado cooperación técnica a 10 países para la formulación de estrategias y normas nacionales.

2. Para 1997, se habrá impartido adiestramiento en normas de vigilancia y prevención para uso en los servicios públicos de atención prenatal en 20 países.

1. Todos los países de la Región estarán actuando temprana y eficientemente en el control de las epidemias durante 1996.

2. La casuística por epidemias se habrá reducido en un 50% a finales de 1997, en comparación con datos de 1995.

1. Todos los países realizarán acciones de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades infecciosas prioritarias en la Región, en apego a normas y procedimientos mejorados, producto de la cooperación técnica ofrecida por HCP/OPS.

2. Los niveles de infestación de *Ae. aegypti* deberán ser inferiores al 5% en 1997, en comparación con datos de 1995.

3. En cuatro países de CAP (HON, GUT, ELS y NIC) se estarán utilizando recursos de cooperación externa para mantener acciones de control de ETS en el nivel local y en BRA, PAR, VEN, GUY y HAI, se estará promoviendo la implementación de las estrategias globales para el control de la malaria.

1. En por lo menos 10 países se dispondrá de recursos humanos capacitados a distintos niveles, para el análisis epidemiológico y la evaluación de servicios de salud.

2. En por lo menos 20 países se habrá promovido la implementación de normas y procedimientos para el manejo apropiado, tanto clínico como terapéutico, en apego a guías preparadas por OPS/OMS.

3. Se habrá colaborado en el fortalecimiento de sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la lepra, la tuberculosis y la oncocercosis; se habrá mejorado asimismo el diagnóstico y el tratamiento completo y sostenido, en los 10 países más afectados de la Región.

1. Se habrá promovido en 10 países la adopción de normas, instrumentos técnicos y legales para el fortalecimiento de los planes.

2. Se estará concretando en el 8% de países el desarrollo de capacidad para la implementación de la estrategia global para el control de la malaria.

3. Se dispondrá de guías (una por enfermedad) para el manejo clínico apropiado de las enfermedades prioritarias, así como algunas emergentes, incluida la terapia específica.

Objetivos

PROYECTO HCP/5: SALUD PUBLICA VETERINARIA

PROPOSITO

Los países habrán mantenido y consolidado los programas de Salud Pública Veterinaria dirigidos a mejorar la salud animal y la productividad agropecuaria mediante el control y erradicación de enfermedades prioritarias y el desarrollo del conocimiento sobre otros riesgos derivados de la producción animal y tenencia de animales acompañantes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá colaborado para mantener la decisión política y fortalecer los programas nacionales para la eliminación de la rabia.

2. Se habrá colaborado con los países libres de rabia para mantener su situación.

3. Fortalecimiento de los programas nacionales y subregionales de erradicación de la tuberculosis bovina y control y eliminación de hidatidosis.

PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Indicadores

1. Se habrá reducido el número de casos de rabia humana y canina a menos de 150 y 3,000, respectivamente en la Región y los países libres habrán mantenido su situación.

2. Todos los países estarán participando del sistema continental de vigilancia epidemiológica de rabia transmitida por el perro y la silvestre.

3. Planes nacionales y subregionales de erradicación de tuberculosis bovina instrumentados en países del Area Andina, Centro América y Cono Sur.

4. Planes de control y eliminación de hidatidosis en operación en seis países.

5. Sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas en operación en países del Area Andina, Centro América y México.

6. Planes nacionales y locales de control de zoonosis parasitarias, en operación al menos en ocho países.

1. Al menos 10 países llevarán a cabo la planificación y ejecución de las campañas de vacunación masiva de perros.

2. Se habrán organizado y coordinado ocho reuniones bilaterales para definir acciones de frontera.

3. Se habrá dado capacitación sobre vigilancia epidemiológica al menos a ocho países.

4. El monitoreo de calidad de diagnóstico habrá sido sostenido.

5. Al menos 700 funcionarios de centros de salud habrán sido capacitados sobre atención a personas expuestas al riesgo de rabia.

1. Metodología de evaluación de riesgos de rabia en países y áreas libres elaborada y distribuida.

2. Se habrá apoyado a seis países libres de rabia para realizar el análisis de riesgos y preparar los planes de contingencia.

1. Planes nacionales de erradicación de tuberculosis bovina revisados y actualizados en los países del Cono Sur y Centro América y planes de control/eliminación de hidatidosis en dos países.

2. Cursos de epidemiología y control de tuberculosis realizados.

3. Personal de laboratorio de los países de Centro América capacitados en diagnóstico de tuberculosis.

Objetivos

4. Ejecución del sistema regional de vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas.

5. Cooperación para la elaboración y puesta en marcha de planes nacionales y/o locales para el control de teniasis y cisticercosis.

6. Apoyo a los países libres de fiebre aftosa (Norte, Centro Américas y el Caribe) para que mantengan su situación, mediante el reforzamiento de los sistemas cuarentenarios y a los países de América del Sur para que mantengan los programas de control y ampliación de las áreas en proceso de erradicación.

7. Cooperación para los estudios sobre análisis de riesgo y colaboración en la elaboración de planes nacionales o locales para la prevención y control de zoonosis emergentes.

Indicadores

4. Nueva técnica de diagnóstico de equinococosis desarrollada y divulgada.

5. Apoyo para la capacitación en vigilancia epidemiológica de hidatidosis en cuatro países.

1. Instrumentación de técnicas de diagnóstico de referencia en México, Colombia, Venezuela, Brasil y de técnicas serológicas en otros cuatro países.

2. Plan de acción revisado y distribuido a todos los países de la Región.

3. Recursos humanos capacitados en cuatro países sobre vigilancia epidemiológica de las encefalitis equina.

1. Planes de control de teniasis y cisticercosis operando en ocho países.

2. Diagnóstico de situación de fasciolosis realizado en al menos cuatro países.

3. Técnicas de diagnóstico para humanos instrumentadas en cuatro países.

4. Propuesta de vigilancia y control de fasciolosis elaborada y distribuida.

1. Se habrán convocado las comisiones de países libres y se habrá reforzado la decisión política para el mantenimiento de medidas cuarentenarias.

2. Se habrán realizado al menos dos simulacros para operacionalización de los sistemas de cuarentena y de emergencia.

3. Se habrá colaborado en la ampliación en un 20% el número de comités locales de atención veterinaria con participación de los productores.

4. Se habrán capacitado no menos de 300 funcionarios de los servicios de vigilancia epidemiológica y de gerencia de programas.

5. Al menos ocho reuniones de frontera habrán sido organizadas y coordinadas.

6. A través de COSALFA se habrán revisado y adecuado los planes nacionales y subregionales anuales.

1. Se habrán elaborado, al menos en cinco países, planes nacionales y/o locales para prevención y control de zoonosis emergentes.

2. Al menos tres países habrán realizado estudios de riesgo de zoonosis emergentes en ciudades y/o puertos.

Objetivos

8. Servicios de salud animal y salud pública veterinaria de América Latina y el Caribe apoyados para el desarrollo técnico administrativo.

9. Acciones integradas para la conservación de ecosistemas naturales y del medio ambiente de la producción y tenencia de animales habrán sido promovidas en países de Sur América y el Caribe.

PROYECTO HCP/6: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO-TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Apoyar la adopción por los países miembros de políticas viables y eficaces en función de los costos, y de estrategias y programas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de gran importancia para la salud pública (por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, diabetes mellitus, hipertensión y traumatismos).

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecimiento de una red limitada de centros de recursos especializados para suministro de información y recopilación, análisis y disseminación de datos.

2. Fortalecimiento de la capacidad para evaluar y asignar prioridades a los problemas de las enfermedades no transmisibles a nivel nacional y local.

3. Políticas, programas o proyectos de demostración para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles formulados e identificados o iniciados.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Indicadores

1. Siete países apoyados en la gestión de transformación del sector y modernización de los servicios públicos.

2. Cuatro países apoyados para el fortalecimiento técnico-gerencial de los laboratorios de salud animal y salud pública veterinaria.

3. La enseñanza de la salud pública veterinaria fortalecida en 10 escuelas de medicina veterinaria.

1. Programas para conservación y uso racional de animales de laboratorio, en ejecución en seis países, y de manejo sostenido de los recursos naturales de fauna y flora en dos países.

2. Se habrá colaborado para la realización de estudios de caracterización de estudios de caracterización de riesgos para la salud y ambiente, en cinco ciudades y en explotaciones pecuarias diversas.

3. Programas de control en el uso de plaguicidas, fauna nociva y desechos de producción animal en ejecución en cinco países.

1. Adopción por los países miembros de políticas, estrategias y programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, e inicio de la cooperación técnica para lograr su puesta en práctica.

1. Red regional de recursos establecida para las enfermedades no transmisibles de gran importancia para la salud pública.

1. Evaluación de la capacidad para fijar prioridades, las medidas para mejorar la capacidad identificada y la cooperación técnica para fortalecer la capacidad (donde se justifique) en curso en 3 países.

1. Políticas y programas formulados y proyectos de demostración identificados o iniciados en 5 países.

Objetivos

4. Diseño e inicio de actividades de adiestramiento con miras a fortalecer la capacidad para la formulación, la ejecución y la evaluación de programas de control y prevención de enfermedades no transmisibles.

5. Integración de las prácticas de prevención de enfermedades no transmisibles iniciada en la atención clínica y en los sistemas de salud.

PROYECTO SVI/1: INMUNIZACION**PROPOSITO**

Reducir la morbilidad y la mortalidad por difteria, tos ferina, tuberculosis, tétanos neonatal, hepatitis B, rubéola y sarampión (y otras enfermedades inmunoprevenibles de importancia epidemiológica regional o local), promoviendo la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios de inmunización eficientes y efectivos a la población infantil contra estas enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponibilidad de normas y manuales sobre políticas y estrategias de vacunación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en el contexto de los servicios generales de salud.

(Coordinación interprogramática con DAP y las Divisiones de Salud en el Desarrollo, Desarrollo de Sistemas de Salud y Promoción y Protección de la Salud).

2. Definición de los parámetros epidemiológicos para determinar la prioridad en la introducción de nuevas vacunas en los programas nacionales de vacunación.

(Coordinación interprogramática con la División de Salud en el Desarrollo y División de Desarrollo de Sistemas de Salud).

Indicadores

1. Actividades de adiestramiento ejecutadas para 5 países.

1. Reorientación de la atención clínica en curso con proyectos en 5 países.

1. Mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en las Américas.

2. Control/eliminación del tétano neonatal.

3. Reducción de la incidencia en menos de 10 casos/100.000 hab para 1997 y eliminación del sarampión en las Américas para el año 2000.

4. Establecimiento de sistemas de información y vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación en todos los países de la Región.

5. Introducción en la rutina de los programas de vacunación nuevas vacunas o vacunas mejoradas, siempre y cuando disponibles y asegurado su suministro en los servicios de salud.

6. Autosuficiencia nacional para el suministro de vacunas.

1. Cobertura de por lo menos 85%, en cada municipio, de los niños menores de un año con las vacunas DPT, antisarampionosa, OPV, BCG, y 80% de las mujeres en edad fértil en las áreas de riesgo al tétano neo-natal.

1. Vacunas contra la hepatitis B introducida en las áreas de riesgo y/o grupos poblacionales en riesgo para esta enfermedad.

2. Identificación de la magnitud del problema epidemiológico de la rubéola y haemophilus influenzae b en los países.

3. Introducción de la vacuna anti-amarilica en las áreas y poblaciones de riesgo.

Objetivos

3. Disponibilidad de manuales y normas para organización de sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica para la gestión de programas nacionales de vacunación.

(Coordinación interprogramática con las Divisiones de Salud en el Desarrollo y Desarrollo de Sistemas de Salud).

4. Disponibilidad de manuales y normas para el diagnóstico laboratorial de las enfermedades inmunoprevenibles y coordinación de la red regional de laboratorios de referencia.

(Coordinación interprogramática con la División de Desarrollo de Sistemas de Salud).

5. Elaboración de protocolos de investigaciones operacionales que favorezcan la mejora de los programas nacionales (métodos de diagnóstico, eliminación de oportunidades perdidas, aplicación de recursos).

(Coordinación interprogramática con las Divisiones de Salud en el Desarrollo, Desarrollo de Sistemas de Salud y Promoción y Protección de la Salud).

6. Operación del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas.

(Coordinación interprogramática con APO y AFI).

7. Coordinación inter-agencial en los asuntos relacionados a la cooperación técnica y financiera a los programas nacionales de vacunación.

(Coordinación interprogramática con DEC).

8. Disponibilidad de la metodología para identificación de la aplicación de los recursos disponibles a los programas de vacunación de acuerdo al riesgo epidemiológico.

(Coordinación interprogramática con la División de Desarrollo de Sistemas de Salud).

Indicadores

1. Todos los países tendrán desarrollado sus sistemas de información y vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles.

2. Disponibilidad del sistema computarizado de vigilancia e información en todos los países.

3. Información de coberturas de vacunación y sobre morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles por municipio en cada país.

4. Publicación de boletines semanales y bi-mensuales con información actualizada sobre las enfermedades inmunoprevenibles.

1. Funcionamiento de la red regional de diagnóstico laboratorial para enfermedades inmunoprevenibles.

1. Realización de encuestas de oportunidades perdidas de vacunación en 8 países.

2. Realización de encuesta de campo para la determinación del uso de pruebas de diagnóstico para el sarampión.

3. Encuestas en seis países sobre la distribución de los recursos nacionales en relación a las áreas de mayor riesgo.

1. Auto-suficiencia en el financiamiento nacional para la compra de vacunas de buena calidad.

1. Mejor utilización de los recursos nacionales y externos aplicados en los programas nacionales.

2. Comites de Coordinación Inter-agencial funcionando en todos los países.

1. Distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades de cada municipio.

2. Cobertura de vacunación por municipio.

3. Morbilidad y Mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles por municipio.

Objetivos

9. Disponibilidad de manuales y guías de campo para la capacitación de los recursos humanos en la planificación, implementación y evaluación de los programas nacionales de inmunización.

(Coordinación interprogramática con la División de Desarrollo de Sistemas de Salud).

PROYECTO SVI/2: CONTROL CALIDAD DE VACUNAS**PROPOSITO**

Promover y fortalecer las actividades relacionadas con vacunas: estudios epidemiológicos, investigación y desarrollo tecnológicos, producción, control de calidad de vacunas con énfasis en las vacunas consideradas en los programas nacionales y regionales de inmunización.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de metodología para estudios epidemiológicos y preparación de proyectos de desarrollo tecnológico para mejorar las vacunas actuales y nuevas vacunas.

(Coordinación interprogramática con la División de Salud en el Desarrollo).

1. Desarrollo de 25 proyectos individuales, institucionales y multi-institucionales de investigación y desarrollo de vacunas en la Región.

2. Establecer una rutina de operaciones de la red de laboratorios de control de calidad, con la participación de todos los laboratorios nacionales de control en la Región.

(Coordinación interprogramática con la División de Desarrollo de Sistemas de Salud).

Indicadores

1. Realización de talleres de capacitación a nivel de los países.

2. Reuniones sub-regionales para el intercambio de información sobre los avances de los programas nacionales.

1. Autosuficiencia nacional y regional de vacunas utilizadas en el Programa Ampliado de Inmunización en tres países.

2. Existencia de 10 proyectos con articulación interinstitucional e interregional de investigación y desarrollo tecnológico para mejorar las vacunas existentes y nuevas de interés regional e interregional.

3. Existencia de 5 laboratorios de producción de biológicos con la implementación del programa de certificación y consorcio de los laboratorios productores de vacunas en la Región.

4. Participación de 9 laboratorios nacionales de control de calidad en la implementación del sistema de Red de Laboratorios de Control de Vacunas en la Región.

2. Desarrollo de un sistema de información que apoye las actividades relacionadas con el programa de investigación y desarrollo de vacunas.

3. Organización de cuatro reuniones de evaluación y seguimiento de los proyectos desarrollados.

1. Participación de nueve laboratorios nacionales de control en el programa de la red de control de calidad de vacunas de la Región.

2. 80% de las vacunas utilizadas en la región sometidas y controladas por la red de laboratorios de control de calidad.

3. Desarrollo y establecimiento de 10 patrones de referencia regional para el control de vacunas de interés nacional.

4. Desarrollo de un sistema de información con finalidad de interconexión de los laboratorios de la red con los laboratorios de la red de control de calidad.

5. Organización de tres talleres en el área de control de calidad.

Objetivos

3. Establecer el Programa de Certificación de los Laboratorios productores de vacuna DTP en la Región.

(Coordinación con la División de Desarrollo de Sistemas de Salud).

4. Establecer el consorcio de laboratorios públicos productores de vacunas DTP en la región.

PROYECTO CEC/1: COORDINACION CAREC

PROPOSITO

Se logrará la gestión eficiente y eficaz de los recursos del Centro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los servicios administrativos serán mejores y más eficientes.

2. Se logrará la gestión y el uso más eficaces de los fondos.

3. Las políticas, normas y sistemas de recursos humanos estarán plenamente institucionalizadas y en ejecución. Se racionalizará la dotación de personal; este será productivo y estará satisfecho.

Indicadores

1. Participación de 9 laboratorios productores en el Programa de Certificación de Laboratorios productores de vacuna DTP de la Región: 5 laboratorios de producción reciben la certificación.

1. Participación de cinco laboratorios productores en el programa de consorcio de laboratorios públicos de la vacuna DTP.

1. Todos los manuales de procedimientos y de sistemas se habrán finalizado y estarán en uso por todo el personal.

1. El sistema de gestión financiera integrada estará plenamente implantado y será usado por 80% del personal.

2. Los mecanismos de recuperación de costos estarán plenamente institucionalizados y funcionando.

3. El flujo de efectivo para el presupuesto operativo aumentará a 90%.

4. El fondo de operaciones registrará un crecimiento positivo.

5. El financiamiento extrapresupuestario se mantendrá a un nivel de 50% del presupuesto total.

1. El sistema de planificación de recursos humanos y sucesión estará funcionando en febrero de 1996.

2. El sistema automatizado de recursos humanos y nómina de sueldos estará funcionando y será usado por todo el personal de recursos humanos en julio de 1996.

3. El sistema de clasificación y compensación se habrá revisado y actualizado en 1997.

4. Se brindarán oportunidades de adiestramiento al personal de todas las categorías.

Objetivos

4. Se logrará la disponibilidad y el uso óptimos de la planta física.

5. Se habrá puesto en efecto el servicio integral de gestión de materiales.

6. Se contará con servicios de información sanitaria con capacidad de respuesta y actualizados.

7. Se contará con servicios integrados de sistemas de apoyo.

Indicadores

1. El tiempo en que el equipo no está en uso se habrá reducido para 1997.

2. Continuará el mejoramiento de la infraestructura.

3. El plan maestro se habrá revisado y ejecutado conforme lo permitan los recursos.

4. El sistema de mantenimiento preventivo habrá evolucionado plenamente (para julio de 1996) para permitir tomar decisiones de gestión bien fundadas.

1. El sistema automatizado de almacenamiento en bodegas y de inventarios estará funcionando a cabalidad.

2. Los sistemas computadorizados de compras y de cuentas estarán totalmente vinculados para marzo de 1996.

3. Se elaborarán informes de gestión en forma mensual, o según sea necesario, para que los funcionarios que toman las decisiones los utilicen como guía.

4. El tiempo de despacho en las compras locales habrá disminuido 50%.

1. Se mantendrán las colecciones de revistas de salud pública y de obras de consulta esenciales.

2. Se creará una colección de CD-ROM.

3. Se ampliarán los nexos con las redes de comunicación, y el correo electrónico estará al alcance de los usuarios.

1. Se prestarán servicios de programación a todas las unidades del CAREC.

PROYECTO CEC/2: SIDA**PROPOSITO**

Los programas contra el SIDA en los países miembros pondrán en práctica estrategias de comunicación y de intervención conductual eficaces en función de los costos.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se estrechará la relación entre los programas nacionales contra el SIDA y los medios de información nacionales y regionales.
2. Se actualizarán los servicios de información sobre SIDA y ETS.
3. Aumentará la participación comunitaria en la prevención del SIDA y las ETS.
4. Se habrán ejecutado campañas nacionales y regionales de comunicación, así como intervenciones conductuales focalizadas.

PROYECTO CEC/3: DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DE ETS/VIH

PROPOSITO

Se proporcionarán en los países miembros servicios apropiados y eficaces de diagnóstico y manejo clínico de la infección por el VIH y las ETS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se fortalecerán los servicios de diagnóstico de la infección por el VIH y las ETS en los laboratorios privados y públicos.

Indicadores

1. Para diciembre de 1998, cada año se prepararán por lo menos dos carpetas de material informativo que se distribuirán a los medios de comunicación.

1. Para diciembre de 1997, se habrá facilitado apoyo técnico a un mínimo de 10 programas nacionales contra el SIDA para que mejoren o creen los servicios de información sobre SIDA y ETS.

2. Para diciembre de 1997 se habrán publicado tres números al año del boletín informativo AIDS Window.

1. Para diciembre de 1997 se habrá apoyado a por lo menos 6 ONG nacionales para que ejecuten intervenciones relacionadas con el SIDA y las ETS.

2. Para diciembre de 1997, el CAREC habrá ayudado como mínimo a 4 programas nacionales contra el SIDA a identificar posibles asociados entre las ONG y los grupos de la comunidad y a movilizarlos para apoyar los esfuerzos de prevención de la infección por el VIH y las ETS.

1. Para diciembre de 1997, en al menos 9 países miembros se habrá creado la capacidad de utilizar el proceso de mercadeo social para desarrollar estrategias de comunicación e intervenciones conductuales relacionadas con el SIDA y las ETS.

2. Para diciembre de 1997 se habrá efectuado el análisis completo de los comportamientos de riesgo en al menos 6 países miembros.

1. Para diciembre de 1997, en al menos 8 países miembros se prepararán y vigilarán sistemáticamente cuadros, gráficos y registros adecuados de control de calidad en relación con todas las pruebas.

2. Para diciembre de 1997, en al menos 7 países miembros 95% de las muestras recibidas por los laboratorios públicos se procesarán en el tiempo especificado.

3. Para diciembre de 1997, en al menos 13 países miembros los laboratorios públicos identificarán correctamente 95% de las muestras para evaluar el desempeño.

Objetivos

2. Se apoyará la investigación y el desarrollo en materia de infección por el VIH y ETS.

3. Se fortalecerán los servicios de diagnóstico de infección por el VIH y ETS en los laboratorios privados y públicos.

PROYECTO CEC/4: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**PROPOSITO**

Los países habrán reforzado sus programas nacionales de vigilancia epidemiológica

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se fortalecerá la capacidad de vigilancia en los países miembros.

2. Las bases de datos para las estadísticas vitales y sanitarias se mejorarán y estarán en uso en los países miembros.

Indicadores

1. Se difundirán a los países los resultados de la evaluación periódica de los estuches de pruebas para infección por el VIH y ETS, con las recomendaciones apropiadas.

2. Para diciembre de 1997, en al menos 4 países miembros estará en marcha la red de vigilancia de Neisseria gonorrhoeae.

1. Para diciembre de 1997, en al menos 8 países miembros se prepararán y vigilarán cuadros, gráficos y registros de control de calidad adecuados en relación con todas las pruebas.

2. Para diciembre de 1997, en al menos 7 países miembros 90% de las muestras recibidas en los laboratorios públicos se procesarán en el tiempo especificado.

3. Para diciembre de 1997, en al menos 13 países miembros los laboratorios públicos identificarán correctamente las muestras usadas en la evaluación del desempeño.

1. Para diciembre de 1997, el sistema CARISURV para la vigilancia de enfermedades transmisibles estará instalado en al menos 10 países miembros.

2. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se habrán revisado y actualizado los procedimientos de notificación de enfermedades transmisibles.

3. Para diciembre de 1997, en 4 países miembros el sistema de vigilancia de traumatismos basado en hospitales se habrá integrado al sistema de información hospitalaria.

1. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se habrán examinado y modificado los procedimientos de registro para los datos de mortalidad.

2. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se habrá actualizado e implementado el software MORTBASE.

3. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se habrá impartido capacitación acerca de la CIE-10 a todo el personal de registro de estadísticas sanitarias.

4. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se prepararán sistemáticamente informes anuales de los oficiales médicos principales.

Objetivos

3. Se fortalecerá la capacidad de los países miembros para la investigación de brotes epidémicos y la respuesta frente a los desastres.

4. Mejorarán los conocimientos y las aptitudes en epidemiología, vigilancia epidemiológica y bioestadística del personal sanitario en todos los países miembros.

5. Las actividades de control de enfermedades mejorarán en todos los países miembros.

6. Se iniciarán programas de investigación y desarrollo en todos los países miembros del CAREC.

Indicadores

1. Para diciembre de 1997, el personal del CAREC participará de manera rápida y oportuna en las investigaciones sobre el terreno solicitadas por los países miembros.

2. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se habrán examinado y modificado los procedimientos para la investigación de brotes epidémicos y la respuesta frente a los desastres.

1. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se dará capacitación sobre epidemiología y bioestadística a determinados funcionarios.

1. Para diciembre de 1997, se habrá logrado mejorar la vigilancia y las actividades de control de la lepra en los países miembros donde la enfermedad continúa siendo un problema.

2. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros habrán mejorado la vigilancia y las actividades de control de la tuberculosis.

3. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros habrán mejorado la vigilancia y las actividades de control del dengue.

4. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros habrá mejorado la vigilancia de las ETS y la infección por el VIH.

5. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros habrá mejorado la vigilancia de las enfermedades incluidas en el PAI.

6. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros habrá mejorado la vigilancia de las enfermedades diarreicas.

1. Para diciembre de 1997, al menos 4 países miembros habrán recibido ayuda en la preparación de propuestas de investigación para obtener financiamiento.

2. Para diciembre de 1997, la División de Financiamiento habrá presentado al menos 4 propuestas de investigación en las esferas de la vigilancia de factores de riesgo conductuales, la prevención y el control de enfermedades crónicas y la seroprevalencia del VIH.

3. Se elaborarán métodos apropiados para la vigilancia de las infecciones que están surgiendo, en colaboración con otros organismos internacionales de salud pública.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO CEC/5: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES****PROPOSITO**

Fortalecer las capacidades de los laboratorios nacionales para la vigilancia y el control de las enfermedades transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se fortalecerá en los países miembros la vigilancia de las enfermedades diarreicas y las enfermedades transmitidas por los alimentos.

2. Se iniciará el control de las infecciones micobacterianas.

3. El control de enfermedades transmitidas por vectores habrá mejorado en los países miembros.

1. Para 1997, se facilitarán a los países miembros servicios oportunos de laboratorio de referencia y de remisión.

2. Para diciembre de 1997, en al menos 4 países miembros se impartirá capacitación sobre enfermedades diarreicas y enfermedades transmitidas por los alimentos.

3. Para diciembre de 1997, en al menos 2 países se habrá iniciado la vigilancia de laboratorio de las enfermedades diarreicas y las enfermedades transmitidas por los alimentos.

4. Se obtendrá financiamiento para el estudio sobre la diarrea del viajero y su repercusión en el turismo. (CDC, CAREC, países miembros)

5. Se presentará una propuesta de financiamiento para la investigación de la UWI y el CAREC sobre la industria de los mariscos.

1. Para enero de 1997, se facilitarán a todos los países servicios oportunos de laboratorio de referencia.

2. Para diciembre de 1997, en todos los países miembros se habrá iniciado la vigilancia de la farmacorresistencia múltiple de Mycobacterium tuberculosis y MAI.

3. Para septiembre de 1996, en todos los países se habrá impartido capacitación sobre normas de seguridad y se habrán ideado medidas de seguridad eficaces en función de los costos.

4. Para diciembre de 1997, en todos los países se empezará a usar la tecnología apropiada para el control de M. tuberculosis.

5. Para junio de 1997, en 3 países miembros se habrán fortalecido los servicios de laboratorios de referencia en relación con M. tuberculosis.

6. Para junio de 1997, en todos los países habrá sistemas de garantía de la calidad para M. tuberculosis y Mycobacterium leprae.

1. Se proporcionarán a los países miembros servicios de laboratorio oportunos tanto de referencia como de remisión.

2. Para diciembre de 1997, en al menos 6 países miembros se habrán iniciado programas de adiestramiento para profesionales de laboratorio y clínicos.

Objetivos

4. Se dará apoyo a los programas de control de la infección por el VIH, el SIDA y las ETS.

5. El programa de garantía de la calidad en el laboratorio se ejecutará en todos los países miembros.

6. En los países miembros del CAREC se habrán iniciado programas de investigación y desarrollo y de adiestramiento.

7. Se vigilarán las infecciones que están surgiendo.

Indicadores

3. Para diciembre de 1997, en al menos 10 países miembros se habrán ideado y demostrado técnicas adecuadas para el control de vectores.

4. Para fines de 1996, en colaboración con la unidad EPID de CPC, se habrán formulado estrategias de comunicación para los países miembros.

5. Se presentarán propuestas de proyectos relacionados con malaria y dengue.

1. Se proporcionarán de manera oportuna servicios de laboratorio de referencia y de remisión.

2. Para fines de 1996, se habrá ayudado a los países miembros a poner en práctica estrategias alternativas de pruebas y sistemas de garantía de la calidad.

3. Para 1995, se habrán presentado propuestas y se habrá obtenido financiamiento para proyectos relativos al diagnóstico de las infecciones pediátricas por el VIH y a la vigilancia inmunológica de la infección por el VIH y el SIDA.

4. Para 1996, en todos los países miembros se habrá puesto en marcha el programa de vigilancia de la resistencia a los antibióticos por N. gonorrhoeae, y se habrá obtenido financiamiento.

1. Para fines de 1997, al menos 12 países miembros recibirán del CAREC adiestramiento y promoción de la garantía de la calidad.

2. En todos los países miembros se llevarán a cabo evaluaciones semestrales de seguimiento del adiestramiento impartido, a fin de vigilar la ejecución.

1. Para junio de 1997, se habrá ayudado a al menos 3 países miembros en la preparación de propuestas de investigación para obtener financiamiento.

2. Para diciembre de 1996, cada año se celebrarán al menos 4 talleres sobre temas de laboratorio, sobre la base de recuperación de costos.

3. En colaboración con otros organismos internacionales de salud pública, se elaborará tecnología apropiada para el diagnóstico de las infecciones que están surgiendo.

1. Se facilitarán oportunamente servicios de referencia y remisión en relación con las infecciones que están surgiendo que tienen importancia para la salud pública.

2. Se difundirá oportunamente a todos los países miembros, según sea necesario, información sobre las infecciones que están surgiendo.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO PAZ/1: DIRECCIÓN Y DESARROLLO FUNCIONAL****PROPOSITO**

Que los países dispongan de los servicios de cooperación técnica del INPPAZ.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponer eficaz y eficientemente de los recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros del INPPAZ.

2. Coordinar las actividades de investigación con las áreas técnicas de la Organización e Instituciones Nacionales dentro del marco de los Programas regionales de protección de alimentos y control de zoonosis.

3. Mantener el desarrollo institucional del INPPAZ.

4. Incrementar la armonización de normas para facilitar el comercio internacional de alimentos.

5. Concertar con los países mecanismos de acompañamiento a las iniciativas de articulación entre las instituciones Nacionales que llevan a cabo labores normativas ejecutivas, de supervisión y de evaluación de servicios analíticos, inspección sanitaria, vigilancia epidemiológica de ETA y de protección al consumidor y de éstas con las encargadas de nutrición y seguridad alimentaria.

1. N° y tipo de servicios de referencia realizados.
2. N° y tipo de servicios de cooperación técnica directa.
3. N° de servicios de información provista a los países.
4. N° y tipo de funcionarios capacitados.

1. Informe de ejecución presupuestaria.
2. Informe del Progreso Cuatrimestral.
3. Informe anual de actividades.

1. N° de proyectos de investigación programados y estado de ejecución.
2. N° de resultados transferidos a los países.
3. Cantidad de recursos movilizados.

1. Actualización de la planta de personal.
2. N° de personal que se capacitó.
3. Tecnologías con innovación metodológica y operativa incorporadas

1. Banco de datos en funcionamiento con la legislación de los países del MERCOSUR.
2. N° de normas propuestas.
3. N° de normas armonizadas.
4. Participación en las reuniones multilaterales o bilaterales.

1. N° y porcentaje de países con encuestas de inventario institucional realizado.
2. Disponibilidad y actualización de base de datos elaborada para la información de recursos y actividades de los programas nacionales de protección de alimentos.

Objetivos

6. Poner en marcha el programa regional de garantía de calidad analítica de contaminantes químicos y microbiológicos de los alimentos.

7. Difundir el método HACCP en la inspección y control de alimentos de origen animal en los países del Cono Sur y del Caribe.

8. Poner en operación el sistema de información regional sobre vigilancia epidemiológica de las ETA.

9. Modelos educativos y de comunicación social sobre higiene y calidad de los alimentos para protección del consumidor desarrollados.

Indicadores

3. N° de países a los que se distribuyó y utilizan la base de datos.

4. N° de funcionarios capacitados.

5. Elaboración de modelos alternativos de articulación intra e intersectorial.

1. N° de países que implementaron el programa de garantía de calidad en los laboratorios nacionales de referencia para microbiología.

2. N° de funcionarios capacitados.

3. Patrones elaborados y suministrados por país.

4. N° de países que implementaron el programa de garantía de calidad en los laboratorios nacionales de referencia para residuos químicos.

5. N° de pruebas interlaboratoriales regionales.

6. N° de centros colaboradores que han tenido participación.

1. N° de países que iniciaron el cambio de su legislación incorporando el sistema de HACCP.

2. N° de funcionarios capacitados.

3. N° de países con información.

1. N° de sobre VE-ETA publicados.

2. N° de funcionarios capacitados en VE-ETA.

3. N° de países atendidos.

1. Guía para la participación de la comunidad en los programas de protección de alimentos en los comités intersectoriales y en los SILOS.

2. N° de países atendidos con material informativo.

3. Estudios sobre conocimiento y comportamiento de la comunidad efectuados.

4. N° y tipo de eventos de capacitación promovidos y apoyados.

Objetivos

10. Mejorar la articulación intersectorial especialmente entre Agricultura, Salud y Turismo.

PROYECTO PAZ/2: PROGRAMAS INTEGRADOS**PROPOSITO**

Que en los países operen programas de protección de alimentos, del ámbito nacional y local, integrados intra e intersectorialmente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Entregar a los países servicios de referencia para la programación, evaluación y ejecución de las campañas para la eliminación de la rabia, diagnóstico, producción y control de calidad de biológicos y reactivos.

2. Mantener el sistema regional de información sobre la vigilancia epidemiológica de la rabia.

3. Entregar a los países servicios de referencia para la programación, evaluación y ejecución de las campañas para la eliminación de la tuberculosis y brucelosis, diagnóstico, producción y control de calidad de biológicos y reactivos.

Indicadores

1. N° de talleres nacionales realizados para propiciar la evaluación y programación de actividades conjuntas para el control de ETA de interés común (Hidatidosis, Triquinosis, Cisticercosis, Brucelosis).

2. N° de servicios de cooperación técnica directa y países atendidos.

1. N° de países con sistemas de gestión intra e intersectoriales en operación que incluya planeación, evaluación e información periódica.

2. N° de países con políticas, planes y normas aprobados.

1. N° y tipo de asesorías directas brindadas a los países a través del INPPAZ.

2. N° de funcionarios capacitados.

3. N° de diagnósticos y controles de calidad de referencia realizados por país.

4. Material técnico elaborado y distribuido.

1. N° de países que participan activamente en el sistema de información (rabia urbana y rabia silvestre) sobre el total de los países miembros.

2. N° de países con estudios de caracterización de riesgo.

3. N° de países que recibieron ATD y utilizan la caracterización con anticuerpos monoclonales como elemento de Vigilancia epidemiológica.

1. N° de países que recibieron cooperación técnica para los programas de erradicación de tuberculosis sobre el total de países seleccionados.

2. N° de países que recibieron cooperación técnica para los programas de erradicación de brucelosis sobre el total de países seleccionados.

3. N° de países con laboratorios de diagnóstico, producción y control de calidad de biológicos para el control de la tuberculosis y brucelosis.

4. N° de servicios de referencia en diagnóstico y control de calidad.

5. N° de funcionarios capacitados.

Objetivos

4. Entregar a los países servicios de referencia para la programación, evaluación y ejecución de las campañas para la eliminación y control de la hidatidosis y encefalitis, diagnóstico, producción y control de calidad de biológicos y reactivos.

5. Llevar a cabo conjuntamente con los países procesos de modernización de los servicios de salud pública veterinaria y salud animal.

6. Disponer de información científica y movilizar recursos humanos e instituciones (Centros Colaboradores)

PROYECTO PAZ/3: SERVICIOS ANALITICOS Y DE INSPECCION

PROPOSITO

Que los países tengan la capacidad analítica de contaminantes químicos y microbiológicos en los alimentos y que la mayoría de ellos apliquen normas y procedimientos modernos de inspección.

PROYECTO PAZ/4: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ETA

PROPOSITO

Que los países tengan sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las ETA y estrategias para su atención y control.

PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Indicadores

1. N° de países que recibieron cooperación técnica para los programas de vigilancia y control de hidatidosis sobre los siete países afectados.

2. N° de países que implementen la vigilancia epidemiológica sobre n° de países afectados.

3. N° de diagnóstico de referencia.

4. N° de funcionarios capacitados.

5. Cantidad de información suministrada.

1. N° de países que recibieron asesoría, para la actualización e información sobre enseñanza médica, salud pública veterinaria y salud pública.

2. N° de países con procesos de fortalecimiento de los servicios de SPV.

3. N° de funcionarios capacitados.

1. N° de países que recibieron cooperación técnica.

2. N° de información científica difundida.

3. N° de Centros Colaboradores participantes.

1. N° de países con laboratorios de referencia nacionales organizados en red.

2. N° de países con servicios de inspección adaptados a modernos sistemas de inspección y control de calidad sanitaria, que incluya normas ISO 9000 y HACCP.

3. N° de países con redes nacionales de laboratorios de alimentos y cantidad de instituciones incorporadas a los mismos.

1. N° de países con sistemas nacionales de VE-ETA en ejecución.

2. N° de investigaciones epidemiológicas realizadas.

3. N° de países con boletines de información sobre VE-ETA.

4. N° de países con sistema de articulación intersectorial especialmente entre Agricultura, Salud y turismo para el control de las ETA.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO PAZ/5: PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR**

PROPOSITO

que las poblaciones de los países estén informadas sobre las ETA.

1. N° de ONG participando en la programación y evaluación de los programas nacionales de protección de alimentos.
2. N° de ONG participando en la programación y evaluación de los programas locales de protección de alimentos.
3. N° de brotes de ETA notificados por la comunidad.
4. N° de países con normas de protección al consumidor.
5. N° de países con campañas de comunicación social para el control de las ETA.

PROYECTO PAZ/6: ZONOSIS

PROPOSITO

Que los países controlen y/o eliminen la rabia, tuberculosis, brucelosis y otras zoonosis.

1. N° de países con programas de control para cada una de las zoonosis de importancia regional o nacional.
2. N° de países con estructura gerencial para la ejecución, evaluación y preparación de informes periódicos de los programas de control.
3. Disminución de la morbi-mortalidad específica.
4. N° de países con programas de Salud Pública Veterinaria adaptados a los nuevos modelos tecnológicos y socioeconómicos.

PROYECTO AFT/1: AREAS LIBRES DE FIEBRE AFTOSA

PROPOSITO

Creación de nuevas áreas libres de fiebre aftosa y protección de las ya existentes.

1. Aumentar zonas libres de la enfermedad o sin la presencia clínica en cada una de las subregiones de acuerdo a la delimitación continental establecida en el PHEFA. Cono Sur - 100% de la población animal. Area Andina - 15% de la población animal. Cuenca Amazónica y Brasil no amazónico, excepto la región Sur - 20%
2. Mantener libres de fiebre aftosa el 100% de la población animal de las subregiones de Nor y Meso América y el Caribe, así como la de los países de América del Sur que ya son libres de la enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS

1. Apoyo al fortalecimiento de los programas nacionales; y del Proyecto de la Cuenca del Plata.

1. 80 técnicos entrenados para la formación de Comité locales con la nueva metodología de trabajo de campo en el Cono Sur.
2. FONPLATA habrá aportado recursos de apoyo al Proyecto Cuenca del Plata.
3. 125 participantes en seminarios para replantear sistemas de vigilancia epidemiológica en unidades de campo y laboratorio, de la región de la Cuenca del Plata.
4. Se habrán realizado 8 Reuniones de Frontera para promover programas específicos.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO AFT/2: AREA ANDINA

PROPOSITO

Implementar los programas contra la fiebre aftosa en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, dentro del marco del Plan Hemisférico

RESULTADOS ESPERADOS

1. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas nacionales de Atención Veterinaria en la Región.

PROYECTO AFT/3: AREA AMAZONICA

PROPOSITO

Apojar la implementación y ejecución del Programa de Erradicación de Brasil y en las áreas amazónicas no brasileras

RESULTADOS ESPERADOS

1. Contribuir al fortalecimiento del programa contra la fiebre aftosa en Brasil y áreas amazónicas no brasileras

PROYECTO AFT/4: MESOAMERICA Y CARIBE

PROPOSITO

Mantener libre de fiebre aftosa Mesoamérica y el Caribe, y los países y áreas libres de Sur América

RESULTADOS ESPERADOS

1. Apoyar al fortalecimiento de los sistemas de prevención de introducción de fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas

1. Un 10% de incremento en las comisiones locales con participación de productores

2. 20 o 25 participantes en seminarios para replantear los sistemas de vigilancia epidemiológica en unidad de campo y laboratorio.

1. 125 técnicos y agentes comunitarios entrenados para la formación de comités locales con la nueva metodología de trabajo de campo.

2. 80 evaluaciones conjuntas, con los países, de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

1. Incrementa de un 20% en las comisiones locales de atención veterinaria con participación de productores

2. Evaluación conjunta, con los países, de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

1. Se habrán realizado 8 reuniones de frontera para promover los programas contra la fiebre aftosa.

2. 160 técnicos y agentes comunitarios participan en servicios para la formación de Comités Locales con la nueva metodología de trabajo.

1. Se llevaran a cabo análisis de riesgo en la zonas libres de fiebre aftosa.

1. 80 participantes en seminarios subregionales de prevención e fiebre aftosa, de los países libres de la enfermedad.

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION

UBICACION	PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS			FONDOS NO ORDINARIOS		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
COOPERACION DIRECTA CON LOS PAISES	20,360,900	22,198,000	24,137,100	58,797,500	6,362,400	2,818,800
PROGRAMAS REGIONALES	6,129,800	5,868,500	6,203,000	4,424,600	1,957,600	712,700
CENTROS	11,530,500	11,820,800	13,308,200	17,774,700	13,451,100	13,051,500
DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	0	0	0	901,000	0	0
TOTAL	38,021,200	39,887,300	43,648,300	81,897,800	21,771,100	16,583,000

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	22,987,400	45	62	14,112,900	768,900	1,025,000	562,000	2,044,100	1,638,300	201,300	2,634,900
OMS - WR	15,033,800	37	16	9,365,300	790,400	839,400	340,000	1,520,500	972,500	38,500	1,167,200
TOTAL	38,021,200	82	78	23,478,200	1,559,300	1,864,400	902,000	3,564,600	2,610,800	239,800	3,802,100
% DEL TOTAL	100.0			61.7	4.1	4.9	2.4	9.4	6.9	.6	10.0
1996-1997											
OPS - PR	23,535,100	43	43	14,371,700	770,600	1,233,500	552,800	2,637,500	1,440,800	39,900	2,488,300
OMS - WR	16,352,200	35	16	9,687,900	1,019,900	960,000	355,500	1,606,700	1,053,300	34,200	1,634,700
TOTAL	39,887,300	78	59	24,059,600	1,790,500	2,193,500	908,300	4,244,200	2,494,100	74,100	4,123,000
% DEL TOTAL	100.0			60.3	4.5	5.5	2.3	10.6	6.3	.2	10.3
1998-1999											
OPS - PR	26,006,800	43	43	15,807,700	770,600	1,369,400	552,800	2,997,500	1,635,500	41,900	2,831,400
OMS - WR	17,641,500	35	16	10,320,100	1,019,900	1,044,800	355,500	1,814,200	1,196,900	37,300	1,852,800
TOTAL	43,648,300	78	59	26,127,800	1,790,500	2,414,200	908,300	4,811,700	2,832,400	79,200	4,684,200
% DEL TOTAL	100.0			59.9	4.1	5.5	2.1	11.0	6.5	.2	10.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	38,021,200	100.0	39,887,300	100.0	43,648,300	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	18,995,000	50.1	20,329,000	51.0	22,001,500	50.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 2,568,300	6.8	2,933,200	7.4	3,144,500	7.2
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 448,800	1.2	690,500	1.7	722,200	1.7
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 1,317,300	3.5	832,700	2.1	877,000	2.0
SIDA	GPA 618,500	1.6	755,800	1.9	824,700	1.9
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	STD 50,700	.1	100,200	.3	105,600	.2
TUBERCULOSIS	TUB 453,000	1.2	443,200	1.1	474,200	1.1
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 4,669,100	12.3	4,845,800	12.1	5,180,600	11.9
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	TDR 349,200	.9	363,800	.9	384,300	.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 8,156,100	21.5	8,986,200	22.6	9,886,900	22.7
LEPRA	LEP 363,900	1.0	377,600	.9	401,500	.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,788,200	12.6	4,955,800	12.4	5,430,100	12.4
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 4,788,200	12.6	4,955,800	12.4	5,430,100	12.4
SALUD PUBLICA VETERINARIA	14,238,000	37.3	14,602,500	36.6	16,216,700	37.1
FIEBRE AFTOSA	FMD 8,341,700	21.8	8,800,100	22.1	10,042,900	23.0
ZONOSIS	ZNS 5,896,300	15.5	5,802,400	14.5	6,173,800	14.1
GRAN TOTAL	38,021,200	100.0	39,887,300	100.0	43,648,300	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	81,897,800	100.0	21,771,100	100.0	16,583,000	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	68,959,900	84.2	13,136,200	60.3	7,569,500	45.6
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 19,111,500	23.3	4,543,800	20.9	776,400	4.7
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 1,796,800	2.2	1,574,700	7.2	1,575,400	9.5
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 6,777,400	8.3	1,504,100	6.9	981,200	5.9
SIDA	GPA 19,742,000	24.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	STD 15,400	.*	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	TUB 8,000	.*	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 14,009,800	17.1	485,600	2.2	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 6,962,500	8.5	5,028,000	23.1	4,236,500	25.5
LEPRA	LEP 536,500	.7	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,059,800	1.3	27,800	.1	0	-
CANCER	CAN 267,000	.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 792,800	1.0	27,800	.1	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	11,878,100	14.5	8,607,100	39.6	9,013,500	54.4
FIEBRE AFTOSA	FMD 7,961,300	9.7	6,923,000	31.9	6,923,000	41.8
ZOONOSIS	ZNS 3,916,800	4.8	1,684,100	7.7	2,090,500	12.6
GRAN TOTAL	81,897,800	100.0	21,771,100	100.0	16,583,000	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SITUACION ACTUAL

1. La Oficina de Administración presta todo el apoyo administrativo necesario para la Sede y las oficinas de campo. Esto abarca la formulación de políticas, y las funciones y las operaciones de los diversos departamentos asignados a la Administración.

2. Departamento de Personal: APL es responsable de la administración general de los recursos humanos de la Organización. El Departamento supervisa unos 1100 funcionarios regulares asignados a los lugares de destino del continente. Además, también supervisa a los consultores, a los asesores temporeros, al personal con contrato de corto plazo y a los profesionales nacionales, así como al personal nacional contratado bajo condiciones locales de empleo y otros tipos de mecanismos contractuales.

3. El Jefe de Personal representa a la Organización en las reuniones internas de las organizaciones de las Naciones Unidas y sus organismos especializados. El Jefe de Personal y el personal del Departamento viajan a las oficinas de campo para asesorarlas y para velar por que haya coordinación en todas las actividades del programa de personal en toda la Organización.

4. La Oficina del Jefe tiene responsabilidades amplias de supervisión del funcionamiento de las unidades, que son las siguientes: Clasificación, salarios y sistemas nacionales; Contratación de personal; Contratación de consultores; Operaciones de personal; Desarrollo de personal; Normas y procedimientos

5. La Oficina del Jefe y las unidades mencionadas también responden a las necesidades de la Organización al llevar a cabo varios proyectos especiales. En el bienio 1996-1997 se asignará particular importancia a las actividades para continuar el desarrollo del sistema computadorizado de personal por una parte, y, por la otra, para afinar las normas de política en el uso de diversos mecanismos contractuales en los centros y en las oficinas de los representantes de la OPS/OMS, teniendo presentes las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización. Tal vez sea necesario solicitar otras asignaciones presupuestarias, en particular para la implementación del sistema computadorizado de personal.

6. Departamento de Presupuesto: ABU tiene a su cargo la formulación y el mantenimiento de las políticas presupuestarias y de los procedimientos necesarios para llevar a cabo las actividades programáticas de la OPS, de conformidad con los mandatos de los Cuerpos Directivos y las instrucciones emitidas por el Director. Apoya la planificación, la formulación y la preparación de los documentos del presupuesto bienal por programas y del presupuesto operativo anual por programas. También verifica y analiza la financiación del presupuesto bienal por programas y del presupuesto operativo anual por programas mediante la vigilancia de la entrada de fondos y su utilización.

7. Departamento de Finanzas: Desde mediados de 1993, el Departamento de Finanzas ha asignado particular importancia a la puesta en práctica y la estabilización del nuevo sistema de computación/contabilidad, FAMIS. En el transcurso de 1995, se prestará atención al desarrollo y al perfeccionamiento de las funciones del FAMIS

que ya se han identificado. Se revisarán los procedimientos que el Departamento aplica actualmente con miras a que se efectúen los pagos de manera eficaz y para aportar información contable exacta y oportuna. Se prevé que el Departamento tenga necesidad de reemplazar varias computadoras e impresoras. Además, tendrá que comprar nuevo software o actualizar el que se tiene. El manual de procedimientos del FAMIS estará listo para revisión definitiva e impresión en 1996.

8. Departamento de Conferencias y Servicios Generales: (ACG) presta servicios relativos a conferencias, oficinas y edificios, así como los de traducción e interpretación, en apoyo de todos los programas de la OPS. Se ocupa, entre otras cosas, de las reuniones de los Cuerpos Directivos, del mantenimiento y aseguramiento de las propiedades de la OPS, de la prestación de servicios de comunicación, etc. Estos son servicios esenciales que abarcan a toda la Organización y que no pueden ser contratados externamente, ni descentralizados. ACG es también el coordinador de la administración y de la rendición de cuentas de los fondos destinados a las operaciones generales y del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles.

9. Departamento de Compras: APO tiene a su cargo la adquisición eficaz en función de los costos y la entrega oportuna de equipo, suministros y servicios para la sede de la OPS, las oficinas de campo y los proyectos de la OPS/OMS, así como para los Gobiernos Miembros en conformidad con el Programa de Adquisiciones Reembolsables y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Las adquisiciones totales hechas por APO en 1994 ascendieron a \$39,5 millones; además, APO supervisó las compras efectuadas por las oficinas de campo y por otros departamentos de la Sede. Las adquisiciones totales en 1993 ascendieron a \$63,5 millones.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

10. La Oficina de Administración lleva a cabo todas las actividades administrativas tanto para la Sede como para las oficinas de campo. Esto abarca la formulación de políticas y las funciones y operaciones de los Departamentos de Presupuesto, Finanzas, Personal, Conferencias y Servicios Generales, Compras y Apoyo de Gestión e Información.

11. Departamento de Personal: El objetivo general del Programa/Proyecto de "Personal" es prestar servicios de apoyo a los diversos programas y actividades de la Organización, en la Sede y en las oficinas de campo, en las áreas de administración de personal y gestión de recursos humanos.

12. Departamento de Presupuesto: Establecer y formular políticas y procedimientos presupuestarios para contar con una infraestructura básica con miras a la ejecución de las actividades programáticas de la Organización y a seguir manteniendo un sistema de gestión presupuestaria adecuado para la Organización.

13. Continuar y mantener la integración del sistema computadorizado de planificación del presupuesto por programas con el sistema general de gestión financiera.

14. Supervisar el análisis y la proyección de las tasas de ejecución y formular recomendaciones a la Dirección en cuanto a si el presupuesto por programas debe aumentarse o reducirse teniendo en cuenta los ahorros y los déficits previstos con la finalidad de asegurar que los fondos se desplieguen y utilicen al máximo.

15. Manejo, control y análisis de la parte monetaria del presupuesto operativo anual por programas, en especial el financiamiento extrapresupuestario, para asegurar la utilización eficiente y eficaz de los fondos asignados a los programas. Determinar el estado de la ejecución del APB para preparar la documentación de apoyo y formular recomendaciones para las revisiones periódicas del presupuesto y sus posibles ajustes. Reprogramación y cierre de los proyectos extrapresupuestarios. Análisis constante de la situación y de la ejecución de los fondos para informar al Director sobre la utilización eficiente y eficaz de los mismos.

16. Departamento de Finanzas: Establecer y mantener políticas y procedimientos adecuados de gestión financiera para la ejecución eficaz de las actividades programáticas de la Organización y continuar acatando las Reglas Financieras y el Reglamento Financiero de la Organización. Continuar manteniendo y mejorando el sistema computadorizado de contabilidad y de pagos del Departamento dentro del sistema de gestión financiera general. Mantenimiento de libros y registros que reflejen con exactitud las transacciones financieras de la Organización y presentación de los correspondientes informes financieros que satisfagan los principios y las normas contables generalmente aceptadas. Establecer y mantener un sistema de servicios de pagos financieros adecuado en apoyo de los programas y los proyectos de la Organización.

17. Departamento de Conferencias y Servicios Generales: Por tratarse de un grupo que apoya las actividades de las diversas unidades de la Sede, ACG está preparado y es lo suficientemente flexible para hacer frente a los retos que plantean las situaciones en constante cambio. En este sentido, los asuntos relacionados con los edificios, las comunicaciones y las traducciones seguirán siendo muy importantes para las operaciones de la Sede y del campo.

18. Se prevé que dentro de unos meses se tomará una decisión definitiva sobre la construcción de un nuevo edificio para la Sede. Independientemente de la decisión que se tome, durante los próximos dos a cuatro años ACG dedicará una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo a los asuntos relativos a edificios. Si se decide que la OPS permanezca en el edificio que ocupa actualmente, también habrá que decidir por cuánto tiempo seguirá allí y proceder en consecuencia. A partir de agosto de 1997, la Organización tiene la opción de alquilar espacio adicional en el edificio del 2121 de la avenida Virginia a las tarifas comerciales vigentes. Debido al número de funcionarios que contrata actualmente, la Organización se verá en la necesidad de alquilar al menos un piso más para mudar al personal del Watergate y mitigar la situación de escasez general de espacio de oficinas. Asimismo, el mantenimiento de los edificios que posee la OPS en el campo, los contratos de arrendamiento a largo plazo y la compra o construcción de nuevos locales en todo el continente exigirán atención en los próximos años.

19. Otro aspecto de interés es el de Comunicaciones. Hasta el presente, ACG ha podido mantenerse al día con los cambios tecnológicos empleando sus propios recursos. En el futuro, será necesario colaborar más de cerca y recibir más aportes de la unidad orgánica que se ocupa de la información y tecnología institucionales. La puesta en práctica completa del acceso a Internet para la Sede y las oficinas de campo, donde sea viable, debe ser una prioridad. Esto permitirá el intercambio amplio de mensajes y datos a un costo mínimo. El sistema

actual de correo electrónico (cc:Mail), o algo similar, debe conservarse y mejorarse para aquellos lugares del campo donde Internet no puede usarse todavía, a fin de que sirva como canal a los programas financieros y como respaldo al Internet. ACG seguirá teniendo a cargo el aspecto administrativo del sistema, si bien se prevé contar con gran asistencia técnica de los especialistas en comunicación.

20. En el área de Traducción, ACG continuará instalando los sistemas ENGSPAN y SPANAM en los centros panamericanos y las oficinas de campo que tienen grandes cantidades de material para traducir. Continuarán los esfuerzos para autorizar el uso de dichos programas en instituciones externas. Esperamos participar en una evaluación del software de traducción automática (TA) en la Unión Europea, cuyo objetivo es escoger diferentes paquetes de software de TA para los países miembros de la Unión. En caso de que los programas de la OPS sean seleccionados, como esperamos, ello exigirá un gran esfuerzo de apoyo de TA, pero también significa un ingreso de fondos provenientes de las regalías. La combinación de la TA y de traductores independientes con una dotación mínima de traductores internos ha dado buenos resultados a la Organización. La introducción de la versión en francés y en portugués de los documentos de trabajo producidos para los Cuerpos Directivos ha triplicado la carga de trabajo de esta unidad. Se espera que se cubran los puestos para nuevos traductores y para personal de apoyo, con miras a cumplir con esta nueva exigencia. Además, podría ser necesario contratar más personal de apoyo.

21. En lo que respecta a las actividades de Conferencias, se hará hincapié en la búsqueda de tecnología con la finalidad de reducir los recursos humanos adicionales necesarios durante las reuniones de los Cuerpos Directivos y otras reuniones grandes. Estudiaremos la posible aplicación de las tecnologías de reconocimiento de voz y de transcripción automática para la producción de las actas de las reuniones y otros documentos. Se realizará un esfuerzo especial para crear una base de datos con todos los documentos y las resoluciones de las conferencias de la OPS.

22. En los últimos años el negocio de los viajes se ha vuelto mucho más competitivo. En la Sede hemos aprovechado esta situación, que todavía no se ha extendido al continente. Sin embargo, la liberalización de los mercados que está ocurriendo en la mayoría de los países debe contribuir a mejorar la competencia en un futuro próximo. ACG trabajará con las oficinas de campo para reexaminar sus contratos con agencias de viajes, a fin de obtener las mejores condiciones para la OPS.

23. Departamento de Compras: A finales de 1993, APD implantó un nuevo sistema computadorizado de adquisiciones, denominado ADPICS, junto con la implementación de un sistema correspondiente de contabilidad financiera, el FAMIS. La implementación completa ha sido lenta debido a los problemas de equipo y de software, la complejidad del sistema y las complicaciones en cuanto a las comunicaciones con FAMIS y con un nuevo Módulo de Adquisiciones del Campo del FFMS.

24. Los retos del sistema para 1995, y para el bienio 1996-97, consistirán en ampliar la distribución del procesamiento de datos del Departamento de Adquisiciones a los departamentos que son clientes suyos (solicitantes) en la Sede y el uso de la comunicación electrónica con las oficinas de campo; y mejorar la exactitud, la capacidad de respuesta y la generación de informes por el sistema para ayudar a mejorar el proceso de adquisiciones en sí mismo.

25. Aparte del ADPICS, el Departamento de Compras intervino de manera decisiva en el envío de suministros de urgencia y en los servicios de transporte a Haití durante el embargo de la DEA y las Naciones Unidas en 1994, y ha intervenido en el abastecimiento de suministros para la mayoría de los servicios de salud de ese país desde la reinstauración del gobierno del presidente Aristide. Se espera que en el bienio 1996-97 continúen las considerables actividades de adquisiciones para Haití.

26. El Departamento de Compras también continuará los esfuerzos por mejorar y simplificar los procedimientos de adquisiciones mediante evaluaciones de cada tipo de mercancía, la evaluación de nuevas estrategias de adquisiciones y la participación en el adiestramiento del personal de la Sede y del campo en la realización de actividades de adquisiciones con responsabilidad.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO: AM/1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

PROPOSITO

El Programa de AM responderá a las prioridades programáticas estipuladas por los Cuerpos Directivos y el Director, mediante la prestación del apoyo administrativo requerido para los programas establecidos por las unidades técnicas de la Sede y las oficinas de país y mediante la supervisión de las actividades de apoyo administrativo de la Organización.

PROYECTO: APL/1 OFICINA DEL JEFE

PROPOSITO

Gestión general de la administración del personal de la OPS, lo que abarca la formulación de políticas de personal, coordinación de las operaciones de personal y mantenimiento de normas y prácticas uniformes en la Sede y en el campo; la coordinación del trabajo de varios comités como el de asuntos de género y otros temas relevantes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prestación eficaz de la cooperación técnica y satisfacción del personal.

PROYECTO: APL/2 CLASIFICACION, SALARIOS Y SISTEMAS NACIONALES

PROPOSITO

Administración de las normas y los procedimientos de clasificación de puestos y de los esquemas de compensación de la OPS; gestión de los recursos humanos, haciendo hincapié en arreglos especiales de empleo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La prestación eficaz de la cooperación técnica y la satisfacción del personal.

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

PROYECTO APL/3 CONTRATACION DE PERSONAL

PROPOSITO

Administración de los recursos humanos, haciendo hincapié en la contratación de personal para las categorías profesional y de servicios generales; búsqueda de candidatos, y mejora y seguimiento de la nómina de candidatos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prestación eficaz de la cooperación técnica y satisfacción del personal.

PROYECTO: APL/4 CONTRATACION DE CONSULTORES

PROPOSITO

Administración de los recursos humanos, haciendo hincapié en el empleo de consultores a corto plazo, asesores temporeros y personal en convenios de servicios contractuales; dar orientación al personal sobre los derechos de jubilación; participación en el desarrollo del sistema computadorizado de personal.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prestación eficaz de la cooperación técnica y satisfacción del personal.

PROYECTO: APL/5 OPERACIONES DE PERSONAL

PROPOSITO

Administración de los derechos reglamentarios, de los expedientes del personal y de los sueldos para preparar la nómina de sueldos; orientación al personal en cuanto a sus derechos.

RESULTADOS ESPERADO

1. Prestación eficaz de la cooperación técnica y satisfacción del personal.

PROYECTO APL/6 NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

PROPOSITO

Elaboración y seguimiento de las normas relativas a condiciones nuevas o modificadas del servicio; orientación sobre la interpretación y aplicación del Reglamento y del Estatuto del Personal; preparación de la posición de la Administración ante la Junta de Apelación; participación en las consultas del personal y la administración.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prestación eficaz de la cooperación técnica y satisfacción del personal.

PROYECTO: ACG/1 GASTOS DE OPERACION Y SERVICIOS GENERALES DE LA SEDE**PROPOSITO**

Continuarán los esfuerzos para usar eficazmente los recursos asignados a este programa manteniéndolos al corriente de los cambios en la tecnología y adoptando aquellos que sean apropiados para la OPS. Será necesario recibir aportes significativos de la unidad de información institucional para continuar ofreciendo servicios actualizados de comunicación, haciendo hincapié en las comunicaciones electrónicas con el campo. ACG participará activamente para velar por que el sistema electrónico de comunicación sea eficiente desde el punto de vista administrativo y eficaz en función de los costos. Prestar servicios de correspondencia, valija, transporte e impresión a las unidades de la Sede. Vincular el programa de inventario de las oficinas de campo con el FFMS. Los asuntos relativos a los edificios exigirán períodos prolongados de atención en los próximos dos a cuatro años, independientemente de si la OPS decide permanecer o no en este edificio. El mantenimiento de los edificios de la OPS en la Región, así como la construcción o compra de nuevos locales, también exigirá esfuerzos de ACG. Revisión de los contratos con agencias de viajes en el campo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Servicios de apoyo satisfactorios y eficaces para las unidades de la Sede y del campo, según sea necesario.

PROYECTO: ACG/2 TRADUCCION Y TERMINOLOGIA**PROPOSITO**

Traducción de documentos técnicos y administrativos en los cuatro idiomas oficiales de la Organización, en respuesta a las solicitudes de las oficinas de la Sede. Estos servicios incluyen ahora la traducción al portugués y al francés de documentos de trabajo para los Cuerpos Directivos. Traducción al español de la Serie de Informes Técnicos de la OMS. Continuar actualizando y mejorando la versión en microcomputadora de los programas de traducción automática, lo que incluye un cambio de plataforma a Windows y WordPerfect 6. Autorización para el uso del software de traducción automática a instituciones interesadas e instalación del mismo en la Sede y en las oficinas de campo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prestación de servicios eficaces de traducción a las unidades de la Sede y perfeccionamiento de los programas SPANAM y ENGSPAN.

PROYECTO: ACG/3 SERVICIOS DE CONFERENCIA**PROPOSITO**

Coordinar y llevar a cabo todas las actividades relacionadas con las reuniones de los Cuerpos Directivos y sus subcomités, y otras reuniones, según sea necesario. Estudiar el uso de la tecnología moderna en los servicios de conferencia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prestar servicios satisfactorios de Conferencias en apoyo de las unidades de la Sede y del campo, según sea necesario.

PROYECTO: ACG/4 AUDITORIA EXTERNA**PROPOSITO**

El programa de auditoría externa lo establece el Auditor Externo nombrado por los Cuerpos Directivos de la OPS. El Jefe de Administración coordina con el Auditor Externo las actividades destinadas a facilitar las auditorías y sufragar los gastos. El Reglamento Financiero exige al Director que suministre al Auditor Externo los recursos que pueda necesitar para el desempeño de sus labores.

RESULTADOS ESPERADOS

1. facilitar las auditorías externas de la Organización que sean necesarias.

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION

UBICACION	PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS			FONDOS NO ORDINARIOS		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	26,765,100	28,069,100	29,809,500	6,612,500	5,077,400	5,381,700
TOTAL	26,765,100	28,069,100	29,809,500	6,612,500	5,077,400	5,381,700

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	20,347,200	32	80	13,510,400	0	109,800	0	0	48,700	0	6,678,300
OMS - WR	6,417,900	7	22	3,534,400	0	52,400	0	0	18,400	0	2,812,700
TOTAL	26,765,100	39	102	17,044,800	0	162,200	0	0	67,100	0	9,491,000
% DEL TOTAL	100.0			63.6	.0	.6	.0	.0	.3	.0	35.5
1996-1997											
OPS - PR	21,348,500	34	78	14,133,900	0	115,700	0	0	51,200	0	7,047,700
OMS - WR	6,720,600	7	23	3,651,100	0	55,100	0	0	19,300	0	2,995,100
TOTAL	28,069,100	41	101	17,785,000	0	170,800	0	0	70,500	0	10,042,800
% DEL TOTAL	100.0			63.3	.0	.6	.0	.0	.3	.0	35.8
1998-1999											
OPS - PR	22,599,200	34	78	15,020,000	0	121,500	0	0	53,700	0	7,404,000
OMS - WR	7,210,300	7	23	3,985,600	0	57,800	0	0	20,300	0	3,146,600
TOTAL	29,809,500	41	101	19,005,600	0	179,300	0	0	74,000	0	10,550,600
% DEL TOTAL	100.0			63.8	.0	.6	.0	.0	.2	.0	35.4

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	26,765,100	100.0	28,069,100	100.0	29,809,500	100.0
PERSONAL	4,025,300	15.0	4,201,200	15.0	4,460,500	15.0
PERSONAL	4,025,300	15.0	4,201,200	15.0	4,460,500	15.0
ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	49.0	13,672,500	48.7	14,418,700	48.3
ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	49.0	13,672,500	48.7	14,418,700	48.3
PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	29.8	8,255,200	29.4	8,874,400	29.8
PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	29.8	8,255,200	29.4	8,874,400	29.8
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	6.2	1,940,200	6.9	2,055,900	6.9
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	6.2	1,940,200	6.9	2,055,900	6.9
GRAN TOTAL	26,765,100	100.0	28,069,100	100.0	29,809,500	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
VII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	6,612,500	100.0	5,077,400	100.0	5,381,700	100.0	
PERSONAL	488,000	7.4	433,500	8.5	471,000	8.8	
PERSONAL	PER	488,000	7.4	433,500	8.5	471,000	8.8
ADMINISTRACION GENERAL	2,900,700	43.8	1,419,000	27.9	1,426,000	26.5	
ADMINISTRACION GENERAL	GAD	2,900,700	43.8	1,419,000	27.9	1,426,000	26.5
PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,279,000	34.5	2,262,000	44.6	2,443,000	45.3	
PRESUPUESTO Y FINANZAS	BFI	2,279,000	34.5	2,262,000	44.6	2,443,000	45.3
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	944,800	14.3	962,900	19.0	1,041,700	19.4	
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	SUP	944,800	14.3	962,900	19.0	1,041,700	19.4
GRAN TOTAL	6,612,500	100.0	5,077,400	100.0	5,381,700	100.0	

III. RESUMEN POR UBICACION

III. RESUMEN POR UBICACION

PROGRAMAS DE PAIS

PROGRAMAS DE PAIS

PROGRAMAS DE PAIS

SITUACION DE SALUD

1. Los programas de país siguen siendo el núcleo central del proyecto de programa y presupuesto propuesto para 1996-1997 y esta filosofía representa un fortalecimiento adicional del principio fundamental que sustenta la estrategia de gestión de la OPS/OMS, el cual hace énfasis en que el país es la unidad básica de producción. Todos los recursos de la Organización, independientemente de que se apliquen o no fundamentalmente a nivel de país, sirven para consolidar la cooperación técnica a ese nivel.

2. El proceso para la formulación del programa de país se apoya en discusiones y convenios con las autoridades nacionales. Estas discusiones tienen en cuenta la situación económica y social del país, las prioridades predominantes en el sector salud, las necesidades prioritarias de cooperación técnica, y en último término, la identificación de aquellas necesidades para las cuales se requiere la cooperación técnica de la OPS/OMS.

3. El desarrollo de los programas de país también toma en consideración, en los casos en que sea pertinente, las recomendaciones derivadas de las Evaluaciones Conjuntas de la cooperación técnica de la OPS/OMS a nivel de país. Este proceso incluye un examen por parte de las autoridades nacionales y de la OPS/OMS de la eficacia de una cooperación técnica dada y la determinación de los ajustes necesarios en función de la estrategia o de la asignación de recursos.

4. Los programas de país reflejan no sólo la situación local particular, sino también los mandatos y recomendaciones Regionales colectivos acordados por los Cuerpos Directivos de la Organización. Los programas también se han forjado de tal manera que la cooperación técnica de la OPS/OMS refleje fielmente las Orientaciones Estratégicas y Programáticas durante el Cuadrenio 1995-1998 que fueron adoptadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1994. Estas Orientaciones Estratégicas y Programáticas dan énfasis y directrices apropiadas a las nuevas realidades y mantienen la continuidad con directrices

similares aceptadas por la Conferencia Sanitaria anterior en la cual se insistió especialmente en la cooperación técnica para consolidar y transformar la infraestructura del sistema de salud, en particular a través del desarrollo y/o las mejoras de los sistemas locales de salud. Este énfasis en los sistemas locales de salud se encontrará también en todos los programas de país. Se prestará atención particular a la orientación estratégica que aborda el tema de Salud en el Desarrollo Humano, y en especial, a las expresiones nacionales de las actividades que la OPS/OMS llevará a cabo para promover la aceptación de la salud como indicador e instrumento del desarrollo humano. Los programas de país también reflejarán las acciones locales para el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

5. Además de indicar las áreas de resultados claves a las cuales puede aplicarse mejor la cooperación técnica de la OPS/OMS, los programas de país también reflejan los enfoques estratégicos que deben aplicarse al prestar esa cooperación. Uno de los más importantes es la movilización de recursos para abordar los problemas identificados. En este contexto la cooperación técnica entre países adquirirá mayor importancia y los programas de país también indicarán la participación en las diversas iniciativas subregionales de salud. Se ha prestado considerable atención a la identificación de los resultados esperados, y los indicadores para medir el alcance de dicho resultado, y de allí que se mejore la capacidad de la Organización para vigilar y evaluar la cooperación técnica.

6. El proceso de preparación de los programas de país incluye la discusión con las autoridades nacionales, tal como ya se ha mencionado, la formulación de un programa y presupuesto dentro del marco de una serie de proyectos, el examen de estos por las unidades técnicas apropiadas y la revisión final por el Director y su Comité Asesor. Los resultados de este proceso iterativo y participatorio se encuentran en la sección siguiente.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	35,467,300	37.7	40,558,300	38.7	45,287,700	39.2
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	175,800	.2	197,600	.2	228,400	.2
INFORMACION PUBLICA	INF 175,800	.2	197,600	.2	228,400	.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD	1,797,100	1.9	2,985,200	2.8	3,359,300	2.9
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD 1,411,600	1.5	2,646,200	2.5	2,976,300	2.6
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS 223,800	.2	127,300	.1	142,100	.1
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 161,700	.2	211,700	.2	240,900	.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	24,522,500	26.0	27,732,300	26.5	30,876,000	26.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD-DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 24,469,600	25.9	27,668,600	26.4	30,805,000	26.6
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 52,900	.1	63,700	.1	71,000	.1
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	6,267,200	6.7	6,516,300	6.2	7,210,500	6.3
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 5,586,200	6.0	5,651,400	5.4	6,222,200	5.4
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 681,000	.7	864,900	.8	988,300	.9
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	2,704,700	2.9	3,126,900	3.0	3,613,500	3.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 2,704,700	2.9	3,126,900	3.0	3,613,500	3.1
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	29,049,800	31.1	29,579,300	28.4	32,385,500	28.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	22,366,800	24.0	22,595,100	21.7	24,695,500	21.5
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 22,214,900	23.8	22,460,300	21.5	24,548,200	21.3
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR 75,800	.1	81,400	.1	87,900	.1
SALUD BUCODENTAL	ORH 76,100	.1	53,400	.1	59,400	.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	5,827,900	6.2	5,621,600	5.4	6,161,700	5.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 5,827,900	6.2	5,621,600	5.4	6,161,700	5.3

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
MEDICAMENTOS ESENCIALES	855,100	.9	1,000,000	1.0	1,120,900	1.0	
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	855,100	.9	1,000,000	1.0	1,120,900	1.0
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	0	-	362,600	.3	407,400	.3	
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL. SANITARIA TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	QAC CLT	0 0	- -	335,200 27,400	.3 .*	377,300 30,100	.3 .*
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	6,642,700	7.2	9,487,700	9.3	10,501,400	9.2	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	5,013,900	5.4	5,614,400	5.4	6,221,400	5.4	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA SALUD DE LOS ADOLESCENTES	WCH ADH	5,013,900 0	5.4 -	5,495,200 119,200	5.3 .1	6,085,800 135,600	5.3 .1
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	59,500	.1	2,177,400	2.2	2,386,300	2.2	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS SALUD MENTAL ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	HED ADT MNH STP	59,500 0 0 0	.1 - - -	1,756,300 78,200 181,600 161,300	1.7 .1 .2 .2	1,918,500 87,700 197,600 182,500	1.7 .1 .2 .2
NUTRI. SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,569,300	1.7	1,695,900	1.7	1,893,700	1.6	
ALIMENTACION Y NUTRICION INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	NUT FOS	652,700 916,600	.7 1.0	703,700 992,200	.7 1.0	797,400 1,096,300	.7 .9
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	10,362,800	11.1	10,956,700	10.5	11,975,900	10.4	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	10,362,800	11.1	10,956,700	10.5	11,975,900	10.4	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO EVALUAC./GEST. DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE SALUD DE LOS TRABAJADORES	CWS ERA OCH	8,397,300 1,898,800 66,700	9.0 2.0 .1	8,995,300 1,961,400 0	8.6 1.9 -	9,808,700 2,167,200 0	8.5 1.9 -

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	12,001,800	12.9	13,776,800	13.1	15,307,000	13.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	6,877,300	7.4	8,270,500	7.8	9,217,000	7.9
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 524,200	.6	700,300	.7	783,700	.7
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 0	-	27,400	.*	30,100	.*
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 117,600	.1	0	-	0	-
SIDA	GPA 241,700	.3	362,500	.3	413,500	.4
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	STD 0	-	48,900	.*	53,400	.*
TUBERCULOSIS	TUB 0	-	22,000	.*	25,400	.*
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 631,200	.7	764,500	.7	845,200	.7
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 5,362,600	5.7	6,344,900	6.1	7,065,700	6.1
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3,509,700	3.8	3,832,200	3.7	4,249,800	3.7
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 3,509,700	3.8	3,832,200	3.7	4,249,800	3.7
SALUD PUBLICA VETERINARIA	1,614,800	1.7	1,674,100	1.6	1,840,200	1.5
FIEBRE AFTOSA	FMD 0	-	45,800	.*	53,000	.*
ZONOSIS	ZNS 1,614,800	1.7	1,628,300	1.6	1,787,200	1.5
GRAN TOTAL	93,524,400	100.0	104,358,800	100.0	115,457,500	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	18,784,800	20.7	3,806,200	41.3	860,200	23.5
POLITICA PUBLICA Y SALUD	1,107,100	1.2	697,700	7.6	295,200	8.1
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	17,400 1,089,700	.* 1.2	0 697,700	- 7.6	0 295,200	- 8.1
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	17,396,200	19.2	3,044,000	33.0	565,000	15.4
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	3,553,100 13,843,100	3.9 15.3	544,000 2,500,000	5.9 27.1	565,000 0	15.4 -
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	202,900	.2	64,500	.7	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	202,900	.2	64,500	.7	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	78,600	.1	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	78,600	.1	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	22,154,900	24.4	4,746,700	51.4	2,800,000	76.5
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	19,046,900	21.0	4,596,700	49.8	2,800,000	76.5
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	18,265,000 781,900	20.1 .9	4,596,700 0	49.8 -	2,800,000 0	76.5 -
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	62,300	.1	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	62,300	.1	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	2,910,700	3.2	150,000	1.6	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	2,910,700	3.2	150,000	1.6	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	135,000	.1	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	135,000	.1	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	8,293,400	9.2	616,100	6.7	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	7,901,200	8.8	616,100	6.7	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	7,836,000	8.7	616,100	6.7	0	-
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	65,200	.1	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	265,400	.3	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	6,200	.*	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	260,200	.3	0	-	0	-
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	126,800	.1	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	126,800	.1	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	7,151,900	7.9	28,000	.3	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	7,151,900	7.9	28,000	.3	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	4,094,900	4.5	28,000	.3	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	2,905,800	3.2	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	151,200	.2	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	34,192,000	37.8	27,800	.3	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	33,512,600	37.1	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	2,716,900	3.0	0	-	0	-
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	243,200	.3	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	3,489,400	3.9	0	-	0	-
SIDA	12,790,300	14.1	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	8,000	.*	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	13,290,700	14.7	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	790,500	.9	0	-	0	-
LEPRA	183,600	.2	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	523,100	.6	27,800	.3	0	-
CANCER	234,600	.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	288,500	.3	27,800	.3	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
SALUD PUBLICA VETERINARIA	156,300	.1	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	44,900	.*	0	-	0	-
ZOOZOSIS	111,400	.1	0	-	0	-
FMD						
ZNS						
GRAN TOTAL	90,577,000	100.0	9,224,800	100.0	3,660,200	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$		
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	53,996,500	64	119	22,042,000	2,428,600	1,631,900	2,400,000	6,801,600	3,975,200	613,200	14,104,000
OMS - WR	39,527,900	67	46	16,894,400	2,657,400	1,294,900	2,824,000	5,827,000	3,229,800	11,400	6,789,000
TOTAL	93,524,400	131	165	38,936,400	5,086,000	2,926,800	5,224,000	12,628,600	7,205,000	624,600	20,893,000
% DEL TOTAL	100.0			41.7	5.4	3.1	5.6	13.5	7.7	.7	22.3
1996-1997											
OPS - PR	60,391,700	67	115	24,130,500	2,725,000	1,836,000	2,079,600	7,731,600	4,088,000	560,500	17,240,500
OMS - WR	43,967,100	67	49	18,806,000	2,917,500	1,400,100	3,113,100	6,201,900	3,730,200	13,200	7,785,100
TOTAL	104,358,800	134	164	42,936,500	5,642,500	3,236,100	5,192,700	13,933,500	7,818,200	573,700	25,025,600
% DEL TOTAL	100.0			41.1	5.4	3.1	5.0	13.4	7.5	.5	24.0
1998-1999											
OPS - PR	67,125,700	64	115	26,021,100	2,725,000	2,122,600	2,079,600	8,936,800	4,723,800	592,800	19,924,000
OMS - WR	48,331,800	67	49	20,191,300	2,917,500	1,618,700	3,113,100	7,166,900	4,311,200	15,200	8,997,900
TOTAL	115,457,500	131	164	46,212,400	5,642,500	3,741,300	5,192,700	16,103,700	9,035,000	608,000	28,921,900
% DEL TOTAL	100.0			40.2	4.9	3.2	4.5	13.9	7.8	.5	25.0

ANTIGUA Y BARBUDA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. El censo de población realizado en Antigua y Barbuda a mediados de 1991 indicó que la población era de 65.080 habitantes, registrando Antigua 32.767 mujeres y 31.113 hombres. Ello equivale a una relación de 1 hombre por cada 1.07 mujeres. La cifra total es inferior a los resultados del censo de 1960 y a la población estimada en 81.000 habitantes a mediados de 1988. Por lo tanto, será necesario volver a calcular muchos de los indicadores socioeconómicos y de salud, teniendo sumo cuidado al extrapolar los datos que dependen de las características demográficas. La diferencia en las cifras de población no puede atribuirse exclusivamente a la migración. Las cifras de población indican que 30,4% son niños menores de 15 años y los ancianos (65 años en adelante) representan 8,3% de la población total. La esperanza de vida al nacer es de 68,6 años para los hombres y 71,9 para las mujeres. El número de nacidos vivos registrados no ha variado significativamente (1256 en 1992, 1178 en 1991 y 1288 en 1990). La tasa de natalidad en 1989 fue de 14,5 por 1000 habitantes, comparado con 14.0 en 1987. La tasa de mortalidad infantil permaneció constante en 21,22 por 1000 nacidos vivos entre 1988 y 1990.

2. Las causas principales de mortalidad en 1992 fueron las neoplasias malignas, las cardiopatías, la hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus, las enfermedades del aparato digestivo, los traumatismos y las intoxicaciones, acusando sólo leves variaciones en el orden de importancia de un año a otro. Los accidentes automovilísticos han registrado un aumento. De las 26 defunciones que se produjeron en niños menores de un año en 1990, 22 sucedieron en los períodos perinatal y neonatal, siendo la prematuridad la causa más frecuente de muerte. Los datos de hospital indican que de los 1158 nacimientos en 1992, 47 fueron prematuros y 17 mortinatos. El maltrato de los niños, la violencia doméstica y el abuso de sustancias, en especial el alcohol, están contribuyendo a aumentar la morbilidad, por lo cual se está procurando cuantificar el maltrato de los niños.

Factores que influyen en la situación de salud

3. La gestión y administración del programa de higiene del medio constituye una de las principales preocupaciones. La eliminación de desechos sólidos, líquidos, biomédicos y peligrosos requiere mejoras en su gestión. El problema de la mala gestión de los desechos líquidos y las aguas servidas se agrava por la falta de un sistema de alcantarillado, situación especialmente delicada en el sector comercial de Saint Johns y en el hospital, donde un inadecuado sistema de tratamiento de aguas servidas descarga aguas residuales en varias comunidades suburbanas. Aunque se han hecho algunos intentos por mejorar el saneamiento básico en Barbuda, el problema sigue siendo grave.

4. Los esfuerzos relativos a la inocuidad y el control de los alimentos continuarán por medio del adiestramiento de los manipuladores de alimentos en hoteles, restaurantes y venta ambulante.

5. Antigua y Barbuda dependen esencialmente del turismo para su crecimiento económico, representando el turismo y los servicios conexos el 60% del producto interno bruto (PIB). La estrategia del gobierno es desarrollar aún más el turismo, las industrias y la agricultura. El PIB per cápita en 1990 ascendió a US\$ 4.984 comparado con US\$ 3.400 en 1987. La disminución del crecimiento económico que se inició en 1988 se prolongó hasta 1992. El crecimiento medio anual de 9,0 en 1988 se redujo a 2,8 en 1990 y 2,1% en 1991. En cuanto a la deuda externa, se han tomado recaudos para introducir una reducción gradual del déficit fiscal a un nivel que pueda ser financiado a mediano plazo.

6. Una red de servicios de salud ofrece razonable acceso a la atención de salud, pero es necesario mejorar la gestión y el liderazgo para prestar servicios eficientes y eficaces. Se está realizando un estudio con recomendaciones para la reorganización de la estructura de gestión del Hospital Holberton.

7. Dado el énfasis en el desarrollo económico hacia la diversificación, no existen planes de salud y seguridad ocupacional en los sectores agropecuario e industrial. Se está procurando solucionar el problema de los sistemas de salud de distrito y reorganizar los límites para que refleje la población atendida y los servicios disponibles. Es necesario evaluar los servicios de salud mental y psiquiátrica, eminentemente comunitarios, para su fortalecimiento y ampliación. El adiestramiento de todos los niveles y categorías del personal de salud continúa teniendo alta prioridad.

8. Protección y desarrollo ambiental: Se han abordado los servicios básicos de saneamiento por medio del programa de la OECO sobre manejo de desechos sólidos financiado por el Banco Mundial. Se ha efectuado parte del adiestramiento en salud mental. La gestión del programa de higiene del medio constituye una gran preocupación, ya que el gobierno intenta rectificar algunos de los problemas de desechos líquidos, biomédicos y sólidos y el abastecimiento de agua potable.

9. Prevención y control de enfermedades: El programa de vacunación contra las seis enfermedades del PAI continuó aplicándose, con lo cual se produjo un alto porcentaje de cobertura. Se ha procurado lograr la prevención de enfermedades diarreicas y transmitidas por los alimentos por medio del adiestramiento de manipuladores de alimentos en hoteles, restaurantes y vendedores ambulantes. La vigilancia para la erradicación del sarampión y la poliomielitis ha sido parte del programa de control de enfermedades infecciosas.

10. Salud en el desarrollo: El Gobierno ha expresado que la salud reviste alta prioridad como requisito previo de toda estrategia de desarrollo. Se ha elaborado una política de salud que facilita la aplicación de las políticas sociales relacionadas con la prevención y el control del abuso de sustancias y el SIDA. La comisión económica nacional fue revisada en 1994 y se ha iniciado la planificación para el período 1996-2000. Se han establecido sistemas de información a nivel comunitario con la asistencia del proyecto CHIS, financiado por el BID y ejecutado por la OPS.

11. Desarrollo de los sistemas de salud: El gobierno, con la asistencia de la OPS y la OMS, ha iniciado un estudio con recomendaciones para la reorganización de la estructura de gestión del Hospital Holberton, y el gabinete ha decidido que el hospital sea administrado por una comisión. Se ha realizado adiestramiento en funciones directivas y otras áreas para apoyar los servicios de salud, en tanto

el país continúa buscando recursos por medio de los programas de becas de la OPS y otros organismos. Se han elaborado métodos para la creación de equipos de salud y el establecimiento de SILÓS. Los programas de atención de salud para grupos vulnerables, como madres, niños, adolescentes y jóvenes, han recalado la salud reproductiva, la atención perinatal y la salud del adolescente.

12. Promoción y protección de la salud: Representantes del país participaron en la redacción de la Carta de Promoción de la Salud, seguida de la difusión de la Carta y un esfuerzo de sensibilización a nivel nacional. Los programas de salud mental y psiquiátrica han estado funcionando y procurando concentrarse en los problemas de salud mental del adolescente. Se han iniciado actividades relacionadas con el proyecto del cáncer del cuello uterino y un estudio de la obesidad infantil, gracias a las cuales se dispone ahora de información comparativa para planificación y programación. Los programas relativos a la prevención y control de las ETS y el SIDA han continuado con sus actividades.

13. Planes y prioridades para la salud nacional: El Ministerio de Salud cuenta con la autoridad central en el área de la salud. El gobierno tiene un compromiso declarado con el enfoque de atención primaria de salud, con la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y sus siete áreas prioritarias, y con las OEP. Dentro de estas prioridades, los programas identificados son: El desarrollo de los servicios de salud; La salud mental; La promoción de la salud; La higiene del medio; La salud materno-infantil.

14. El Ministerio se propone ofrecer servicios de salud eficientes por medio del desarrollo de sistemas de salud de distrito, adiestramiento adecuado de personal, investigación y sistemas de información sanitaria para apoyar el sistema local de salud.

15. Se evaluará el programa de salud mental para mejorar los planes y la programación sobre la base de la legislación revisada y el desarrollo de los recursos humanos.

16. Se fomentarán los modos de vida sanos por medio de la consulta nacional sobre promoción de la salud y la educación de los trabajadores sobre las consecuencias de la promoción de la salud en su trabajo, las enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de los medios de comunicación.

17. Se revisarán los reglamentos y políticas ambientales y se elaborarán manuales operativos como parte de la reorganización de la unidad de salud. Se adiestrarán equipos en áreas piloto en el área de comunicación para la movilización social.

18. Se examinará el estado de salud de la mujer y el adolescente por medio de estudios para determinar los factores que contribuyen a la mortalidad y la morbilidad perinatal, se ampliará el programa del PAI y se crearán servicios para adolescentes.

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

19. Los enfoques funcionales que adoptarán la OPS y la OMS para ofrecer cooperación técnica serán formulación de políticas, planes y normas, difusión de información, adiestramiento e investigación.

20. Sistemas y servicios de salud: Con el objetivo de ayudar al país en la prestación de servicios de salud más eficientes y eficaces, se ofrecerá una serie de actividades de adiestramiento. Se tratará de talleres y seminarios para el

personal sanitario a fin de crear equipos de salud y diseñar los SILÓS. Se movilizarán recursos por medio del programa de becas de la OPS para adiestramiento en el exterior de personal de salud apropiado para apoyar a los sistemas de salud de distrito.

21. Se reunirá un pequeño grupo técnico para elaborar el protocolo de investigación de servicios de salud y adiestramiento en el marco lógico como una herramienta de desarrollo de proyectos, a fin de mejorar la capacidad de gestión y planificación. El adiestramiento se llevará a cabo a nivel local y subregional. Se efectuará un seguimiento en el país y se ofrecerá adiestramiento local para apoyar el sistema de información sanitaria.

22. Salud mental: Se movilizarán recursos para realizar la evaluación de los servicios de salud mental y revisar la legislación de salud mental. Se ofrecerá asesoramiento técnico, basado en recomendaciones, para el mejoramiento y la ampliación de este servicio. Los resultados de la evaluación se discutirán en un taller para el personal sanitario.

23. Promoción de la salud: El concepto de promoción de la salud será impulsado mediante una consulta nacional con representantes de diversos sectores en un taller, seguido de varios seminarios para primero educar al personal sanitario. Se elaborará un programa de salud y educación para la vida familiar de nivel secundario para su introducción en las escuelas secundarias con la ayuda de educadores sanitarios, y se movilizarán recursos para las necesidades identificadas de recursos humanos en esta área. Se ofrecerá apoyo técnico para la consulta nacional sobre el uso de los medios masivos en la promoción de la salud.

24. Higiene del medio: Se proporcionarán recursos para adiestramiento del personal en el exterior en diversos temas de higiene del medio. Se realizará un taller para tratar la reorganización de la Unidad de Higiene del Medio y la elaboración de manuales operativos. Se ofrecerá adiestramiento y asistencia técnica en el país y movilización social para la lucha antivectorial.

25. Salud materno-infantil: Se ofrecerá asistencia técnica y recursos para realizar un estudio retrospectivo en mortalidad y morbilidad perinatal, elaboración y difusión del protocolo de manejo de las IRA y el asma por medio de talleres breves. Se ofrecerá asistencia técnica para el esquema ampliado del PAI y la creación de servicios de salud para adolescentes.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Evaluación de los servicios de salud mental para incluir la revisión de la legislación de salud mental.

2. Adiestramiento en educación sanitaria.

3. Comprensión del concepto de promoción de la salud por parte de todos los grupos.

4. Puesta en marcha del plan de acción para la población y desarrollo en particular de la salud reproductiva.

5. Fortalecimiento de los servicios de salud para jóvenes y adolescentes.

6. Establecimiento del registro de cáncer y el programa nacional contra el cáncer.

7. Establecimiento de equipos de salud en los servicios comunitarios y fortalecimiento de la participación de la comunidad.
8. Estrategias de comercialización social para el uso de condones.
9. Fortalecimiento del tratamiento de personas con SIDA.
10. Uso de los medios de comunicación en la promoción de la salud.
11. Fortalecimiento de la gestión en todos los niveles de los sistemas de atención de salud.
12. Desarrollo de herramientas para utilización en enfermería a nivel hospitalario y comunitario.
13. Planificación de los servicios de salud.

14. Investigación de los servicios de salud.
15. Organización y desarrollo de los servicios de salud ambiental.
16. Adiestramiento y gestión de recursos humanos en salud ambiental.
17. Revisión y actualización de la legislación de salud ambiental.
18. Elaboración de manuales de operaciones para la salud ambiental.
19. Fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria.
20. Elaboración de un programa para mejorar la atención perinatal.
21. Formulación de protocolos para el tratamiento de las IRA y el asma.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD**PROPOSITO**

Se habrá logrado una mayor eficacia y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

1. Para 1996 se elaborarán metas de servicio para la atención primaria y secundaria.
2. Para 1997 aumentará en 2%, respecto de 1995, la productividad de ciertos recursos humanos de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se formarán equipos de salud.

1. Para 1996 se habrá definido la composición y las responsabilidades geográficas de los equipos de salud.
2. Para 1996 todos los equipos estarán adiestrados para planificar y gestionar conjuntamente el programa de distrito.

2. Se habrán diseñado los SILOS.

1. Para 1996 se trazará y analizará el plan maestro para el establecimiento de los SILOS en Antigua.

3. Se capacitado al personal.

1. Se habrá adiestrado a personal nacional en determinadas áreas para responder a nuevas exigencias y mantener las conquistas obtenidas en servicios de salud: Administración y gestión general de hospitales; Educación sanitaria; Registro clínicos; Enfermera de atención primaria familiar; Enfermera de salud pública; Farmacología; Epidemiología.

4. Se habrá promovido la investigación en servicios de salud.

1. Para 1996 se habrá elaborado un mínimo de 2 proyectos de investigación en servicios de salud, en colaboración con los jefes de proyecto.

5. Habrá aumentado la capacidad de planificación y gestión en salud.

1. Para 1996 el 50% de los directores de programa estarán adiestrados en planificación detallada y uso del enfoque del marco lógico.

6. Se habrán fortalecido los sistemas de información sanitaria.

1. Para 1997 estarán operando los módulos del sistema de información sanitaria, y se habrán formulado las normas.

PROYECTO 2: Salud Mental**PROPOSITO**

La prestación de servicios de psiquiatría y salud mental será eficiente y eficaz.

1. Para 1997 habrá menor cantidad de reingresos hospitalarios de personas con problemas psiquiátricos y de salud mental.
2. En 1997 se producirá un incremento de 10%, respecto de 1995, en el tratamiento comunitario de personas con trastornos psiquiátricos y de salud mental.

RESULTADO ESPERADO

1. Se habrá establecido un programa de psiquiatría y salud mental en el hospital y la comunidad.

1. Para 1996 se habrán evaluado los servicios de psiquiatría y salud mental con recomendaciones de mejoras.

2. Se habrá revisado y actualizado la legislación de salud mental.

2. Para 1996 se habrá elaborado un enfoque programático para la salud mental y psiquiátrica, y se habrán identificado las necesidades de adiestramiento de recursos humanos.

1. Para 1997 el personal sanitario conocerá la legislación relativa a la salud mental y la utilizará para la formulación del programa.

Objetivos

PROYECTO 3: HIGIENE DEL MEDIO

PROPOSITO

Se producirá un mejoramiento de las condiciones ambientales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá adiestrado al personal.
2. Se habrán revisado los reglamentos sobre cuestiones ambientales.
3. Se habrán efectuado recomendaciones al Ministerio de Salud para la reorganización de la Unidad de Higiene del Medio.
4. Se habrán preparado manuales.
5. Se habrá mejorado la capacidad de comunicación social para la lucha antivectorial.

PROYECTO 4: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejorar el estado de salud de la mujer, los niños y los adolescentes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán determinado los factores determinantes de la mortalidad y la morbilidad perinatal.
2. Se habrá mejorado la capacidad de manejo de las IRA.
3. Se habrá brindado apoyo al PAI.
4. Se habrán fortalecido los servicios de salud para jóvenes y adolescentes.

Indicadores

1. Para 1997 se habrán reducido los niveles de descarga de aguas residuales en los desagües públicos de Saint Johns y sus alrededores.
2. En 1977, el índice de infestación domiciliar por Aedes aegypti se reducirá en 4%, por comparación con 1994.
3. Para 1996 no habrá acumulación visible de residuos sólidos en Saint Johns y determinadas zonas, a excepción de los días de recolección de basura.

1. Para 1997 un mínimo de 10 personas habrán recibido adiestramiento en gestión de la protección de alimentos.
2. Para 1997 se habrá adiestrado a 10 personas en APPCC.
3. Para 1997 se habrá adiestrado a una persona en salud pública.
4. Para 1997 se habrá adiestrado a 10 personas en evaluación del impacto.

1. Para 1996 se habrán revisado los reglamentos sobre cuestiones ambientales a fin de velar por la adecuación del marco legal para la vigilancia y el cumplimiento de las leyes, y se habrá preparado el proyecto de legislación.

1. Se habrá realizado una evaluación de la organización y la gestión de la Unidad para fines de 1996.

2. Se habrán elaborado recomendaciones basadas en la evaluación y presentado al Ministerio de Salud para fines de 1996.

1. Para 1997 se habrán preparado y discutido con el Ministerio de Salud dos manuales operativos para un mínimo de dos programas de higiene del medio.

1. Para 1996 los equipos de salud en dos áreas piloto habrán recibido adiestramiento en comunicación para la movilización social.
2. Para 1996 los profesores en 1% de las escuelas en un mínimo de dos áreas piloto habrán recibido adiestramiento para usar el programa de estudios en EH1.

1. Se habrá producido una disminución de la mortalidad y la morbilidad perinatal.
2. Se habrán reducido los ingresos al hospital debido al asma.
3. Entre 1994 y 2000 se habrán reducido en 5% las tasas de embarazo en adolescentes, obesidad y abuso de sustancias tóxicas.
4. Entre 1994 y 1997 habrán mejorado los indicadores de la salud reproductiva.

1. Para 1996 se habrá finalizado el estudio retrospectivo para determinar los factores relacionados con la mortalidad y la morbilidad perinatal, y se habrán efectuado recomendaciones para mejorar el programa.

1. Para 1996 se habrán elaborado los protocolos para el tratamiento de las IRA y el asma y se habrán discutido con el personal del hospital comunitario y los médicos particulares.

1. Para 1997 se habrá recomendado el esquema ampliado del PAI, con inclusión de la vacunas contra la hepatitis, la vacuna BCG y la vacuna contra Haemophilus influenzae, y se habrá revisado la gestión y el plan anual.

1. Para 1996 se habrá creado y puesto en práctica un programa de servicios de salud para adolescentes.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 5: PROMOCION DE SALUD**

PROPOSITO

La adopción de modos de vida más sanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá impulsado el concepto de promoción de la salud.
2. Se habrá establecido un programa de salud y educación familiar.
3. Se habrá fortalecido el programa de control del cáncer.
4. Se habrán fortalecido los medios masivos de comunicación en la promoción de la salud.

1. Se habrá registrado una menor frecuencia de ETS para 1997.
2. Para 1997 se habrá reducido el consumo de tabaco y alcohol en la población.
3. En 1997 habrá aumentado 10%, por comparación con 1944, el número de mujeres que se someten a pruebas para la detección del cáncer del cuello uterino.

1. Para 1996 se realizará una reunión nacional de consulta sobre promoción de la salud.
2. Para 1996 se habrá educado a todo el personal sanitario para que comprendan las consecuencias de la promoción de la salud en su trabajo.

1. Para 1997 se habrá elaborado un enfoque programático de la salud y la educación familiar, y se habrán identificado las necesidades de formación de recursos humanos.

1. Para 1996 se habrá elaborado un programa nacional con metas detalladas.

2. Para 1996 se habrá proyectado el registro de cáncer, y para 1997 estará funcionando.

1. Para 1996 se habrá realizado una reunión nacional de consulta sobre el uso de los medios de comunicación en la promoción de la salud.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	128,300	70.2	125,800	63.2	132,800	61.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	128,300	70.2	125,800	63.2	132,800	61.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	128,300	70.2	125,800	63.2	132,800	61.8
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	18,300	10.0	50,100	25.1	56,300	26.2
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	18,300	10.0	19,500	9.8	21,900	10.2
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	18,300	10.0	19,500	9.8	21,900	10.2
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	30,600	15.3	34,400	16.0
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	0	-	20,400	10.2	22,900	10.7
SALUD MENTAL	0	-	10,200	5.1	11,500	5.3
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	36,100	19.8	23,400	11.7	25,900	12.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	36,100	19.8	23,400	11.7	25,900	12.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	36,100	19.8	23,400	11.7	25,900	12.0
GRAN TOTAL	182,700	100.0	199,300	100.0	215,000	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	69,000	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	69,000	100.0	0	-	0	-
SIDA	69,000	100.0	0	-	0	-
GPA	69,000	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	69,000	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	164,400	0	0	1,400	29,200	10,500	66,000	19,800	11,800	0	25,700
OMS - WR	18,300	0	0	0	11,100	0	0	5,800	1,400	0	0
TOTAL	182,700	0	0	1,400	40,300	10,500	66,000	25,600	13,200	0	25,700
% DEL TOTAL	100.0			.8	22.1	5.7	36.1	14.0	7.2	.0	14.1
1996-1997											
OPS - PR	179,800	0	0	0	23,000	11,600	71,300	27,100	20,700	0	26,100
OMS - WR	19,500	0	0	0	4,000	0	0	6,000	3,700	0	5,800
TOTAL	199,300	0	0	0	27,000	11,600	71,300	33,100	24,400	0	31,900
% DEL TOTAL	100.0			.0	13.5	5.8	35.9	16.6	12.2	.0	16.0
1998-1999											
OPS - PR	193,100	0	0	0	23,000	13,400	71,300	31,300	24,000	0	30,100
OMS - WR	21,900	0	0	0	4,000	0	0	6,900	4,300	0	6,700
TOTAL	215,000	0	0	0	27,000	13,400	71,300	38,200	28,300	0	36,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	12.6	6.2	33.1	17.8	13.2	.0	17.1

ARGENTINA

SITUACION DE SALUD

1. La República Argentina es un estado democrático, federal, constituido por 23 provincias y la Capital Federal. Estas unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población.

Demografía

2. Argentina tiene una población estimada de 33.700.000 habitantes, según proyecciones a partir del censo de 1991, con un incremento vegetativo de 1.5% anual. La población urbana se estima en un 86% y la gran mayoría se concentra en siete centros urbanos. Se estima que en la Capital Federal y en el cono urbano vive 1/3 de la población. La distribución por edades muestra una tendencia de crecimiento en la población de 60 años y más (13.9%) y una disminución en la de 0-24 años (46.0%) y de 25 a 51 años (40.8%).

Indicadores del estado de salud

3. La disminución de la mortalidad infantil (de 33.2 a 25.6 por 1.000 n.v.) y de la tasa de mortalidad general (de 8.6 a 8.0 por 1000 habitantes) en el período 1980-1990 contribuyeron a elevar la esperanza de vida al nacer para 1990 que se estimó en 68 años para los hombres y 75 para las mujeres.

4. El análisis de las causas de defunción entre 1980 y 1990 muestra el progresivo aumento de la participación porcentual de las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la enfermedad cerebro vascular. En los menores de un año las tasas de mortalidad por neumonía e influenza y por enfermedades infecciosas intestinales disminuyeron, aunque permanece un importante porcentaje de causas de muerte evitables.

5. La muerte por homicidios muestra un incremento importante entre los 15 y 49 años.

6. Existe preocupación por el aumento de casos de alcoholismo, drogadicción y accidentes en los adolescentes y adultos jóvenes. Ha aumentado la incidencia de SIDA, estimándose que se están presentando un promedio de 3 casos nuevos y entre 15 y 45 infectados por día. Hasta noviembre de 1994 el número de casos de SIDA notificados es de 5.303. La epidemia afecta especialmente a drogadictos mediante la transmisión sanguínea (34%).

7. Las enfermedades inmunoprevenibles se encuentran en general en un descenso progresivo y con importantes diferencias interprovinciales debidas a diferentes condiciones de vida.

8. El cólera, que afecta fundamentalmente las provincias de Salta y Jujuy, ha experimentado una disminución de los casos de 2.008 en 1993 a 889 en 1994. La notificación de diarreas se triplicó y muestra mayor incidencia en las Provincias del Nordeste. Los casos de rabia animal se redujeron un 99% en el decenio, pero en 1994 se registró un caso de rabia humana, cuyo último registro era de 1985.

9. La enfermedad de Chagas sigue siendo la mayor endemia del país, aunque su prevalencia serológica sigue disminuyendo. Los focos más importantes están en las provincias de Salta y Jujuy.

10. En 1990 se registraron 727 casos de fiebre hemorrágica argentina, duplicando la incidencia de 1988 y 1989. En 1992 el número de casos notificados disminuyó a 92. La malaria se encuentra principalmente en el nordeste argentino con cifras no mayores a los 100 casos por año.

11. La tasa de mortalidad materna se estima en 5.2 por 10.000 nacidos vivos, la cual se considera alta si se tiene en cuenta que entre el 85% y 95% de los partos se atiende institucionalmente. En las regiones del nordeste, noroeste y Cuyo, la edad materna es menor que el promedio nacional, la fecundidad es más alta y la tasa de mortalidad materna es mayor (8.0 por 10.000 nacidos vivos).

12. Los accidentes ocupan el cuarto lugar como causa de muerte para todas las edades y si bien su tendencia muestra una leve disminución, preocupa seriamente tanto por su evitabilidad como por la cantidad de años de vida potencial perdidos que producen. Los hombres están afectados 4 veces más que las mujeres. Los trastornos mentales produjeron un 5% de los egresos hospitalarios en 1990.

13. Las condiciones ambientales son deficientes en áreas urbanas marginales y en regiones que presentan acelerado desarrollo económico. Existen territorios con gran presión antrópica sobre los ecosistemas forestales provocando erosión significativa y depósitos de sedimentos en la cuenca del Río de la Plata. Se reconoce un creciente deterioro de los recursos hídricos y del medio ambiente en general. Se estima que el 70% de los agentes contaminantes del aire provienen de fuentes móviles. La presencia de casos de intoxicaciones, inundaciones y atentados terroristas son factores de riesgo que afectan y ponen en peligro la calidad de vida y la seguridad de los ciudadanos.

14. Referente a saneamiento básico, en especial al suministro de agua potable, los valores totales, indican, con referencia al Censo del 91, que 66% de la población Argentina cuenta con servicios de redes públicas de agua, existiendo gran disparidad entre las provincias (Catamarca tiene 96% de la población servida con sistemas de agua y Misiones solo 44%). Considerando las mismas referencias, solamente 36% de la población está siendo servida por redes de alcantarillado e igualmente, existen grandes diferencias entre ciudades (Capital federal cuenta con 58% de cobertura y Misiones registra solo un 6%).

15. La situación actual es particularmente grave en términos de la protección de los recursos hídricos, principalmente en función del déficit de tratamiento de los afluentes cloacales, con un gran porcentaje de instalaciones que solo brindan tratamiento primario, ya sea porque así han sido diseñadas, o bien por falta de mantenimiento o, por encontrarse sobrepasadas en su capacidad. En valores promedio, solo el 10% de los desagües cloacales recogidos son tratados antes de ser descartados, generando un creciente problema de contaminación ambiental y un potencial riesgo a la salud pública.

16. Según el 1er. Congreso Nacional de Vivienda y Comunidad, organizado por la Unión Interprovincial de Entidades de Vivienda (UNIDEVI), realizado en 1992, la Argentina viene soportando un déficit que va creciendo permanentemente (déficit estimado en esa fecha fue de 2.500.000 unidades habitacionales), hecho que evidencia la significativa parte de población que vive en viviendas sin condiciones adecuadas, con gran perjuicio de la salud.

Factores que afectan el estado de salud

17. A partir de 1989, después de un período de consolidación del sistema democrático restaurado en 1983, se inició un componente de cambios estructurales en la economía y en el Estado. El ajuste fiscal y el plan de convertibilidad de la moneda nacional permitieron logros positivos, como el control de la inflación, estabilidad de los indicadores macroeconómico y reactivación de la economía.

18. Por otro lado persisten problemas estructurales, entre los cuales se destacan: el crecimiento de núcleos de pobreza crítica; la caída del empleo formal; la pérdida de capacidad operativa de gestión del sector público; la pérdida de eficiencia, eficacia y equidad del gasto público social y la reducción de la cobertura de las prestaciones públicas.

19. Hasta comienzos de 1993, el costo de los alimentos básicos de una familia tipo aumentó 56%, mientras que los salarios de la industria lo hicieron solo 27%. En el último quinquenio la tasa de desocupación abierta creció del 6.1% al 7.0% de la PEA. En el área del Gran Buenos Aires, que concentra una tercera parte de la población del país, la desocupación se duplicó desde 1980.

20. El sistema jubilatorio, que entró en una aguda crisis financiera, ofrece un monto mínimo mensual cercano a los US\$ 200.00.

21. Persiste la escasez de viviendas, y el problema habitacional se ha convertido en un trascendente factor de riesgo sanitario y social. Se estima que aun construyendo 100.000 viviendas anuales se necesitarían más de 30 años para poner fin a este déficit. Como fenómenos ligados a esta situación se cuentan las llamadas "villas de emergencia" o poblaciones precarias (barriadas), que solo en la Capital Federal albergan a 60.000 personas.

22. En materia de educación, si bien no se registraron cambios en las tendencias anotadas en el decenio 1980-1989, existen importantes diferencias interprovinciales: el porcentaje de la cohorte de inscritos en primer grado que completaban el séptimo grado primario era del 62.9% para todo el país, con extremos de 20.0% para el Chaco y 80.6% para la Capital Federal.

23. Las únicas diferencias cuantificables disponibles se manifiestan en relación a algunos indicadores de salud de las provincias que, aun cuando registraron avances, continúan demostrando amplias diferencias relacionadas con las condiciones de vida. Especialmente trascendente es que la tasa de mortalidad infantil de la Capital Federal en 1990 (16,8 por 1.000 nacidos vivos) se duplica en las provincias de Salta (32.3 por 1000), Jujuy (35.8), Formosa (33.2), Chaco (35.8) y Catamarca (34.6).

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

24. Salud en el Desarrollo: El país se encuentra inmerso en un profundo proceso de reforma política, social y económica. Se sigue impulsando un conjunto de cambios estructurales en la economía y en el Estado, así como en las relaciones del Estado con la sociedad en general, y del gobierno central con los gobiernos provinciales en particular.

25. El modelo económico tiene como objetivos principales la reactivación de la economía y la lucha contra la inflación mediante la desregulación de las actividades económicas. Como consecuencia de las estrategias de desregulación, privatización y apertura económica de los últimos años, también se han producido

importantes cambios en los mercados laborales, la actividad sindical y los servicios públicos. El modelo de acumulación ha cambiado radicalmente y los incentivos del mercado se han convertido en los ejes de la asignación de los recursos.

26. La recuperación económica se mantiene, sin embargo, los bienes públicos como la salud, la educación y la previsión social, en los que el Estado siempre había desempeñado su papel protagónico han experimentado cambio, perdiendo eficiencia operativa, eficacia y equidad distributiva. El financiamiento del sector público se ha visto afectado desde 1982 a raíz de la inestabilidad económica, la inflación y el proceso de ajuste.

27. En el terreno de la previsión social se consolida la privatización de los recursos financieros de la seguridad social y está pendiente la negociación política, la desregulación de las Obras Sociales y la reconversión de las instituciones prestadoras de servicios para un régimen de libre elección, lo que conlleva a un sistema de salud con importante grado de responsabilidad individual en su financiación.

28. El concepto de salud está restringido al modelo de prestación de servicios y de prestación médica. Es baja la participación y la organización social en temas relacionados con la salud y en el debate público para la formulación de leyes y normas que promuevan los derechos a la salud, la adopción de políticas públicas saludables y la defensa de los consumidores.

29. En cuanto a investigación científica en salud, la Argentina posee una rica tradición especialmente en el área biomédica. Sin embargo, de acuerdo con estudios recientes la situación de la investigación tiende a desmejorar.

30. En los años transcurridos desde el primer censo nacional de recursos en ciencia y técnica (1969) hasta el último relevamiento (1988) ha disminuido el número del personal y de los proyectos de investigación en salud humana, aunque continúan constituyendo el 30% del conjunto de la investigación científica. La mayor parte de las unidades de investigación dependen del Estado (en su mayoría son universidades) con una escasa participación del sector privado.

31. El 70% de las investigaciones corresponden a biomedicina y el 10% a química. Las ciencias sociales dan cuenta de solamente 2% de los proyectos, aunque el 4% de los investigadores pertenecen a estas disciplinas. Entre el 25 y el 30% de las investigaciones se orientan a enfermedades - sobre todo neoplasias, enfermedades del aparato digestivo y enfermedades parasitarias (el 90% de este rubro corresponde a la enfermedad de Chagas)-, 25% a biología (estudios celulares y moleculares), 18% a técnicas y 11% a salud pública.

32. Desarrollo de Sistemas de Salud: La reestructuración del sistema de salud abarca dos estrategias básicas: la descentralización y un cierto grado de desregulación. Estas estrategias sirven de base política y económica para las principales reformas sanitarias en marcha: la reforma del sistema de obras sociales, la redefinición del funcionamiento de los servicios públicos de atención médica y el cambio del papel del Ministerio de Salud de la Nación.

33. En el marco de la reforma del Estado, el Ministerio de Salud ha procedido a transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción. Mantiene un conjunto de institutos nacionales y unidades de gestión con funciones esenciales de definición de políticas y

articulación con las provincias, regulación, control, normalización y apoyo técnico, sobre los elementos críticos y las definiciones estratégicas del sistema de atención.

34. En julio de 1992, se promulgaron las políticas nacionales de salud, que plantean como líneas fundamentales el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud bajo criterios de focalización poblacional, y la redefinición y reorientación de los procesos de federalización y descentralización. En este proceso adquiere importancia el desarrollo de los recursos humanos y la capacidad en materia de regulación y control de medicamentos, tecnología, alimentos e insumos críticos. En esta última área se ha creado la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT).

35. Actualmente existe un intenso debate sobre el futuro del sistema de servicios, centrado principalmente en los aspectos de financiamiento de las prestaciones de atención médica. El papel protagónico lo tienen los economistas o técnicos de salud preocupados por el problema de los costos y de la eficiencia. Así, el eje del debate gira en torno a la disyuntiva de los modelos de "subsidio a la oferta" y "subsidio a la demanda".

36. Dentro de este marco, en los últimos tres años en diversos ámbitos del sector aparecieron iniciativas públicas y privadas para enfrentar esta situación crítica. Entre los mecanismos orientados a buscar nuevas formas de racionalidad en la asignación de recursos se hallan la aplicación de nomencladores globalizados, la descentralización de los restantes hospitales públicos del nivel nacional a otros niveles, programas de acreditamiento y categorización de sanatorios, la liberación del valor de la consulta en la seguridad social y la mayor difusión del formulario terapéutico. Otras iniciativas de importancia que están en marcha son el modelo de autogestión para el hospital público y el programa de garantía de calidad de la atención.

37. De esta forma, el desarrollo de la atención primaria de la salud es más bien declarativo, y en la mayoría de aquellas jurisdicciones en que se impulsó se organizó como "programas" de primer nivel de atención.

38. En cuanto a los Recursos Humanos, hasta la fecha han sido las instituciones educativas, de atención médica y laborales las que señalaron los criterios de desarrollo. Debido a los cambios macroestructurales que se dan en el país, se operan importantes modificaciones de la práctica de la medicina como respuesta a los cambios en la organización de la atención médica. Existe una fuerte tendencia a la especialización en todas las categorías, debido a la incorporación tecnológica y su papel en la valorización de determinadas prácticas. Por otro lado, se observa una caída de las remuneraciones con consecuencias negativas para el desempeño del personal, incremento de la relación de dependencia, empleo múltiple, subempleo y trabajo precario.

39. Se estima que el número de médicos en actividad en 1992 era de aproximadamente 90.000. Su distribución geográfica es desigual, tanto regionalmente como entre áreas urbanas y rurales.

40. Desde 1980 no se han producido cambios en la localización de las nuevas escuelas de Medicina y por otro, no se han aplicado en el período, políticas orientadas a estimular o promocionar la reubicación de profesionales.

41. En cuanto a enfermería, existen aproximadamente 69.000 profesionales en total, de los cuales 18.000 son enfermeros (incluidos licenciados), 26.000 auxiliares de enfermería y 25.000 empíricos. Si bien el número total en estos últimos tres años registra un incremento del orden del 5%, no alcanza para acompañar el crecimiento de la población en el mismo período. La categoría superior, correspondiente al personal con formación terciaria, habría experimentado una disminución absoluta en razón de la existencia de mejores condiciones en mercados de trabajo del exterior.

42. De este modo se agudiza la escasez de personal de enfermería y se incrementa la razón médicos/enfermeros: el país cuenta con cinco médicos por cada enfermero frente a las cifras consideradas como aceptables de tres enfermeros por cada médico. Asimismo, la relación de enfermeros por 10.000 habitantes fue de 5,2 en 1992.

43. De modo general podría afirmarse que la formación de recursos humanos en salud se encuentra en una fase crítica. La mayoría de las universidades y centros de formación públicos, en los que se forma alrededor del 95% de los profesionales del sector, han experimentado un severo recorte en las partidas presupuestarias provenientes del Estado.

44. La Argentina es un país con un gasto alto en medicamentos. En el V Congreso Argentino del Medicamento (1990) se informó un gasto de US\$ 80 por habitante.

45. Recientemente se promulgó un decreto que regula la prescripción de medicamentos por su nombre o denominación genérica. Luego de intensas negociaciones y reformulaciones normativas se ha avanzado en un nuevo registro nacional de medicamentos que incluye unos 8.000 medicamentos y establece la incorporación obligatoria del nombre genérico en el envase.

46. Promoción y Protección de la Salud: Además de la reestructuración técnica y política del Ministerio de Salud, la Reforma del Estado ha tenido como consecuencia una reorientación de las estrategias y los programas de diversas unidades técnicas de los niveles centrales. A la definición de políticas y normas, y a la regulación y el control de los servicios (en sentido amplio) y los recursos, se agregaron responsabilidades de Cooperación Técnica a las provincias como consecuencia de la descentralización de las unidades provinciales responsables de los programas de salud y han adquirido mayor vitalidad e importancia.

47. Entre los principales programas que se ha tratado de reforzar, se destaca el de atención de la salud de la madre y el niño. Se formuló el Compromiso Nacional en favor de la Salud de la Madre y el Niño - que establece metas y estrategias nacionales, y para el cual la acción de las provincias es el elemento esencial - y se aumentaron significativamente los fondos nacionales para la ejecución de los programas provinciales, los que progresivamente están alcanzando mayores niveles de gestión.

48. Con financiamiento externo se está ejecutando un programa de salud materno-infantil y nutrición orientado al desarrollo y mejoramiento de una red de servicios y programas de atención integral en el primer nivel. Aplicando estrategias de focalización de grupos de riesgo socioeconómico, en un primer momento cubrirá un 25% de las jurisdicciones provinciales.

49. El Ministerio de Salud ha decidido impulsar acciones de promoción y protección de la salud, estableciendo programas de: comunicación social, educación sanitaria,

capacitación de personal y estimular la reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios, bien como la estrategia de desarrollo de comunidades saludables. No obstante, no se percibe una dinámica cultural, política, social, económica e intersectorial que favorezca la adopción de legislación orientada a desarrollar políticas públicas saludables conducentes a cambios en el estilo de vida de la población.

50. También es baja la cultura institucional para favorecer la visión intersectorial en la resolución de problemas en forma integral. Existen dificultades para la organización y estructuración de espacios de negociación y concertación para proyectos intersectoriales que beneficien la salud y la calidad de vida.

51. Existen experiencias aisladas de algunas provincias y de organizaciones no gubernamentales que han ido desarrollando iniciativas en el campo de comunidades seguras, inicialmente enfocadas a la prevención de accidentes y que con el correr de las acciones han ido ampliando su ámbito a otras áreas de la prevención y promoción.

52. En relación a enfermedades no transmisibles, a pesar del peso relativo que tienen la enfermedades cardiovasculares, tumores, accidentes, enfermedades mentales y otras en la mortalidad general y en la demanda a los servicios y considerando el aumento esperado debido a las características de la transición demográfica, no se aprecian medidas concretas destinadas a orientar cambios de vida en la población con el objeto de prevenir estas patologías.

53. No se percibe una estrategia dinámica ni atractiva de Comunicación Social ni de Educación Sanitaria que motive a la población ni a los funcionarios del Sistema de Salud en relación a la prevención de los principales problemas de salud del país. En la práctica el trabajo de recuperación de daños tiende a tomar precedencia sobre las acciones de promoción y protección.

54. Desarrollo y Protección del Ambiente: En saneamiento básico, con la aplicación de la ley de privatizaciones, en términos de la población total atendida, las empresas concesionarias privadas ya son responsables por atención al 50% de los usuarios de servicios (Corrientes, Gran Buenos Aires, Tucumán y Mendoza). Además, las Cooperativas- que operan ciudades con población variando de 20.000 hasta 150.000 habitantes- atienden a aproximadamente 9% del total de usuarios y son más de 1000 organizaciones comunitarias.

55. El proceso de privatización de las concesiones de agua y cloacas viene creciendo mucho. Varias provincias tienen los trámites de privatización bien avanzados, hecho que agregará, en relativamente corto tiempo, más 21% al total de población atendida por concesión privada. De esta forma, en manos de entidades estatales quedarían cerca de 20% de la población total hoy atendida. Considerando la población no servida y la expansión de los servicios, se esperan cambios significativos en el papel del estado.

56. En todo ese proceso, son las provincias las que toman las decisiones, especialmente en los Ministerios provinciales de Economía, Obras y Servicios Públicos y en todas las provincias que hicieron la privatización- algunas parciales- fueron creados los entes reguladores, responsables por la regulación de los servicios y por fiscalizar el cumplimiento de las especificaciones y metas de los contratos de concesión.

57. En dichas circunstancias, en términos generales, en saneamiento básico, falta planificación global, información confiable (sistema adecuado) y dependencias (órganos) con atribuciones respectivas. La reciente creación de la Subsecretaría de Recursos Hídricos, en el ámbito del Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación, podrá solucionar este problema, pues tiene como principales metas elaborar el plan nacional de saneamiento y un sistema de información sectorial.

58. En el área de ambiente, los problemas son crecientes y las estructuras son recientes, sin que exista aún una consolidación que permita que el trabajo sea más sistemático. A nivel nacional, además de la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano (SRY y AH), los Ministerios de Salud y Acción Social, Economía, Interior, Defensa, Relaciones Exteriores y otras secretarías de la Presidencia de la República mantienen organismos directamente vinculados con el medio ambiente. Por su parte, diversas instituciones provinciales y municipales comparten también responsabilidades muy amplias, ya que pocas competencias fueron delegadas a la Nación. La fragmentación no es necesariamente un problema, pero la coordinación incipiente dificulta mucho la planificación y el desarrollo de acciones. Ni siempre las normas y procedimientos generados a nivel nacional son adoptados por las provincias.

59. Prevención y Control de Enfermedades: En cuanto a las enfermedades transmisibles por vacunación, el programa nacional de inmunizaciones en general alcanzó altos niveles de cobertura y vigilancia para las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, mejoró su integración con los programas provinciales y realizó una campaña nacional para la eliminación del sarampión. A pesar de los esfuerzos persisten grandes diferencias de cobertura entre provincias encontrándose por ej. que la cobertura en menores de 1 año para Triple en Tucumán un 52% y para Tierra del Fuego 104,5%. Igualmente se han hecho esfuerzos para reforzar el programa de vacunación contra el Tétanos Neonatal en mujeres en edad fértil en las provincias más afectadas.

60. Las últimas informaciones alertan sobre la situación de la Tuberculosis en relación al aumento de número de casos y a una baja de las medidas preventivas y de diagnóstico bacteriológico.

61. En cuanto al sistema de notificaciones de enfermedades transmisibles, durante el último decenio se incrementó en un 75%, en gran parte debido a la aparición del cólera y al aumento de la meningitis.

62. Las notificaciones de meningoencefalitis por todas las causas presentan un incremento año a año desde 1988, siendo evidente el incremento de la ocurrencia por N. meningitidis en los últimos años con respecto a años anteriores. Ha sido imposible planificar la prevención primaria de esta patología debido a la baja confirmación bacteriológica y tipificación existente. Durante 1994 se realizó una prueba de campo con la vacuna antimeningocócica BC de origen cubano.

63. Otros programas que han merecido un interés especial a nivel nacional y provincial han sido los de control del cólera y del SIDA. La presentación de casos de cólera durante dos años consecutivos (inicio en Febrero del 92) dio lugar a una intensa movilización para enfrentar la situación, se establecieron programas de comunicación social, educación sanitaria, capacitación de personal y dotación de servicios y, en los lugares afectados (principalmente en las zonas del Noroeste y Nordeste) realizaron algunas inversiones en saneamiento básico.

64. El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos-SIDA tiene interés especial en reducir la diseminación de la infección por HIV en la población del país, atenuar el impacto bio-físico-social-económico de la epidemia HIV/SIDA y coordinar la oportuna eficiente ejecución de actividades en relación HIV/SIDA.

65. Existe un programa nacional de control del SIDA al que se han adherido casi todas las provincias y que realiza y apoya acciones de mejoramiento de laboratorios de diagnóstico, atención médica a los enfermos y programas de comunicación y educación a la población y a grupos de riesgo. Hay una intensa movilización de organizaciones no gubernamentales y grupos de interés que llevan a cabo actividades independientes y programas de apoyo.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en Salud

66. El gobierno Argentino a través del Decreto Presidencial N° 1.269 del 20 de Julio de 1992 ha fijado las siguientes Políticas de Salud:

67. Lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud para la población, con el fin de alcanzar la meta de Salud para todos en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de Equidad, Solidaridad, Eficacia, Eficiencia y Calidad, constituyéndose así en un elemento fortalecedor esencial para la democracia.

68. Mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la Atención Médica, mediante la efectiva extensión de la cobertura a toda la población, con acciones del mayor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social.

69. Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones bio-psico-sociales consideradas potencialmente riesgosas.

70. Redefinir y orientar el rol del Sector Salud del Estado Nacional para que cumpla la función rectora y protagónica en el marco político global y para que pueda cumplir eficientemente las funciones que le competen, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización, actuando concertada y coordinadamente con los Estados Provinciales y con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

71. Para cada una de las políticas se han definido una serie de estrategias orientadas a: fortalecer el papel de la salud en el proceso de desarrollo; favorecer la articulación inter e intra sectorial para la promoción y protección de la salud; rediseñar el sistema de salud y de gestión de las instituciones de salud; movilizar recursos humanos y financieros para contribuir a mejorar los niveles de salud y de los servicios de la población.

Prioridades Nacionales para la Cooperación Técnica en Salud

72. En su política presupuestaria para el año 1995, el Ministerio de Salud, reitera las políticas de salud aprobadas en el Decreto 1.269 de Julio de 1992 y destaca dos dinámicas complementarias: las transformaciones estructurales del sector salud y las respuestas para enfrentar los desafíos que la sociedad afronta cotidianamente.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

73. La Cooperación Técnica de la OPS/OMS, en respuesta a las prioridades identificadas para el país, orientará su estrategia a apoyar a los Ministerios de Salud, nacional y provinciales, en el fortalecimiento del papel de la salud en el proceso de desarrollo, favoreciendo la articulación inter e intra sectorial de las acciones planteadas, movilizando recursos humanos estratégicos y financieros para contribuir a mejorar los niveles de salud de la población.

74. Se movilizarán recursos, diseminará información y se estimulará el desarrollo de investigaciones entre diversos actores sociales e institucionales, que promuevan la participación y la organización de la sociedad en Defensa de los Derechos de la Ciudadanía, para garantizar el Desarrollo Humano y la justicia social en el marco de la situación macro-económica.

75. Especial relevancia tomarán las acciones destinadas a fortalecer la capacitación de nivel de conducción del Ministerio de Salud, acorde con el nuevo rol regulador y subsidiario planteado por la Reforma del Estado, mediante la reformulación de leyes, reglamentos, políticas, planes, normas y la mejoría del manejo y análisis de la información.

76. Se ve necesario además, ampliar sustantivamente la CT entre los países vecinos, movilizando recursos nacionales e internacionales comunes, de modo de consolidar progresivamente las Iniciativas del Cono Sur y del Mercosur.

77. Se dará atención significativa a los procesos de capacitación, de investigación y de manejo y diseminación de información en el campo de la Epidemiología para fortalecer y modernizar la capacidad de análisis epidemiológico y el monitoreo y evaluación de la situación de salud y condiciones de vida de la población, considerando el enfoque de género.

78. Paralelamente se reforzará la capacitación de una masa crítica de dirigentes y de recursos humanos estratégicos, capaces de llevar a cabo las transformaciones del sector, movilizando recursos y fomentando políticas, planes y normas que replanteen la estructura y las relaciones entre el sistema formador y el utilizador de RR.HH.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

Basado en las prioridades antes indicadas, y de acuerdo con la disponibilidad de fondos nacionales, el gobierno ha solicitado C.T. y financiera externa para las siguientes áreas prioritaria:

1. Fortalecimiento de la capacidad gestora y regulatoria del Ministerio de Salud de la Nación
2. Integración regional en el Cono Sur
3. Promoción de Desarrollo Humano y Social
4. Mejoría de la Vigilancia de la Salud
5. Reorganización y gerencia de los Sistemas de Salud

6. Recuperación de la infraestructura pública (inversiones)
7. Regulación y Control de Alimentos, Medicamentos y Tecnología
8. Desarrollo de Recursos Humanos Estratégicos
9. Programas de Promoción y Protección de la Salud.
10. Programa Nacional de Salud Materno-Infantil y Nutrición
11. Programas de Control de Epidemias y Endemias
12. Programas de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas
13. Programa Nacional de Control del SIDA
14. Programas de Protección del Medio Ambiente

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SALUD, EQUIDAD Y CIUDADANIA

PROPOSITON

Activar la participación de la sociedad en la incorporación valorativa y cultural de la salud en el desarrollo y su utilización como instrumento de mejora de la equidad y de las condiciones de vida de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Grupos representativos de la sociedad civil organizada, en especial el Parlamento, los organismos de Defensa de los Derechos Humanos, las organizaciones de Defensa de los Derechos del Consumidor, las ONGs e instituciones de investigación, estarán integrados en el proceso regular de la CI de OPS en el país, recibiendo apoyo técnico en lo que respecta a las iniciativas de movilización de recursos, movilización de actividades, diseminación de información, capacitación de líderes, investigación y formulación de políticas sociales y sanitarias, que visen a promover la equidad y la mejora de las condiciones de vida.

2. Estrategia para la revisión y análisis de marcos conceptuales, científicos, políticos, legales e institucionales del proceso de desarrollo y transferencia de tecnología en salud elaborados.

3. Plan de fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para análisis y formulación de políticas y programas de población y salud reproductiva implementado.

4. Plan de fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, para el mejoramiento de las Condiciones y Ambiente de Trabajo en el ámbito de la nueva Ley sobre Riesgos de Trabajo implementado.

1.A fines de 1997, los temas de salud estarán siendo debatidos orgánica y estructuralmente en las agendas políticas de la sociedad civil organizada y en los planes de gobierno.

1. Para fines de 1997, el catastro general de las diferentes categorías de entidades en la República Argentina, estará completado y puesto a disposición de la sociedad.

2. Para fines de 1997, por lo menos un grupo representativo de cada categoría estará desarrollando un proyecto piloto integral con la cooperación técnica de OPS.

3. Para fines de 1997, una red de intercambio y de coordinación entre las diferentes categorías estará siendo impulsada por OPS.

1. Para fines de 1997, estarán conformados grupos con las respectivas propuestas de políticas y estrategias de ciencia y tecnología en el sector salud, a ser distribuidas para debate entre las autoridades y líderes intersectoriales involucrados.

2. Para fines de 1997, por lo menos dos proyectos seleccionados de transferencia de tecnología en salud estarán sometidos a discusión de las autoridades e instituciones pertinentes.

1. Para fines de 1997, una metodología de análisis estará concertada entre las autoridades nacionales y provinciales.

2. Para fines de 1997, grupos de análisis en población y salud reproductiva estarán conformados a nivel nacional y provincial.

1. Hasta fines de 1997, por lo menos 50% de la fuerza de trabajo de los órganos de salud del trabajador de los Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad Social, habrá participado de entrenamientos específicos para la atención a planes de mejoramiento de las condiciones y ambiente de trabajo.

2. Para Diciembre de 1997, deberá estar concluida propuesta para la implantación del Sistema de Información que atienda a la Ley sobre Riesgos de Trabajo y a los intereses de salud del trabajador en la Argentina.

3. Hasta Diciembre de 1997, deberán ser realizadas 8 reuniones sobre el tema, envolviendo por lo menos 10 provincias.

ObjetivosIndicadores

5. Revisión y análisis de los marcos conceptuales, legales e institucionales del proceso de participación de la mujer en el ámbito de la salud, elaborado.

PROYECTO 2: DESARROLLO DE LA CONDUCCION NACIONAL DE LA SALUD**PROPOSITO**

Fortalecimiento del nuevo rol rector del Ministerio de Salud en el proceso de Reforma del Estado Argentino.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El proceso y las estrategias de CT al Gobierno Argentino con énfasis en el Ministerio de Salud, para el desarrollo y gestión de políticas y programas nacionales de salud estarán instrumentados.

2. Plan de reestructuración de la Representación de la OPS/OMS de Argentina implementado, para que responda con eficiencia, eficacia y efectividad a las demandas y necesidades de CT en salud del país.

3. Consolidación institucional del Programa de CT de la PWR/ARG en el campo de la informática en salud.

4. Consolidación institucional del Programa de CT de la PWR/ARG en el campo de la información y documentación científico-técnica.

5. Bases para la conformación del Comité Nacional Coordinador de Acciones de Emergencia y Desastres y un Plan de Acción de Promoción y Prevención establecidas.

4. Para fines de 1997, por lo menos 10 empresas deberán presentar y desarrollar planes de mejoramiento de las condiciones y ambiente de trabajo.

1. Para fines del 97, se espera que la CT haya contribuido a la formación/consolidación de por lo menos 3 grupos de investigación y análisis sobre la situación de salud de la mujer tanto a nivel nacional como provincial.

2. Para fines del 97 se espera que la CT haya promovido el análisis y formulación de 2 programas en salud tendientes a disminuir inequidades de género.

1. A fines de 1997, el Ministerio de Salud estará redefinido en sus misiones y funciones y con una estrategia organizativa y técnica capaz de ejercer la conducción superior de la acción sanitaria a ser desarrollada en todo el ámbito nacional.

1. Para fines del 97, estará implementado en un 80% de sus objetivos estratégicos el Plan de transformación y fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, para convertirlo en un ente técnico capaz de liderar la salud en el desarrollo.

1. Para fines del 97, el Plan de desarrollo de la PWR/ARG con énfasis en gestión de calidad deberá estar operando regularmente en todas sus dimensiones.

1. Hasta 1997, la unidad de informática de la Representación estará con desarrollo tecnológico y capacidad operativa suficiente para dar apoyo a las necesidades informáticas de la misma y cumplir el rol de centro de referencia de la red nacional de información en salud.

1. Hasta 1997, el Centro de Información y Documentación de la PWR/ARG estará con desarrollo tecnológico y capacidad operativa suficiente para apoyar la CT de los programas prioritarios de OPS/país y ser centro de referencia en la recopilación, disseminación selectiva y distribución de material científico-técnico en salud.

1. Hasta Diciembre de 1997, por lo menos 30% de la fuerza de trabajo de los órganos directamente relacionados a Emergencia y Desastres en el Ministerio de Salud, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa y Defensa Civil, habrán recibido entrenamiento en aspectos de prevención.

2. Para Diciembre de 1997, deberá estar concluida propuesta para la implantación de red de información que atienda los intereses de Emergencias y Desastres en Argentina.

Objetivos

PROYECTO 3: VIGILANCIA DE LA SALUD

PROPOSITO

Mejoría del conocimiento y análisis epidemiológico de la situación de salud del país, con énfasis en los diferenciales según condiciones de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Coordinación y apoyo técnico establecido a grupos de análisis de información y tendencias relacionadas con condiciones de vida.

2. Plan de desarrollo institucional del Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud establecido.

3. Propuesta metodológica para monitoreo de indicadores relacionados con las repercusiones de las políticas macro económicas en salud elaborada.

4. Sistema de Información en Salud de la PWR/Arg. establecido.

5. Plan establecido y en curso para desarrollo de la competencia nacional en Epidemiología.

Indicadores

3. Hasta Diciembre de 1997, deberán ser realizadas 4 reuniones sobre el tema, envolviendo por lo menos a 6 provincias.

1. A fines de 1997, la capacidad de análisis epidemiológica en el país, estará desarrollada lo suficiente para convertirse en fuente reconocida de referencia en los ámbitos nacionales, regionales e internacionales.

1. Para fines del 97 se contará con grupos conformados a nivel Nacional y en por lo menos 4 provincias, capaces de realizar análisis de información relacionada con condiciones de vida y salud.

2. Para fines de 1997 se contará a lo menos con 1 documento anual de análisis producido por cada uno de los grupos conformados y capacitados en análisis de situación de salud.

1. A fines del '97 estará en curso un Plan de desarrollo con el Programa Nacional de Estadísticas de Salud, orientado a la mejoría de estadísticas vitales y hospitalarias.

2. Publicación anual de Boletín de Estadísticas en Salud.

1. Para fines del 97 se contará con un mínimo de cuatro experiencias innovadoras a nivel local para estudio de diferenciales en salud según condiciones de vida.

2. Para fines de 1997 se contará con información estratificada según diferenciales socio-económicos y demográficos que reflejen cambios en las condiciones de vida y de salud, en por lo menos 4 provincias.

1. Para fines del 97 estará funcionando un sistema de datos a nivel de la Representación de OPS/OMS Argentina que permita acompañar la evolución de los principales indicadores de salud del país.

1. Para fines de 1997 se habrán seleccionado y capacitado núcleos multiplicadores en Epidemiología en por lo menos 5 provincias.

2. Para fines del 97, se habrá establecido una red coordinada de investigación y capacitación en epidemiología a través de los núcleos conformados.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 4: INTEGRACION REGIONAL DE COOPERACION TECNICA****PROPOSITO**

Fortalecimiento de la capacidad nacional de movilización de recursos externos para el proceso de desarrollo sostenible y de integración regional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Institucionalizado a nivel del Ministerio de Salud un Sistema de análisis, formulación, gestión y evaluación de proyectos bilaterales de CT y de inversión.

2. Estrategia para impulsar el proceso de armonización de políticas, legislación, reglamentación y normas relacionadas con salud en el ámbito del Mercosur elaborada.

PROYECTO 5: DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD**PROPOSITO**

Implementación del proceso de reforma del sistema de salud de Argentina.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisión y análisis de los marcos legislativos, institucionales y financieros de la Reforma Sectorial completados.

2. Plan de fortalecimiento institucional del COFESA, para la CT Nación-Provincia, implantado.

3. Diseño de Sistema de Monitoreo de gestión y de garantía de calidad de servicios de salud a nivel central desarrollado.

4. Metodología de programación local integrada para Programas Prioritarios estará en condiciones de ser transferida para las jurisdicciones provinciales y municipales.

PROYECTO 6: CONTROL DE CALIDAD EN SALUD**PROPOSITO**

Fortalecimiento de la capacidad nacional de regulación y control del Estado en Salud, con énfasis en los productos de uso y consumo humano.

1. A fines de 1997, por lo menos 3 proyectos de CT bilateral estarán en implementación en el marco de la Iniciativa del Cono Sur y el Grupo Salud del MERCOSUR estará institucionalizado y operando regularmente.

1. Hasta 1997, la capacitación y el dominio de aplicación de la metodología de planificación y evaluación de proyectos de CT y de inversiones estará transferida para los niveles centrales del Ministerio de Salud.

1. Hasta 1997, la compilación, análisis y propuestas de armonización de la legislación y normas sobre Medicamentos y Alimentos estará completada y disponible para las autoridades sanitarias.

1. Para fines de 1997, estará diseñado un sistema de salud que garantice equidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud, con énfasis en la optimización y federalización de los recursos disponibles.

1. A fines del 97, el cuerpo legal y reglamentario de la Reforma y la configuración institucional del organismo central de control del Estado estarán elaborados y en proceso de debate entre las autoridades y líderes sectoriales.

1. Hasta 1997, 4 provincias y 4 Municipios estarán desarrollando experiencias piloto de carácter global e integral y realizando cooperación técnica horizontal a las demás Provincias y Municipios.

1. Hasta 1997, un sistema de registro permanente de los recursos en salud y un sistema de acreditación de servicios de salud estará debatido y colocado a disposición de las autoridades.

1. Hasta 1997, 50% del personal profesional técnico del nivel central de los Programas Materno- Infantil, Tercera Edad y Discapacitados estarán dominando la metodología.

1. A fines de 1997, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), estará con desarrollo institucional suficiente para implementar y monitorear programas estructurados sobre control de calidad de productos.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Plan de desarrollo de los componentes institucionales y técnicos del Programa Nacional de Protección y Control de Alimentos de ANMAT, fortalecido y ampliado.

2. Plan de transformación, reestructuración y modernización del Sistema Nacional de Regulación y Control de Biológicos de Argentina, elaborado.

3. Plan de Desarrollo e Institucionalización de las actividades de regulación y control de tecnología en la ANMAT elaborado.

4. Plan de desarrollo de Control de Calidad y del Uso Racional de Medicamentos de la ANMAT, elaborado.

PROYECTO 7: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Reestructuración cualitativa y cuantitativa del proceso de desarrollo de los Recursos Humanos con finalidades estratégicas para adecuarlo a los objetivos de la Reforma del Estado en Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisión y análisis de los marcos legislativos, institucionales y financieros de la reforma laboral de los profesionales de salud, en especial de los médicos, completados.

Indicadores

1. Hasta 1997, en articulación con la ANMAT y las provincias, la legislación y reglamentación relativa a protección y control de alimentos estará revisada y armonizada.

2. Para fines del 97, un programa moderno de inspección y monitoreo de la calidad estará en implementación en 3 provincias seleccionadas.

1. Para 1997, en articulación con la ANMAT y el Instituto Malbrán, la redefinición de políticas y normas de registro, producción, inspección y control de calidad de biológicos estará completada y en condiciones de armonizar con las exigencias internacionales.

1. Hasta 1997 el Plan de Desarrollo (legislativo, normativo, organizacional y programático) de un sistema de control y evaluación de tecnología estará elaborado y colocado a disposición de las autoridades gubernamentales y de la ANMAT.

1. Hasta 1997, en articulación con la ANMAT y las provincias, un Plan de Recuperación física-funcional y de desarrollo institucional de la red nacional de laboratorios de control de calidad de medicamentos estará preparado y presentado para agencias externas de financiación.

1. A fines del 97 el Ministerio de Salud estará con capacidad técnico-administrativa suficientemente desarrollada para planificar, regular, controlar y gestionar las transformaciones requeridas en el sistema formador y en el sistema utilizador de recursos humanos.

1. A fin de 1997, el cuerpo legal y reglamentario de la reforma y la configuración institucional del organismo central de control del Estado estarán elaborados y en proceso de debate entre las autoridades y actores sectoriales involucrados en el proceso.

2. A fines de 1997, la propuesta y la metodología del sistema nacional de acreditación de las instituciones formadoras y del sistema nacional de certificación de profesionales estará en condiciones de ser institucionalizado por los agentes de acreditación y de certificación.

3. A fines de 1997, la investigación multicéntrica sobre las formas de contratación y pago del recurso humano médico, organización de mercados laborales, articulación público-privada, competencia regulada, intervención y desregulación estatal de recursos humanos estará impulsada y coordinada entre centros y grupos de investigación.

ObjetivosIndicadores

2. Plan de formación de RH estratégicos en salud y capacitación de liderazgo sectorial, fortalecido y ampliado.

3. Diseño del Sistema de Evaluación de la calidad de la educación médica, elaborado.

4. Revisión y análisis de políticas y estrategias de desarrollo de personal de salud, en especial de enfermería y técnicos medios, elaborados y a disposición de las autoridades y liderazgo sectorial.

5. Programa de Cooperación Técnica en Administración del conocimiento, de la información científico-técnica, de la PWR/Arg., estará consolidado y en condiciones de ser transferido para el país.

PROYECTO 8: PROMOCION DE LA INTERSECTORIALIDAD EN SALUD**PROPOSITO**

Desarrollo de estrategias intersectoriales para impulsar la implementación de políticas públicas saludables que conlleven a cambios de valores y prácticas sociales, institucionales e individuales orientadas hacia la promoción y protección de la salud y el desarrollo humano.

4. A fines de 1997, un sistema de información de recursos humanos integral y descentralizado, que facilite la definición de políticas, la planificación y una mejor gestión de recursos humanos, estará diseñado y en etapa de test piloto.

1. Para fines de 1997, por lo menos 10 profesionales de salud pública habrán tenido capacitación de pos-grado en el exterior, mediante becas de larga duración, en los campos seleccionados como estratégicos.

2. Para fines de 1997, por lo menos 5 centros de excelencia en salud pública en el país, tendrán sus pos-grado en salud pública reestructurados e implementando cursos de excelencia con énfasis en la investigación.

1. Para fines de 1997, la metodología de evaluación de la calidad de la educación médica estará a disposición de AFACIMERA, y de las autoridades del ramo.

2. A fines de 1997, por lo menos la mitad de las Facultades de Medicina del sistema público estarán desarrollando experiencias pilotos de evaluación de calidad de la educación médica.

1. Para fines de 1997, el Plan Nacional de Reconversión de personal de enfermería y técnicos medios estará elaborado.

2. Para fines de 1997, el Plan de Desarrollo de enfermería y técnicos medios estará en implementación en cuatro provincias seleccionadas.

1. Para fines de 1997, por lo menos cinco centros de producción de conocimiento en áreas específicas del saber estarán acreditados y operando regularmente con el programa de administración del conocimiento de la PWR/Argentina.

2. Para fines de 1997 se espera que todas las provincias estén recibiendo por lo menos 3 veces por año paquetes de información seleccionada, relacionada con los programas prioritarios de la OPS en el país.

1. A fines del 97, estarán elaboradas políticas públicas para la promoción y prevención de por lo menos 2 factores de riesgo considerados relevantes por el gobierno.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estrategia para desarrollo de grupos de planificación estratégica intersectorial para la formulación y aplicación de políticas y programas destinados a promover la mejoría de las condiciones de salud y la calidad de vida, estará implementada en la PWR/Arg.

2. Revisión y análisis de los marcos legales, reglamentarios, institucionales y financieros de la reforma estructural e institucional del Estado, para la promoción del Desarrollo Humano y de la intersectorialidad en salud, estarán completados.

3. Plan de Comunicación Social en salud, a larga escala, con énfasis en promoción y protección de la salud, elaborado.

4. Estrategia para el desarrollo de Planes pilotos orientados a la promoción de una cultura de la salud elaborada.

PROYECTO 9: SALUD Y MEDIO AMBIENTE.

PROPOSITO

Desarrollo y fortalecimiento de políticas relacionadas con el plan nacional de saneamiento y con la protección del medio ambiente en Argentina, especialmente en lo referente a la intersectorialidad e las relaciones ambiente, salud y desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseño de Plan para desarrollo institucional del organismo nacional de gestión de los programas de agua potable y saneamiento elaborado.

Indicadores

1. Para fines del 97, la configuración político-institucional, político-administrativa, político-técnica y político-operativa de los grupos conformados estará completada y en vías de institucionalización por el Ministerio de Salud.

2. Para fines del 97, los estudios y análisis intersectoriales de los campos relacionados con Educación, Violencia, Drogadicción y Accidentes, estarán elaborados y disponibles para divulgación.

1. Para fines del 97, el cuerpo normativo-legal y organizacional del órgano central de planificación, gestión y control de la intersectorialidad en salud, estará analizado, revisado y disponible para las autoridades y liderazgo intersectorial.

1. Para fines del 97 el catastro de fuentes de información, la metodología de acreditación de tales fuentes y el proceso de delegación y distribución a través de los medios de Comunicación, estarán estructurados y en etapa de test piloto con algunos temas seleccionados.

1. Para fines de 1997 se habrán elaborado por lo menos 3 proyectos descentralizados e integrados intersectorialmente a nivel local, con vista a la promoción de estilos de vida saludables.

1. Concluido el plan nacional de saneamiento.

2. Concluida la propuesta sobre "salud, ambiente y desarrollo sostenible".

1. Para diciembre de 1997, se habrá realizado estudio y publicado documento sobre los resultados de la privatización de los servicios de saneamiento básico.

2. Para fines de diciembre de 1997, habrá concluido el plan de implementación de sistema de monitoreo sectorial.

3. Para diciembre de 1997, se habrán capacitado 50 técnicos en proyectos de desarrollo institucional.

4. Hasta diciembre de 1997, estarán capacitado 60 técnicos en sistemas de información para el monitoreo sectorial.

5. Para diciembre de 1997, estará elaborado estudio sobre regulación sectorial y la actuación de los entes reguladores de saneamiento básico, con propuestas para su desarrollo institucional.

Objetivos

2. Instrumentos básicos para programas de evaluación y gestión de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente, elaborados.

3. Plan de desarrollo del componente de gestión institucional de los programas de "Vivienda y Salud" y "Control de la Contaminación del Medio por Residuos Sólidos", fortalecido y ampliado.

4. Plan para la implementación de Protocolo Nacional de Seguridad Química, elaborado.

5. Análisis sectoriales de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), completados en 3 provincias.

Indicadores

1. Para diciembre de 1997, habrá concluido propuesta de proyecto que incorpore a la gestión sectorial la evaluación de riesgos ambientales para la salud.

2. Hasta diciembre de 1997, estarán capacitados 50 técnicos en medición y control de la polución atmosférica;

3. Para diciembre de 1997, habrá concluido el plan para el establecimiento de una red de información sectorial con la finalidad de promover instrumentos y mecanismos de evaluación de riesgos ambientales para la salud.

4. Hasta diciembre de 1997, se habrán realizado estudios en más de dos ciudades, utilizando la metodología del PAM-Programa de Atención al Medio, con generación de propuestas de trabajo.

1. Hasta diciembre de 1997, se habrá promovido la discusión del tema "el municipio y la gestión de residuos sólidos", con la participación de representantes de las más importantes ciudades argentinas.

2. Para diciembre de 1997, habrá un diagnóstico sobre la situación del manejo de residuos sólidos en Argentina, considerando la propuesta de un programa de desarrollo institucional.

3. Hasta diciembre de 1997, se habrán realizado 10 reuniones de la Red de Manejo Ambiental de Residuos-REMAR, incorporando más de 20 usuarios/participantes.

4. Para diciembre de 1997, se habrá realizado estudio sobre vivienda y salud, con indicación de propuestas de programa de trabajo intersectorial.

1. Hasta diciembre de 1997, se habrá promovido la concertación de intereses comunes en seguridad química, involucrando gobierno, iniciativa privada y ONG.

2. Para diciembre de 1997, estarán capacitados 50 técnicos en programas de seguridad química.

3. Para diciembre de 1997, estará elaborada propuesta de red nacional de seguridad química.

1. Hasta diciembre de 1997, se habrán capacitado 50 técnicos en utilización de los instrumentos de evaluación sectorial del PIAS;

2. Para diciembre de 1997, se habrá concertado la participación de diferentes actores municipales, provinciales y nacionales en la realización de preinversiones para evaluación sectorial, con énfasis en las provincias de fronteras de países del MERCOSUR;

3. Para fines de 1997, estará establecido un sistema de monitoreo para la implementación de recomendaciones en cuanto a la integración "Salud, Ambiente y Desarrollo Sostenible-SAD".

Objetivos

PROYECTO 10: CONTROL DEL SIDA Y ETS

PROPOSITO

Contribuir la reducción de la diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana en sus formas de transmisión: sexual, sanguínea y perinatal; atenuar la repercusión personal, social y económica de la epidemia de SIDA y movilizar y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales en la lucha contra el SIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estrategia elaborada para disminución de la transmisión de VIH por vía sanguínea: transfusión de sangre y hemocomponentes; en los procedimientos invasivos y entre los usuarios de drogas por vía inyectable.

2. Estrategia de apoyo al desarrollo de programas para la prevención de la transmisión del VIH y otras ETS por vía sexual y perinatal en poblaciones vulnerables, con integración de ONG's a este programa, implementada.

3. Estrategia elaborada para mejoría de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de la capacidad de análisis de la información disponible en relación a casos de SIDA, infección con VIH y enfermedades de transmisión sexual, considerando la consolidación de la capacidad del personal de los respectivos programas en la estimación de las tendencias de las epidemias y en la utilización de la información para la planificación de los programas nacionales.

4. Estrategia elaborada para refuerzo de la capacidad institucional de los programas de SIDA y ETS y mejoría en la coordinación de actividades y movilización de recursos con organizaciones multilaterales, bilaterales, no gubernamentales y otras agencias de Naciones Unidas.

Indicadores

1. Para fines del año 97, el Programa Nacional en coordinación con las instituciones mencionadas habrán institucionalizado un programa de garantía de calidad en Bancos de sangre, mejorado la notificación a 80% de los casos diagnosticados dentro del año y descentralizado acciones en 15 provincias.

1. Para 1997 estarán incorporados a una Programa de Garantía de Calidad para diagnóstico del HIV y otras ETS, el 50% de los laboratorios y Bancos de Sangre gubernamentales.

2. Para 1997 en el 90% de los establecimientos hospitalarios habrán difundido las normas de bioseguridad y fomentado la adopción de las mismas.

3. Para 1997, un 50% de los usuarios de drogas que acudan a centros de rehabilitación recibirán información sobre los riesgos asociados al uso de drogas e infección por el HIV por vía sanguínea y sexual.

1. Para 1997 se habrán desarrollado e implementado un programa nacional y por lo menos 10 provinciales conteniendo actividades educativas tendientes a la promoción de prácticas sexuales que impliquen menos riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente en población vulnerable.

2. Para 1997 un mínimo de 5 ONG's estarán integradas a estos Programas.

1. Para 1997, los puestos centinelas entregarán datos en forma continua que permitirá conocer la prevalencia de infección con HIV en la población.

2. En 1996, se notificarán por lo menos el 70% de los casos de SIDA dentro del año de diagnosticados.

3. Para 1997, los planes nacionales y provinciales para prevención, diagnóstico y tratamiento de SIDA y ETS se planificarán en base a las estimaciones de las tendencias de las infecciones en las regiones.

1. Para 1997, estarán capacitados en gerencia de programas para el control de SIDA y ETS por lo menos el 50% de los Directores Provinciales de estos programas.

2. Para 1997, se habrán coordinado con organismos nacionales e internacionales, programas contra la infección por el HIV y otras ETS, fortaleciendo los esfuerzos nacionales para el control de las mismas.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 11: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.****PROPOSITO**

Disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles prevalentes en determinadas zonas del país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para la descentralización operativa del PAI, alcanzado.

2. Metodología de Certificación de la Erradicación del Tétanos Neonatal y Sarampión, elaborada.

3. Plan de fortalecimiento institucional y de refuerzo de estrategias de control y prevención de enfermedades transmisibles, focalizadas a problemas, zonas y grupos prioritarios, elaborado.

4. Metodología de programación local transferida a provincias para utilización por las Comisiones locales de Prevención de Cólera y Enfermedades diarreicas.

5. Iniciativa Regional para la eliminación del Triatoma infestans y la interrupción de la transmisión transfusional del T. Cruzi, implementada a nivel nacional.

PROYECTO 12: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.**PROPOSITO**

Fortalecimiento de la capacidad nacional y local para desarrollar Programas de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas.

1. Publicación anual de estadísticas oficiales (Boletín).

2. Tendencia decreciente en la incidencia de enfermedades transmisibles en las zonas afectadas.

1. Para fines del 97 estará diseñado un sistema de monitoreo que permita reforzar las intervenciones, por zonas geográficas y grupos especiales prioritarios, del programa nacional de inmunizaciones.

1. Para fines del 97, la Comisión Nacional para la Erradicación del Sarampión y el Tétanos Neonatal, estará utilizando esta metodología.

2. Para fines del 97 estarán elaborados los planes provinciales para erradicación del Sarampión y el Tétanos Neonatal.

1. Para fines del '97, estará diseñado un plan de capacitación descentralizado y multicéntrico de larga escala para los responsables nacionales y provinciales de Epidemiología.

2. Para fines de 1997, estará elaborado un sistema de monitoreo ágil en Vigilancia Epidemiológica y Gestión de Programas de Enfermedades Transmisibles.

1. Para fines del 97, estará diseñado un proceso de CT entre Nación -Provincia, con énfasis en la coordinación de acciones intersectoriales e integrales para el control del Cólera y enfermedades diarreicas.

2. Para fines del 97, estarán elaborados y en etapa de implementación por lo menos 2 proyectos de mejoría de las condiciones ambientales en zonas afectadas por Cólera.

1. Para fines del 97, estarán funcionando regularmente las Comisiones Nacionales de Certificación para la eliminación del Chagas.

2. Para fines del 97, estarán elaborados los planes provinciales para la eliminación del Triatoma infestans y la interrupción de la transmisión del Tripanosoma Cruzi por transfusiones.

1. A fines del año 1997, por lo menos 2 programas comprensivos, integrales, multicéntricos y descentralizados, considerados prioritarios por las autoridades, estarán formulados y discutidos a nivel nacional.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodologías para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades crónicas estarán elaboradas y en condiciones de ser transferidas a las autoridades nacionales.

2. Proceso de coordinación e integración de las diferentes instituciones involucradas en el Control de Enfermedades Crónicas, estará fortalecido y en condiciones de ser transferido a las autoridades nacionales.

3. Estrategias o proyectos descentralizados e integrados conducentes a la prevención y control de las enfermedades crónicas, elaborados y transferidos a las autoridades nacionales.

Indicadores

1. Para fines del año '97, las principales metodologías disponibles en el exterior estarán transferidas y discutidas entre las autoridades y liderazgo sectorial.

2. A fines de 1997 se habrá establecido por lo menos 1 grupo de análisis e investigación para las principales enfermedades.

1. Para fines de 1997, una red nacional de análisis e investigación de enfermedades no transmisibles estará coordinada por la PWR/ARG.

2. Para fines del '97, un sistema de información en enfermedades crónicas estará en etapa de test experimental.

1. Para fines del '97, se habrán desarrollado por lo menos 3 proyectos piloto, a nivel local, tendientes al control de enfermedades no transmisibles prevalentes.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	2,261,700	42.5	2,887,900	49.5	3,131,700	49.0
POLITICA PUBLICA Y SALUD	0	-	163,200	2.8	186,700	2.9
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO HSD	0	-	163,200	2.8	186,700	2.9
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,930,300	36.3	2,277,100	39.0	2,427,700	37.9
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES CPS	1,930,300	36.3	2,277,100	39.0	2,427,700	37.9
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	180,800	3.4	273,500	4.7	316,100	5.0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS HST	180,800	3.4	273,500	4.7	316,100	5.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	150,600	2.8	174,100	3.0	201,200	3.2
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES TCC	150,600	2.8	174,100	3.0	201,200	3.2
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	2,237,100	42.1	1,910,400	32.7	2,088,200	32.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,103,900	20.8	707,200	12.1	801,200	12.6
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	1,103,900	20.8	707,200	12.1	801,200	12.6
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1,133,200	21.3	1,091,800	18.7	1,160,800	18.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD HRH	1,133,200	21.3	1,091,800	18.7	1,160,800	18.2
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	0	-	111,400	1.9	126,200	2.0
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL. SANITARIA QAC	0	-	111,400	1.9	126,200	2.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	0	-	161,300	2.8	182,500	2.9
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	161,300	2.8	182,500	2.9
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	0	-	161,300	2.8	182,500	2.9
STP						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	816,400	15.4	563,100	9.7	629,000	9.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	816,400	15.4	563,100	9.7	629,000	9.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	816,400	15.4	563,100	9.7	629,000	9.9
CWS						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	0	-	308,400	5.3	351,300	5.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	198,400	3.4	227,900	3.5
SIDA	0	-	85,600	1.5	98,800	1.5
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	112,800	1.9	129,100	2.0
GPA						
OCU						
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	0	-	110,000	1.9	123,400	1.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	0	-	110,000	1.9	123,400	1.9
NCD						
GRAN TOTAL	5,315,200	100.0	5,831,100	100.0	6,382,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	736,000	64.9	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	736,000	64.9	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	736,000	64.9	0	-	0
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	28,800	2.6	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	13,500	1.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	13,500	1.2	0	-	0
MEDICAMENTOS ESENCIALES	15,300	1.4	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	15,300	1.4	0	-	0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	367,800	32.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	367,800	32.5	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	31,600	2.8	0	-	0
SIDA	GPA	169,500	15.0	0	-	0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	166,700	14.7	0	-	0
GRAN TOTAL		1,132,600	100.0	0	100.0	0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
			CANTIDAD								
1994-1995											
OPS - PR	3,217,800	3	13	2,063,400	16,700	19,700	0	158,700	184,900	0	774,400
OMS - WR	2,097,400	3	0	786,300	41,700	97,900	300,000	408,200	140,500	0	322,800
TOTAL	5,315,200	6	13	2,849,700	58,400	117,600	300,000	566,900	325,400	0	1,097,200
% DEL TOTAL	100.0			53.7	1.1	2.2	5.6	10.7	6.1	.0	20.6
1996-1997											
OPS - PR	4,004,500	4	10	2,237,200	62,600	59,500	0	311,100	115,100	17,300	1,201,700
OMS - WR	1,826,600	2	2	810,800	25,000	9,200	340,000	194,300	97,100	0	350,200
TOTAL	5,831,100	6	12	3,048,000	87,600	68,700	340,000	505,400	212,200	17,300	1,551,900
% DEL TOTAL	100.0			52.3	1.5	1.2	5.8	8.7	3.6	.3	26.6
1998-1999											
OPS - PR	4,370,800	3	10	2,337,900	62,600	69,000	0	359,700	133,000	20,000	1,388,600
OMS - WR	2,011,900	2	2	894,400	25,000	10,700	340,000	224,700	112,200	0	404,900
TOTAL	6,382,700	5	12	3,232,300	87,600	79,700	340,000	584,400	245,200	20,000	1,793,500
% DEL TOTAL	100.0			50.7	1.4	1.2	5.3	9.2	3.8	.3	28.1



BAHAMAS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La Comunidad de las Bahamas es un archipiélago de unas 700 islas. El censo de 1990 determinó que cerca de 22 estaban habitadas, pero 96,4% de la población vive en sólo siete islas. Nassau, la ciudad capital, está ubicada en la isla New Providence, en la que vive 67,4% de la población. Otro 16% reside en Grand Bahamas, la segunda isla más desarrollada. La población de las Bahamas se calculó en 273.000 en 1994. Cerca de un tercio de la población es menor de 15 años y aproximadamente 5% son mayores de 65. El crecimiento demográfico anual se calculó en 1,97% entre 1980-1990, mientras el crecimiento urbano aumentó a 2,35%. El predominio de la población femenina sobre la masculina se observa en el grupo de 15 a 19 años de edad, y la proporción general es de 1,04:1. Se considera que la población de New Providence y Grand Bahamas (83,5%) es urbana. Sólo cerca de 3,6% de la población vive en localidades de menos de 2000 habitantes

Indicadores del estado de salud

2. En 1994 la esperanza de vida al nacer era de 68,8 años para los hombres y 75,9 para las mujeres. En 1992 las causas principales de mortalidad para todas las edades y ambos sexos fueron las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y el SIDA y las enfermedades relacionadas con este. Sin embargo, para el grupo de 15 a 44 años de edad, entre los hombres las dos principales causas de mortalidad fueron el SIDA y sus trastornos y los accidentes o la violencia, y entre las mujeres, el SIDA y sus trastornos y las enfermedades del corazón, en ese orden.

3. Hasta el 31 de diciembre de 1994, se habían notificado 1.729 casos de SIDA, de los cuales 1.014 fallecieron, y se sabe que 3.447 personas son positivas para el VIH. Las Bahamas tienen una de las tasas de incidencia más altas de SIDA en la región. La enfermedad ocurre principalmente entre heterosexuales, en una proporción hombre:mujer de 1,6:1.

4. La cobertura lograda por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de niños menores de 1 año de edad ha mostrado un aumento constante desde 1989. A fines de 1993 fue de 91% para DPT y VOP y 88% para el sarampión (una leve disminución por comparación con 1992).

5. La mortalidad infantil en 1993 fue de 19,2 por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna en 1992 fue de 0,2 por 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad infantil son generalmente enfermedades perinatales, malformaciones congénitas, neumonía, el SIDA y sus trastornos y los accidentes o la violencia. Las causas perinatales y las malformaciones congénitas representan aproximadamente 75% de las defunciones.

6. Los accidentes y los actos de violencia están aumentando y, después de las complicaciones del embarazo y el parto, son la causa más común de ingresos a los hospitales públicos de atención crítica.

7. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (1988-1989) demostró que la desnutrición no era un problema en las Bahamas, pero que la obesidad, la diabetes y la hipertensión eran las causas principales de morbilidad. La misma encuesta

mostró que 8,7% de los niños menores de 5 años eran obesos y 84% de peso normal para la edad, mientras que 28% de las mujeres adultas y 13,9% de los hombres adultos eran moderada o gravemente obesos.

Factores que afectan el estado de salud

8. Toda la población se encuentra en un radio de 1 hora de viaje de los servicios locales de salud; sin embargo, la amplia dispersión geográfica de las Bahamas presenta problemas logísticos para la organización y la prestación de dichos servicios.

9. Las causas principales de mortalidad y de ingreso a los hospitales están relacionadas con enfermedades que son en su mayor parte evitables mediante cambios en el estilo de vida.

10. El previsible envejecimiento de la población, y su carga concomitante de enfermedades crónicas, va a consumir una proporción significativa de los presupuestos asignados a la salud y a los servicios sociales.

11. Los inmigrantes ilegales representan 15% de la población. Su efecto sobre las condiciones de salud se refleja principalmente en función de su contribución a las enfermedades infecciosas, la tuberculosis (32%), la tifoidea (32%) y el SIDA (25%). Esto puede ser un reflejo de su vivienda y condiciones de vida inferiores.

12. El alcoholismo y otras adicciones (principalmente el consumo de cocaína crack) permanecen inadmisiblemente altos. No se ha determinado la relación entre esta situación y la alta incidencia de accidentes o actos de violencia.

13. Los recientes adelantos en la situación ambiental afrontan graves problemas por parte de una economía que se diversifica y por parte de las urgentes demandas de agua y servicios de desecho. El manejo de residuos sólidos ha resultado un problema casi intratable y nuevas iniciativas de política para una mayor industrialización han traído a consideración temas de contaminación, higiene industrial y salud ocupacional.

14. El porcentaje de los hogares sin agua corriente, en 1989, fue 19,4 y 14,2% empleaban letrinas y 1,6% no tenían métodos de desecho.

15. Aproximadamente 15,5% del presupuesto del gobierno se gastó en salud en 1994, con un gasto per cápita de \$361. Hay 14,4 médicos y 23,8 enfermeras (en el sector público) por 10.000 habitantes. La población está bien atendida, pues hay tres hospitales de urgencias (600 camas), un hospital especializado (450 camas), 25 centros de salud y 90 dispensarios.

16. En el nivel secundario y terciario, el sector público opera tres hospitales. Dos de ellos están ubicados en New Providence: el Hospital Princess Margaret, que proporciona atención crítica general y servicios especializados, y el Centro de Rehabilitación Sandilands, que proporciona conjuntamente atención psiquiátrica y geriátrica. La tercera institución, el Hospital Rand Memorial, está en Grand

Bahamas. Hay también dos hospitales privados pequeños en New Providence, con 72 y 12 camas respectivamente; el primero proporciona atención de especialidades y todos los servicios de diagnóstico.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

17. Salud en el desarrollo humano: Las Bahamas depende en gran medida del sector turístico para su supervivencia económica; en consecuencia, el desarrollo turístico sostenido es vital. La interrelación entre el medio ambiente y la salud y entre la salud y el desarrollo humano es bien conocida; el Gobierno de las Bahamas, consciente de ello, ha establecido una Comisión sobre Medio Ambiente, Ciencia y Tecnología para abordar el tema del desarrollo sostenible. Se ha realizado un análisis del proceso de inversión en medio ambiente y salud.

18. Se ha tomado la decisión política de fortalecer el sistema de gobiernos locales que otorga a las Family Islands autonomía en su administración. Esto facilitará el establecimiento de sistemas locales de salud (SILOS) en un servicio que ya está prestándose en toda la Comunidad. Un buen servicio de salud sería un fuerte atractivo para impulsar el turismo a las Family Islands.

19. Se está facilitando este movimiento mediante el fortalecimiento de los sistemas de información y la capacidad para usar eficazmente el sistema, el desarrollo de planes estratégicos de salud y el fortalecimiento de las capacidades de administración y gestión. La gestión de proyectos también se ha fortalecido mediante la capacitación en el uso del enfoque del marco lógico.

20. En el Ministerio de Finanzas y Planificación se ha instituido recientemente la unidad de planificación económica, que se ocupa de coordinar y facilitar la planificación en el nivel nacional y fortalecer el proceso de planificación dentro de los ministerios y departamentos. El Ministerio de Salud y Medio Ambiente (MSMA) actualmente se está reestructurando para formalizar su división para la planificación. Se ha hecho uso eficazmente de la experiencia de otros países a través del proceso de CTP y se ha tomado conciencia de la función de las mujeres en el desarrollo mediante el establecimiento de una Oficina de la Mujer, actualmente dentro del Ministerio de Relaciones Exteriores.

21. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Los habitantes de las Bahamas ya gozan del acceso universal a la atención de salud. El énfasis ahora está en mejorar la capacidad de gestión y la calidad de la atención, y la coordinación intersectorial para el desarrollo de los SILOS. En este contexto, se han establecido las bases para el desarrollo de planes estratégicos de salud en tres de las Family Islands (3). Se ha promovido el desarrollo de recursos humanos, en particular en servicios de salud materno-infantil, inspección sanitaria, administración y seguridad hospitalarias y otras áreas críticas dentro del hospital, epidemiología y vigilancia epidemiológica, y control de infecciones.

22. Se ha establecido una Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos para facilitar un enfoque más integral a la coordinación e integración de la capacitación y el desarrollo de recursos humanos para los servicios de salud.

23. El gobierno ha creado un sistema de adquisición y distribución de fármacos que asegurará el acceso de la población a los medicamentos esenciales y ha extendido los servicios básicos de laboratorio a las Family Islands, específicamente para facilitar el diagnóstico de ETS y SIDA. Los laboratorios en los hospitales Princess Margaret y Rand también participan en diversos programas de control de

calidad de la OMS, y hacen uso de las instalaciones del CAREC para el control de sus servicios de banco de sangre y transfusión.

24. El compromiso político con los preparativos para casos de desastre se hace evidente en su ubicación entre los temas de incumbencia de la Oficina del Primer Ministro. El equipo de desastres ha sido adiestrado en la estrategia del SUMA.

25. Promoción y protección de la salud: Ya se ha reconocido que la salud es un recurso para el desarrollo y una inversión en él, y durante 1995 las Bahamas crearán el mecanismo para formular una política pública favorable a la salud. Las iniciativas de promoción de la salud se centrarán en desarrollar una política de alimentación y nutrición y modificar los hábitos alimentarios. Se está redactando un plan nacional trienal de acción para la nutrición y se espera que entre en vigencia en julio de 1995. Estas iniciativas complementarán los esfuerzos que ya se realizan en las áreas del alcoholismo y otras drogadicciones, ETS y SIDA, y embarazo y autoestima en adolescentes.

26. En estas áreas se presta particular atención a adolescentes, mujeres y personas en riesgo de contraer ETS o SIDA. Se han desarrollado intervenciones destinadas a promover elecciones saludables entre los adolescentes y, en colaboración con el Ministerio de Educación y Servicios Sociales, se están abordando las necesidades de los adolescentes embarazadas coordinando la salud reproductiva con promoción de la salud. El proyecto "Here's to Your Health" de las Bahamas, iniciado en 1994 y orientado a las enfermedades no transmisibles, en particular obesidad, diabetes e hipertensión, será la base de actividades continuas en esta dirección.

27. Las ONG desempeñan una función significativa en la prevención y el control del abuso de drogas y la infección por el VIH y se continuará promoviendo la coordinación con las ONG en estos y otros campos.

28. Con asistencia del UNICEF se ha iniciado un programa extenso para promover la lactancia materna. El programa incluye la formación de grupos de lactancia materna y la capacitación de personal en el control de la lactancia.

29. Por intermedio del proyecto CBR, que forma parte de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC), financiado por el gobierno italiano, personal de salud y miembros de la comunidad están capacitándose en la atención y la rehabilitación del discapacitado dentro de la comunidad.

30. Desarrollo y protección del ambiente: El gobierno, por conducto de la Empresa de Agua y Alcantarillado, ha venido aumentando la cobertura y la calidad del abastecimiento de agua a New Providence y las Family Islands, y se ha firmado un convenio con el BID para un estudio para la reestructuración del sistema de eliminación de residuos sólidos, con miras a la posible privatización.

31. Aunque se llevó a cabo con éxito un proyecto de CTP con relación a la evaluación de riesgos de las aguas subterráneas, se requiere más trabajo en esta área, en la vigilancia de la zona costera y en la evaluación de la producción de desechos industriales.

32. Se ha facilitado el fortalecimiento institucional del Departamento de Servicios Ambientales mediante la capacitación del personal, la promulgación de legislación pertinente y la computadorización del sistema de información.

33. Prevención y control de enfermedades: Hay un programa de vacunación bien establecido que proporciona todas las vacunas del PAI y la vacuna contra la hepatitis B. El tema de las enfermedades transmitidas por los alimentos, particularmente mariscos, está siendo abordado por el gobierno mediante la mejora de las instalaciones y el abastecimiento de agua para los vendedores. La vigilancia sanitaria de los vendedores de alimentos está institucionalizada y continúa la capacitación de los inspectores sanitarios en la inspección de carne y avícola. Se necesita hacer más, sin embargo, para concientizar al público.

34. La rehidratación oral es una parte integral del tratamiento de las enfermedades diarreicas.

35. Con la asistencia financiera del Programa de Lucha Antivectorial financiado por el gobierno italiano, y que forma parte de la iniciativa de CSC, se han iniciado actividades comunitarias para controlar insectos y otros vectores.

36. Existe un mecanismo para la coordinación nacional del programa del SIDA, que incluye participación de una amplia variedad de organismos gubernamentales. Las actividades son esencialmente educativas y se centran principalmente en la prevención de la transmisión sexual. Se presta atención especial a las comunidades criollas y encarceladas. La participación de las ONG (aunque está en aumento) se limita a servicios de orientación y recaudación de fondos.

37. La capacidad de diagnosticar, tratar y manejar las ETS se ha extendido a varias de las Family Islands mediante la provisión de equipo básico y la capacitación de los médicos en su uso y en el manejo de las ETS.

38. Esto será mejorado aún más mediante la capacitación general en el uso del enfoque sindrónico para las ETS.

Planes y prioridades para el desarrollo sanitario nacional

39. La operacionalización de los conceptos de privatización y descentralización en el nivel nacional se ha convertido en el reto actual del gobierno; el foco principal de descentralización en salud son los servicios hospitalarios.

40. La reciente reestructuración de las funciones ministeriales abarcó la inclusión de un Ministro de Estado dentro del Ministerio de Salud y Medio ambiente, con la responsabilidad específica de supervisar el proceso de descentralización y los temas ambientales. Con estos y otros esfuerzos de reestructuración de los servicios de salud, se hace imperiosamente necesario realizar cambios en la legislación sanitaria y éstos se abordarán en el bienio subsiguiente. Además, debe tomarse nota de que la necesidad de tal legislación no se confina a la descentralización de los servicios hospitalarios, sino que también se requiere para fortalecer otras áreas críticas como la operación de los establecimientos de salud privados y el reglamento de los profesionales de la salud.

41. El reconocimiento de los vínculos entre población y desarrollo ha hecho que este gobierno se comprometa a establecer una política de población lo antes posible. El MSMA ha dado órdenes de coordinar las actividades que conducirán a tal política y de asegurar que los temas de población tengan prioridad en el programa de desarrollo.

42. Los asuntos ambientales seguirán siendo una prioridad y se seguirá haciendo hincapié en los esfuerzos para eliminar amenazas y riesgos ambientales graves.

43. Se aumentarán los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de la atención primaria de salud, lo que incluye seguir desarrollando los SILOS. Se promoverá la integración de los servicios en el nivel de la comunidad y un mayor grado de responsabilidades estará dirigido al nivel operativo.

44. Dentro de los servicios de salud se continuará asignando prioridad a los grupos de riesgo: mujeres embarazadas, lactantes y adolescentes. Estos servicios se están fortaleciendo mediante la coordinación nacional.

45. Se acelerará la promoción de la salud como un medio de abordar los temas prioritarios de la salud y se prestará la debida atención a las enfermedades no transmisibles.

46. Se continuará dando especial atención a aumentar la capacidad en materia de desarrollo y mantenimiento de los sistemas para la recolección de información, y a la vigilancia y el control de enfermedades.

47. Para asegurar el desarrollo ordenado de los servicios de salud, se continuará destacando el desarrollo del sistema de información, y su utilización en el proceso de planificación.

48. Se continuarán formando recursos humanos para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios en los niveles de gestión y técnicos.

Áreas prioritarias nacionales para la cooperación técnica en salud.

49. Actualización de la legislación sanitaria para permitir el funcionamiento eficaz de las nuevas estructuras administrativas y de personal; y para la operación de los establecimientos de salud (públicos y privados) y la regulación de los profesionales de la salud.

50. El fortalecimiento institucional y administrativo para facilitar la descentralización del sistema de atención de salud con atención específica a los hospitales. Se hará hincapié en la gestión eficaz de los recursos, el desarrollo de los sistemas locales de servicios de salud, la ampliación los servicios comunitarios de salud, la institucionalización del proceso de planificación y la mejora continua de la administración de suministros y equipo.

51. La promoción de la colaboración entre el sector de la salud, los gobiernos locales, el sector privado y la comunidad en el desarrollo de programas o proyectos dirigidos a mejorar el estado de la salud de la comunidad.

52. Contar con información confiable es una parte esencial del proceso de gestión, en consecuencia, se prestará atención al desarrollo de un sistema apropiado de información para todos los aspectos de la salud, con miras a fortalecer el proceso de planificación, presupuesto, ejecución y evaluación de programas. Se seguirá tratando de aumentar la capacidad de llevar a cabo la vigilancia y el control de enfermedades (transmisibles y no transmisibles).

53. Continuar la creación de una base de datos de recursos humanos para guiar el desarrollo de éstos en las áreas administrativa o de gestión, técnica y de apoyo, y para fortalecer los servicios en las Family Islands.

54. Apoyo para seguir el desarrollo del programa de promoción de la salud, especialmente en lo que concierne a los cambios de estilo de vida. La nutrición ha sido elegida como un área destacada y se ha agregado a las otras áreas prioritarias: SIDA, abuso de drogas o alcohol, y violencia.

55. Se continuará dirigiendo esfuerzos a los servicios de salud materno-infantil y enfatizando la atención perinatal y neonatal. A esto se agregará la salud de las adolescentes y las mujeres antes y entre embarazos. Los adolescentes son considerados grupo de alto riesgo debido a los continuos problemas de embarazo en adolescentes, SIDA y aumento de la violencia especialmente entre los jóvenes.

56. Se continuará requiriendo cooperación en las áreas de abastecimiento de agua potable, desarrollo de sistemas de desecho de aguas residuales, establecimiento y mejora de la capacidad normativa y de aplicación de las leyes en los sectores de residuos sólidos, aguas subterráneas marinas, contaminación industrial y salud industrial, y el sistema de información para apoyar estos esfuerzos. Esto tiene especial importancia dada la dependencia del turismo y la interrelación del turismo y el medio ambiente.

57. Es esencial mantener el control de las enfermedades inmunoprevenibles. Otras prioridades en la prevención y control de enfermedades están en el área de la prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos y diarreicas, la infección por el VIH y la tuberculosis, y las enfermedades transmitidas por vectores. Apoyo al desarrollo de una política de población y un plan de acción para el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible en función de las metas demográficas y de población, y prestando particular atención a los temas de urbanización.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

58. Dentro del área de la salud en el desarrollo, se proporcionará asistencia técnica directa al personal del Ministerio para promover la utilización del enfoque del marco lógico para proyectar la planificación del manejo y la evaluación. Se utilizará la difusión de información y promoción para estimular la consideración de los temas de género en el desarrollo de programas de salud. Los recursos se movilizarán para apoyar los proyectos de CTP. En el área de los sistemas de información se enfocará principalmente la capacitación, y la asistencia directa para evaluar la eficacia de esa capacitación. También se proporcionarán equipos para fortalecer la capacidad del HCIS.

59. El proyecto de desarrollo de sistemas de salud abordará el fortalecimiento de la capacidad y el potencial del Ministerio para proporcionar atención médica de calidad a nivel del hospital y la comunidad y para responder a emergencias.

60. El grueso de los recursos estará dedicado a la capacitación al nivel local e internacional. Se proporcionará asistencia técnica directa para el desarrollo de políticas y normas, particularmente en el área de garantía o mejora de la calidad. Se proporcionarán equipos a algunas de las Family Islands para mejorar la capacidad de planificación y programación. Se emplearán asesores para facilitar la actualización de la legislación, en particular la que reglamenta el funcionamiento de las instituciones sanitarias públicas y privadas, los profesionales de la salud, los vendedores y los establecimientos expendedores de alimentos.

61. Dentro del área de la promoción y protección de la salud, la estrategia es promover una política pública saludable y desarrollar un plan de acción para la

promoción de la salud. Se proporcionará asistencia técnica directa para facilitar este esfuerzo. Se proporcionarán oportunidades de capacitación locales e internacionales a profesionales y trabajadores de la salud en otros ministerios y en los medios masivos de comunicación, con respecto a la elaboración y la evaluación de materiales promocionales y programas de intervención; y se proporcionarán equipos a la Unidad de Educación Sanitaria para facilitar la producción de los materiales educativos para el programa de intervención. Se promoverá la participación de las ONG en estas iniciativas. El tema central del proyecto que trata la salud familiar y los temas de población serán las mujeres y los adolescentes.

62. Las principales estrategias serán la capacitación y la elaboración de materiales educativos. La capacitación estará dirigida hacia el personal de salud, preparándolos para tratar los problemas de salud del adolescente y, en particular, para ofrecer orientación. También se atenderá las necesidades de las mujeres no embarazadas y las mujeres en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedades mentales. Se prepararán y se divulgarán materiales educativos y se ofrecerán talleres para abordar los temas de importancia para la salud de las mujeres (incluida la violencia en el hogar). También se prepararán materiales educativos dirigidos a adolescentes sobre los accidentes, la violencia y la farmacodependencia, problemas éstos que afectan comúnmente a este grupo.

63. La protección y el desarrollo ambiental se centrarán en mantener la integración del abastecimiento de agua, el manejo de desechos y la actualización de la legislación en relación con los asuntos ambientales. Las estrategias principales a emplear serán la capacitación del personal y la provisión de equipos para fortalecer la capacidad de DEHS, y la provisión de asistencia técnica directa, para asegurar la incorporación de la salud ambiental en los planes nacionales y el aumento de la protección ambiental y el desarrollo sostenible. La asistencia técnica directa también se aplicará al desarrollo de un plan de manejo de residuos sólidos.

64. En el área de las enfermedades transmisibles se abordará una amplia variedad de temas. En los niños menores de 5 años el énfasis estará en la reducción de la morbilidad por enfermedades respiratorias y diarreicas. La estrategia será adiestrar al personal del consultorio comunitario en estas áreas y el desarrollo y la difusión de las políticas y las normas. La otra área prioritaria es la higiene de los alimentos, que se abordará mediante el adiestramiento de los vendedores ambulantes y los trabajadores de servicios alimentarios, la producción y difusión de materiales educativos sobre la higiene de los alimentos, y la vigilancia de los instrumentos para los establecimientos expendedores de alimentos.

65. Se capacitará al personal de salud ambiental para tratar el problema de roedores y mosquitos, que son no sólo una molestia sino un riesgo en potencia.

66. En el área de las enfermedades no transmisibles el énfasis estará en el desarrollo y la difusión de políticas y protocolos, y capacitación de los equipos de la comunidad en el tratamiento de la hipertensión y la diabetes.

67. El programa del SIDA continuará centrándose en la reducción de la transmisión del VIH mediante la difusión de materiales educativos y la capacitación en el diagnóstico y tratamiento del SIDA y la tuberculosis. Se dará asistencia técnica directa al programa nacional contra el SIDA y a la promoción de normas y protocolos en la atención y capacitación del personal sanitario. Se promoverá la participación de las ONG en estas iniciativas.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Desarrollo de legislación para apoyar el fortalecimiento de los servicios de salud.
2. Fomento de la investigación y la utilización de información local, para facilitar el proceso de planificación. El fortalecimiento de las prácticas epidemiológicas. La promoción de la conciencia de género en el desarrollo de programas y proyectos.
3. Utilización del proceso de CTP para la solución de problemas prioritarios, técnicos o administrativos.
4. Fortalecimiento institucional de hospitales y servicios de salud de Family Islands para proporcionar la capacitación necesaria para lograr responsabilización eficaz y descentralizada, en las decisiones y operaciones. El desarrollo continuo de políticas, normas y procedimientos para la operación de las áreas prioritarias dentro del servicio.
5. Desarrollo de recursos humanos para mejor calidad de la atención.
6. Apoyo al desarrollo y la ejecución de la política pública saludable, y para la ejecución de la política de alimentación y nutrición.
7. Desarrollo de un programa de comunicación social para abordar los asuntos prioritarios de salud.
8. Mayor fortalecimiento de los servicios dirigidos a las mujeres, los niños y los adolescentes.
9. Mayor conciencia de la salud y los temas ambientales en los diferentes sectores y entre la población.
10. Promoción de la función del sector de la salud en planificar para el desarrollo sostenible.
11. Finalización de los reglamentos integrales para apoyar la ley ambiental de 1987.
12. Mejora en la vigilancia y el control de la calidad del agua y la contaminación en la zona costera.
13. Promoción de la investigación en el desarrollo de medidas tecnológicas fiables para controlar la descarga de los efluentes al sistema de aguas subterráneas.
14. Las Bahamas continuarán participando en el Fondo Rotatorio del PAI y seguirán manteniendo la capacitación para la operación y la vigilancia del programa.
15. Fortalecimiento de los programas de control de enfermedades diarreicas (CED) y contra las IRA.
16. Apoyo al desarrollo de programas comunitarios para el control de insectos transmisores de enfermedades.
17. Apoyo continuo al desarrollo y mantenimiento de los programas dirigidos a la reducción de la transmisión del VIH, y otras ETS, y la repercusión del SIDA en la población.
18. Desarrollo de reglamentos y normas apropiadas para controlar la preparación y el procesamiento de los alimentos.
19. Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Reducir la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades infantiles transmisibles más comunes, las enfermedades transmitidas por vectores y por alimentos, y las enfermedades crónicas comunes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la capacidad para el tratamiento de las IRA y enfermedades diarreicas agudas.

2. Adiestramiento de los vendedores ambulantes y otros trabajadores en servicios expendedoros de alimentos, en las prácticas de menor riesgo en la manipulación de alimentos.

3. Lanzamiento del programa de educación del público dirigido a la reducción de la morbilidad por las enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua.

4. Mejorar la capacidad del personal de medio ambiente para controlar los vectores, particularmente las ratas y los mosquitos.

5. Estandarización del tratamiento de la hipertensión y la diabetes a nivel del hospital y la comunidad.

1. Para fines de 1997, se habrán reducido 25% los ingresos hospitalarios por IRA entre los niños de 0 a 5 años.

2. Para fines de 1997, se habrán reducido 50% los ingresos hospitalarios de las enfermedades diarreicas agudas.

3. Para fines de 1997, se habrá reducido 25% la incidencia de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

4. Para fines de 1997, el índice de infestación domiciliar por Aedes aegypti no excederá de 7,5%.

5. Para fines de 1997, se habrán reducido 10% los ingresos hospitalarios por hipertensión y diabetes.

1. Para fines de 1997, se habrán capacitado todos los equipos responsables de la atención de salud de los niños al nivel de la comunidad, en el tratamiento de IRA y enfermedades diarreicas agudas.

2. Para fines de 1997, se habrán difundido los protocolos para el tratamiento de las IRA y enfermedades diarreicas a todos los usuarios.

3. Para fines de 1997, se habrán cumplido al menos 90% de los protocolos de tratamiento arriba mencionados.

1. Para fines de 1997, se habrá capacitado a 50% de los vendedores ambulantes en las prácticas de menor riesgo en la manipulación de alimentos.

2. Para fines de 1997, se habrá establecido un sistema para la vigilancia de las prácticas de manipulación de alimentos en 25% de los establecimientos fijos.

1. Para fines de 1996, se habrá diseñado el programa para educar al público sobre cómo identificar aquellos factores que contribuyen a la contaminación de los alimentos y el agua para el consumo humano.

2. Para fines de junio de 1997, se habrán elaborado materiales audiovisuales para el programa educativo.

1. Para fines de 1997, se habrá capacitado a por lo menos 20 personas en el control de roedores y mosquitos.

1. Para fines de junio de 1996, se habrán desarrollado y difundido los protocolos para el tratamiento de la hipertensión y la diabetes.

Objetivos

6. Mejorar la capacidad del personal de medio ambiente para controlar los vectores, particularmente las ratas y los mosquitos.

PROYECTO 2: ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD

PROPOSITO

Mejorar la capacidad de los servicios de salud para proporcionar atención de calidad tanto hospitalaria como comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar aún más la capacidad del personal sanitario para planificar, administrar y supervisar las áreas que son críticas para el funcionamiento eficaz de los servicios de salud.

2. Fortalecimiento del programa de mantenimiento del equipo biomédico.

3. Las aptitudes y los instrumentos para la puesta en práctica de los SILOS estarán disponibles en otras tres (3) Family Islands.

4. El plan para asegurar y mejorar la calidad de la atención hospitalaria se habrá desarrollado y ejecutado.

Indicadores

2. Para fines de 1996, se habrán capacitado los equipos responsables de la atención de las personas con enfermedades crónicas en la utilización de los protocolos de tratamiento.

3. Para fines de 1997, se habrá cumplido al menos el 90% de los protocolos de manejo.

1. Para fines de 1997, se habrá capacitado a por lo menos 20 personas en el control de roedores y mosquitos.

1. Para fines de 1997, al menos 80% de los hospitales y 50% de los SILOS estarán administrados por personal apropiadamente capacitado.

2. Para fines de 1997, el tiempo de no utilización de los equipos se habrá reducido 25%, por comparación con la cifra de 1995.

1. Para fines de 1997, al menos 20 personas se habrán capacitado en las áreas prioritarias técnicas, administrativas y de gestión, en los servicios comunitarios y hospitalarios.

1. Para fines de 1996, el sistema del control de inventarios para equipos y repuestos estará instalado.

2. Para fines de 1996, el plan de mantenimiento preventivo se habrá desarrollado y ejecutado.

3. Para fines de 1997, al menos 10 personas se habrán adiestrado en el mantenimiento de ciertos equipos.

1. Para fines de 1996, los funcionarios y el personal sanitario técnico y administrativo de otros organismos y ONG habrán recibido orientación sobre el funcionamiento de los SILOS.

2. Los equipos de computación y el software pertinentes estarán instalados para mediados de 1997.

3. Para fines de 1997, se habrá desarrollado el plan estratégico de salud para al menos 2 más de las Family Islands.

1. Para fines de 1996, se habrán establecido los indicadores y otras medidas para medir la calidad de la atención.

2. Para fines de 1996, se habrá desarrollado el plan para vigilar los resultados de las actividades para asegurar y mejorar la calidad hospitalaria.

Objetivos

5. Fortalecer la capacidad del sector de la salud y otros sectores pertinentes en las áreas de los preparativos, la prevención y la mitigación para casos de desastre.

6. Actualización de la legislación sanitaria para apoyar el fortalecimiento de los servicios de salud.

PROYECTO 3: COMPORTAMIENTO SALUDABLE, SALUD BUCODENTAL Y SALUD MENTAL**PROPOSITO**

Cambiar los hábitos alimentarios y otros hábitos de estilo de vida en la comunidad para abordar las enfermedades relacionadas con la nutrición y el estrés.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá desarrollado una política pública favorable a la salud.

2. Fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de la salud y otros interesados, para desarrollarse y evaluar las estrategias de intervención de promoción de la salud.

3. Se habrá formulado el plan de acción de promoción de la salud.

Indicadores

3. Para mediados de 1996, 75% del personal sanitario de todos los niveles habrán recibido orientación sobre el programa para asegurar y mejorar la calidad hospitalaria.

1. Para fines de 1996, se habrá actualizado el plan de respuesta frente a los casos de desastre, con inclusión de los aportes de las Family Islands.

2. Para fines de 1997, al menos 25 personas se habrán capacitado en la respuesta a los casos de desastre.

1. La revisión de la legislación sanitaria vigente se habrá completado para mediados de 1996.

2. Para mediados de 1997, se habrá comenzado la redacción de nueva legislación.

1. El consumo de grasas se habrá reducido 10% y el consumo de carbohidratos habrá aumentado 10% para fines de 1997.

2. Para fines de 1997, la proporción de quienes informan que hacen ejercicio físico al menos 3 veces por semana habrá aumentado 10%.

3. El índice de dientes CPO habrá mejorado 15% para fines de 1997.

1. Se habrá presentado la política al gabinete a fines de 1996.

1. Para fines de 1996, al menos 50 personas se habrán adiestrado en el desarrollo y la evaluación de estrategias de intervención.

2. Para fines de 1997, se habrán diseñado al menos 10 programas comunitarios de intervención y se habrá iniciado su ejecución.

3. Para fines de 1997, se habrán asignado los fondos para que al menos dos ONG lleven a cabo intervenciones de promoción de la salud.

1. Para fines de junio de 1996, se habrán presentado los planes al Ministerio de Salud.

Objetivos

4. Se habrá fortalecido la capacidad de la Unidad de Educación Sanitaria para generar, evaluar, difundir y emplear la información para la promoción de modos de vida sanos.

5. Se habrá fortalecido el programa de salud mental a nivel institucional y comunitario.

PROYECTO 4: LUCHA CONTRA EL SIDA

PROPOSITO

Disminuir la tasa de nuevas infecciones y mejorar la capacidad de atención para las personas con infección por el VIH o SIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido aún más la capacidad para la prevención de la infección por el VIH en el sistema educativo y sanitario y entre las ONG.

2. Se habrá mejorado la capacidad para el tratamiento de las personas con ETS o infección por el VIH al nivel del dispensario comunitario.

3. Se habrá promovido un ambiente de bienestar social y de no discriminación para las personas afectadas e infectadas.

Indicadores

1. A fines de 1996, al menos 12 personas se habrán adiestrado en las técnicas de diagnóstico comunitario.

2. Para fines de 1997, se habrá dotado a la Unidad de Educación Sanitaria con equipos y software pertinentes para facilitar la producción de materiales educativos para distribución al público.

1. Para fines de 1997, al menos 20 personas se habrán adiestrado en el tratamiento de los enfermos mentales.

2. Para fines de 1997, se habrá desarrollado el programa de educación en salud mental, dirigido a la intervención y el apoyo comunitarios.

1. Para fines de 1997, se habrá reducido al menos 10% el número de recién nacidos infectados por el VIH.

2. Para fines del bienio se habrá reducido 5% la tasa de aumento de nuevas infecciones en los grupos vulnerables de personas jóvenes (12 a 18 años) y mujeres (15 a 44 años).

3. Para fines de 1997, se habrá reducido 10% el número de mujeres embarazada seropositivas para el VIH.

1. Para principios de 1997, se habrá desarrollado y ejecutado la campaña de comunicación social que promueve comportamientos sexuales de menor riesgo.

2. Para el comienzo del año escolar 1996-1997 se habrá revisado el programa de educación familiar y se habrá preparado al cuerpo de profesores en la prestación del programa.

3. Para fines de 1996, se habrá motivado a al menos una ONG a abordar las necesidades educativas y de prevención de las mujeres.

1. Para fines del bienio se habrá adiestrado a aproximadamente 50 trabajadores de salud que pertenecen a los servicios primarios en la amplia gama de la atención de pacientes ambulatorios, incluida la orientación de apoyo.

1. Para fines de 1997, se habrá redactado la política nacional que protege los derechos del discapacitado con respecto a la razonable accesibilidad en el lugar de trabajo, la vivienda y la participación justa en el sistema educativo.

2. Para fines de 1997, habrá aumentado 50% la participación directa en el programa nacional contra el SIDA por parte del sector privado, las organizaciones cívicas y los comercios.

Objetivos

4. Se habrá fortalecido la capacidad del personal sanitario para el tratamiento clínico y la localización de contactos de la tuberculosis.

5. Se facilitará apoyo de gestión al programa nacional contra el SIDA en el desarrollo, la ejecución y la evaluación del mismo.

PROYECTO 5: EVALUACION DE LA SITUACION SANITARIA Y DE SUS TENDENCIAS**PROPOSITO**

Mejorar la calidad y la disponibilidad de los datos para el uso eficaz del sistema de información sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá establecido el sistema para lograr niveles más eficaces de indización, procesamiento y recuperación de información científica y técnica, y será posible conectarse con sistemas de información sanitaria de América Latina y el Caribe.

2. La capacidad nacional en la práctica epidemiológica se habrá desarrollado aún más.

3. Se habrá establecido el sistema para vigilar la exactitud de la codificación de los registros médicos y los certificados de defunción.

4. Se habrá establecido el registro de cáncer.

Indicadores

1. Para fines de 1997, al menos tres personas se habrán adiestrado en la detección y el tratamiento de la tuberculosis.

1. Para fines de 1996, se habrá revisado el nivel de la ejecución de MTP II.

2. Durante todo el bienio el grupo central de gestión se reúne al menos trimestralmente para vigilar la ejecución del programa.

3. Para fines de 1996, al menos tres personas se habrán capacitado en métodos de vigilancia centinela y en técnicas de evaluación.

1. Para mediados de 1998, los indicadores de nivel nacional estarán disponibles a los seis (6) meses del final del año en cuestión.

2. Para mediados de 1997, la justificación para los planes del programa al nivel de prestación de servicios estará apoyada por información y datos actualizados.

3. Para fines de 1997, el error en la codificación de los registros médicos y los certificados de defunción no será mayor de 5%.

1. Para fines de 1997, el sistema estará instalado y en operación.

1. Para fines de 1997, se habrá establecido un sistema automatizado integrado de información a nivel nacional y comunitario en New Providence, Grand Bahamas y algunas de las Family Islands.

1. Para fines de 1996, se habrá llevado a cabo un análisis de una muestra de registros médicos, y certificados de defunción, para comprobar la exactitud de la codificación según la CIE 10.

1. Para fines de 1997, se habrá determinado la ubicación del registro de cáncer y el personal que se le destinará, y se habrán decidido los procedimientos operativos.

Objetivos

PROYECTO 6: PROTECCION AMBIENTAL

PROPOSITO

Mejorar la calidad del agua y fortalecer la capacidad nacional de controlar el sector de saneamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá establecido un marco nacional para mejorar los niveles de la calidad del agua y mejorar la protección de los recursos hídricos.

2. Se habrá avanzado significativamente en la protección ambiental y el desarrollo sostenible.

3. Se habrán establecido los mecanismos legales para el cumplimiento más eficaz de los reglamentos y normas ambientales nacionales.

4. Mejorar la capacidad de planificar, administrar y ejecutar los sistemas de manejo de desechos.

Indicadores

1. Para mediados de 1997, las normas nacionales de calidad del agua reunirán las normas mínimas de la OMS.

2. Para fines de 1996, se habrá establecido la vigilancia conjunta de los sistemas de agua y saneamiento.

1. Para fines de 1996, se habrán adaptado las normas y las pautas nacionales de calidad del agua.

2. Para mediados de 1997, se habrá logrado la integración del Sistema de Monitoreo del Agua y del Saneamiento (SIMAS) en el plan nacional de calidad del agua y contingencias.

3. Para fines de 1996, se habrá desarrollado y aprobado el programa piloto para reducir la carga de los efluentes de tanques sépticos en las aguas subterráneas.

1. Para mediados de 1996, se habrán completado las estrategias al nivel del país para la salud y el medio ambiente en el desarrollo sostenible.

2. Para fines de 1996, se habrá convocado la consulta nacional para la participación del sector privado y de las ONG.

3. Para principios de 1996, se habrá establecido el fondo de preinversión para el PIAS.

4. Para fines de 1997, se habrá adaptado el marco ambiental para los SILOS.

1. Para mediados de 1996, se habrá completado la necesaria reforma institucional y reglamentaria y de políticas.

2. Para fines de 1996, se habrán completado y adaptado los reglamentos de salud ambiental.

3. Las normas sobre protección de alimentos y control de calidad del procesamiento y la preparación estarán redactadas a fines de 1996.

4. Para mediados de 1997, se habrán establecido los mecanismos para ejecutar y hacer cumplir los reglamentos ambientales.

1. Para fines de 1996, se habrá completado el proyecto de la red de vigilancia específica para la zona costera y de acantilados del país.

2. Para mediados de 1997, se habrá desarrollado el plan de evaluación de la contaminación y sus riesgos.

3. Para fines de 1996, se habrá completado el plan integral de manejo de residuos sólidos.

Objetivos

5. Establecimiento de un marco nacional para mejorar los niveles de la calidad del agua y mejorar la protección de los recursos hídricos.

PROYECTO 7: APOYO DE COOPERACION TECNICA**PROPOSITO**

Fomentar el análisis de opciones, la planificación prospectiva y la evaluación dentro del Ministerio de Salud y Medio ambiente, proporcionando apoyo de gestión a los programas de cooperación técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento de la capacidad para el desarrollo y la gestión de proyectos en el sector de la salud.

2. Gestión eficiente y eficaz de la oficina en apoyo de la cooperación técnica.

3. Mejorar la capacidad técnica del personal profesional.

4. Se promoverá la atención a los temas de género en la planificación y la ejecución del programa.

5. Fortalecimiento del Centro de documentación.

PROYECTO 8: SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y POBLACION**PROPOSITO**

Reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades comunes entre mujeres, lactantes y adolescentes.

Indicadores

1. Para fines de 1996, se habrán adaptado las normas y pautas nacionales de calidad del agua.

2. Para mediados de 1997, se habrá logrado la integración del SIMAS y el plan nacional de contingencia y de calidad del agua.

3. A fines de 1996, se elaborará y probará el programa piloto para reducir la descarga de efluentes de tanques sépticos en las aguas subterráneas.

1. Para enero de 1997, en las primeras dos semanas de enero y al menos dos semanas antes del final de cada período de PTC siguiente, tendrán lugar reuniones para determinar el programa de trabajo para el año.

2. El número de solicitudes ad hoc se habrá reducido a dos (2) o menos durante cada período de PTC.

3. El progreso de la ejecución de los programas será tratado al menos dos veces por año.

1. Al menos 12 directores de departamento y medios se habrán familiarizado con la utilización de marco lógico para la gestión de proyectos.

1. El presupuesto se habrá ejecutado de acuerdo con las actividades programadas.

2. Cada año se atenderán al menos 80% de las solicitudes de asistencia que no requieran fondos no programados.

1. El personal profesional asiste al menos a un programa de capacitación por año.

1. Durante el bienio todos los materiales relacionados con los temas de género habrán sido difundidos a los centros nacionales de enlace, y las organizaciones pertinentes de mujeres.

1. Estará disponible la tecnología para obtener información científica de bases nacionales e internacionales de datos.

1. Para fines de 1997, la tasa de mortalidad infantil se habrá reducido 25% con respecto a la cifra de 1995.

2. Para fines de 1997, la mortalidad materna no será mayor de 1,0 por 10.000 nacidos vivos.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mayor fortalecimiento del programa de salud de los adolescentes.
2. Desarrollo de las políticas relacionadas con los temas de población.
3. Desarrollo e inicio del programa dirigido a la mejora de la salud de las mujeres.

PROYECTO 9: LA COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Promover que los países compartan tecnología para la solución de los problemas prioritarios de la salud o de gestión.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán identificado y presentado para su financiamiento proyectos de CTP.

Indicadores

3. Reducción de 25% de los ingresos hospitalarios de personas 15 a 25 años de edad por accidentes, violencia y abuso de sustancias tóxicas.

4. Reducción de 25% de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

1. Para fines de 1997, se habrán desarrollado y difundido a ciertas escuelas materiales educativos relacionados con los temas de los accidentes, la violencia y el abuso de sustancias tóxicas.

2. Para fines de 1997, se habrán capacitado proveedores de atención sanitaria a la comunidad en ciertas islas para proporcionar orientación, incluida la planificación familiar, a los adolescentes que asisten a los consultorios.

1. Para fines de 1996, se habrá completado el documento de política nacional de población y se lo habrá presentado al gabinete.

1. Para fines de 1997, se habrán desarrollado y difundido materiales educativos en relación con la salud personal y reproductiva, la regulación de la fecundidad y la violencia en el hogar.

2. Para fines de 1997, se habrán llevado a cabo al menos dos foros o talleres comunitarios que aborden los temas de la salud de las mujeres.

1. Para agosto de cada año se financiará al menos un proyecto de CTP.

1. Se habrá identificado al menos un área para la CTP por año, y para mediados de cada año se habrán iniciado discusiones entre los países.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	565,000	49.7	526,100	45.6	578,500	45.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	512,900	45.1	470,800	40.8	515,600	40.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 512,900	45.1	470,800	40.8	515,600	40.7
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	29,300	2.6	28,900	2.5	32,400	2.6
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 29,300	2.6	28,900	2.5	32,400	2.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	22,800	2.0	26,400	2.3	30,500	2.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 22,800	2.0	26,400	2.3	30,500	2.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	210,500	18.5	221,200	19.2	242,500	19.2
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	210,500	18.5	221,200	19.2	242,500	19.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 210,500	18.5	221,200	19.2	242,500	19.2
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	40,300	3.5	65,400	5.6	75,100	5.9
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	40,300	3.5	44,400	3.8	50,800	4.0
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 40,300	3.5	44,400	3.8	50,800	4.0
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	21,000	1.8	24,300	1.9
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED 0	-	21,000	1.8	24,300	1.9
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	286,200	25.1	295,900	25.6	317,200	25.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	286,200	25.1	295,900	25.6	317,200	25.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 286,200	25.1	295,900	25.6	317,200	25.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	463,900	1	0	317,100	16,700	24,500	0	40,200	23,900	0	41,500
OMS - WR	674,800	1	1	373,000	73,700	13,600	32,000	31,300	25,000	0	126,200
TOTAL	1,138,700	2	1	690,100	90,400	38,100	32,000	71,500	48,900	0	167,700
% DEL TOTAL	100.0			60.7	7.9	3.3	2.8	6.3	4.3	.0	14.7
1996-1997											
OPS - PR	431,400	1	0	243,200	12,900	20,300	0	89,600	23,200	0	42,200
OMS - WR	723,600	1	1	411,400	12,500	16,100	81,000	37,000	28,300	0	137,300
TOTAL	1,155,000	2	1	654,600	25,400	36,400	81,000	126,600	51,500	0	179,500
% DEL TOTAL	100.0			56.6	2.2	3.2	7.0	11.0	4.5	.0	15.5
1998-1999											
OPS - PR	473,900	1	0	258,600	12,900	23,400	0	103,500	26,700	0	48,800
OMS - WR	792,400	1	1	446,000	12,500	18,600	81,000	42,800	32,700	0	158,800
TOTAL	1,266,300	2	1	704,600	25,400	42,000	81,000	146,300	59,400	0	207,600
% DEL TOTAL	100.0			55.6	2.0	3.3	6.4	11.6	4.7	.0	16.4

BARBADOS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Barbados contaba con una población de 257.082 habitantes en el censo de 1990. El crecimiento demográfico durante el decenio se ha visto afectado por la migración, y se espera que la población siga siendo relativamente estable durante el bienio, creciendo a una tasa anual de 0,2%. Las tasas de crecimiento vegetativo están declinando, permaneciendo la tasa bruta de mortalidad relativamente estable entre 1988-1990 con un valor de 8,7 por 1000 en 1990, y la tasa bruta de natalidad en descenso (de 19,3 por 1000 en 1982 a 16,8 en 1990). La población está envejeciendo; 11,8% tenía más de 65 años en 1990, y 1,2% eran muy ancianos (85 años y más). Menos del 25% de la población es menor de 15 años.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida al nacer era de 75,1 años en 1990. Las tasas de mortalidad específicas por edad han declinado durante los años ochenta, a excepción del grupo de 15 a 44 años, donde las tasas de mortalidad han registrado un aumento.

3. Las principales causas de mortalidad siguen siendo las enfermedades no transmisibles y los accidentes. Las más importantes son: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer. La hipertensión es con frecuencia un factor de predisposición, tanto a las cardiopatías como a los accidentes cerebrovasculares, y las pruebas disponibles indican que existe un aumento de la prevalencia de la diabetes. Los factores nutricionales, como la obesidad y un mayor consumo de grasas, se consideran el motivo de una mayor prominencia de las enfermedades crónicas no transmisibles mencionadas.

4. La mortalidad infantil ha seguido descendiendo a 15,3 en 1990, siendo ahora las causas perinatales, las malformaciones congénitas y los accidentes las principales causas de defunción en la niñez. El asma está adquiriendo mayor importancia como causa de morbilidad y mortalidad en la niñez. En 1990 el SIDA fue con frecuencia la principal causa de muerte en los niños menores de 5 años, pero el número de casos era muy reducido (3).

5. El SIDA es ahora una causa significativa de defunción en los hombres adultos, y la mortalidad por causas externas y violencia ha aumentado y ha sobrepasado al cáncer del cuello uterino como la principal causa de mortalidad por cáncer en la mujer.

6. Los problemas que afectan a los adolescentes han sido más prominentes que en el pasado: los datos policiales y las estadísticas del hospital psiquiátrico indican mayor uso de cocaína fumada y cocaína en los hombres jóvenes, con la conducta antisocial consiguiente, incluida la delincuencia violenta.

7. La fecundidad específica por edad para las mujeres de 15 a 19 años aumentó de 46,9 por 1000 en 1987 a 65,6 por 1000 en 1990, un incremento de 40%.

8. En Barbados, la epidemia del SIDA se siguió propagando, adquiriendo mayor importancia la transmisión heterosexual. La proporción entre hombres y mujeres de casos del SIDA pasó de 7:1 en 1987 a casi 3:1 en 1992. La incidencia del SIDA está aumentando más rápidamente en la mujer. Un poco menos de 1% de las personas asintomáticas que se sometieron a pruebas para detectar el virus del VIH (donantes de sangre, mujeres en consulta prenatal y solicitantes de visados para viajar a los Estados Unidos) dieron resultados positivos.

Factores que afectan el estado de salud

9. El Partido Laborista de Barbados se encuentra ahora en el poder y existe representación de tres partidos en el Parlamento. Si bien no existe un Consejo o Comisión de Salud en el Parlamento, los temas de salud ocupan un lugar importante en éste. La economía de Barbados llegó al máximo en 1989, cuando se registró el producto interno bruto per cápita más alto de su historia. Después de la contracción de la economía durante el período 1990-1993, se han registrado tasas de crecimiento positivo de 2% en los años 1993 y 1994.

10. En septiembre de 1991, el gobierno firmó un convenio de ajuste estructural con el Fondo Monetario Internacional, el cual todavía está vigente. El programa ha recalado el mantenimiento de las paridades de la tasa de cambio y la provisión de las condiciones para reanudar el crecimiento económico sostenible. Los gastos del sector público se han controlado rígidamente, con lo cual se han perdido unos 3.000 empleos en el sector público; esto ha contribuido a un aumento adicional del desempleo, que ahora asciende a 23,6% de la fuerza laboral. Las tasas de desempleo son particularmente altas entre los desertores escolares, acercándose al 61%.

11. La recuperación de la industria del turismo se produjo después de las mejoras en la economía de los Estados Unidos y otros mercados importantes para el turismo del Caribe. La recuperación ha sido de tal magnitud que ha generado importantes inversiones en la rehabilitación y expansión de esta industria. Además, se ha registrado un crecimiento significativo en la actividad bancaria fuera de las costas y la industria de la informática.

12. El futuro de la industria del azúcar, que ha representado un importante ingreso de divisas, sigue siendo incierto debido a la posible pérdida de mercados preferenciales en la Comunidad Europea. El sector manufacturero ha mejorado con la penetración de productos en los Estados Unidos.

13. Como parte del programa de ajuste estructural, el gobierno está negociando proyectos con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Se esperan inversiones considerables del BID en el sector ambiental para alcantarillado, agua, conservación de la costa y eliminación de residuos sólidos. Aunque las condiciones de higiene del medio siguen siendo buenas y 98% de la población tiene acceso al agua potable, Barbados sigue afrontando el reto de la eliminación de los residuos sólidos. La necesidad de un vertedero sanitario bien gestionado ha captado la atención del gobierno y la población.

14. Las dificultades económicas no han repercutido gravemente sobre el sector de la salud hasta el momento, y toda la población tiene acceso a atención de salud. Sin embargo, se ha registrado un creciente desplazamiento del sector privado al público para la atención primaria, y este último está experimentando cierta dificultad para responder a la demanda. Una escasez de enfermeras ha impedido el funcionamiento de los quirófanos del Hospital Queen Elizabeth a un nivel óptimo. Además, la demanda de servicios de salud mental, en particular para abuso de drogas, ahora sobrepasa la capacidad. Revisten preocupación los signos de creciente violencia, especialmente contra los niños.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

15. Salud en el desarrollo humano: La contribución del sector de la salud y otros sectores al desarrollo nacional es bien reconocida en Barbados. Este país es mencionado ahora con frecuencia por sus políticas sociales progresistas en salud y educación. Barbados fue uno de los estudios de casos presentados en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social. Además, Barbados es uno de los pocos países del Caribe con estrategias para incorporar los temas de higiene del medio en el plan nacional de desarrollo sostenible. La investigación en salud se realiza esencialmente en apoyo de la propuesta del proyecto, siendo escasa la investigación de servicios de salud para la gestión; las aptitudes para la investigación y los recursos financieros son limitados. Existe un programa muy activo de asuntos de la mujer que ha recibido considerables fondos del BID para su fortalecimiento institucional, pero los esfuerzos por establecer programas de la mujer, la salud y el desarrollo en el Ministerio de Salud no se han materializado totalmente. Barbados se ha beneficiado con el análisis de diferencias por razón de sexo. Se reconoce la necesidad de fortalecer la capacidad de evaluar la situación y las tendencias de salud y el Ministerio está procurando automatizar el sistema de información sanitaria en hospitales y policlínicas. La epidemiología debe estar alineada con las iniciativas de planificación sanitaria. El Ministerio está subrayando la importancia del adiestramiento en la planificación. Se están actualizando los planes de preparativos para casos de desastre, y los planes para servicios comunitarios ya están operando. No se asigna alta prioridad a la mitigación en casos de desastre.

16. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Barbados tiene acceso universal a los servicios de atención primaria y secundaria de alta calidad por medio de una red de policlínicas y un hospital de remisión. Los recientes planes de desarrollo han aumentado el número de grupos vulnerables, incluidos los ancianos, los discapacitados y los enfermos mentales, y se está poniendo en marcha un proyecto del BID para racionalizar los servicios para estos grupos. Si bien el gobierno ha declarado que Barbados constituye un sistema local de salud, se está procurando fortalecer la participación de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios comunitarios. Barbados ha completado su evaluación de los procesos de inversión para la salud y el medio ambiente y ha comprometido recursos financieros para apoyar la siguiente etapa del ciclo.

17. El modelo utilizado en el Servicio de Medicamentos de Barbados goza de reconocimiento mundial y la OPS continúa colaborando con el mismo para fortalecer sus sistemas de información. Aún queda mucho por hacer para mejorar la gestión de los servicios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes. Las tecnologías disponibles en el hospital de remisión se pueden comparar con cualquier hospital escuela moderno, pero la evaluación de su eficiencia o eficacia es mínima.

18. Barbados sigue adiestrando personal nacional en las áreas de especialización clínica y gestión. El Ministerio de Salud sigue necesitando una política y un plan racionalizado de desarrollo de recursos humanos.

19. Promoción y protección de la salud: Se han empezado a establecer lentamente mecanismos para institucionalizar la promoción de la salud. En ocasiones, se aprovechan oportunidades para introducir aspectos de educación sanitaria en los esfuerzos conexos de programación. Se encuentra en la etapa final de análisis un estudio de CACP sobre los factores de riesgo para las enfermedades crónicas. Entre los problemas de salud que reciben nueva prioridad se encuentran las oftalmopatías, la salud mental y los problemas de salud del adolescente. Barbados ha ampliado su programa de planificación familiar y ha incorporado los diversos aspectos de la salud reproductiva. Aunque la malnutrición no es un problema, se reconoce la necesidad de un estudio para establecer la epidemiología actual de los trastornos nutricionales, incluida la obesidad. Ello debería facilitarse por medio del sistema automatizado de vigilancia que se está instalando.

20. Desarrollo y protección del ambiente: Se ha debido prestar atención a la eliminación de residuos sólidos, y es necesario fortalecer los sistemas de gestión. El BID está financiando proyectos importantes para sistemas de alcantarillado. El acceso universal es el principio que rige la política gubernamental para la provisión de la infraestructura ambiental.

21. Prevención y control de enfermedades: Habiendo logrado una cobertura de 87% de todos los componentes actuales del PAI, el Ministerio de Salud está investigando la posibilidad de ampliar el programa para incluir la vacuna contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae*.

22. Es necesario mejorar la vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, y los programas de protección alimentaria siguen fragmentados.

23. La lucha contra el SIDA es una prioridad. El gobierno trabajó con dos ONG para apoyar la necesidad de PWA, incluyendo la provisión de albergues. Las actividades de CEI siguen siendo la piedra angular del programa del gobierno.

24. El índice de infestación domiciliar por *Aedes aegypti* no ha sido reducido al nivel de la meta nacional, y el gobierno está procurando mayor participación de la comunidad por medio de campañas de limpieza. Es necesario reducir la dependencia de la nebulización de insecticidas.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud

25. Las principales políticas de salud son: continuar la prestación de atención de salud a todo el país por medio de policlínicas; crear programas y prestar un mayor número de servicios para los discapacitados, los ancianos y los adolescentes; crear programas de rehabilitación institucional y domiciliaria; mejorar la atención de salud en los hospitales Queen Elizabeth, de Psiquiatría y de Geriatría; fortalecer todos los niveles de atención de la salud mental; asignar más importancia al desarrollo de la vida familiar; tomar medidas correctivas para mejorar y proteger el ambiente; aumentar el uso de las estrategias de protección de la salud en todas las áreas; establecer programas de promoción de la salud para la gestión de enfermedades crónicas no transmisibles; mejorar la gestión de servicios y los sistemas de información requeridos; continuar con la racionalización del uso de todos los recursos, incluidos recursos humanos, instalaciones, inanzas y equipos, especialmente a nivel de la atención secundaria de sus principales prioridades.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

26. La evaluación conjunta de la cooperación técnica de los países correspondiente a 1992 estableció las áreas prioritarias de cooperación técnica con la OPS. Estas áreas son plenamente compatibles con las prioridades de la Organización, tal como lo establecen las OEP, y con las metas y objetivos de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC), la cual cuenta con el pleno apoyo del gobierno de Barbados. La cooperación técnica con otros países recibirá apoyo para la prestación y recepción de servicios. Se prestará apoyo al Servicio de Medicamentos de Barbados, un centro colaborador de la OMS.

27. Partiendo de la revisión, se acordó que la OPS extendiera cooperación técnica al gobierno para aumentar la capacidad operativa de los servicios sanitarios a fin de prestar servicios a toda la población, recalcando el enfoque de sistemas locales de salud; el desarrollo de sistemas eficientes y eficaces; los sistemas epidemiológicos; el desarrollo de recursos humanos; la promoción de la salud; el control de las enfermedades crónicas no transmisibles; la higiene del medio, recalcando la protección del abastecimiento de agua y el mejoramiento de la eliminación de residuos sólidos; la salud materno-infantil, subrayando la atención perinatal y la vacunación de todos los niños; preparación para casos de desastre; la lucha antivectorial; la inocuidad y protección de los alimentos; y el SIDA. Se han introducido programas de salud mental para apoyar los cambios de prioridades del control de las enfermedades transmisibles.

28. La OPS seguirá colaborando con el gobierno en el desarrollo de sus servicios de salud. Se seguirá recalcando el adiestramiento para fortalecer el proceso de planificación, incluido el uso del enfoque del marco lógico en el desarrollo de proyectos. Se ampliará la cooperación para ayudar al gobierno a lograr una mayor eficacia en los servicios de salud; un aspecto fundamental será el desarrollo adicional de los sistemas de información para la gestión en todos los niveles de los servicios de salud, incluidos el Hospital Queen Elizabeth y los policlínicos. Se procurará cooperar con el CAREC en el fortalecimiento de los servicios epidemiológicos, recalcando el mejoramiento de la vigilancia y usando técnicas epidemiológicas en la planificación, vigilancia y evaluación del desempeño de los servicios de salud. Se buscará una mayor colaboración con los proyectos del BID para la racionalización del sector de la salud.

29. En el desarrollo de los recursos humanos, se colocará el acento en la planificación del desarrollo de recursos humanos y la utilización más eficaz de los recursos humanos disponibles. La colaboración se ampliará a las instituciones de adiestramiento a fin de producir los cambios apropiados necesarios para preparar los recursos humanos, con miras a responder a las cambiantes necesidades de los servicios de salud de Barbados. El programa de becas continuará para complementar el adiestramiento local. Se promoverá firmemente la elaboración de políticas y estrategias apropiadas de promoción de la salud; se colocará un mayor acento en la comunicación social, incluyendo el uso de los medios de comunicación y la participación de las ONG.

30. La OPS promoverá y apoyará un rol de mayor importancia para las ONG en la salud. Se proporcionará apoyo continuo para el desarrollo de programas estructurados para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en

particular el cáncer de cuello uterino. Se asignará especial importancia al mejoramiento de los sistemas de vigilancia para proporcionar la información necesaria para planificar, vigilar y evaluar estos programas. En este sentido, existirá colaboración con CAREC y CFNI.

31. En la higiene del medio, un aspecto fundamental de la cooperación técnica será apoyar la aplicación de los planes de higiene del medio y desarrollo sostenible y usar el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud como herramienta para la movilización eficiente de recursos. Continuará el desarrollo de los sistemas de información para permitir la vigilancia continua de la calidad del abastecimiento de agua y la vigilancia del impacto ambiental de la contaminación con plomo y la contaminación del aire en la salud. Se seguirá recalcando la protección alimentaria, en especial en la medida en que afecta a la industria de servicios de comidas. Con respecto a la lucha antivectorial, la estrategia subrayará la creación de otros programas comunitarios de lucha antivectorial, recalcando la participación social. La estrategia de la OPS complementará a las estrategias de la FAO (protección alimentaria) y del CFNI (vigilancia de la contaminación del agua).

32. En el área de salud materno-infantil, se elaborarán normas para el desarrollo de servicios para adolescentes y se requerirá investigación para determinar la falta de asistencia posnatal de la mujer dentro de un programa integral de salud materno-infantil. Se adiestrará a profesionales de la salud en nueva tecnología para mejorar la atención perinatal, y se realizarán otras investigaciones en apoyo de una política para ampliar los programas de vacunación a fin de eliminar el sarampión y otras enfermedades inmunoprevenibles. La OPS colaborará con UNICEF en la salud del adolescente, dejando las iniciativas de lactancia materna a esa organización.

33. En lo que se refiere al SIDA, se destacará el desarrollo de programas integrales de control de las ETS. Se proporcionará apoyo continuo para la gestión de los programas de infección por el VIH y ETS; esto se realizará en estrecha colaboración con el CAREC.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Fortalecimiento de la capacidad de gestionar la eliminación de residuos sólidos y vigilar la calidad del agua y ciertos riesgos ambientales.
2. Reorientar los programas de salud a la estrategia de promoción de la salud y asegurar programas integrales para el control del cáncer del cuello uterino y otras enfermedades no transmisibles escogidas.
3. Gestión eficaz de la cooperación técnica de la OPS y la OMS.
4. Mejoramiento de la gestión en todos los niveles de los servicios de salud.
5. Fortalecimiento de la planificación del desarrollo de recursos humanos.
6. Desarrollo de sistemas de información para la gestión.
7. Protección del ambiente costero, marino y atmosférico.

8. Desarrollo de sistemas de información de higiene del medio.

9. Mejoras en la atención perinatal.

10. Continuo énfasis en la vacunación infantil.

11. Elaboración de programas de atención de salud para adolescentes.

12. Fortalecimiento del manejo del SIDA y las ETS.

13. Mejoramiento de los programas de lucha antivectorial.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: HIGIENE DEL MEDIO

PROPOSITO

Se mejorará la eficacia y eficiencia de los programas de higiene del medio.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se adiestrarán recursos humanos.
2. Habrá aumentado la capacidad del Ministro de Salud de cooperar a nivel gubernamental y no gubernamental a fin de incluir la salud y el ambiente en los planes de desarrollo sostenible.
3. Se fortalecerá la capacidad de vigilancia de la calidad del agua y la evaluación de los riesgos de contaminación.
4. Se habrán desarrollado sistemas para la gestión.
5. Se habrá fortalecido el programa de lucha antivectorial.

1. No emanarán gases tóxicos de los vertederos sanitarios y la basura se recogerá en los días establecidos. Para 1996 se iniciará el programa de reciclado.
2. Para 1996 se vigilará habitualmente la calidad del agua según el protocolo y se revisarán los resultados semanalmente a nivel central.
3. Para 1997 se investigarán todos los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos dentro de las 24 horas del informe y se reducirá el índice de infestación de *Aedes aegypti* al valor de la meta nacional.

1. Antes del 31 de diciembre de 1997 se adiestrará a personal nacional en la gestión de vertederos sanitarios, tecnología alimentaria, higiene institucional, higiene alimentaria y epidemiología.

1. Para el 31 de diciembre de 1996 se facilitará el diálogo de los sectores privado y público para las actividades de higiene del medio y turismo.
2. Para el 30 de junio de 1996 se iniciará el plan de acción de la Conferencia Panamericana en Salud y el Medio Ambiente.
3. En 1996 y 1997 se promoverá el uso del Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud en los futuros análisis del sector de la salud.

1. Para 1996 se completarán los protocolos para la evaluación de los riesgos de contaminación y la vigilancia de la calidad de las aguas subterráneas.
2. Para 1996 se evaluará el impacto de la lixiviación de los sitios de desecho en la calidad de las aguas subterráneas.
3. Para 1997 se completará el análisis del plomo en el ambiente, incluido el aire.

1. Para 1996 se habrán formulado sistemas de información para la gestión de vertederos sanitarios, los cuales se producirán para 1997.

1. Para 1997 el proyecto integrado de lucha antivectorial se ampliará a un mínimo de 2 comunidades, y el programa de higiene del medio se institucionalizará a nivel de la escuela primaria.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 2: SALUD MENTAL****PROPOSITO**

Mejorará la calidad de los servicios de salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se adiestrarán recursos humanos.

2. Se habrán evaluado los sistemas de gestión.

3. Se habrá formulado el programa de comunicación social.

4. Se habrán realizado investigaciones.

PROYECTO 3: PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD DE CNCDS**PROPOSITO**

Se promoverán conductas más sanas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se establecerá el programa de promoción de la salud a nivel nacional.

1. Para diciembre de 1997 se reducirá la cantidad de reingresos al Hospital Psiquiátrico para ciertos diagnósticos.

2. Para diciembre de 1997 habrá programas para rehabilitación del abuso de drogas que sean aceptables a la población.

3. Para diciembre de 1997 habrá servicios de salud mental diagnósticos, terapéuticos y de apoyo disponibles en ciertas comunidades.

1. Para 1997 se habrá adiestrado a todos los trabajadores sociales en los principios del tratamiento psiquiátrico y de salud mental. Además, se ofrecerá adiestramiento en otras áreas identificadas en el plan nacional elaborado en 1995.

1. Para 1997 se habrán evaluado los sistemas de gestión en servicios psiquiátricos con recomendaciones de mejoras, incluyendo la definición de políticas y procedimientos específicos.

1. Para 1996 se habrá formulado una campaña para mejorar la percepción que tiene la población de las enfermedades mentales, usando para ello los medios de comunicación y estrategias apropiadas para diversos grupos destinatarios, habiéndose procurado los fondos para la misma.

1. Para 1997 se habrá creado un protocolo de investigación para determinar el conocimiento, las actitudes y prácticas relativas a la salud mental con el equipo de personal de salud mental.

1. Para 1997 el 50% de todas las mujeres mayores de 35 años se habrán sometido a pruebas de Papanicolaou de acuerdo con el protocolo.

2. Para 1997 la población habrá reducido el consumo de grasas saturadas, sal y azúcar.

3. Para 1997 el 50% de los adultos hará ejercicio físico 3 veces por semana.

1. Para diciembre de 1996 se habrá formulado y discutido el programa de promoción de la salud para mejorar ciertas conductas de salud con movilización de una sección transversal de ciudadanos y sectores.

Objetivos

2. Se habrán elaborado los mensajes de salud.
3. Habrá aumentado la participación de las ONG en los problemas prioritarios.
4. Habrá aumentado la capacidad del Ministerio de Salud de poner en marcha programas para el control de las enfermedades crónicas.

PROYECTO 4: DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

PROPOSITO

Mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrán mejorado los sistemas de gestión e información.
2. Se habrán formado recursos humanos.
3. Se habrá emprendido la mercadotecnia de los servicios de salud públicos.

Indicadores

1. Para junio de 1997 se habrán formulado y puesto a prueba los mensajes de salud orientados a modificar los modos de vida relacionados con la diabetes y la hipertensión.

1. Para diciembre de 1997 se habrán creado nuevas ONG comunitarias en colaboración con el Ministerio de Salud.

1. Para junio de 1997 se habrán realizado los estudios CACP posteriores a la prueba de cáncer del cuello uterino y se habrán revisado las estrategias de promoción de la salud.

1. Se habrá reducido el tiempo de espera y la extensión de las listas de espera para ciertos servicios al nivel de las metas fijadas para 1997.

2. Para diciembre de 1997 habrá aumentado la disponibilidad de servicios de atención primaria de salud en horarios adecuados para las personas que trabajan.

3. Para diciembre de 1997 habrá aumentado el índice de satisfacción del consumidor para los servicios hospitalarios y de comunicación.

1. Para junio de 1996 se habrá evaluado la estructura orgánica de los servicios de salud y ciertos departamentos para garantizar partidas a los que practiquen gestión en equipos.

2. Para diciembre de 1997 se habrán proporcionado equipos, diseñado y mantenido programas de computación para gestión y apoyo logístico, ofreciéndose adiestramiento a los usuarios.

1. Para diciembre de 1997 se habrá ofrecido adiestramiento de recursos humanos en ciertas áreas y se habrá adiestrado a los administradores de nivel intermedio en servicios hospitalarios y comunitarios.

2. Para diciembre de 1996 se habrá sensibilizado a los equipos de gestión de distrito para que se comuniquen y cooperen con la comunidad.

1. Para diciembre de 1997 se habrá concebido y puesto en práctica una campaña de imagen para los establecimientos del Ministerio de Salud, en particular el hospital.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 5: APOYO LOGISTICO PARA LA COOPERACION TECNICA****PROPOSITO**

La cooperación técnica de la OPS se prestará en forma eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán apoyado las actividades de cooperación técnica de la OPS y la OMS en Barbados.

1. Se ejecutará un mínimo de 90% de los presupuestos por programas para Barbados.

1. Durante 1996 y 1997 se ofrecerá apoyo administrativo para las actividades de cooperación técnica en Barbados según el convenio básico, con inclusión de servicios secretariales y servicios públicos.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	207,500	25.9	239,900	27.7	277,300	29.5	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. MAC. DE SALUD	207,500	25.9	239,900	27.7	277,300	29.5	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	207,500	25.9	239,900	27.7	277,300	29.5
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	445,100	55.7	437,700	50.7	463,800	49.4	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	445,100	55.7	437,700	50.7	463,800	49.4	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	445,100	55.7	437,700	50.7	463,800	49.4
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	21,200	2.7	112,300	12.9	119,300	12.7	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	21,200	2.7	0	-	0	-	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	21,200	2.7	0	0	-	
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	112,300	12.9	119,300	12.7	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	40,100	4.6	44,600	4.7	
SALUD MENTAL	MNH	0	72,200	8.3	74,700	8.0	
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	61,900	7.7	67,000	7.7	69,600	7.4	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	61,900	7.7	67,000	7.7	69,600	7.4	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	61,900	7.7	67,000	7.7	69,600	7.4
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	64,200	8.0	8,300	1.0	9,600	1.0	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	28,800	3.6	0	-	0	-	
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	28,800	3.6	0	0	-	

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	35,400	4.4	8,300	1.0	9,600	1.0	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES							
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	MCD	35,400	4.4	8,300	1.0	9,600	1.0
GRAN TOTAL	799,900	100.0	865,200	100.0	939,600	100.0	

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	460,800	100.0	0	-	0	-	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES							
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES							
SIDA	GPA	460,800	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	460,800	100.0	0	100.0	0	100.0	

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$		CANTIDAD	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	778,700	0	0	0	100,100	0	222,000	79,500	61,700	19,600	295,800
OMS - WR	21,200	0	0	0	5,600	0	0	8,100	7,500	0	0
TOTAL	799,900	0	0	0	105,700	0	222,000	87,600	69,200	19,600	295,800
% DEL TOTAL	100.0		.0		13.2	.0	27.8	11.0	8.7	2.5	36.8
1996-1997											
OPS - PR	387,400	0	0	0	46,400	0	60,000	32,000	37,900	0	211,100
OMS - WR	477,800	0	0	0	74,200	0	207,500	82,300	28,700	0	85,100
TOTAL	865,200	0	0	0	120,600	0	267,500	114,300	66,600	0	296,200
% DEL TOTAL	100.0		.0		13.9	.0	30.9	13.2	7.7	.0	34.3
1998-1999											
OPS - PR	431,200	0	0	0	46,400	0	60,000	37,000	43,800	0	244,000
OMS - WR	508,400	0	0	0	74,200	0	207,500	95,100	33,300	0	98,300
TOTAL	939,600	0	0	0	120,600	0	267,500	132,100	77,100	0	342,300
% DEL TOTAL	100.0		.0		12.8	.0	28.5	14.1	8.2	.0	36.4



BELICE

SITUACION DE SALUD

1. Belice es una nación independiente desde 1981. Es un estado soberano y democrático regido por un sistema parlamentario con un Primer Ministro como Jefe de Estado elegido en elecciones libres, directas y universales. El territorio tiene una extensión de 8.868 millas cuadradas (22.978 km²). Administrativamente el país está dividido en seis distritos: Corozal y Orange Walk en el norte, Belice en el este, Cayo en el oeste y Stann Creek y Toledo en el sur. Belmopán, la nueva capital, con más de 6.000 habitantes, está ubicada en el distrito Cayo. Hay buenas comunicaciones por carretera con México y Guatemala y vuelos diarios a los Estados Unidos y los países centroamericanos.

2. Según el Banco Mundial, para 1991 el producto interno bruto (PIB) per cápita de se estimaba en US\$ 2.010; para 1985 era de US\$ 1.120. La economía del país aumentó en promedio 8% por año durante el período 1985-1990. Las industrias de crecimiento más rápido (tales como la construcción y el turismo) fueron las del sector secundario y las del sector de servicios, si bien la agricultura de exportación también ha crecido en los últimos años. En la actualidad la agricultura aporta el 65,0% del total de ingresos en divisas del país y emplea a aproximadamente 30,0% de la fuerza laboral. Domina el sector de la agricultura la industria del azúcar que está concentrada en los distritos del norte. El segundo contribuyente importante es la industria cítrica en el sur; los plátanos, también en el sur, constituyen el tercer cultivo más grande de exportación. Más de tres cuartos (76%) de la población total ha cursado al menos la escuela primaria; la proporción de la población con educación secundaria es un 14% en total, 22% en las zonas urbanas y 6% en las zonas rurales. El censo de 1991 reveló diferencias entre los distritos en cuanto a niveles de educación.

3. A pesar del rápido crecimiento de la producción es razonable suponer que al menos en 14% de la población de Belice los hábitos en relación con la salud son inadecuados como consecuencia de una base educativa limitada. Esto, además de las condiciones de pobreza y hacinamiento en que vive parte de la población, agravado por la alta tasa de fecundidad, crea una situación que es favorable para el aumento y la proliferación de los problemas de salud. Si a ello se suma el hecho de que un gran porcentaje de los habitantes son migrantes económicos, lo que ocasiona una movilidad sustancial de la población, se crea una marcada presión sobre los servicios sociales existentes que se esfuerzan por mantener cierto nivel de calidad. Los recursos, que ya son escasos, se diluyen en el contexto de las condiciones sociales predominantes.

Demografía

4. Según el censo de 1991, Belice tiene una población de 189.392 habitantes, y una densidad de 8,2 habitantes por km². El perfil demográfico es el de una "población joven", siendo el 44,0% de los habitantes menores de 15 años de edad, 3,0% menor de un año de edad y 4,2% de 65 años y más de edad. De la población total, 49,1% eran mujeres y 50,9% eran hombres. El porcentaje de la población rural ha aumentado en años recientes debido a una afluencia de inmigrantes procedentes de El Salvador, Guatemala y Honduras, que se calcula en aproximadamente 30.000. Esto constituye cerca de 14% de la población total de Belice. Los inmigrantes que llegan a Belice son principalmente habitantes de zonas rurales con bajos niveles educacionales, mientras que los que salen del país, por lo general, han terminado la escuela secundaria o tienen capacitación profesional. La tasa de crecimiento

anual promedio entre 1980 y 1990 fue 2,75% por año. La tasa total de fecundidad es de alrededor de 4,5 niños por mujer (1993), que se considera alta cuando se la compara con las naciones hermanas de la CARICOM. La esperanza de vida al nacer alcanza un promedio de 69,85 años para los hombres y 71,78 años para las mujeres. Hay una gama de grupos étnicos que hacen que Belice sea un país étnicamente diverso. La población definida como criolla (de origen africano y europeo) constituye el 30% de la población total y los mestizos (una mezcla de descendientes de colonizadores españoles y pueblos indígenas) constituye el 43,6%. En el pasado la población criolla constituía la mayoría. Otros grupos étnicos son los garífunas (6,6%), los mayas ketchí (4,3%), los mayas mopán (3,7%) y varios grupos en porcentajes menores.

Indicadores de la situación de la salud

5. La tasa de mortalidad general se ha mantenido estable durante el período 1980-1989, variando entre 4,9 por 1.000 habitantes en 1980 y 4,2 en 1989; hubo un leve aumento a 6,6 para 1992. También durante este período las tasas de mortalidad permanecieron esencialmente inalteradas en los diversos grupos de edad, con excepción del grupo de 0 a 4 años de edad, en el cual la tasa disminuyó de 10,8 a 5,5 por 1.000 habitantes. Las causas principales de defunción también permanecieron básicamente inalteradas durante los últimos varios años, si bien en algunos casos han aumentado las tasas. Entre 1983 y 1990, las cardiopatías ocuparon el primer lugar con las tasas más altas. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal ocuparon el segundo lugar. Le siguieron las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión, todas las cuales mostraron una tendencia ascendente en años recientes. Los neoplasmas malignos, los accidentes y la diabetes estuvieron también entre las 10 causas principales de muerte. Las enfermedades crónicas como grupo fueron responsables de un mayor porcentaje de la mortalidad total durante el período 1976-1988. Las mismas enfermedades registradas como principales causas de defunción a nivel nacional también figuraron entre las seis principales causas en los distritos, con excepción de Toledo y Cayo. En Toledo, las cuatro principales causas fueron las infecciones intestinales, las deficiencias nutricionales, "otras" enfermedades del aparato respiratorio y las anomalías congénitas. En Cayo, fueron "otras" enfermedades del aparato respiratorio, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, "otros accidentes" y accidentes de vehículos automotores.

6. El uso de las sales de rehidratación oral y el fructífero programa de inmunización han eliminado las enfermedades diarreicas y las enfermedades inmunoprevenibles como causas principales de la mortalidad infantil. Los problemas con que ahora se enfrenta Belice se relacionan con las enfermedades que se originan en el período perinatal y las infecciones respiratorias. Según cálculos basados en los datos del censo de 1991, la mortalidad infantil era de 35 por 1.000 nacidos vivos. Toledo y Stann Creek indicaron la tasa más alta, 54 y 43, respectivamente. En 1991 entre los niños de 1 a 4 años de edad, más del 50% de las defunciones se debieron a enfermedades respiratorias y deshidratación; el resto se debió a accidentes, septicemia y meningococcalitis. Las estadísticas médicas señalan que el 5,5% de los niños nacidos en todo el país en 1991 pesaban menos de 2.500 g. La desnutrición afecta al 25% de los niños menores de 5 años de edad que acuden a consultorios, según el indicador de peso por edad, y la sobrenutrición afecta al 15,4%. Los datos por distrito muestran que Toledo tiene la prevalencia más alta de desnutridos y Belice la más alta de niños sobrenutridos.

7. Las principales causas de hospitalización, todas las edades, según un total de diagnóstico de egreso de 14.173 en 1989, fueron: parto de nacimiento normal (13,4%), causas obstétricas directas (8,1%), otras enfermedades de las vías respiratorias (7,5%), enfermedades de otras partes del aparato digestivo (6,9%), aborto (5,8%), enfermedades infecciosas intestinales (5,0%), enfermedades endocrinas y metabólicas, trastornos de inmunidad (4,2%), ciertas enfermedades que se originan en el período perinatal (4,1%), enfermedades de hipertensión (4,0%) y trastornos mal definidos (3,8%).

8. En 1990 se registró una tasa de mortalidad materna de 19,9 por 10.000 nacidos vivos, la más alta desde 1979. El distrito Corozal tuvo la tasa más alta (34,7) y Belice la más baja (8,9). La causa principal de mortalidad materna fue la hemorragia posparto. La revisión que se realizó en 1991 reveló una tasa de 14,7 y mostró que las causas principales eran la preeclampsia y la hemorragia posparto. Según las normas de la OMS, el 40,2% de las mujeres embarazadas atendidas en los consultorios prenatales estaban anémicas. Los distritos de Toledo y Cayo mostraron las prevalencias más altas, 47,3% y 47,1%, respectivamente, y Stann Creek tuvo la más baja, 24,3%. Los distritos de Belice, Corozal y Orange Walk tuvieron niveles casi idénticos: 38% y 39%, respectivamente.

9. En 1993, se notificaron 8.482 casos de malaria, un aumento de 63% con respecto a 1992, cuando se notificaron 5.200 casos. Esto refleja una tendencia de aumento gradual que ha estado ocurriendo desde 1985 y se identificó desde 1992. La tasa de morbilidad varía de distrito a distrito y es de 41,4 por 1.000 habitantes. Cayo es de importancia epidemiológica puesto que tiene el 37% del número total de casos de malaria. Más de 30% de los casos notificados en el distrito de Belice estaban directamente vinculados a los movimientos migratorios de los distritos de Cayo y Orange Walk.

10. Las enfermedades transmisibles constituyen una causa importante de la morbilidad en el país. Los cinco enfermedades transmisibles que se notificaron con mayor frecuencia en 1994 fueron: la malaria, la gastroenteritis, las infecciones gonocócicas, la sífilis y la tuberculosis. La incidencia de la tuberculosis aumentó el año pasado; en 1992 fue de 3,3 por 10.000 habitantes. Desde 1986, se han documentado 119 casos del SIDA y han muerto 98 de ellos. La mayoría de los casos (80%) ocurrió en los grupos de edad productiva (20 a 44 años). El número de casos notificados continúa aumentando en forma sostenida. En 1993 la tasa de incidencia de 13,5 por 100.000 habitantes se aproxima al promedio de la región del Caribe, que es de 14,9 por 100.000 habitantes, y muestra que aparte de Honduras, Belice tiene la tasa más alta en Centroamérica. La tasa de incidencia aumentó de un nivel bajo de 1,7 en 1987 a un 13,5 por 100.000 habitantes en 1993. La razón hombre/mujer de los casos notificados ha descendido de un nivel alto de 13:1 en 1989 a 1,2:1 1993. La razón acumulativa hombre/mujer en el período 1987 a 1994 es 2,5:1. Esto refleja un número mayor de casos entre las mujeres debido a la transmisión heterosexual del VIH. La mayor parte de la transmisión del virus del VIH está ocurriendo a través de contacto heterosexual, aunque algunos de los casos del SIDA (27) han notificado actividades homosexuales y bisexuales. En el período comprendido entre 1985 y 1994 se notificaron cinco casos pediátricos, de los cuales dos se atribuyeron a la transmisión perinatal (madre a niño) y tres a transfusión de sangre.

Factores que afectan el estado de salud

11. El Gobierno de Belice es el proveedor principal de los servicios de salud, los cuales son prácticamente gratuitos, financiados por el gobierno central, incluido el abastecimiento de fármacos. La estructura básica para la prestación de

atención de la salud es proporcionada por una red nacional de siete hospitales de distrito (388 camas en el país, lo que da 2,1 camas por 1.000 habitantes), 34 centros de salud (1,8 por 10.000 habitantes) y 17 puestos de salud. La cobertura de atención prenatal e inmunización es alta en Belice (95% y 81-90%, respectivamente), pero la cobertura para otros tipos de atención moderna es mucho menor. Además, los datos de cobertura basados en encuestas domiciliarias incluyen servicios en procura de los cuales se acudió a México y Guatemala, lo que implica que la cobertura real que brindan los proveedores en Belice es menor. La cobertura del Seguro Social es muy baja porque está restringida a lesiones relacionados con el trabajo y a trabajadores en el sector moderno de la economía.

12. Si bien los sectores público y privado contribuyen a la producción de los servicios de atención de la salud no hay definición clara de sus funciones respectivas. No existe coordinación formal alguna a nivel sectorial, aunque el Ministerio de Salud (MS) es el responsable del diseño de las políticas de la salud y arreglos informales entre las instituciones públicas y privadas y los proveedores, como la utilización de los hospitales del gobierno por los médicos en el ejercicio privado de la profesión. La capacidad institucional para la formulación de políticas y su aplicación es baja, en especial en la esfera de la salud pública y los servicios preventivos y de la comunidad. Los recursos del Ministerio de Salud en muchos casos satisfacen las necesidades curativas más que las preventivas, responden al empleo de personal más que a la programación, y no son suficientes para proyectar nuevas orientaciones en respuesta a las necesidades emergentes de salud pública. Además, muchos programas prioritarios en curso dependen en gran medida de subvenciones y otras asignaciones de organismos donantes, tanto locales como regionales. Este proceso no procura lograr plenamente la continuidad y hasta cierto punto no asegura la convergencia total de los diferentes programas. La tendencia internacional en los años ochenta de reducción de las inversiones en la salud y el medio ambiente también afectó a Belice. El gasto en la salud como porcentaje del gasto público total disminuyó de 15% en 1984 a 7% en 1992, y el gasto en el medio ambiente (incluyendo agua y saneamiento) disminuyó de 17% a 8%. Expresado como porcentaje del PIB, el gasto en la salud se redujo de 2,8% a 5,1%, y en el medio ambiente de 6,8% a 3,4%.

13. Estas reducciones continuas llevaron a un aumento de la proporción de los gastos, relacionados con personal, disminuciones de los fondos disponibles para las operaciones de mantenimiento y programas. También permitió un agravamiento de algunos indicadores de la salud y el medio ambiente, como el aumento de casos de malaria y el advenimiento del cólera. La situación económica actual y el aumento adicional que se espera de los costos operativos relacionados con el nuevo Hospital de la Ciudad de Belice llevarían, de no mediar un cambio de dirección, a una reducción aún mayor de la capacidad operativa de los programas en todo el país y al posible deterioro de la situación de la salud en las zonas rurales.

14. Cerca de 29% del presupuesto del Ministerio de Salud se concentra en el Hospital de la ciudad de Belice solamente y más de dos tercios del gasto y el personal del Ministerio se concentran en la ciudad de Belice, que alberga solo a 30% de la población del país. El personal consume más de dos tercios del gasto total del MS y esta proporción ha aumentado en años recientes; los medicamentos y los suministros médicos consumen entre el 20% y el 30%. Más de dos tercios de los gastos de capital del MS son cubiertos por la ayuda exterior y se dispone de muy poco financiamiento para el mantenimiento corriente. Varios factores contribuyen a ineficiencias en la asignación de recursos y en la gestión de los recursos existentes lo cual da lugar a baja productividad como: centralización de la toma de decisiones y la gestión, prácticas de gestión deficientes, sistemas

de información inadecuados, procedimientos inadecuados de adquisiciones y suministro. Otros problemas identificados son la infraestructura y el equipo deteriorados y la dificultad en atraer y retener al personal.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud

15. El Gobierno de Belice reconoce que la salud es parte esencial del proceso de desarrollo y que su propia función es asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a la mejor atención sanitaria posible, independientemente del origen étnico, la religión, el nivel socioeconómico o la zona jurisdiccional o geográfica de residencia. Se entiende que brindar acceso a la asistencia sanitaria es una empresa intersectorial y que los servicios de salud por sí mismos no pueden mejorar las condiciones de salud, que dependen en gran medida de otros programas sociales y económicos. El Ministerio de Salud ha adoptado la estrategia de atención primaria de la salud y, en consecuencia, ha creado una infraestructura de equipos distritales de salud, que son organizaciones que trabajan para lograr metas comunes relacionadas con la salud. La educación sanitaria y la participación en los servicios de salud se reconocen como la base para todos los programas de orientación comunitaria.

16. Para lograr los cambios estructurales necesarios que permitirán que el sector se organice y funcione para llevar a cabo eficazmente las políticas definidas, el Ministerio de Salud ha iniciado la reforma del sector de la salud, que comprende la reforma de las políticas de salud y la reorganización-descentralización del Ministerio de Salud.

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

17. La oficina del Representante de la OPS/OMS en Belice presta cooperación técnica según el marco de la OMS, que asigna particular importancia a los programas de trabajo que facilitan el logro de las metas nacionales de salud de acuerdo con las metas y estrategias mundiales. La cooperación específicamente técnica se guía por las orientaciones estratégicas y programáticas aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana para 1995-1998.

18. Las estrategias principales de la OPS para la prestación de cooperación técnica son atención primaria de salud, sistemas locales de salud y distritos de salud. Estas estrategias se aplicarán según el principio de la prestación de atención de salud mínima para todos, lo cual se realizará mediante la definición de grupos destinatarios específicos, haciendo hincapié en la vulnerabilidad, la equidad y en los perfiles socioeconómicos y geográficos. Además, otras áreas prioritarias para la cooperación técnica se determinarán según la situación de riesgos para la salud de ciertas regiones.

19. La oficina del Representante de la OPS/OMS en Belice se apoyará en los conocimientos y la experiencia de cuatro consultores, del personal de apoyo y del Representante mismo para ejecutar el presupuesto bienal por programas. Utilizará servicios de consultoría regional y subregional y tendrá acceso activo a los

centros técnicos de la OPS. Además la OPS tomará parte en forma decidida en la búsqueda de la coordinación y la cooperación intersectorial e interinstitucional.

20. El instrumento fundamental para llevar a cabo y administrar la cooperación técnica será la formulación, la activación y la evaluación del presupuesto bienal por programas, del presupuesto anual por programas y del plan de trabajo cuatrimestral. Un enfoque estratégico para el seguimiento de las actividades del BPB será la planificación y supervisión conjuntas de la OPS y el Ministerio de Salud.

21. La oficina del Representante de la OPS/OMS en Belice dedicará sus esfuerzos a los siguientes ámbitos de cooperación técnica: Adiestramiento; Difusión de la información; Investigación; Movilización de recursos; Elaboración de planes, políticas y normas; Cooperación técnica entre países.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Reorganización del Ministerio de Salud para promover la descentralización mediante el sistema local de salud.
2. Reforma de las políticas de salud y formación de los recursos humanos.
3. Introducción de iniciativas de recuperación de costos y de gestión del financiamiento de la salud para mejorar la asignación presupuestaria a los servicios preventivos.
4. Estrategias para garantía de la calidad en hospitales y laboratorios, en especial el adiestramiento para el nuevo hospital de la ciudad de Belice.
5. Mantenimiento y fortalecimiento de los servicios de SMI, especialmente los relativos a IRA, atención perinatal, mortalidad infantil y morbilidad materna.
6. Las enfermedades crónicas, asignando particular importancia a la nutrición.
7. Fortalecimiento del programa de salud ambiental.
8. Enfermedades transmisibles, en especial, las ETS, el SIDA y la malaria.
9. Elaboración de una estrategia clara para la educación sanitaria, la promoción de la salud y la participación de las comunidades.
10. Cooperación técnica entre países, especialmente México, Centroamérica, el Caribe y Cuba.
11. Asegurar una atención mínima para los siguientes grupos: niños de 5 a 9 años de edad, adolescentes, hombres y mujeres en edad de reproducción y los ancianos.
12. Fortalecimiento del sistema de información sanitaria.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: POLITICA PUBLICA Y SALUD**PROPOSITO**

Llevar a cabo la reforma del sector de la salud para mejorar las condiciones de salud haciendo hincapié en los grupos vulnerables.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud para llevar a cabo la reforma del sector sanitario.

2. Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud para coordinar y movilizar recursos, y para apoyar la cooperación nacional e internacional.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará en funcionamiento la unidad de planificación del Ministerio de Salud.

2. Para fines de 1997 el Ministerio de Salud estará ejecutando el plan nacional de salud. Se habrá realizado la primera evaluación.

3. Para fines de 1997 los directores de programas del Ministerio de Salud estarán utilizando el análisis de género en la programación anual.

4. Para fines de 1997 el Ministerio de Salud estará poniendo en práctica la reforma de la política sanitaria. Para fines de 1997 se habrá examinado y actualizado la legislación de salud pública.

5. Para fines de 1997 se habrá aprobado la política sobre salud reproductiva.

6. Para fines de 1997 se habrá introducido el sistema de información sanitaria y epidemiológica.

1. Para fines de 1997 se habrá examinado, aprobado e iniciado la propuesta de la unidad de planificación del Ministerio de Salud.

2. Para fines de 1997 se habrá presentado la propuesta de reforma de la política sanitaria.

3. Para fines de 1997 se habrá elaborado el plan nacional de salud.

4. Para fines de 1997 se habrán definido los planes para las inversiones en la salud y el medio ambiente.

5. Para fines de 1997 los funcionarios de los niveles de decisión del Gobierno de Belice y los directores de programas del Ministerio de Salud (100%) habrán sido sensibilizados y/o adiestrados en la planificación aplicando el análisis de género.

1. Para fines de 1997 se habrán definido y evaluado los mecanismos de coordinación interinstitucional.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará en funcionamiento la Comisión de la Salud formada por el Ministerio de Salud, el Seguro Social y representantes de la OPS.

3. Para fines de 1997 se habrán definido los mecanismos intersectoriales de coordinación.

Objetivos

3. Se habrá fortalecido la capacidad de información y vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud.

4. Se habrá establecido la red de información sanitaria en todo el país.

5. Se habrá fortalecido la capacidad del Comité sobre Desastres, adscrito al Ministerio de Salud, para coordinar y llevar a cabo actividades de preparación, prevención y mitigación para casos de desastre.

Indicadores

4. Para 1996 los directores de programas del Ministerio de Salud habrán recibido adiestramiento en la Metodología del Marco Lógico.

1. Se habrá producido y difundido información técnica trimestralmente a través del boletín de la OPS/OMS.

2. Para fines de 1997 se habrá diseñado el sistema de información sanitaria con énfasis en los grupos vulnerables.

3. Para fines de 1996 se habrán definido metodologías e instrumentos sensibles a las diferencias por razón de sexo para efectuar evaluaciones de la situación de la salud.

4. Para fines de 1996 se habrá adiestrado al personal en el Sistema de Información Médica para Hospitales.

5. Se habrá realizado en forma periódica una evaluación de los sistemas de información médica.

6. Para fines de 1997 se habrá definido el sistema local de información sanitaria y epidemiológica.

1. Para fines de 1996 se habrá establecido el Centro de Documentación de Salud del Ministerio de Salud/OPS en el nuevo hospital de la ciudad de Belice.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido un centro de documentación en cada uno de los seis distritos sanitarios.

3. Para fines de 1997 se habrán establecido los mecanismos para la red de información nacional e internacional y las bases de datos.

4. Para 1997 se habrá realizado en todo el país el adiestramiento para usuarios del centro de documentación.

5. Para fines de 1997 el boletín del Ministerio de Salud/OPS se habrá publicado y distribuido en todo el país trimestralmente.

1. Para fines de 1997 se habrá elaborado el plan del Ministerio de Salud para la preparación, prevención y mitigación para casos de desastre.

2. Para fines de 1997 se habrá finalizado, reproducido y difundido el plan del Ministerio de Salud de preparación para huracanes.

3. Para fines de 1997 se habrá reproducido y distribuido el manual de prevención de desastres. Se habrá adiestrado al personal del Ministerio de Salud en el uso del manual y se habrán preparado ejercicios de simulacro.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 2: LA SALUD DE LA MUJER Y EL DESARROLLO****PROPOSITO**

Mejorar la situación de la salud de las mujeres, reduciendo las desigualdades por razón de sexo y prestando servicios de salud integrales de prevención y control, con énfasis en la violencia en el hogar.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá mejorado la capacidad del Ministerio de Salud de elaborar políticas de salud y realizar actividades de planificación y evaluación de la salud de manera que se tengan en cuenta las diferencias de trato por razón de sexo.

2. Habrá mejorado la calidad de los servicios para la mujer y de maternidad.

4. Para fines de 1997 se habrá elaborado el plan fronterizo para los preparativos, la prevención y la mitigación para casos de desastre.

5. Para fines de 1997 se habrá elaborado y aplicado el plan OPS-BLZ para los preparativos, la prevención y la mitigación para casos de desastre.

6. Se habrá adiestrado al personal de la OPS en los preparativos, la prevención y la respuesta para mitigación en casos de desastre.

1. Para fines de 1997 se habrá introducido en el Ministerio de Salud la metodología de planificación que tenga en cuenta las diferencias de trato por razón de sexo.

2. Para fines de 1997 se habrán introducido en el Ministerio de Salud las metodologías y los instrumentos para la evaluación de la salud que sea sensible a las diferencias de trato por razón de sexo.

3. Para fines de 1997 se habrá introducido y evaluado el programa de tamizado del cáncer específico según el género.

4. Para fines de 1997 se habrán integrado a los servicios de salud la prevención y el manejo de la violencia en el hogar.

1. Para fines de 1997 el 100% de los funcionarios a nivel de decisión del Gobierno de Belice conocerá el concepto de planificación teniendo en cuenta las diferencias de trato por razón de sexo, y se habrá adiestrado a los directores de programas del Ministerio de Salud y a los oficiales médicos de distrito en la planificación aplicando el análisis de género.

2. Para fines de 1997 se habrán difundido materiales de adiestramiento sobre la salud, el desarrollo y las diferencias de trato por razón de sexo.

3. Para fines de 1996 se habrán diseñado y difundido las metodologías y los instrumentos de evaluación de la salud teniendo en cuenta las diferencias de trato por razón de sexo.

4. Para fines de 1997 se habrá adiestrado al personal clave del nivel de distrito en evaluación de la salud que sea sensible a las diferencias de trato por razón de sexo.

5. Para fines de 1996, la Oficina de Estadísticas Médicas habrá producido una recopilación de datos desglosados por sexo.

6. Para fines de 1996 se habrá adiestrado al personal clave de nivel de distrito en los instrumentos de planificación mediante el análisis de género.

1. Para fines de 1997 se habrá concebido el programa de examen selectivo de cáncer y el plan de acción para su ejecución.

2. Para fines de 1997 se habrán definido y distribuido las normas para el programa de garantía de la calidad de los servicios a las mujeres y de maternidad.

Objetivos

3. Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales para prevenir y manejar la violencia en el hogar.

PROYECTO 3: APOYO A LA FORMULACION, LA GESTION Y LA COORDINACION DE LOS PROGRAMAS DE PAIS.

PROPOSITO

Contribuir al desarrollo de la salud mediante la cooperación técnica internacional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Las autoridades nacionales estarán satisfechas con la cooperación técnica de la OPS.

2. Se habrá fortalecido la capacidad de la oficina de la OPS/OMS de Belice para apoyar los esfuerzos nacionales de salud.

Indicadores

3. Para fines de 1997 se habrá adiestrado al personal de atención materna en las normas de garantía de calidad de los servicios de maternidad.

1. Para fines de 1997 se habrá llevado a cabo la campaña de salud integral de la mujer.

2. Para fines de 1996 se habrá realizado el estudio sobre prevalencia de la violencia en el hogar.

3. Para fines de 1997 se habrán definido mecanismos para la detección de la morbilidad doméstica y la relacionada con ella.

4. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido el protocolo para el manejo de la violencia en el hogar.

5. Para fines de 1997 se habrá establecido la red de coordinación para la prevención de la violencia en el hogar.

6. Varios miembros clave del personal habrán recibido adiestramiento en la aplicación de mecanismos contra la violencia en el hogar.

1. Para fines de 1997 habrá aumentado la participación de las autoridades nacionales en la planificación, programación y ejecución de la cooperación externa.

1. Para fines de 1997 los consultores nacionales e internacionales estarán trabajando como equipo con las autoridades y los técnicos del Ministerio de Salud.

2. Para fines de 1997 se habrá ejecutado el 100% de los fondos de la OPS.

3. Para fines de 1997 se habrán obtenido y utilizado en forma óptima los fondos extrapresupuestarios.

4. Para fines de 1997 se habrán planificado, ejecutado y evaluado los BPP, APB y PTC en forma conjunta entre el Ministerio de Salud y la OPS.

1. Para 1997 se habrá ejecutado y evaluado el programa de personal de la OPS/OMS de Belice.

2. Para fines de 1997 se habrán preparado e introducido los manuales de cooperación técnica, funciones y procedimientos administrativos de la oficina del representante de la OPS/OMS en Belice.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 4: COOPERACION TECNICA ENTRE PASES****PROPOSITO**

Mejorar la salud de los beliceños mediante la cooperación técnica entre países.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La cooperación técnica entre Belice y otros países, en el marco de la CARICOM y las Iniciativas de Salud de Centroamérica y la Asociación Trinacional Belice-México-Guatemala habrá mejorado y ampliado.

PROYECTO 5: ATENCION PRIMARIA DE SALUD**PROPOSITO**

Lograr la reorganización del Ministerio de Salud mediante la descentralización, aumentando la equidad, la calidad, la eficacia en función de los costos y la continuidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud para llevar a cabo la reorganización y la descentralización.

3. Para fines de 1997 se habrán ejecutado y evaluado los mecanismos para la coordinación interinstitucional.

4. Para fines de 1997 se habrá introducido y evaluado el proyecto Modos de Vida Saludables para el personal de la OPS.

5. Para fines de 1997 se habrá introducido en todas las actividades internas de la OPS/OMS el enfoque relativo a las diferencias de trato por razón de sexo.

1. Para fines de 1997 se habrá fortalecido la Asociación Trinacional Belice-México-Guatemala.

2. Para fines de 1997 se habrá fortalecido la iniciativa de la salud de la CARICOM.

3. Para fines de 1997 se habrá fortalecido la iniciativa de la salud de Centroamérica.

1. Para fines de 1997 se habrá realizado la CTP entre Belice y Cuba.

2. Para fines de 1997 se habrá realizado la CTP entre Belice y México sobre salud reproductiva.

3. Para fines de 1997 se habrá realizado la CTP de conformidad con la Asociación Trinacional Belice-México-Guatemala.

4. Para fines de 1997 se habrá realizado la CTP de conformidad con la CARICOM y las iniciativas de salud de Centroamérica.

1. Para fines de 1997 se habrán definido y aplicado los mecanismos de financiamiento del Ministerio de Salud.

2. Para fines de 1997 el Ministerio de Salud se habrá reorganizado y descentralizado en seis SILOS.

3. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará en funcionamiento el sistema de referencia.

4. Para fines de 1997 se habrán introducido los programas de garantía de la calidad en hospitales, laboratorios y centros de salud y se habrá llevado a cabo la primera evaluación.

5. Para fines de 1997 se habrá aprobado la política sobre medicamentos esenciales y se habrán establecido los mecanismos para su aplicación.

6. Para fines de 1996 se habrá aprobado la política de perfeccionamiento de recursos humanos y para fines de 1997 se habrá introducido el Programa de perfeccionamiento de recursos humanos.

1. Para fines de 1996 se habrá examinado la propuesta de reorganización del Ministerio de Salud y se habrá definido el plan de acción.

Objetivos

2. Se habrá fortalecido la capacidad del personal de salud de los distritos para planificar y administrar los servicios y la atención de la salud a nivel local.

3. Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud de asegurar atención de calidad.

4. Habrá mejorado la capacidad del Ministerio de Salud de mantener y retener el número suficiente de personal capacitado según las demandas y las necesidades.

Indicadores

2. Para fines de 1996 se habrán definido los mecanismos financieros del Ministerio de Salud.

3. Para 1997 los directores de programas del Ministerio de Salud habrán recibido capacitación en planificación estratégica y gestión de programas de salud.

4. Para fines de 1997 se habrá preparado el manual de procedimientos y funciones administrativos para los niveles central y local.

5. Para fines de 1996 se habrán definido los mecanismos de descentralización.

1. Para fines de 1997 se habrá capacitado a seis equipos de personal de la salud (100%) de los distritos en planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas de salud.

2. Para fines de 1996 se habrán definido y documentado los mecanismos para el desarrollo de los distritos locales de salud.

3. Para fines de 1997 se habrá diseñado e introducido el plan de acción de los distritos para el desarrollo de los SILOS con énfasis en la estrategia de distritos saludables.

4. Para fines de 1997 se habrá preparado el manual de procedimientos y funciones administrativas para el nivel local.

1. Para fines de 1997 se habrá definido el programa de garantía de la calidad de laboratorios y centros de salud.

2. Para 1996 se habrá preparado el manual de acreditación de hospitales.

3. Para fines de 1996 se habrá preparado la propuesta para la formación y desarrollo del Comité de Bioética en el nuevo hospital de la ciudad de Belice.

4. Para fines de 1997 se habrá definido la política sobre medicamentos esenciales y el plan de acción para su aplicación.

5. Para fines de 1997 se habrá definido el sistema de referencia y el plan de acción.

6. Para fines de 1997 el personal del hospital de la ciudad de Belice y otros empleados pertinentes habrán recibido adiestramiento en manejo y mantenimiento.

1. Para fines de 1996 se habrá elaborado la propuesta de política de perfeccionamiento de recursos humanos.

2. Para fines de 1997 se habrá diseñado el programa de perfeccionamiento de recursos humanos del Ministerio de Salud.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 6: SALUD FAMILIAR Y TEMAS DE POBLACION****PROPOSITO**

Promover y proporcionar atención integral de la salud de la familia con énfasis en grupos vulnerables específicos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán fortalecido los programas de salud para niños menores de 5 años de edad con énfasis en la promoción de la salud.

2. Se habrán fortalecido los servicios de salud para niños de 5 a 9 años, con énfasis en los programas escolares.

3. Se habrán fortalecido los servicios de salud para adolescentes (10-19 años) con énfasis en la promoción de la salud.

4. Para fines de 1997 se habrán ampliado y mejorado los servicios de salud para mujeres y hombres de 20 a 44 años.

3. Para fines de 1996 se habrán revisado y redefinido las normas para las becas de la OPS.

4. Para fines de 1997 se habrá diseñado el programa de desarrollo de los equipos locales de salud y se habrá iniciado su ejecución. (PASCAP)

1. La mortalidad materna se habrá reducido de 161 por 100.000 en 1993 a 110 por 100.000 en 1997.

2. Para fines de 1997 la mortalidad infantil se habrá reducido de 33 por 1.000 a 23 por 1.000.

3. Para fines de 1997 la mortalidad neonatal se habrá reducido de 17 por 1.000 a 13 por 1.000.

4. Para fines de 1997 los servicios integrales de planificación de la familia se habrán incorporado a los servicios de salud familiar.

5. Para fines de 1997 las actividades de promoción de la salud se habrán incorporado a los servicios de salud familiar.

1. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido un programa integral para niños menores de 5 años.

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado normas integradas de salud para niños menores de 5 años.

1. Para fines de 1997 se habrán creado e introducido programas integrales de salud y deportes para niños de 5 a 9 años.

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado normas integradas de salud para niños de 5 a 9 años.

3. Para fines de 1997 se habrán definido medidas de promoción de la salud y los deportes para las escuelas.

1. Para fines de 1997 se habrán preparado e introducido programas integrales de salud y deportes para los adolescentes.

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado normas integradas de salud del adolescente.

3. Para fines de 1997 se habrá definido e introducido el componente de la salud reproductiva.

1. Para fines de 1997 se habrán preparado e introducido programas de salud integral para mujeres y hombres.

2. Para fines de 1997 se habrá definido e introducido el componente de salud reproductiva.

Objetivos

5. Para fines de 1997 se habrá elaborado el programa de salud para personas de 45 años o más.

6. Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales de promover la buena salud mental y un ambiente seguro y libre de drogas.

PROYECTO 7: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICION

PROPOSITO

Mejorar el estado de la nutrición y los alimentos de los grupos vulnerables en Belice.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad nacional de introducir la estrategia de la seguridad alimentaria y la nutrición a los sectores económicos y sociales.

Indicadores

3. Para fines de 1997 se habrán diseñado y difundido normas integradas de salud para mujeres y hombres.

4. Durante 1996-1997 se habrá llevado a cabo adiestramiento en atención materna a cargo de enfermeras y parteras empíricas.

5. Para fines de 1997 se habrá introducido el conjunto de medidas de atención maternoinfantil.

1. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido el programa de promoción de la salud para hombres y mujeres de 45 años o más.

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado y difundido las normas integradas de promoción de la salud para hombres y mujeres de 45 años o más.

1. Para fines de 1997 se habrá revisado y actualizado el programa de salud mental del Ministerio de Salud.

2. Se habrá diseñado y llevado a cabo la campaña de prevención de drogas, tabaco y alcohol.

3. Para fines de 1997 se habrá diseñado y llevado a cabo la campaña de seguridad en las carreteras.

4. Para fines de 1996 se habrá realizado el estudio de las tendencias de la violencia en la calle y se habrán difundido los resultados.

1. La prevalencia de la desnutrición se habrá reducido en 25%.

2. La prevalencia de la anemia en las mujeres embarazadas se habrá reducido en 30%.

3. La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con el régimen alimenticio y el modo de vida se habrá reducido en 10%.

4. Se habrán erradicado las deficiencias de vitamina A y yodo.

5. La iniciativa de la seguridad de la alimentación y la nutrición se habrán incorporado a las políticas, los planes, los programas y los proyectos socioeconómicos realizados en Belice.

6. Los porcentajes de pobreza se habrán reducido en 2%.

1. Para fines de 1996 el Gabinete habrá revisado y actualizado la política de alimentación y nutrición.

2. Para fines de 1997 se habrá finalizado e introducido el plan de acción de alimentación y nutrición.

Objetivos

2. Se habrán fortalecido los programas nacional y locales de alimentos y nutrición con énfasis en grupos vulnerables.

3. Se habrá fortalecido la capacidad nacional en materia de recursos humanos calificados en temas de alimentación y nutrición según las demandas y las necesidades del programa.

4. Para fines de 1997 se habrá elaborado un sistema de seguimiento y vigilancia de la alimentación y la nutrición.

5. Se habrán fortalecido los programas de control e inocuidad de los alimentos.

Indicadores

3. Para fines de 1996 se habrá revisado e introducido la propuesta de la unidad de nutrición.

4. Para fines de 1997 se habrá aprobado e introducido la propuesta del comité nacional multisectorial de alimentación y nutrición.

5. Para fines de 1997 se habrán diseñado las iniciativas de la seguridad alimentaria y la nutrición y se habrán introducido a las políticas, los planes, los programas y los proyectos económicos y sociales.

1. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido un programa local amplio, multisectorial e integrado de alimentación y nutrición.

2. Para fines de 1997 se habrán evaluado las intervenciones nutricionales: promoción de la lactancia materna, vigilancia del crecimiento y desarrollo, alimentación del niño y programas de administración de suplementos de hierro y ácido fólico.

3. Para fines de 1997 se habrán diseñado programas de erradicación de las carencias de yodo y vitamina A.

4. Para fines de 1997 se habrá elaborado el programa escolar de alimentación y nutrición.

1. Para fines de 1997 se habrán revisado y actualizado los programas de estudios para enfermeras, profesores y técnicos agrícolas.

2. Para fines de 1997 se habrá adiestrado a personal clave de diversos sectores en los conceptos pertinentes de alimentación y nutrición.

3. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido un programa integral de adiestramiento en alimentación y nutrición.

1. Para fines de 1996 se habrá diseñado el sistema de seguimiento y vigilancia de la alimentación y la nutrición.

2. Para fines de 1997 se habrán definido los mecanismos para el análisis y la toma de decisiones.

3. Para fines de 1996 se habrán definido los mecanismos para la difusión de la información sobre alimentos y nutrición.

1. Para fines de 1997 se habrá evaluado el programa de inocuidad de los alimentos.

2. Para fines de 1996 se habrá evaluado y actualizado el procedimiento de inspección de los alimentos.

3. Durante 1996-1997 se habrá mantenido el programa de base de datos para los inspectores de establecimientos alimentarios.

Objetivos

PROYECTO 8: SALUD AMBIENTAL

PROPOSITO

Mejorar la planificación, la ejecución y la vigilancia de las operaciones de agua, saneamiento, eliminación de residuos sólidos y otras operaciones de salud ambiental para asegurar un desarrollo saludable y sostenible desde el punto de vista ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad del personal de salud ambiental para prestar servicios.
2. Habrá mejorado la capacidad de vigilar la situación nacional del agua y saneamiento.
3. Se habrá fortalecido la capacidad de manejar los residuos sólidos.
4. Habrá mejorado la capacidad de coordinación intersectorial.

Indicadores

1. Para fines de 1996 se habrá establecido la Comisión Nacional del Agua y se reunirá al menos trimestralmente.
 2. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará en funcionamiento el Sistema de Vigilancia del Agua y el Saneamiento.
 3. Para fines de 1997 se habrá aprobado el Estudio y Plan de Acción del Sector del Agua y el Saneamiento.
 4. Para fines de 1997 se estará vigilando la calidad del agua potable para un 90% de fuentes aprobadas de agua y dentro de las normas de salud para un 90% de las muestras.
 5. Para fines de 1997 se habrá aprobado el Plan Nacional de Manejo de Residuos Sólidos.
 6. Para fines de 1997 se habrá llevado a cabo el proyecto sobre el uso apropiado de los plaguicidas.
-
1. Para fines de 1996 ocho Inspectores de Salud Pública habrán finalizado el adiestramiento básico en la Escuela Universitaria de Belice.
 2. Para fines de 1997 se habrá impartido adiestramiento a un Analista de Aguas a nivel de licenciatura.
 3. Para fines de 1997 se habrá impartido adiestramiento a un Ingeniero Sanitario a nivel de maestría,
-
1. Para fines de 1996 se habrá formulado el Estudio Sectorial de Agua y Saneamiento.
 2. Para fines de 1997 se habrá formulado el Plan de Acción de Agua y Saneamiento.
 3. Para fines de 1997 se habrá definido y estará en funcionamiento el sistema de vigilancia del agua y saneamiento.
 4. Para fines de 1996 se habrá definido el plan de acción para aplicar las normas de limitación de efluentes.
-
1. Para fines de 1996 se habrá formulado la propuesta apropiada del proyecto para la Dirección de Manejo de Residuos Sólidos.
 2. Para fines de 1997 se habrá definido la versión preliminar del Plan Nacional de Manejo de Residuos Sólidos.
-
1. Para fines de 1996 se habrá definido el plan de acción para establecer la Comisión Nacional del Agua.

Objetivos

5. Habrá aumentado la capacidad de los trabajadores de manejar los plaguicidas en forma segura.

PROYECTO 9: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**PROPOSITO**

Prevenir las enfermedades transmisibles y no transmisibles, con énfasis en grupos vulnerables, mediante servicios descentralizados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad para prevenir la morbilidad y la mortalidad causada por las enfermedades transmitidas por vectores.

2. Se habrá fortalecido el Programa Ampliado de Inmunización.

Indicadores

2. Para fines de 1997 se habrá llevado a cabo la evaluación del Comité Nacional de Evaluación Ambiental.

1. Para fines de 1996 se habrá definido el proyecto y el plan de acción sobre plaguicidas.

2. Para fines de 1997 se habrá llevado a cabo la primera evaluación del proyecto sobre plaguicidas.

1. La tasa de morbilidad de la malaria se habrá reducido de 49,3/1.000 en 1995 a 8/1.000 en 1997.

2. Una cobertura universal de inmunización del niño y la madre habrá aumentado de un 85% en 1993 a un 95% en 1997. Para fines de 1997 se habrá erradicado el sarampión y el tétanos neonatal.

3. Para fines de 1997 los programas de las IRA, CED y tuberculosis se habrán ampliado a todos los niveles de atención de la salud.

4. Para fines de 1995 se habrá introducido el programa de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

5. Para fines de 1997 el programa de salud dental se habrá ampliado a una nueva población destinataria.

6. Para fines de 1997 se habrá ejecutado el programa de zoonosis.

1. Para fines de 1996 se habrá diseñado e introducido el plan de acción de educación sanitaria sobre la malaria y el dengue.

2. Para 1996 se habrá evaluado el componente de lucha antivectorial.

3. Para fines de 1997 se habrá revisado y actualizado el componente de seguimiento y vigilancia del programa de lucha antivectorial.

4. Para fines de 1997 se habrá diseñado e introducido la estrategia de lucha antivectorial biológica.

5. Para fines de 1996 se habrán revisado los protocolos de tratamiento de casos de malaria.

1. Para fines de 1996 se habrán introducido al cronograma de inmunización las vacunas contra la rubéola y la hepatitis B.

Objetivos

3. Se habrá fortalecido el programa de prevención y control de la tuberculosis.
4. Se habrá fortalecido el programa contra las IRA.
5. Se habrán fortalecido los programas de CED.
6. Se habrá fortalecido la capacidad nacional para evitar las enfermedades no transmisibles.
7. Se habrá fortalecido el programa de salud dental.
8. Se habrá fortalecido la capacidad nacional de prevención y control de las zoonosis.

Indicadores

2. Para fines de 1997 se habrá diseñado e introducido la estrategia especial para la cobertura universal de inmunización del niño y la madre.
 3. Durante todo 1996-1997 se habrá mantenido el sistema de manejo y almacenamiento del suministro de vacunas.
 4. Para fines de 1996 se habrá evaluado el sistema de seguimiento y vigilancia del PAI.
 5. Para fines de 1997 se habrá evaluado y documentado la estrategia para la movilización social.
1. Para fines de 1997 se habrá diseñado el programa integral de prevención y control de la tuberculosis.
 2. Para fines de 1997 se habrán elaborado las normas para el tratamiento de casos de tuberculosis.
1. Para fines de 1997 se habrá revisado y actualizado el programa contra las IRA.
 2. Para fines de 1997 se habrán introducido las normas para el tratamiento de casos de IRA.
 3. Para fines de 1997 se habrá diseñado e introducido el componente de educación sanitaria de IRA.
1. Para fines de 1997 se habrá otorgado adiestramiento al personal de salud pública y privada en el tratamiento de casos de CED.
 2. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido el plan de acción para la educación sanitaria en CED.
 3. Para fines de 1997 se habrá elaborado el sistema de seguimiento, vigilancia y supervisión.
1. Para fines de 1997 se habrá diseñado el programa preventivo de enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario y el modo de vida.
 2. Para fines de 1996 se habrá diseñado el programa de examen selectivo del cáncer cervical y de mama.
 3. Para fines de 1997 se habrán ampliado los servicios de salud dental.
1. Para fines de 1996 se habrá elaborado el programa de adiestramiento para auxiliares dentales.
 2. Para 1996 se habrá evaluado el programa de educación sanitaria dental.
1. Para fines de 1997 se habrá diseñado el programa integral de prevención de zoonosis.

Objetivos**PROYECTO 10: EL SIDA Y LAS ETS****PROPOSITO**

Impedir la transmisión del VIH/SIDA/ETS y reducir la repercusión socioeconómica en los individuos y las comunidades.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad nacional para elaborar políticas y abordar tanto el SIDA como las ETS.

2. Se habrá fortalecido la capacidad nacional para diseñar y llevar a cabo el programa de educación intersectorial de SIDA/ETS.

Indicadores

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado y documentado las normas integradas de zoonosis.

3. Para fines de 1996 se habrá diseñado el sistema de seguimiento y vigilancia de la rabia.

1. Para fines de 1997 el Gabinete habrá aprobado la política nacional para la prevención y el control del SIDA/VIH/ETS y los ministerios pertinentes la habrán aplicado y se habrán presentado los instrumentos legales.

2. Para fines de 1997, se habrá descentralizado y asignado una estructura horizontal al programa nacional del SIDA/ETS y se habrán instituido los mecanismos de coordinación con organizaciones no gubernamentales.

3. Para fines de 1997 se habrá establecido en todo el país, por conducto del Ministerio de Educación, el Programa de Educación sobre el SIDA/ETS para los jóvenes en las escuelas.

4. A fines de 1997 se habrán integrado a la atención primaria de la salud los servicios de ETS/SIDA en todo el país.

5. Para fines de 1997 se habrá establecido el servicio nacional de transfusiones y el programa de garantía de la calidad para las pruebas del VIH.

6. Para fines de 1997 se habrá establecido el sistema de vigilancia, seguimiento y evaluación de las ETS/SIDA.

1. Para 1996 se habrá definido y evaluado el plan de acción de descentralización y asignación de estructura horizontal.

2. Para fines de 1997 el plan a mediano plazo, el APB, el PTC y el informe sobre la marcha de las actividades habrán sido elaborados por el Equipo de Salud de Distrito.

3. Para fines de 1996 se habrá presentado para la aprobación del Gabinete la propuesta de política.

4. Para fines de 1996 se habrán preparado los instrumentos legales.

5. Para fines de 1996 se habrá otorgado adiestramiento al personal pertinente (Gobierno de Belice y organizaciones no gubernamentales) en los procedimientos estándares de planificación, vigilancia y administración.

6. Para fines de 1996 se habrán evaluado y documentado los mecanismos de planificación y ejecución del presupuesto descentralizado.

1. Para fines de 1996 se habrá establecido en todo el país el programa de educación sobre la sexualidad y el SIDA para escuelas secundarias. Para fines de 1997 se habrá realizado la primera evaluación.

Objetivos

3. Habrá mejorado la atención integral de SIDA/VIH/ETS a nivel local.

4. Habrán mejorado las pruebas del VIH y el suministro de sangre inocua.

Indicadores

2. Para fines de 1997 se habrá establecido en todo el país la intervención de educación para los jóvenes que están fuera de la escuela. Para fines de 1996 se habrán definido los mecanismos de coordinación con la Asociación Vida Familiar de Belice.

3. Para fines de 1997 se habrá evaluado el sistema logístico de los preservativos.

4. Durante 1996-1997 se habrán diseñado, reproducido y distribuido los materiales educativos para apoyar el plan de educación.

5. Para fines de 1996 se habrá evaluado el plan de educación y se habrán realizado las actividades de educación sobre el SIDA para aumentar la toma de conciencia del público en general.

6. Para fines de 1996 se habrá llevado a cabo el estudio sobre repercusión de las desigualdades de trato en razón del sexo en la transmisión del VIH/SIDA/ETS. Para fines de 1997 se habrán modificado los programas de educación sobre el SIDA sobre la base de los resultados.

1. Para fines de 1997 se habrán evaluado los mecanismos para la prestación de la atención integral de las ETS/VIH/SIDA a nivel local. Para fines de 1996 se habrán definido los mecanismos de coordinación con la Asociación de Vida Familiar de Belice

2. Para fines de 1996 se habrá diseñado el sistema de referencia para las ETS/SIDA/VIH.

3. Para fines de 1996 se habrá diseñado e introducido el programa de garantía de la calidad para el manejo de las SIDA/ETS/VIH.

4. Para fines de 1997 se habrá actualizado a los proveedores de atención de salud en cuanto a la atención integral de las ETS/SIDA/VIH en todo el país.

5. Para fines de 1997 se habrá elaborado e introducido en todo el país el sistema de información clínica.

6. Para fines de 1996 se habrá diseñado el programa de promoción de servicios de las ETS y para fines de 1997 se habrá llevado a cabo.

1. Para fines de 1996 se habrá finalizado el plan de acción para el desarrollo del Servicio Nacional de Transfusión de Sangre y para fines de 1997 se habrá presentado la propuesta para el financiamiento del proyecto.

2. Para fines de 1996 se habrá evaluado el programa de garantía de la calidad para las pruebas del VIH.

3. Para fines de 1997 se habrán elaborado e introducido las normas para el uso de la sangre.

4. Para fines de 1997 se habrán definido la función de la asociación de donantes voluntarios y la Cruz Roja y los mecanismos de coordinación con el Servicio Nacional de Transfusiones.

ObjetivosIndicadores

5. Se habrá fortalecido el sistema de vigilancia y seguimiento del VIH/SIDA/ETS.

1. Para fines de 1996 se habrá ampliado la vigilancia centinela en todo el país.
2. El sistema de vigilancia de las ETS se habrá evaluado en 1996.
3. Durante 1996-1997 se dispondrá, a los niveles nacional e internacional, de informes trimestrales de casos del SIDA y vigilancia centinela del VIH.
4. Para 1996 se habrá diseñado el sistema de seguimiento y evaluación. Para fines de 1997 se dispondrá de indicadores de prevención y atención prioritaria.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	589,500	54.8	625,900	54.1	691,300	54.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	490,200	45.6	512,500	44.2	561,900	44.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 490,200	45.6	512,500	44.2	561,900	44.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	18,800	1.7	20,300	1.8	21,900	1.7
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 18,800	1.7	20,300	1.8	21,900	1.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	80,500	7.5	93,100	8.1	107,500	8.5
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 80,500	7.5	93,100	8.1	107,500	8.5
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	289,800	27.0	311,700	27.0	336,800	26.6
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	175,000	16.3	188,300	16.3	203,600	16.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 175,000	16.3	188,300	16.3	203,600	16.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	114,800	10.7	123,400	10.7	133,200	10.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 114,800	10.7	123,400	10.7	133,200	10.5
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	67,200	6.2	73,800	6.4	81,300	6.4
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	39,200	3.6	42,700	3.7	46,700	3.7
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 39,200	3.6	42,700	3.7	46,700	3.7
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	28,000	2.6	31,100	2.7	34,600	2.7
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT 28,000	2.6	31,100	2.7	34,600	2.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	47,300	4.4	52,600	4.6	56,300	4.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	47,300	4.4	52,600	4.6	56,300	4.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 47,300	4.4	52,600	4.6	56,300	4.4
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	81,900	7.6	90,200	7.9	99,600	7.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	40,200	3.7	44,600	3.9	49,500	3.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 40,200	3.7	44,600	3.9	49,500	3.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	41,700	3.9	45,600	4.0	50,100	4.0
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 41,700	3.9	45,600	4.0	50,100	4.0
GRAN TOTAL	1,075,700	100.0	1,154,200	100.0	1,265,300	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	12,900	1.2	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	8,800	.8	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	8,800	.8	0	-	0	-
WHD						
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	4,100	.4	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	4,100	.4	0	-	0	-
TCC						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	325,900	31.2	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	325,900	31.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	325,900	31.2	0	-	0	-
UAH						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	30,100	2.9	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	30,100	2.9	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	30,100	2.9	0	-	0	-
WCH						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	183,600	17.5	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	183,600	17.5	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	108,100	10.3	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	75,500	7.2	0	-	0	-
CWS						
ERA						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	495,500	47.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	486,700	46.4	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	83,900	8.0	0	-	0	-
SIDA	249,500	23.8	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	153,300	14.6	0	-	0	-
CDD						
GPA						
CTD						

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	8,800	.8	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	8,800	.8	0	-	0	-
			NCD			
GRAN TOTAL	1,048,000	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PUESTO PROF.	PERSONAL PUESTO LOCAL	CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1994-1995										
OPS - PR	556,700	1	1	341,600	12,000	32,300	48,000	13,200	13,600	96,000
OMS - WR	519,000	0	1	20,400	119,900	6,600	60,000	92,700	73,500	145,900
TOTAL	1,075,700	1	2	362,000	131,900	38,900	108,000	105,900	87,100	241,900
% DEL TOTAL	100.0			33.7	12.3	3.6	10.0	9.8	8.1	22.5
1996-1997										
OPS - PR	604,300	1	2	364,300	12,000	38,000	48,000	15,300	15,700	111,000
OMS - WR	549,900	0	0	0	121,900	7,600	60,000	107,300	84,400	168,700
TOTAL	1,154,200	1	2	364,300	133,900	45,600	108,000	122,600	100,100	279,700
% DEL TOTAL	100.0			31.5	11.6	4.0	9.4	10.6	8.7	24.2
1998-1999										
OPS - PR	658,400	1	2	390,600	12,000	43,800	48,000	17,600	18,200	128,200
OMS - WR	606,900	0	0	0	121,900	8,800	60,000	123,700	97,600	194,900
TOTAL	1,265,300	1	2	390,600	133,900	52,600	108,000	141,300	115,800	323,100
% DEL TOTAL	100.0			30.8	10.6	4.2	8.5	11.2	9.2	25.5

BOLIVIA

SITUACION DE SALUD

DEMOGRAFIA

1. El Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado en 1992, puso en relieve dos fenómenos demográficos que se acentuaron estos últimos años: las migraciones internas y la urbanización. La tasa promedio de crecimiento anual de la población del país fue de 2.11%, en el último período intercensal, de 1976 a 1992. Bolivia cuenta en 1995 con 7.413.834 habitantes y una densidad poblacional de 5.59 hab/km², con variaciones de 0.67 (departamento de Pando) a 22.49 (departamento de Cochabamba). La población urbana representa el 58% y la población femenina el 50.6% del total de la población. La composición etarea presenta una alta proporción de niños y pocos ancianos (menores de 15 años representan el 42% y mayores de 60 años el 4% de la población).

Indicadores del Estado de Salud

2. La esperanza de vida al nacer es de 57.7 años para los varones y 61.0 para las mujeres.

3. La tasa global de fecundidad, según la ENDSA 1994, es de 4.8 hijos por mujer, con variaciones entre 3.8 en área urbana y 6.3 en área rural; asimismo el promedio es de 6.5 hijos por mujer sin instrucción, comparado a 2.7 hijos en mujeres con instrucción media o superior.

4. La tasa nacional de mortalidad infantil es de 75 por mil nacidos vivos de acuerdo a estimaciones del Censo 1992, con grandes diferencias entre las zonas rurales (promedio de 94 por mil) y urbanas (promedio de 58 por mil). De acuerdo a la ENDSA/94, los componentes principales de la mortalidad infantil son las diarreas (36%), los problemas respiratorios (26%) y los problemas relacionados con el parto (13%). La mortalidad en menores de 5 años es de 113 por mil (146 en las zonas rurales y 85 en las urbanas). La tasa bruta de mortalidad es de 18.5 por mil habitantes; 16.7 por mil en área urbana y 21.3 por mil en área rural. La mortalidad materna se estima en 332 por cien mil nacidos vivos; es determinada en gran parte por deficiente asistencia al parto (hemorragias, toxemia, infecciones).

5. La tuberculosis es la enfermedad transmisible más significativa en adultos. Otras enfermedades importantes son: la tripanosomiasis sudamericana (enfermedad de Chagas), la malaria y la Leishmaniasis mucocutánea. Más del 50% de la población vive en áreas de riesgo de transmisión vectorial de Chagas. Además, existen los riesgos de transmisión transfusional (hasta el 50% de los donantes son serológicamente positivos) y congénita. La malaria presenta tendencia ascendente, extendiéndose los focos de *P. falciparum*. La leishmaniasis se observa también en las zonas de migración y asentamientos recientes. Persisten casos humanos de rabia en las grandes ciudades. La fiebre amarilla provoca cada año epidemias de tipo silvestre en las zonas de migración interna, donde llegan grandes poblaciones susceptibles. En 1994, después de casi dos décadas de aparente silencio epidemiológico, el país volvió a vivir brotes de fiebre hemorrágica boliviana, con altas tasas de letalidad.

6. A pesar de los grandes avances en la última década, el país continúa con prevalencia de desórdenes por deficiencia de yodo principalmente en la zona rural,

donde el consumo de sal yodada es todavía bajo. El 28 % de los niños menores de 3 años presentan desnutrición crónica (relación talla/edad) (37% de los niños de zona rural y 21% de los niños de zona urbana; 46% de los niños de madres sin instrucción y 15% de los niños cuyas madres tienen instrucción media o superior).

7. Se observa el aumento de los traumatismos, accidentes y violencia que, en los hospitales de las principales ciudades, se ubican dentro de las cinco primeras causas de admisión. El alcoholismo sigue siendo un problema socio-sanitario importante.

Factores que afectan el estado de salud

8. La distribución de agua llega al 84% de las viviendas urbanas, mientras que la disponibilidad de servicios sanitarios se sitúa alrededor del 63%. En las zonas rurales, el acceso al agua es del 24% y la disponibilidad de servicios sanitarios del 17%. El 87% de las viviendas urbanas disponen de energía eléctrica y solamente el 15% de las rurales. La razón persona/vivienda es de 3.3 en el área rural y de 4.3 en el área urbana. La urbanización se da de manera rápida y desarmónica, con la formación de grandes áreas metropolitanas y precariedad del habitat.

9. La tasa de analfabetismo en el país es de 20%, en la población de 15 años y más, con grandes variaciones entre departamentos; asimismo, las tasas son consistentemente mayores para mujeres y para zonas rurales. El 50% de la población de 7 años y más se encuentran en el mercado de trabajo, en su mayoría informal (58%).

10. Hay amplia práctica de la lactancia materna (más del 90% de los niños en los primeros 6 meses, casi 80% hasta los 12 primeros meses).

11. La cobertura de los servicios de salud es baja; sólo el 44% de la población accede a algún tipo de atención institucional (47% en las zonas urbanas y 39% en las rurales). Existen alrededor de 0.7 consultas por habitante por año (0.4 en el sector público y 1.7 en el de la seguridad social). El índice ocupacional promedio de camas es de 48%. El número de médicos por 10 mil habitantes es de 3,6 en el sector público y de 10 en la seguridad social, con una relación de 0,5 enfermera por médico en el sector público y 1,1 en la seguridad social. Existen problemas para garantizar la calidad de atención con insuficiencia de los servicios complementarios, tales como laboratorio o banco de sangre. La cobertura de atención prenatal alcanza a la mitad de las mujeres embarazadas, mientras que la de partos en instituciones de salud es de 1/4 del total esperado de partos. Un 84% de las mujeres en edad fértil conoce al menos un método anticonceptivo; el uso reportado es de un 45.4%, de los cuales 17.8% son métodos modernos.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

12. Salud en el desarrollo humano: Bolivia, por su situación geográfica, participa de la iniciativa "Cooperación Andina en Salud", así como la de la "Iniciativa de Salud del Cono Sur" y la del "Tratado de Cooperación Amazónico" (Comisión Especial de Salud CESAM). En este marco, existen varias

propuestas de ley en consideración, principalmente referentes a los aspectos de medicamentos y de transfusión de sangre. Por otro lado, Bolivia asume la Presidencia de la rama americana de la Organización Internacional de Médicos Parlamentarios, foro de discusión de asuntos de carácter sanitario.

13. La creación del Ministerio de Desarrollo Humano, (MDH) que agrupa los sectores sociales del gobierno, permite integrar mejor la participación del sector salud en programas para combatir la pobreza. La articulación de los servicios públicos con los de los seguros de salud sigue siendo un tema de debate. La existencia de una Unidad de Análisis de Políticas Sociales en el MDH permite el estudio de las relaciones entre política de salud y política económica y social.

14. La Secretaría Nacional de Salud cuenta con un Sistema Nacional de Información en Salud que proporciona datos de los servicios, tanto de la misma Secretaría como de los Seguros de Salud. Sin embargo, se trata principalmente de datos de producción de servicios, que no permiten análisis de situación de salud y tendencias.

15. Bolivia sigue caracterizándose por su reducida y fragmentada capacidad de producción científica y tecnológica, a pesar de la existencia de un Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Sin embargo, existen algunos centros que desarrollan investigaciones, especialmente en los campos de las enfermedades tropicales y de las carencias nutricionales.

16. Se ha organizado una Red Boliviana de Información en Ciencias de la Salud (35 centros en todo el país), en la cual juega un papel dinamizador el centro de documentación de la Representación. Se tiene acceso a varias bases electrónicas de datos.

17. La creación de la Subsecretaría de Género dentro del MDH es una muestra de la importancia que se le está asignando el análisis por sexos en la planificación y programación de las actividades en todos los sectores.

18. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: El país se ha comprometido al proceso de descentralización general del Estado, mediante una serie de leyes que están transformando al Estado, el gobierno y la sociedad boliviana. La Ley de Participación Popular (LPP) es la de mayor impacto en la transformación del sector salud, con la definición de nuevos roles para todos los niveles (detalles en el punto 5).

19. La LPP crea los elementos de democratización de la salud, con énfasis en el nivel local que es el municipio; en ese sentido, existe un esfuerzo interinstitucional para definir un nuevo modelo de atención que permita la concertación local en salud, los procesos de cogestión, la acción intersectorial y la adecuación de los servicios a la cultura y necesidades locales.

20. Con la ley de reforma de los Ministerios, la LPP y el énfasis declarado durante 1995-97 en la inversión social, con privilegio en lo rural y las áreas de extrema pobreza, con el apoyo comprometido (grupo consultivo 94) de la cooperación externa sobre todo el BID y el BM, existe una buena probabilidad de que existirá en el bienio una fuerte inversión en ambiente y salud.

21. La Secretaría Nacional de Salud, juntamente con el Congreso de la República, ha formulado una iniciativa de ley que regula la industria farmacéutica, el comercio y la prescripción de medicamentos esenciales. Por otro lado, los

municipios han incorporado en sus planes operativos fondos comunales y rotatorios de medicamentos esenciales y el reglamento de transferencia de infraestructura sanitaria a las municipalidades recomienda expresamente la adopción del programa de medicamentos esenciales. Los programas de acreditación de servicios y calidad de la atención han adoptado el componente de radioprotección. El área de laboratorios y bancos de sangre todavía tiene un pobre desarrollo relativo, tanto en la capacidad resolutoria de los mismos, como en la calidad y bioseguridad de sus servicios.

22. Los desastres de mayor relevancia son las sequías y trastornos climatológicos con severa pérdida de cosechas en el altiplano, con desnutrición subsiguiente, y los graves accidentes en el sistema vial. Hay baja capacidad organizativa en el sector responsable.

23. El país se encuentra en serias dificultades presupuestarias para financiar sus necesidades de mayor cantidad, mejor distribución y recalificación de recursos humanos. Se inicia un programa de servicio civil que busca equipar al sector público con personal altamente calificado, estable y con estímulos para su constante perfeccionamiento.

24. Promoción y protección de la salud: Las líneas de acción política del gobierno nacional establecen el ejercicio al derecho a la salud, que permita asegurar la reducción de las tasas de mortalidad, el conocimiento de la promoción de la salud y la seguridad alimentario-nutricional. Recientemente se han promulgado leyes contra la violencia, especialmente aquella dirigida a la mujer y el menor.

25. Se han iniciado acciones conjuntas dentro el concepto de municipios saludables, en 3 ciudades grandes y 4 ciudades pequeñas fronterizas. Se ha comenzado con la Universidad de La Paz el fortalecimiento de los servicios de salud mental, que se hará extensivo al resto de las 8 universidades. La Secretaría Nacional de Salud realiza algunas acciones para el control del consumo de drogas, alcohol y tabaco. Trata de coordinar con otras instituciones que están efectuando acciones similares. Además el Gobierno Nacional tiene otros campos de trabajo e instrumentos técnicos, administrativos y legales para la interdicción de la producción y comercialización de las drogas.

26. El "Plan Vida" del Gobierno nacional comprende actividades de promoción de salud y nutrición de la mujer, el niño y el adolescente.

27. La política de comunicación social para la salud no está claramente explicitada, aunque se efectúan actividades de comunicación a cargo de algunos programas y para algunos problemas concretos.

28. La Unidad de Políticas de Alimentación y Nutrición y el Consejo de Seguridad Alimentaria han conservado y enfatizado en sus lineamientos estratégicos del Plan de Alimentación y Nutrición, acciones de vigilancia y control de enfermedades carenciales, promoción, prevención e intervenciones de impacto nutricional.

29. Desarrollo y protección del ambiente: En el saneamiento básico, la principal propuesta nacional es la implementación del Plan Nacional de Saneamiento Básico, reactualizado para el período 1995/2000. Este Plan prioriza el incremento de la cobertura, especialmente en el sector rural, la mejora en la calidad de los servicios y el incremento significativo de tratamiento de los residuos sólidos y líquidos. Se reconoce la necesidad de la formación de recursos humanos y del

incremento de la capacidad de preinversión. Asimismo, es necesario alcanzar la institucionalización del sector y su fortalecimiento de acuerdo con el nuevo reordenamiento del Gobierno, donde adquiere gran importancia el rol del municipio.

30. No está claramente definido de quién es la responsabilidad, dentro de la estructura del gobierno, del manejo de la salud ambiental.

31. Control y prevención de enfermedades: El país tiene un fuerte programa de vacunación insertado en los servicios y con apoyo a la población; está incrementando la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles, en especial de la polio, para mantener la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje; del sarampión y del tétanos neonatal, con el propósito de eliminación. La propuesta es reforzar la vacunación en servicios. Las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones agudas son blanco de programas prioritarios, dentro del Plan Vida. El país no ha asumido efectivamente el control de la lepra, en relación a su compromiso con la meta de eliminación de la misma hasta el año 2000. Bolivia aún no traduce su compromiso de eliminación del T. Infestans en el Cono Sur en estrategias concretas de control. Está aprobando la "Ley de sangre" y recién se concretan los primeros pasos para contar con bancos de sangre en las principales regiones del país.

32. El programa regional de protección de alimentos hace énfasis en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), con la estrategia de apoyar al desarrollo de programas a nivel departamental/municipal.

33. El programa nacional de ETS/SIDA sigue con dificultades en contextualizar el problema en la sociedad, con múltiples actores; y en salud, sigue la dificultad de que las actividades sean asumidas por los servicios. Se ha conformado el Comité de Coordinación Interagencial de ETS/SIDA, que empieza a coordinar acciones y definir prioridades. El país cuenta con su Plan de Mediano Plazo.

34. Para el control de la malaria, se está priorizando el área norte del país, donde además de alto riesgo, hay transmisión activa de la malaria por *P. falciparum* y muerte por malaria. Asimismo, se prioriza el Chaco, donde la malaria es muy vulnerable a medidas concretas de control. La tuberculosis es el más grave y universal problema de enfermedades transmisibles en adultos; el país sigue dependiendo totalmente de recursos externos para su control, aunque cuenta con un programa bien insertado en los servicios.

35. La meta de eliminación de la transmisión de la rabia por animales domésticos fue asumida y hay posibilidades de que se cumpla. Bolivia cuenta con actividades de vigilancia, atención a las personas y vacunación en la red de servicios. Con relación al compromiso subregional de control de teniasis/cisticercosis, el trabajo apenas empieza - hay un plan elaborado y se comienza a trabajar con áreas de demostración. Para salud animal, Bolivia asume el compromiso hemisférico de erradicación de la fiebre aftosa.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

36. La Ley de Participación Popular, del 20 de abril de 1994, dispone " la transferencia a los municipios de la propiedad sobre los bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura de salud, con la competencia para administrar y mantenerlos, dotarles del equipamiento, mobiliario y suministros necesarios así como supervisar las autoridades correspondientes".

37. Esta misma ley crea por otro lado los Comités de Vigilancia que son instancias organizativas de la sociedad civil que articulan las demandas de las Organizaciones Territoriales de Base, con la planificación participativa municipal, la vigilancia social de la administración municipal, y la canalización de iniciativas y acciones que beneficien a la colectividad.

38. El nivel nacional tiene la responsabilidad de la gestión médica administrativa de los servicios de salud, su dotación en personal, la administración de los centros nacionales de investigación y referencia, y la provisión de los medicamentos de los programas prioritarios de salud.

39. Por fin, las corporaciones regionales de desarrollo desempeñan el papel de planificación regional con los aspectos de articulación con la planificación nacional, inversión departamental en infraestructura física y fortalecimiento municipal.

40. El gobierno nacional a través de la Secretaría Nacional de Salud ha reiterado la vigencia de la visión y elementos de cambio en el sector salud identificados en 1993, la cual se describe básicamente en establecer todos los mecanismos y procesos que llevan a todo habitante de Bolivia a ejercer el derecho a la salud, a través del acceso universal a la atención en salud, comprometiéndose con un cambio en el sistema de financiamiento solidario, una transformación del sistema de salud, desarrollando la participación popular como un instrumento que dinamice el control social y democrático del sistema de salud, dentro de un marco de desarrollo sostenible, en donde salud sea considerado como uno de los fines y condicionantes del desarrollo.

41. Obviamente se espera lograr una rápida y acelerada reducción de los principales problemas de salud del país, enfatizando la morbimortalidad de la madre y el niño.

42. En salud y nutrición materno-infantil el gobierno de Bolivia ha elaborado el Plan Vida, que ha sido declarado prioridad absoluta de su política social. El propósito de este Plan es el descenso acelerado de las tasas de mortalidad materna e infantil, que se cuentan entre las más elevadas de la región. Las estrategias contempladas para cumplir con este propósito contemplan la participación popular, la descentralización operativa con programación local y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, el enfoque de género con calidad de atención y la ampliación de coberturas.

43. Los programas contenidos en el Plan son salud de la mujer, salud del niño y seguridad alimentaria.

44. El primero salud de la mujer, opera principalmente los proyectos de salud reproductiva UNFPA/OPS, salud perinatal DESAPER, cáncer cérvico-uterino y mamario, "salud, mujer y desarrollo" fortalecimiento y capacitación de las/los obstetras empíricas, vigilancia epidemiológica de la muerte materna, prevención del embarazo en las adolescentes y atención integral en salud de los adolescentes.

45. El segundo, salud del niño, se refiere al crecimiento y desarrollo. Dentro de este gran proyecto están contenidos subproyectos contra diarrea-cólera,

infecciones respiratorias agudas, el programa ampliado de inmunizaciones, promoción de la lactancia materna y vigilancia epidemiológica de la morbilidad infantil.

46. El tercer gran programa del Plan Vida, constituye un capítulo del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria cuyo propósito principal es el autoabastecimiento alimentario-nutricional en Bolivia. El objetivo principal de este capítulo correspondiente al sector salud es reducir la alta prevalencia de desnutrición infantil a través de proyectos de atención integral a niños pre-escolares que comprenden, entre otros, el desayuno escolar, los complementos nutricionales para la madre gestante y para los niños desnutridos, la promoción de la lactancia materna y la defensa del Código de sucedáneos de la lactancia materna, la suplementación de algunos alimentos de consumo popular con micronutrientes (sal yodada, azúcar enriquecida con vitamina A, suplementación con hierro a la embarazada).

47. El Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Salud, ha señalado dentro de su visión "la importancia del desarrollo de los recursos humanos y su integración a los programas", enfatizando su propósito de mejorar la distribución racionalizada del personal de salud en las áreas urbanas y rurales, mediante la implementación del servicio civil y carrera administrativa. Propone además, implantar políticas de desarrollo gerencial de los recursos humanos, apoyando la formación básica, a través de procesos de reforma y gestión de calidad en las carreras profesionales, técnicos y auxiliares de salud, fortaleciendo la educación permanente y el mejoramiento de la motivación del personal, así como la difusión científica y servicios de bibliotecas en los servicios de salud.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA

1. Estructurar el Sistema Nacional de Salud descentralizado e integrado con los seguros de salud y otros actores.
2. Consolidar las relaciones con los municipios, las Organizaciones Territoriales de Base y las Corporaciones de Desarrollo, dentro del marco de la Ley de Participación Popular.
3. Aplicar un esquema de financiamiento solidario que mejore el acceso a los servicios de salud para toda la población.

4. Fortalecer la capacidad técnico-normativa y administrativa del nivel central y regional de la Secretaría Nacional de Salud para apoyar el desarrollo del nivel local.

5. Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios, incluyendo el fortalecimiento del subsistema de abastecimiento de suministros esenciales.

6. Fortalecer la política de recursos humanos en salud para responder al nuevo modelo de atención, a la reestructuración institucional y a la descentralización en salud.

7. Desarrollar instrumentos legales que garanticen el ejercicio del derecho a la salud.

8. Reducir aceleradamente las tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y del menor de cinco años.

9. Reducir la prevalencia de la desnutrición y otras enfermedades carenciales, promoviendo la seguridad alimentaria.

10. Disminuir la morbilidad por tuberculosis, cólera, lepra, malaria, Chagas, ETS-SIDA, rabia, fiebre aftosa y otros.

11. Aumentar la cobertura del abastecimiento de agua potable y de los servicios de saneamiento básico, así como de los sistemas de control de la calidad de agua y de los alimentos.

12. Reducir los factores de riesgo relacionados con las condiciones del ambiente, viviendas y seguridad en el trabajo.

13. Garantizar a toda la población el conocimiento adecuado para la promoción y el cuidado de la salud, así como la utilización de los servicios.

14. Dar apoyo al Ministerio de Desarrollo Humano y las Secretarías que lo integran, para la movilización de recursos, coordinación de la cooperación externa y la reorientación de proyectos, a fin de garantizar su coherencia con las prioridades nacionales, y mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: POLITICA PUBLICA Y SALUD

PROPOSITO

1. Desarrollar la capacidad de análisis, investigación, planificación y formulación de políticas en el marco de la reorganización y financiamiento del sector salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Propuestas de articulación de los seguros de salud y esquemas alternativos de financiamiento solidario en ejecución.

2. Sistema nacional de salud reorganizado.

3. Rol de otros actores en la definición de políticas de salud clarificado.

4. El Concejo de Ciencia y Tecnología en Salud habrá consolidado su participación en el Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología y en el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología. Los Comités Departamentales de Ciencia y Tecnología en Salud estarán en funcionamiento en siete departamentos del país.

5. Docentes de universidades y profesionales de servicios de salud capacitados en metodología de la investigación.

1. Para 1997, se contarán con políticas explícitas y propuestas de reorganización y financiamiento del sector bajo términos de equidad y eficiencia.

2. A fines de 1997, el Sistema de Ciencia y Tecnología en Salud estará conformado y en funcionamiento.

1. A fines de 1997, proyectos de seguros de salud articulados en por lo menos 4 regionales.

2. Se habrán evaluado por lo menos dos experiencias alternativas de financiamiento solidario en salud, a fines de 1997.

1. Se habrá apoyado en la elaboración de la disposición legal que respalde la reforma de salud.

1. Dos informes de gestión de la Comisión de Salud del Poder Legislativo se habrán apoyado técnicamente en 1996 y 1997.

2. Sistema de Información sobre ONGs en salud en el país funcionando en el Ministerio de Desarrollo Humano y Secretaría Nacional de Salud.

1. El CONCITES forma parte del CONACYT a más tardar en 1997.

2. El CONCITES tiene políticas explícitas y orientarán las líneas prioritarias de investigación en salud en el país, a fines del período.

3. Los Comités Departamentales de Ciencia y Tecnología en Salud de siete departamentos tienen planes de trabajo definidos hasta 1997.

1. Curso de post-grado en metodología de investigación en ejecución en por lo menos una universidad en 1997.

2. 50 % más del personal directivo de los distritos de salud de la SNS, capacitados en metodología de investigación operativa de servicios de salud, entre 1995 y 1997.

3. 50 % más del personal de salud y municipios capacitados en investigación-acción-participativa y participación popular entre 1995 y 1997.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 2: DESARROLLO Y GESTION DE POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD****PROPOSITO**

Fortalecer la gestión de la cooperación externa en salud y la movilización de recursos nacionales que aporten a la aceleración de las transformaciones necesarias en Bolivia. Fortalecimiento del sistema de prevención, mitigación y respuesta en situaciones de desastres.

RESULTADO ESPERADO

1. Desarrollo de un sistema de información gerencial de la cooperación
2. Incremento de fondos movilizados de otros organismos del sistema de Naciones Unidas y de fuente bilaterales.
3. Mejoramiento de la capacidad gerencial administrativo-financiera de la contraparte en utilización de recursos de cooperación externa.
4. Consolidación del prestigio y liderazgo de la OPS/OMS en la cooperación externa en salud.
5. Respuesta a los desastres, del Sistema de Defensa Civil y la Secretaría Nacional de Salud fortalecida.
6. Personal para la prevención, mitigación y respuesta en casos de desastres del Sistema de Defensa Civil formado en los aspectos sanitarios.

1. Mejoramiento de la organización estructural y funcional de la Oficina de Representación.

2. Red sanitaria para respuesta conformada e integrada y contenidos educativos sobre desastres incorporados en el sistema universitario y de las escuelas normales del país.

1. Manuales de procedimientos elaborado e implantados para personal, solicitud de cooperación, finanzas, compras, transporte, viajes, seminarios y comunicación.

1. Relación de fondos regulares/extrapresupuestarios y cantidad de fuentes de financiamiento utilizados.

1. Reportes administrativos/financieros de la contraparte aceptados/rechazados por los donantes y la Contraloría de Recursos Externos.

1. Cantidad, diversidad y niveles de instituciones nacionales alcanzados por la cooperación OPS/OMS.

1. Para fines de 1997 deberá estar definida la política del sector salud y funcionando una red de hospitales con capacidad de respuesta.

1. Para fines de 1997, se habrá incorporado contenidos técnicos sobre desastres en el curriculum de 3 facultades de medicina y de 4 escuelas normales superiores.

2. Se habrán capacitado facilitadores a nivel de DTBs en 4 zonas prioritarias del país a través del sistema educativo de Defensa Civil.

1. Grupos interinstitucionales de análisis de situación de salud conformados y actuando a nivel nacional, regional (5) y local (30), hasta 1997.

2. Utilización progresiva de informes de análisis por los niveles de decisión, durante el bienio.

3. 12 bibliotecas regionales fortalecidas (asesoría técnica, dotación de material técnico e implantación de tecnología LILACS) hasta 1997.

4. Tecnologías de información científico-técnica utilizada por 4 universidades y centros de investigación, al final del bienio.

1. Recursos humanos entrenados (3 becas al exterior; 60 profesionales con formación intermedia; 200 con formación básica) a fines de 1997.

PROYECTO 3: INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS**PROPOSITO**

Ampliar la base de información sanitaria y científico-técnica, con una amplia y fluida circulación entre el sector académico, el de servicios y el de investigación, generando grupos interinstitucionales con capacidad de análisis y toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Competencia nacional de análisis de situación de salud fortalecida.

Objetivos

2. Red Boliviana de Información en Ciencias de la Salud expandida y parcialmente autofinanciada (hasta un 60%).

3. Programa PALTEX expandido con cobertura nacional e intersectorial.

PROYECTO 4: COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES

PROPOSITO

Promover y apoyar al país en el desarrollo de políticas, estrategias y acciones técnico-científicas entre países a nivel subregional (Iniciativas de la CAS, INCOSUR, Tratado Amazónico) y en el ámbito bilateral.

1. La Secretaría Nacional de Salud ha promovido y negociado propuestas de CTP en la región.

2. La Secretaría Nacional de Salud y otras instituciones han movilizad recursos para la CTP en el marco de la Cooperación Andina en Salud, Iniciativa del Cono Sur y Tratado Amazónico.

Indicadores

2. Sistemas de información fortalecidos y utilizados a nivel regional en el marco de la Ley de Participación Popular (5 regiones en 1996; 8 en 1997).

3. Capacidad de análisis de situación de salud y tendencias fortalecida en 5 regionales y 20 municipios y mancomunidades, hasta 1997.

1. A fines de 1997 50 % adicionales de centros de documentación de institutos y carreras de salud, hospitales regionales y especializados, con responsable capacitado y conectado a la REBICS, entre 1995 y 1997.

2. Material de difusión y tarifas de la REBICS estandarizadas a nivel nacional a fines de 1997.

3. Incremento del 50% de producción científica nacional reportada a BIREME, en 1996; más 50% a fines de 1997.

4. CD de la PWR ha incorporado funciones docentes a partir de 1997. Incremento del 50% del total de consultas bibliográficas hasta fines de 1997.

1. Alcance de puestos PALTEX por lo menos en ciudades con universidades con carreras de salud u hospitales regionales y especializados a fines de 1997.

2. Convenios con 4 librerías importantes funcionando a fines de 1997.

3. Incremento del 100% del volumen de ventas entre 1995 y 1997.

1. Para 1997, el país habrá desarrollado la capacidad de promover, elaborar y presentar propuestas CTP, involucrando a la Secretaría Nacional de Salud, Seguridad Social, Universidades, Sociedades Científicas y Municipios en el marco de las iniciativas del Area Andina, Cono Sur, Tratado Amazónico y otros países.

1. Para 1997, se habrá duplicado la capacidad propia de elevar propuestas de CTP con movilización de recursos en la región.

1. Para fin del bienio, existirá un programa anual de CTP coordinado entre Secretaría Nacional de Salud y demás instituciones, con recursos propios como aporte a las iniciativas subregionales.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 5: ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD BASADAS EN APS****PROPOSITO**

Apoyar la transformación del sistema nacional de salud de acuerdo a los lineamientos de la Ley de Participación Popular, que garantice acceso universal de la población con equidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber diseñado y puesto en marcha esquemas de financiamiento y de gestión que garanticen la entrega del paquete básico universal de salud.
2. Haber desarrollado y puesto en marcha un proceso de evaluación en salud y su respectivo instrumental a fin de evaluar el acceso, la equidad, la situación de salud y la eficacia y eficiencia de los servicios.
3. Haber desarrollado una metodología y su instrumental de planificación participativa en salud, de acuerdo a los parámetros de la Ley de Participación Popular.
4. Haber apoyado el desarrollo de un sistema de información en salud con base municipal.
5. Haber contribuido a la puesta en marcha de un programa de garantía de calidad en los servicios de salud.
6. El país está aplicando políticas, estrategias y acciones concretas de salud que priorizan a las poblaciones indígenas en Chaco, Oriente y Amazonía con desarrollo de metodologías de educación y prácticas de salud cooperativas basadas en el diálogo intercultural y el intercambio de conocimientos y experiencias.

PROYECTO 6: RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD**PROPOSITO**

Formar profesionales y técnicos altamente calificados, orientados a reforzar las reformas sectoriales y del Estado Boliviano, estabilizando un plantel bajo las reglas del Servicio Civil y proporcionando una equitativa distribución de recursos humanos en el territorio nacional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Proceso de reforma y gestión de calidad en carreras profesionales y técnicas de salud iniciado.

1. Al final del bienio estará en funcionamiento un sistema de vigilancia de la equidad y el gasto en salud; se habrá readecuado el modelo de atención y de gestión en salud a fin de que garanticen el acceso universal de toda la población.

2. Al final del bienio se habrá definido un nuevo rol de la Secretaría Nacional de Salud y se habrán desarrollado los mecanismos operativos para su adecuado funcionamiento.

1. Al final de los dos años, habremos apoyado a que se haya incrementado en 50 % los municipios que hayan incorporado los cambios en el esquema de financiamiento y del modelo de atención y que estarán entregando el paquete básico de atención.

1. Al final de los dos años, se tendrá el esquema y el instrumental de evaluación y los mecanismos operativos funcionando y al menos una evaluación nacional realizada de acuerdo a este nuevo esquema.

1. Metodología diseñada e instrumental validado para que 50 % más de los municipios y UBAGES planifiquen el plan de salud de acuerdo a ellos, entre 1995 y 1997.

1. El sistema de información con base municipal en 50 % de los municipios del país entre 1995 y 1997

1. El programa de acreditación de hospitales funcionando en al menos 50 % de las regiones sanitarias y de los hospitales regionales.

1. Para 1997, el 80% de los pueblos indígenas del Chaco, Oriente y Amazonía cuentan con capacitadores/facilitadores bilingües en la educación para la salud.

2. El 50% de los Distritos de Salud con Poblaciones Indígenas mayoritarias del Chaco, Oriente y Amazonía cuentan con planes de Salud elaborados y desarrollados con participación comunitaria.

1. Sistema de formación de personal de salud mejorado a través de la práctica permanente de la gestión de calidad.

2. Secretaría Nacional de Salud y servicios de salud fortalecidos mediante la implantación de la carrera administrativa (Programa Servicio Civil).

3. El desarrollo de RR.HH. en salud en el país con una conducción explícita a través del funcionamiento de los Concejos Nacionales y Departamentales de RR.HH.

1. Al finalizar 1997 la mayoría de las carreras tendrán sus procesos técnicos y administrativos bajo pautas de calidad.

2. Programa Nacional de Educación Permanente aprobado.

Objetivos

2. Servicio Civil con carrera sanitaria aprobado y funcionando en el subsector público de salud.

3. Personal de conducción formado y/o recapitado en todos los niveles, en función de innovaciones científico - tecnológicas y de las políticas de reforma del Estado y del sector.

4. Políticas nacionales de RR.HH. y capacidad de regulación democrática de los mercados de trabajo del sector salud desarrollados.

PROYECTO 7: MEDICAMENTOS ESENCIALES

PROPOSITO

Ampliar la cobertura de los medicamentos esenciales en todo el país y el uso racional de los mismos.

1. Política nacional de medicamentos implantada y monitoreo periódico de la misma en curso.

2. Dotación y distribución de medicamentos esenciales básicos por los municipios y la S.N.S., aseguradas en forma permanente para los establecimientos de salud sin fines de lucro.

Indicadores

1. Al finalizar 1997 se espera duplicar los ingresos (desde el nivel de dirección hacia abajo) en base a concurso (Servicio Civil).

1. 75 % de los directores de hospitales regionales y especializados, habiendo recibido un curso de actualización, para fin del bienio.

2. 75 % de los epidemiólogos de nivel nacional, regional y distrital, habiendo recibido un curso de actualización, para fin del bienio.

3. 75 % de los directores regionales y distritales, habiendo recibido un curso de actualización, para fin del bienio.

1. Sistema de información de RR.HH. para el sector, articulado con el SNIS, funcionando en 1997.

2. Concejo Nacional de RR.HH. en Salud intersectorial e interinstitucional creado.

3. Concejos Regionales de RR.HH. instalados en 4 regionales por lo menos, a fines de 1997.

1. Para fines de 1997, presencia permanente de los medicamentos esenciales más básicos en 50 % más de establecimientos de salud que a fines de 1995.

1. Para fines de 1997, los documentos y normas de política nacional de medicamentos habrán sido difundidos ampliamente en los nueve departamentos del país.

2. Para fines de 1997, los mecanismos de monitoreo de la aplicación de los principales aspectos de la política habrán sido discutidos; se habrá iniciado el proceso de monitoreo en 5 departamentos.

3. Los procedimientos de registro sanitario de medicamentos habrán sido informatizados para fines de 1997.

1. Para fines de 1997, 100 % de los departamentos del país tendrán una unidad autónoma regional (exclusiva o compartida), responsable de asegurar el adecuado abastecimiento y distribución de los medicamentos e insumos esenciales.

2. Para fines de 1997, la cobertura en medicamentos esenciales de los establecimientos de salud, habrá crecido en 50 % en relación a fines de 1995.

3. Para fines de 1997, se tendrá una lista actualizada de medicamentos esenciales e insumos médicos básicos para el abastecimiento de los diferentes niveles de atención.

4. Para fines de 1997, los municipios, con capacidad gerencial desarrollada para el manejo de los medicamentos esenciales, habrán duplicado en relación con fines de 1995.

Objetivos

3. Medicamentos esenciales usados más racionalmente, especialmente en los establecimientos de salud sin fines de lucro.

4. Mecanismos e instancias de cooperación regional / subregional en materia de medicamentos, especialmente en el área andina, fortalecidos.

Indicadores

1. Aplicación de las normas éticas de promoción del medicamento evaluada a fines de 1997 en relación a 1995.

2. Para fines de 1997, formulario terapéutico nacional actualizado y normas estandarizadas de tratamiento en las 4 disciplinas básicas utilizadas como referencia en 50 % establecimientos de salud adicionales en relación con fines de 1995.

3. Enseñanza de la prescripción por nombre genérico y en base a medicamentos esenciales según tratamientos estandarizados, discutida e introducida en, por lo menos, una Facultad de Medicina del país, para fines de 1997.

4. Información sobre uso racional del medicamento dirigida al público en general difundida en 2 medios de comunicación nacionales importantes (1 periódico, 1 radio), en forma regular.

1. Para fines de 1997, los delegados de Bolivia habrán participado de manera sostenida en las diferentes reuniones de la Comisión Asesora Andina de Medicamentos y sus grupos técnicos.

2. Para fines de 1997, se habrán discutido y aprobado normas éticas de promoción de medicamentos en el área andina.

3. Para fines de 1997, se tendrá un cuadro básico actualizado de medicamentos esenciales comunes en el área andina.

4. Para fines de 1997, existirán mecanismos directos de comunicación e intercambio de información periódica entre Bolivia y los otros países del área andina en materia de medicamentos.

1. Para 1997, mortalidad materna reducida en un 30 %, mortalidad perinatal reducida en un 20 % y mortalidad infantil reducida en un 30 % en relación a 1995.

2. Para 1997, estrategias y acciones de promoción de la salud y de prevención de riesgos y daños aplicadas en la Secretaría Nacional de Salud, las alcaldías y universidades.

1. Para 1997, red institucional y comunitaria de vigilancia epidemiológica, detectando, notificando y analizando la muerte materna y perinatal por lo menos en el 80 % de los sistemas distritales de salud y el 100 % de los hospitales de 2do. y 3er. nivel.

2. Para fines de 1997, mejorar en un 50 % las cifras de producción de los servicios y la satisfacción de usuarios en la atención de la mujer y el niño, en relación a línea de base establecida en 1995.

3. Para fines de 1997, contar con planes operativos de reducción de la muerte materna y del niño elaborados y gestionados conjuntamente por los servicios de salud, los municipios y organizaciones de participación popular en por lo menos 12 regionales y 100 sistemas distritales/territoriales de salud.

PROYECTO 8: SALUD DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD**PROPOSITO**

Haber fortalecido el desarrollo de políticas, estrategias y planes específicos de promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños en la mujer, el niño y el adolescente, con la participación multi-institucional y de la comunidad organizada.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación de la muerte materna, perinatal y del menor de 5 años, implantado y en funcionamiento a nivel nacional, regional y local, con planes operativos para la reducción de la morbilidad y mortalidad elaborados y gestionados con la participación popular y orientados a mejorar la accesibilidad, la calidad de la atención y la producción de los servicios de salud.

Objetivos

2. Educación y servicios de planificación familiar proveídos en todos los establecimientos de salud del país, según niveles de atención y escalones de complejidad.

3. Las comunidades basadas en los municipios rurales cuentan en su totalidad con la metodología de monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años. Y en por lo menos 2 departamentos del país se ha completado un modelo de atención integral del adolescente.

4. El enfoque de género aplicado en las políticas de salud.

5. Se han desarrollado políticas, estrategias y programas específicos orientados a la Salud de los trabajadores urbanos y rurales.

PROYECTO 9: COMPORTAMIENTO SANO Y SALUD MENTAL

PROPOSITO

Incrementar la atención de prácticas adecuadas que prevengan las enfermedades y daños a la salud individual y colectiva, mediante el fortalecimiento del sector salud, educación y otros nuevos actores, en el marco de los nuevos conceptos de la promoción de la salud.

Indicadores

4. Para 1997, disponer de modelos de autoevaluación de la calidad de la atención elaborados con participación de servidores y usuarios con criterios de calidad e indicadores de cada atributo y aplicados en por lo menos 100 sistemas distritales/territoriales de salud, en el 100 % de los hospitales de 2do. y 3er. nivel de atención.

5. Para fines de 1997, disponer en el 80 % de los hospitales de referencia y maternidades de tecnología adecuada y de capacidad técnica y humana en el desempeño de funciones obstétricas y perinatales esenciales en la resolución de las emergencias obstétricas y pediátricas prevalentes.

1. Para 1997, contar con servicios de calidad de planificación familiar en todos los establecimientos de salud del país, de acuerdo a normas nacionales.

2. Para 1997, haber reducido en un 50 % las necesidades insatisfechas en planificación familiar detectadas en la ENDSA/94.

1. Al final del bienio, los responsables de salud de por lo menos el 50 % de los municipios rurales utilizan e interpretan correctamente el carnet de salud infantil.

2. Al final del bienio, se cuenta con un modelo de atención integral al adolescente, interdisciplinario e intersectorial, funcionando de acuerdo a normas en por lo menos 2 Secretarías Regionales de Salud.

1. A fines de 1997, una disposición legal ha introducido el enfoque de género para garantizar equidad en la atención de mujeres.

2. A fines de 1977, se habrá incrementado el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva en un 30 %.

1. Para fines de 1997, al menos en cuatro Departamentos del país se han operativizado programas específicos de salud de los trabajadores a través de las Secretarías Regionales de Salud y los SILOS para los trabajadores de las áreas rurales, y a través de las Alcaldías con los trabajadores urbanos y peri-urbanos.

1. Hasta fin de 1997, 5 ciudades importantes cuentan con programas de promoción de la salud.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se cuenta con los instrumentos técnicos y administrativos para el fortalecimiento de los servicios de salud, medios de comunicación y otros actores que realizan acciones de información, educación y comunicación en salud.

2. Se ha fortalecido la capacidad de servicio de las instituciones especializadas que atienden el problema de las drogas dependencias.

3. Los hospitales han desarrollado la organización y capacitación de servicios de salud mental con destino a los usuarios.

4. Programas de municipios saludables y ambientes universitarios saludables en funcionamiento en las principales ciudades del país.

5. Organizaciones comunitarias, junto a las instituciones nacionales especializadas, desarrollan un programa de actividades para la reducción de la violencia en todas sus formas.

PROYECTO 10: NUTRICION E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

PROPOSITO

Contribuir al desarrollo de acciones para prevenir consecuencias de la malnutrición y los riesgos de enfermedades transmitidas por alimentos.

1. Los dueños de los principales medios de comunicación han firmado hasta finales de 1997 un convenio que asegura la difusión periódica de material de I.E.C. para la salud.

2. Hasta final de 1997, los periodistas especializados de por lo menos 5 canales de televisión, 10 radioemisoras y 8 periódicos, han sido capacitados para difusión de I.E.C. para la salud.

3. A nivel de los hospitales regionales y de 8 regionales se tiene una persona capacitada para coordinar las acciones de promoción de la salud, hasta 1997.

1. En diciembre de 1997 el 50 % de los COPRE están plenamente capacitados para la atención respectiva.

1. Hasta diciembre de 1997, los hospitales de las sedes de Secretarías Regionales de Salud habrán completado la capacitación de su personal especializado.

2. Los centros e institutos de atención psiquiátrica tienen organizados los grupos ALFA (Asociación Local de Familiares en Acción) hasta 1997.

1. En 5 ciudades importantes se desarrollan programas de municipios saludables hasta 1997.

2. En 5 universidades se desarrollan programas de ambientes universitarios saludables hasta 1997.

1. Hasta finales de 1997 se aprobarán disposiciones legales para la disminución de la violencia.

1. Por lo menos 3 municipios con programas de nutrición y protección de alimentos funcionando intersectorial y participativamente, hasta finales de 1997.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodología de análisis de riesgo y determinación de puntos críticos de control para inspección de alimentos implantada.

2. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Las Enfermedades de Transmisión Alimentaria desarrollado.

3. Personal de la Secretaría Nacional de Salud y alcaldías capacitados en inspección, vigilancia epidemiológica e investigación de brotes de ETAs.

4. Se habrá cooperado en la divulgación de tecnologías y metodologías que apoyarán la implementación de los lineamientos estratégicos del Plan Alimentario Nutricional Nacional de la Unidad de Política Alimentaria Nutricional.

5. Se habrá mejorado el sistema de vigilancia, control y monitoreo del estado nutricional de grupos vulnerables y deficiencias por micronutrientes.

6. Se habrá fortalecido el mecanismo permanente de apoyo al Plan Alimentario Nacional a través de las instituciones formadoras.

Indicadores

1. El personal involucrado en los programas de protección de alimentos de nivel central y regional, estará familiarizado y aplicando la metodología de ARPCC a finales de 1997.

1. Al final de 1997, está implantado el sistema de vigilancia epidemiológica de las ETAs en todas las regionales de la salud, integrando al Sistema Nacional de Información en Salud.

1. 100 % adicionales del personal de la Secretaría Nacional de Salud a nivel central y regional y 50 % adicionales del personal de los distritos sanitarios capacitados para fines de 1997 en relación con 1995.

2. Personal a cargo del área, en las alcaldías de las ciudades con más de 100.000 habitantes, capacitados hasta finales de 1997.

1. Secretarías Regionales de Salud con planes operativos 1996 - 1997, con actividades específicas para el control y/o eliminación de la malnutrición por micronutrientes.

2. El 50 % de los municipios con altas prevalencias de desnutrición disponen de documentación sobre tecnologías y guías para mejorar el estado nutricional de niños y mujeres en riesgo a fin del bienio.

1. Agrupaciones locales organizadas con acciones de monitoreo del crecimiento del niño funcionando en 50 % de los municipios priorizados, para fines de 1997.

2. El 20 % de agrupaciones locales se habrán constituido en redes solidarias de atención a niños en riesgo de desnutrición aguda, en municipios priorizados, para fines de 1997.

3. Centros-centinela de lactancia materna y desnutrición funcionando en municipios de más de 100.000 habitantes, para fines de 1997.

1. 50 % de municipios priorizados con apoyo de recursos humanos de pre-grado y/o post-grado de la carrera de nutrición en su área de influencia, a fin del bienio.

2. Informes anuales de actividades desarrolladas por los estudiantes de la carrera de nutrición con proyección a la comunidad.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 11: HIGIENE DEL MEDIO****PROPOSITO**

Fortalecer las capacidades de gerenciamiento, planeación técnica y financiera, desarrollo de recursos humanos y tecnológicos de las instituciones operadoras de los servicios básicos de saneamiento de tal forma de garantizar la cobertura establecida en el Plan Nacional de Saneamiento Básico 1995 - 2000 y la equidad de los servicios a la población urbana y rural; fortalecer la capacidad nacional en el campo de la salud ambiental especialmente de las instituciones y organismos reguladores, operadores y de la sociedad en general, a fin de proteger y proporcionar un ambiente que permita alcanzar niveles adecuados de salud y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Técnicas ambientales a nivel medio de las diferentes instituciones, e Ingenieros de pre y post-grado formados en la especialidad de ingeniería ambiental.

2. Tecnologías de bajo costo implementadas conjuntamente con DINASBA y la Universidad.

3. La Dirección Nacional de Saneamiento Básico (DINASBA) fortalecida como cabeza del sector en el seguimiento y cumplimiento del Plan Nacional de Saneamiento 1995 - 2000.

4. El Plan de inversión en agua y salud (PIAS/FOPAS) adoptado en el país.

5. Personal de las instituciones a nivel central y regional capacitados en los aspectos de evaluación de riesgo y epidemiología ambiental.

6. La metodología del programa de atención al medio (PAM) aplicada en el país.

7. La estrategia de municipio saludable funcionando en el país.

8. La Asociación de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (ABIS) fortalecida con un secretario ejecutivo permanente.

1. Para finales del año 1997, alcanzadas las metas propuestas en el Plan Nacional en cuanto a coberturas de: abastecimiento de agua urbana (93%), alcantarillado urbano (76%), abastecimiento de agua rural (44%), saneamiento rural (39%) y viviendas con servicio de aseo (66%).

2. A finales del año 1997, la Unidad de Salud Ambiental a nivel central y 5 Comités Regionales organizados y funcionando.

1. 40 técnicos medios en saneamiento ambiental, 40 ingenieros civiles con mención en ingeniería ambiental y 20 especializados a nivel post-grado formados durante el bienio.

1. La implementación de prototipos de generación de cloro, bidones anticontaminación, bombas de mano, letrinas de fibra de vidrio y utensilios para recolección y almacenamiento de basura en por lo menos 10 proyectos, en ciudades fronterizas con Argentina y en por lo menos 3 ciudades capitales de departamentos.

1. El sistema de información SIMAS implementado y funcionando en DINASBA/SAV.

1. Por lo menos 10 proyectos de pre-inversión implementados con el FNDR.

1. Por lo menos haber ejecutado 8 cursos y 4 asesorías en diferentes ciudades del país, durante el bienio.

1. El programa PAM implementado en por lo menos 3 municipios.

1. Por lo menos 5 municipios aplicando la estrategia de municipio saludable.

1. Un Secretario Ejecutivo Permanente en ABIS.

Objetivos

PROYECTO 12: CONTROL DE ENFERMEDADES

PROPOSITO

Fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios y de la población en la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus factores de riesgo, dentro de la Ley de Participación Popular.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber promovido que el tétanos neonatal y el sarampión sean eliminados hasta fines de 1997 a través de acciones de vigilancia y vacunación intensivos.

2. Sistema nacional de vigilancia semanal organizado de enfermedades febril-eruptiva, TNN y PFA hasta fines de 1997.

3. Manejo estandarizado de casos con IRA/Diarrea en los servicios de salud y en la comunidad.

4. Haber contribuido en el logro de 80 % de acceso a la TRO y a las SRO.

Indicadores

1. Servicios de salud, otros actores y entidades organizadas de la población trabajando coordinadamente en la vigilancia y control de las enfermedades prevalentes, en áreas de mayor riesgo, hasta fines de 1997.

2. Reducción en 80 % de la morbimortalidad en menores de 5 años al final del bienio.

3. Reducción en 80 % de la mortalidad por malaria en la región norte hasta 1997.

4. Reducción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas en el bienio.

5. Incremento de 10 % en la detección de casos de tuberculosis; 75 % de tratamientos completados hasta fines de 1997.

1. Más del 90 % de los distritos tengan un sistema de vigilancia con alto grado de sensibilidad y especificidad.

2. Coberturas de vacunación de DPT, BCG, OPV y antisarampión en menores de un año y toxoide tetánico en mujeres en edad fértil analizadas mensualmente y superiores al 90 %.

1. Número de casos de enfermedad febril-eruptiva reportados semanalmente y que los indicadores de parálisis flácida aguda (PFA) cumplan: a) Mas de 80 % de notificación semanal oportuna. b) Mas de 80 % de casos PFA investigados (48 horas) c) Mas de 80 % de casos PFA con 2 muestras de heces adecuadas. d) Tasa de PFA a 1 por 100.000 menores de 15 años.

2. Mas del 90 % de los brotes de sarampión ocurridos a nivel nacional serán investigados oportunamente.

3. Mas de 80 % de las muestras de sangre serán adecuadamente obtenidas y transportadas para investigación del sarampión hasta fines de 1997.

4. Mas del 80 % de los casos reportados de TNN serán investigados por el sistema en el bienio.

1. 40 % personal de la Secretaría Nacional de Salud capacitado en el manejo de casos con IRA/Diarrea hasta 1997.

2. 40 % las madres y familias en los distritos de Potosí, Chuquisaca, Santa Cruz, Tarija, Cochabamba y Tupiza saben co-prevenir y tratar las diarreas hasta fines de 1997.

1. 2.000 URO equipadas y funcionando al final del bienio.

2. 1.000 farmacias funcionan como URO en el país y tienen a la venta SRO en 1997.

ObjetivosIndicadores

5. Actividades de control de la malaria realizadas con participación de municipalidades y de la población.

1. Municipios y OTBs, participando de acciones integradas contra la malaria; servicios generales de salud realizando diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de la malaria, hasta 1996 en Pando, Riberalta, Guayaramerín; hasta 1997 en el Chaco y La Paz.

6. Programa Nacional de Tuberculosis fortalecido técnica y financieramente.

1. Normas técnicas revisadas con base en la capacidad operativa y difundidas en 1996.

2. Expansión de las actividades de control con participación de municipios/OTBs, en el cordón de alto riesgo Tarija, Pando y Riberalta hasta 1997.

3. 3 áreas de demostración funcionando, en apoyo a la movilización de recursos en 1996.

4. Recursos movilizados para sustentar actividades del programa; en especial, existencia de medicamentos garantizados en 1997.

7. Programa de eliminación de la lepra y de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas en ejecución, en regiones prioritarias.

1. Actividades integradas de control de Chagas vectorial desarrolladas hasta fines de 1996 en Tupiza, Chuquisaca, Potosí, Tarija, hasta fines de 1997, en Santa Cruz y Cochabamba, con participación de múltiples actores.

2. Ley de sangre aprobada, reglamentada y en aplicación por bancos de sangre regionales implantados/implementados y en funcionamiento hasta 1996; otros dos en 1997.

3. Programa de control de la lepra implementado y aplicado en los servicios generales de salud en Pando, Riberalta, Beni y Chuquisaca, hasta 1996; Santa Cruz, Cochabamba y Tarija hasta 1997.

8. Servicios de salud realizando actividades de vigilancia y control de ETS/SIDA; otros actores participando de acciones de información, educación y comunicación, dentro del marco del plan de mediano plazo.

1. Hospitales generales, clínicas y consultorios de las 6 ciudades epidemiológicamente más importantes con equipos entrenados e insumos para realizar diagnóstico, tratamiento y/o referencia, vigilancia epidemiológica y notificación de pacientes de ETS/SIDA, hasta 1997.

2. 80 % de la población conoce sobre ETS/SIDA y sus medios de prevención al final del bienio.

9. Vigilancia, prevención y control de enfermedades prevalentes implantadas a nivel regional/local, según situación epidemiológica.

1. Equipos de servicios de salud de municipalidades y de líderes populares entrenados sobre vigilancia y control de problemas prioritarios de salud en 4 regiones del país (25 municipios) hasta 1997.

2. Vigilancia epidemiológica con participación popular implantada a nivel local en 5 regiones hasta 1997.

3. Equipos de respuesta rápida actuando a nivel local en 25 municipios del país, hasta 1997.

Objetivos

PROYECTO 13: SALUD PUBLICA VETERINARIA

PROPOSITO

Fortalecimiento de los servicios de salud pública veterinaria para el control de zoonosis y erradicación de fiebre aftosa.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Eliminación de la transmisión de la rabia por perros.

2. Programa de control de teniasis/cisticercosis implantado.

3. Programa de control de ofidismo implantado.

4. Programa de erradicación de la fiebre aftosa formulado y en ejecución.

Indicadores

4. Magnitud y trascendencia de enfermedades cardiovasculares investigadas en 3 regiones al final de 1996.
5. Vigilancia de enfermedades no transmisibles implantadas en 3 regionales; servicios centinelas implantada en 5 hospitales hasta 1997.
 1. Vigilancia activa de rabia humana funcionando en los servicios de salud hasta 1997.
 2. Programa de erradicación de la fiebre aftosa en pleno funcionamiento hasta 1997.
 3. Atención a accidentes ofídicos sistematizados en 5 distritos de alto riesgo hasta fines de 1996.

1. Sistema de vigilancia epidemiológica de la rabia implantado en todos los municipios hasta fines de 1997.
2. Municipios con cobertura anual de vacunación antirrábica canina superior del 70 % en 1997 en relación con 1995.
 1. Areas de transmisión de teniasis/cisticercosis identificadas en 6 departamentos hasta fines de 1997.
 2. Sistema de vigilancia epidemiológica de cisticercosis suina y teniasis humana implantado y en funcionamiento en 9 departamentos hasta fines de 1997.
 3. Comunidades positivas para teniasis identificadas en 6 departamentos, desparasitadas hasta fines de 1997.

1. Sistema de información sobre accidentes ofídicos a nivel regional y nacional implantado hasta 1997.
 2. Areas de mayor riesgo de accidentes ofídicos identificadas y disponibilidad de sueros antiofídicos en esas áreas hasta 1996
 3. Implementado un centro de acopio de serpientes en el país e inicio de la colecta de veneno para producción de sueros específicos al final de 1997.

1. Plan nacional aprobado y con financiamiento hasta junio de 1996.
 2. Zona oriental del país con programa en ejecución hasta finales de 1996.
 3. Sistema de control de tránsito de animales, cuarentena y certificación de vacunación en ejecución a nivel nacional hasta fines de 1997.

ObjetivosIndicadores

5. Programa de control de la tuberculosis y brucelosis bovinas en ejecución.

1. Estudios de prevalencia de tuberculosis bovina concluidos en las cuencas lecheras de 6 departamentos hasta fines de 1996.

2. Personal de campo y de laboratorio del sector público y privado de 6 departamentos entrenados en las técnicas de control de la tuberculosis y brucelosis bovinas hasta 1997.

3. Reducción de la prevalencia de tuberculosis bovina a menos del 1 % en las cuencas lecheras de 3 departamentos en 1997.

4. Vacunación de 100 % de las terneras con menos de 6 meses , a partir de 1996 en las cuencas lecheras de 3 departamentos.

6. Programa boliviano de primatología en operación.

1. Censo de población de primates realizado en las áreas protegidas del país hasta 1997.

2. Estudios de reproducción y nutrición en cautiverio iniciados al final de 1997.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,355,700	30.4	1,715,300	34.2	1,952,600	34.6
POLITICA PUBLICA Y SALUD	121,800	2.7	268,400	5.3	301,300	5.4
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	121,800	2.7	268,400	5.3	301,300	5.4
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	956,100	21.4	1,107,800	22.2	1,261,800	22.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	956,100	21.4	1,107,800	22.2	1,261,800	22.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	190,700	4.3	238,400	4.7	273,100	4.9
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	78,200	1.8	0	-	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	112,500	2.5	238,400	4.7	273,100	4.9
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	87,100	2.0	100,700	2.0	116,400	2.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	87,100	2.0	100,700	2.0	116,400	2.1
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,354,700	30.4	1,178,900	23.4	1,314,400	23.4
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	890,200	20.0	845,800	16.8	942,800	16.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	890,200	20.0	845,800	16.8	942,800	16.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	353,300	7.9	333,100	6.6	371,600	6.6
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	353,300	7.9	333,100	6.6	371,600	6.6
MEDICAMENTOS ESENCIALES	111,200	2.5	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	111,200	2.5	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	501,100	11.2	537,100	10.7	578,000	10.3
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	358,300	8.0	537,100	10.7	578,000	10.3
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA WCH	358,300	8.0	537,100	10.7	578,000	10.3
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	142,800	3.2	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION NUT	142,800	3.2	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	512,100	11.5	602,700	12.0	673,200	12.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	512,100	11.5	602,700	12.0	673,200	12.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO CWS	512,100	11.5	602,700	12.0	673,200	12.0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	734,800	16.5	987,000	19.7	1,108,300	19.7
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	518,000	11.6	658,100	13.1	734,500	13.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OCD	518,000	11.6	658,100	13.1	734,500	13.1
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	89,700	2.0	328,900	6.6	373,800	6.6
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES NCD	89,700	2.0	328,900	6.6	373,800	6.6
SALUD PUBLICA VETERINARIA	127,100	2.9	0	-	0	-
ZOONOSIS ZNS	127,100	2.9	0	-	0	-
GRAN TOTAL	4,458,400	100.0	5,021,000	100.0	5,626,500	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	399,700	7.6	237,900	88.3	101,100	100.0
POLITICA PUBLICA Y SALUD	122,500	2.3	237,900	88.3	101,100	100.0
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	122,500	2.3	237,900	88.3	101,100
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD		277,200	5.3	0	-	0
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	CPS EHA	268,200 9,000	5.1 .2	0 0	-	0 -
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,805,900	34.1	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	391,700	7.4	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	391,700	7.4	0	-	0
MEDICAMENTOS ESENCIALES		1,414,200	26.7	0	-	0
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	1,414,200	26.7	0	-	0
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	2,020,000	38.2	31,600	11.7	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.		1,831,400	34.6	31,600	11.7	0
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	1,831,400	34.6	31,600	11.7	0
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		188,600	3.6	0	-	0
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	188,600	3.6	0	-	0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,062,800	20.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,054,100	19.9	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	VID 11,600	.2	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 876,800	16.6	0	-	0	-
SIDA	GPA 165,700	3.1	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	8,700	.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 8,700	.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	5,288,400	100.0	269,500	100.0	101,100	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	2,487,600	3	3	826,700	118,700	129,300	60,000	372,700	244,600	0	735,600
OMS - WR	1,970,800	2	0	406,200	179,400	13,600	114,000	566,000	322,200	0	369,400
TOTAL	4,458,400	5	3	1,232,900	298,100	142,900	174,000	938,700	566,800	0	1,105,000
% DEL TOTAL	100.0			27.6	6.7	3.2	3.9	21.1	12.7	.0	24.8
1996-1997											
OPS - PR	2,689,900	3	3	919,100	70,400	94,500	19,200	470,500	177,300	0	938,900
OMS - WR	2,331,100	2	0	447,400	302,700	12,700	84,100	601,900	427,100	0	455,200
TOTAL	5,021,000	5	3	1,366,500	373,100	107,200	103,300	1,072,400	604,400	0	1,394,100
% DEL TOTAL	100.0			27.2	7.4	2.1	2.1	21.4	12.0	.0	27.8
1998-1999											
OPS - PR	3,034,600	3	3	1,001,700	70,400	109,400	19,200	543,800	205,100	0	1,085,000
OMS - WR	2,591,900	2	0	475,200	302,700	14,700	84,100	695,500	493,600	0	526,100
TOTAL	5,626,500	5	3	1,476,900	373,100	124,100	103,300	1,239,300	698,700	0	1,611,100
% DEL TOTAL	100.0			26.2	6.6	2.2	1.8	22.0	12.4	.0	28.8

BRASIL

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población total de Brasil, estimada para 1994, fue de 152.800.000 habitantes, de los cuales el 43% corresponden a la Región Sudeste, 29% a la Región Nordeste, 15% a la Región Sur, 7% a la Región Norte y 6% a la Región Centro/Oeste. En términos de población absoluta, Brasil se encuentra en la sexta posición entre los países de mayor contingente poblacional a nivel mundial. La densidad demográfica para todo el país es de 17,3 habitantes por kilómetro cuadrado, considerada baja en comparación con la media mundial (38 hab. x Km²), variando de 2,7 hab. x Km² en la Región Norte a 67,8 hab. x Km² en la Región Sudeste.

2. La tasa media de crecimiento demográfico llegó a 1,93% en el período 1980/1991. Para el año 2000 se estima una población total de 179,5 millones de personas. La tasa media de fecundidad total fue de 2,8% en el período 1980/1990, prácticamente 1/3 de lo que fue en la década 1960/70. El descenso de la mortalidad y la fecundidad, han influenciado en el envejecimiento de la población. Se estima que para el año 2000 habrán 14 millones de habitantes mayores de 60 años de edad.

Indicadores del estado de salud

3. Las informaciones disponibles sobre principales causas de muerte, correspondientes a 1990, registran a las enfermedades cardiovasculares (28,1%), causas externas (12,3%), neoplasias malignas (10,2%), enfermedades del aparato respiratorio (8,3%), y enfermedades infecciosas y parasitarias (5,1%). Las causas mal definidas representaron el 18,2% del total de muertes. En relación a la morbilidad, para 1993 aún se registraban altas las tasas de prevalencias de endemias como Enfermedad de Chagas (4,2%) y esquistosomiasis (12,1%). Para ese mismo año se confirmaron 488,200 casos de Malaria, de los cuales el 95% se concentraban en la Amazonía. En los últimos 20 años se han registrado altas tasas de prevalencia de lepra, alcanzando en 1993 la cifra de 12,39 casos por 10 mil personas. En Rabia Humana se presentaron 22 casos en 1994. La tuberculosis, en todas sus formas, presentó una incidencia de 41,949 casos en 1992. Hasta Junio de 1993, se reportaba una incidencia de 8 casos de SIDA por 100,000 habitantes. La mortalidad materna muestra un promedio, para todo el país, de 140 muertes por 100,000 nacidos vivos, con una gran variación entre regiones (70 x 100,000 nv en la Región Sudeste, y 313 x 100,000 nv en la Región Norte). Las principales causas de muerte materna son complicaciones del embarazo (64%), complicaciones de post-parto (17,9%), aborto (10,7%), y complicaciones del parto (5,4%).

4. La mortalidad infantil ha mostrado una tendencia descendente, aunque con variaciones significativas entre Regiones. De 113 x 1000 nv a nivel nacional en 1970, bajo para 80,2 x 1000 nv en 1980, y 56,54 x 1000 nv en 1990. Las principales causas de mortalidad infantil, registradas en 1990, fueron las siguientes: afecciones originadas en el período perinatal (39,9%), enfermedades infecciosas y parasitarias (14,6%), enfermedades del aparato respiratorio (11,3%), anomalías congénitas (6,4%).

Factores que afectan el estado de salud

5. A pesar del intensivo crecimiento económico tenido por Brasil entre los años 1950-1980, las disparidades regionales aún asumen grandes proporciones. El nordeste comprende el 29% de la población y participa con apenas 13% del PIB. En 1990 las tasas de analfabetismo de las regiones del sur y sudeste eran de 11%, mientras que en el nordeste era de 36%, y en el centro/oeste de 17%.

6. Segmentos de población rural brasileña utiliza patrones tecnológicos modernos, con altas tasas de productividad, generando una buena capacidad de renta y empleo, y promoviendo una agricultura sustentable, mientras en otros segmentos la pobreza se perpetúa, con baja productividad, incapacidad de generar empleo, baja renta, y degradación ambiental.

7. Las fuentes energéticas son limitadas y escasas, provocando impactos ambientales de diferentes ordenes. Gran parte del sistema de transporte de Brasil fue construido para una geografía económica que se ha transformado mucho en los últimos años.

8. Se estimó para 1994 cerca de 3,4 millones de trabajadores desempleados, con un crecimiento del 70% en el período de 1981 a 1994.

9. La violencia se ha convertido en un problema preocupante. En la periferia de importantes ciudades del país la violencia se ubica como una de las principales causas de muerte. La falta de habitación popular es otro de los problemas que afecta el estado de salud; continúan proliferando en gran parte de las ciudades favelas desprovistas de servicios urbanos esenciales. En total se calculan unos 30 millones de personas con malas condiciones de vivienda. Solamente el 31% de la población es atendida por servicios de desechos sólidos, y 67% poseen abastecimiento de agua; esta situación se torna grave debido a que la falta o inadecuación de estos servicios se concentran principalmente en las favelas de las grandes ciudades.

10. La construcción y persistencia de valores sociales respecto a la feminidad y masculinidad, estimula y define comportamientos de riesgo diferencial para la integridad física y mental de hombres y mujeres, en las diferentes etapas de su ciclo vital, que afectan desfavorablemente la salud de la mujer, dando lugar a una manifestación concreta de inequidad en salud.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

11. Salud en el desarrollo: En los últimos años ha disminuido la capacidad de análisis, planificación y formulación de políticas y estrategias para el desarrollo de la salud en el país. Se reconoce que el proceso de elaboración y puesta en práctica de las políticas macroeconómicas debe tener más en consideración los problemas y prioridades del sector salud, y la necesidad de promover un esfuerzo más integrado y coordinado. Si bien existen avances importantes en la promulgación de leyes en salud, la capacidad potencial de las instituciones legislativas debe ser mejor aprovechada, para permitir un ejercicio más efectivo de los derechos y responsabilidades ciudadanas. La competencia nacional en materia de epidemiología práctica debiese ser mejorada, a través de una mayor integración a los servicios de salud. Los sistemas de información existentes no son suficientes para vigilar los cambios en las condiciones de vida

y de salud de la población y sus tendencias, así como para el abordaje de las inequidades entre grupos poblacionales. Debería lograrse una mayor sensibilización nacional respecto a los aspectos relacionados con la bioética, y el desarrollo, armonización y uso de la tecnología. Es importante continuar esfuerzos tendientes a asignar mayor importancia a la función que desempeñan las mujeres en el desarrollo humano, y continuar los esfuerzos por desarrollar y fortalecer la capacidad de investigación en salud, en función de los principales problemas identificados a nivel nacional, redoblando esfuerzos por promover adecuados mecanismos de incorporación de los resultados investigativos en la práctica sanitaria.

12. Desarrollo de sistemas de salud: Es evidente la persistencia tenida en los últimos años para trabajar dentro de un modelo de sistema de salud prácticamente agotado, al cual se le pretenden introducir medidas de relativa eficiencia, sin iniciar un proceso de reconstrucción de un nuevo sistema cuyos marcos conceptuales están dados. El actual modelo enfrenta problema de estructuración administrativa, limitaciones técnicas y financieras, y un marcado divorcio entre los niveles político/administrativos y la sociedad civil. La capacidad de liderazgo y gestión del nivel central del Ministerio de Salud deberá fortalecerse, paralelamente al desarrollo institucional de las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud. La necesidad de lograr la equidad y el acceso universal a la atención de salud para grupos de población mas necesitados, en el marco de la descentralización y los procesos locales de desarrollo esta demandando un esfuerzo renovado, actualizado, pragmático, con voluntad y decisión política comprometida. Se han obtenido resultados satisfactorios en el desarrollo de recursos humanos, sin embargo, para los próximos años se requerirá una participación especial en ésta área, tendiente a un mayor desarrollo de estos recursos en todos los campos de importancia decisiva para el funcionamiento eficaz de los servicios de salud.

13. Promoción y protección de la salud: Se han realizado esfuerzos importantes para fomentar el reconocimiento y la asimilación del concepto de salud como un bien social e individual y como recurso para la inversión en el desarrollo. Esfuerzos aún mayores deberán realizarse, para formular y aplicar políticas orientadas a la salud en relación con la alimentación y la nutrición, la drogadicción y el tabaquismo y el control de la violencia. Los servicios de salud podrían desarrollar modelos más eficaces para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. En materia de población, salud reproductiva, regulación de la fecundidad y problemas de salud de los adolescentes y niños, se han obtenidos avances y resultados significativos, sin embargo, continua siendo una gran prioridad la disminución de la mortalidad infantil en regiones más afectadas, así como la reducción de la mortalidad materna.

14. Desarrollo y protección del ambiente: El país ha tenido importantes resultados en los últimos años, en relación a la cobertura de abastecimiento de agua y en la calidad de la misma. Asimismo, se han ampliado los servicios de eliminación de desechos y de excretas. Esfuerzos en este campo deberán mantenerse en los próximos tiempos. La potencialidad del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS) podría ser mejor utilizada en función de los problemas y prioridades en salud del país. Se mantienen grandes desafíos para mejorar la calidad del ambiente, consistentes en lograr un desarrollo ambientalmente sostenible, de conformidad con los convenios firmados en la CNUMAD, incluidos los riesgos para la salud humana presentes en los ambientes de trabajo.

15. Prevención y control de enfermedades transmisibles: Debe destacarse la eliminación de la poliomielitis y la reducción de otras enfermedades inmunoprevenibles; así como, los esfuerzos mantenidos para el control de la

leishmaniasis, fiebre amarilla, malaria, dengue, esquistosomiasis, lepra, oncocercosis y rabia. Continúan los esfuerzos por mantener programas de vacunación eficaz contra las enfermedades de importancia para la salud pública. La transmisión de Trypanosoma cruzi por transfusiones de sangre y por Triatoma infestans, continúa siendo un problema de salud, principalmente en los territorios fronterizos del sur del país. Las enfermedades diarreicas, incluyendo el Cólera mantienen alta incidencia. El SIDA sigue afectando, con tendencia a la disminución, al igual que la Tuberculosis, esto último en un proceso de disminución más lento. Se desarrollan esfuerzos importantes en el área de salud pública veterinaria, dirigidos a mejorar la salud animal y la productividad agropecuaria, en estrecha coordinación con los países fronterizos del cono sur. Se acrecientan los trabajos sobre calidad e inocuidad de los alimentos, aunque aún se precisa de esfuerzos mayores en este campo. Planes y Prioridades para el Desarrollo Nacional de Salud.

16. Los planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud, se inscriben en la agenda sanitaria que ha direccionado los trabajos del Sistema Unico de Salud (SUS) en los últimos años, cuyas directrices y principios son los siguientes: universalidad de la atención, integralidad de la asistencia, preservación de la autonomía de las personas, igualdad en la asistencia a la salud, derecho a la información, utilización de la Epidemiología para el establecimiento de prioridades, disponibilidad de recursos y orientación programática, participación comunitaria, descentralización político-administrativa con dirección única en cada esfera de gobierno, descentralización de los servicios a nivel municipal, regionalización, intersectorialidad y jerarquización de la red de servicios de salud.

Áreas Nacionales Prioritarias para la Cooperación Técnica en Salud

17. Expandir y consolidar el Sistema Unico de Salud (SUS). Reestructuración de las instituciones y procesos vinculados a salud, con vistas a agilizar la descentralización y mejorar su desempeño: fortalecimiento del papel normatizador y auditor del gobierno federal; implantación de programas de entrenamiento, calificación y evaluación de los servidores de salud; transferencia de gestión a los municipios que demuestren competencia para planificar, prestar, contratar, pagar, controlar y evaluar las acciones de servicios del SUS; implantación de programas de asistencia integral de salud a la mujer.

18. Aumentar la eficiencia del Sistema Unico de Salud. Control y evaluación de los resultados y la calidad de los servicios de salud, por parte del poder público, con participación de los consejos de salud; definición e implantación de sistemas de control en la incorporación y utilización de tecnología, especialmente aquella de alta repercusión sobre los costos de la atención médica; diseñar un sistema de información con la finalidad de informar a la población lo que está aconteciendo con el dinero de sus impuestos en el área de la salud; aumentar la eficiencia en las unidades estatales, especialmente aquellas de menor complejidad y comprobada competencia, a través de mecanismos de autogestión; adopción de sistemas de evaluación y control de costos hospitalarios y ambulatorios.

19. Mejorar la calidad de la atención del Sistema Unico de Salud. Promoción de una cultura de calidad, basada en el respeto a los usuarios de los servicios de salud; implantación de un programa nacional de calidad en salud en las unidades hospitalarias y ambulatorias, tanto estatales como filantrópicas; estimular la adopción de un sistema de acreditación hospitalaria, de adhesión voluntaria, coordinada por instituciones no gubernamentales; revisión e implantación de un sistema de credenciamiento por unidades de salud, que incorpore criterios de

calidad, con vistas a su reconocimiento por el SUS; estimular a los municipios en la implantación de distritos sanitarios, de forma que se permita una acción conjunta de los técnicos y la población en la identificación y solución de problemas.

20. Democratizar el Sistema Unico de Salud. Institucionalizar un proceso democrático de comunicación social, de forma que permita dar transparencia al SUS en todos sus niveles; fortalecer los Consejos Nacional, Estaduales y Municipales de Salud; estimular la formación de Consejos Distritales de Salud; regular el sistema privado de atención médica supletiva, con una amplia participación de todos los segmentos interesados.

21. Implantación de una política de asistencia farmacéutica. Definición clara de las competencias de los tres niveles de gobierno en asistencia farmacéutica; actualización de la lista básica de medicamentos esenciales, adaptada por los estados y municipios del país; edición de las normas de prescripción y tratamiento de las enfermedades de mayor incidencia; descentralización para los estados y municipios de las actividades de programación, adquisición, distribución y utilización racional de medicamentos e inmunobiológicos; estimular la prescripción de medicamentos genéricos, por medio de campañas de esclarecimiento, y articulación entre gobierno, universidades, consejos de salud, y red pública de servicios; modernización del sistema nacional de vigilancia sanitaria, a fin de garantizar la eficacia y la calidad de los medicamentos colocados a disposición de la población; fortalecimiento del programa nacional de autosuficiencia en inmunobiológicos y hemoderivados.

22. Reducción de la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades transmisibles; reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad materna, focalizando la atención en las áreas más afectadas. Promover esfuerzos para la reducción de las principales enfermedades no transmisibles. Continuar desarrollando en proceso de reforma psiquiátrica nacional. Disminución de la incidencia y prevalencia de las principales zoonosis, y las enfermedades transmitidas por alimentos. Disminución de la desnutrición infantil.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

23. Fortalecer las relaciones de cooperación científico-técnica con el Ministerio de Salud, como expresión del poder gubernamental a nivel central, y con los otros niveles estatales y municipales, así como los otros poderes del Estado.

24. Promover la movilización de recursos nacionales (humanos, financieros y materiales) para acompañar la cooperación científico-técnica de la OPS/OMS, no tan solo dentro del sector oficial, sino también con otras instituciones de la sociedad, pública y privada, ONG's, universidades y centros de estudios y pesquisas vinculados a la salud y el desarrollo humano.

25. Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad institucional nacional para la elaboración e implementación de políticas y estrategias de desarrollo de la salud, con la finalidad de que la entrega de cooperación científico-técnica de OPS se realice sobre bases sólidas, respondiendo a una direccionalidad, necesidades y prioridades en salud claramente establecidas.

26. Desarrollar y fortalecer la capacidad institucional de la Representación de OPS/OMS en Brasil, para brindar una cooperación científico-técnica con eficiencia y efectividad.

27. Desarrollar las relaciones de trabajo con los tres principales órganos de poder del gobierno (Poder Ejecutivo -incluyendo el Ministerio Público-, Poder Legislativo, y Poder Judicial).

28. Promover las actividades de coordinación con el resto de organismos internacionales, bilaterales y multilaterales, que tienen presencia en el país, con la finalidad de optimizar los recursos de cooperación técnica que están disponibles para salud, en coordinación con la Agencia Brasileira de Cooperación (ABC).

29. Dar prioridad a las actividades de capacitación gerencial como parte de los esfuerzos mantenidos para el desarrollo de la capacidad de gestión y liderazgo del nivel central y las Secretarías Estaduales y Municipales.

30. Desarrollar la cooperación científico-técnica, en acuerdo con el Ministerio de Salud, con las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud, por considerarlas instancias de gobierno donde se podrían efectivizar las acciones de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial para el mejoramiento de la situación de salud en los niveles locales.

31. Promover las relaciones de cooperación con los Gobiernos Estaduales, previa anuencia de las autoridades del nivel central del Ministerio de Salud, priorizando aquellos Estados donde el criterio de oportunidad política y técnica, garantice un mayor impacto de nuestras acciones para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE OPS

1. Desarrollar la capacidad nacional institucional para la formulación de políticas y estrategias de salud. Promover la coordinación intersectorial e interinstitucional. Aprovechar las posibilidades de cooperación derivadas del Plan de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS).

2. Promover el desarrollo y fortalecimiento institucional de las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud, y cooperar en la definición de responsabilidades, funciones y competencias para los diferentes niveles del Sistema Unico de Salud.

3. Fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud y sus tendencias, por parte del Ministerio de Salud, y en particular la Fundación Nacional de Salud, y fortalecer el Consejo Nacional de Salud, y la capacidad nacional de coordinación de la cooperación externa en salud.

4. Fortalecer la cooperación técnica entre países, priorizando las relaciones con los países miembros del MERCOSUR y otros países fronterizos con Brasil.

5. Implantar un nuevo modelo, descentralizado y participativo, de atención de salud, priorizando la organización y desarrollo de la red de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios. Implantar un sistema de desarrollo tecnológico de equipos bio-médicos y de prevención y recuperación de los servicios de salud.

6. Desarrollar, conjuntamente con el Ministerio de Salud, las acciones conducentes a mejorar la disponibilidad y el uso racional de medicamentos y otros insumos críticos indispensables, y mejoramiento del sistema de control de calidad de medicamentos.

7. Promover activamente el desarrollo de la capacidad de analisis epidemiologico en los sistemas y servicios estaduais, municipales y distritales de salud, y desarrollar el sistema nacional de vigilancia sanitaria.

8. Desarrollar los programas de formación y capacitación de recursos humanos en correspondencia con las necesidades y prioridades nacionales del Sistema Unico de Salud, priorizando la capacitación en los niveles estaduais y municipales sobre gerencia local.

9. Implantar planes de cargos, carreras y salarios en las instituciones publicas de salud.

10. Fortalecer el programa nacional de promoción y protección de la salud, como elemento nuclear del contenido programático del Sistema Unico de Salud.

11. Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los programas de prevención y recuperación de la salud de la mujer, la madre, niños y adolescentes, y mejorar la vigilancia y el control de la poliomielitis, sarampión y tétanos neonatal.

12. Desarrollar programas de adiestramiento en epidemiologia y manejo de intervenciones integradas para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

13. Mejorar los programas y acciones de prevención de la desnutrición y promoción del sistema de vigilancia alimentario-nutricional.

14. Mejorar las coberturas y calidad de los servicios de agua y saneamiento, teniendo como principales puntos las poblaciones rurales y los cinturones de pobreza de las grandes ciudades.

15. Mejorar los programas de control del impacto del medio ambiente en la salud, en especial con referencia a la contaminación por mercurio y agrotoxicos.

16. Fortalecer los programas de prevención y control de las principales enfermedades transmisibles que afectan la población (malaria, dengue, enfermedad de chagas, esquistosomiasis, lepra, cólera), y fortalecer el programa nacional de control de SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

17. Profundizar el proceso de descentralización de acciones de control de zoonosis a nivel municipal, y padronización de técnicas de laboratorio para el diagnóstico de las zoonosis prevalentes.

18. Descentralizar las acciones de vigilancia sanitaria de los alimentos a nivel municipal, e implantación de una red nacional de laboratorios para el control sanitario de alimentos.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO

PROPOSITO

Colaborar para aumentar las coberturas de agua y saneamiento, sobre todo las poblaciones rurales y periferia de las grandes ciudades, teniendo en consideración la participación de la comunidad y los procesos de descentralización, privatización y tercerización.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento institucional de las empresas del sector de agua y saneamiento, definiendo criterios para la concesión de servicios, de forma que permita la participación o coparticipación de la iniciativa privada en el sector.

2. Concientización de las autoridades de gobierno, organizaciones civiles, y población en general, sobre la necesidad de conservar los recursos naturales y su utilización de forma racional.

3. Desarrollo de la investigación científica y tecnológica, y la formación de recursos humanos en el área de saneamiento ambiental.

4. Estimulo y reconocimiento a la formación de consorcios resultantes de la asociación de municipios, pertenecientes a una misma cuenca hidrográfica, para solucionar problemas de interés común, relativo a saneamiento, medio ambiente y salud.

5. Establecimiento de criterios y prioridades para la aplicación de los recursos de la Caja Económica Federal, en los programas de saneamiento de los gobiernos estatales y municipales, de modo que se pueda asegurar que estos criterios atiendan a las políticas y la planificación fijados por el sector.

1. Las coberturas de abastecimiento de agua y saneamiento al final de 1997 registraran incremento en relación a 1995; y al final de 1997 se habrá revertido el papel de las tres esferas de Gobierno (Unión, estados y municipios) en la definición e implementación de la política nacional de saneamiento, reservando al gobierno federal la fijación de políticas y normas, promoviendo un radical proceso de descentralización en la ejecución de los programas.

2. Al final de 1996 se habrán reportado progresos en la implementación de los programas GEMS/WATER y GEMS/AIR.

1. A mediados de 1996 se dispondrá de información global del país sobre las necesidades de investigaciones en insti. del sector, y esta información deberá ser utilizada para la formulación implementación de programas y proyectos en este campo, así como para cubrir las necesidades de modernización de las empresas.

2. Durante 1996-97 se habrá logrado una participación de los servicios privados en el sector de agua y saneamiento básico, a través de criterios definidos para esta participación.

1. Los monitoreamientos globales para 1996 y 1997 sobre la conservación de los recursos naturales y su utilización registraran progresos cualitativamente superiores a 1995.

1. En el transcurso de 1996-97 se habrán desarrollado, como mínimo, con apoyo de OPS/OMS, dos investigaciones en el área de saneamiento ambiental.

2. Al final de 1997, se habrán apoyado desde OPS, como mínimo, dos programas o cursos de formación/capacitación de recursos humanos en el área de saneamiento ambiental, con cobertura de unos 40 profesionales y técnicos a nivel nacional.

1. Con participación de OPS se podrán reconocer la formación de por lo menos tres consorcios resultantes de la asociación de municipios, pertenecientes a una misma cuenca hidrográfica.

1. En 1996 estarán establecidos los criterios para la aplicación de los recursos de la Caja Económica Federal en los programas de saneamiento.

PROYECTO 2: CALIDAD AMBIENTAL**PROPOSITO**

Cooperar para el mejoramiento del control del impacto del medio ambiente en la salud, priorizando el desarrollo e implementación de normas y criterios de calidad ambiental.

1. Conscientización gubernamental, de instituciones de la sociedad civil, y de la población sobre la calidad ambiental y los riesgos que su deterioro conlleva para la salud humana.

2. Desarrollo de la tecnología, la investigación y el adiestramiento de recursos humanos en la esfera de la evaluación y control de riesgos ambientales, incluidos los riesgos para la salud humana presentes en los ambientes de trabajo.

PROYECTO 3: SISTEMA UNICO DE SALUD**PROPOSITO**

Contribuir al desarrollo, fortalecimiento, e implantación del Sistema Unico de Salud, al proceso de reformulación de las Secretarías Estatales de Salud, y al desarrollo de la capacidad de gestión municipal.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidación y fortalecimiento del Sistema Unico de Salud.

2. Reformulación de las Secretarías Estadales de Salud.

1. Con la cooperación de OPS, al final de 1997, se habrán creado alianzas con empresas comerciales, industrias, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para aumentar la toma de consciencia sobre impacto ambiental de las actividades de desarrollo.

2. Al final de 1997, se habrán desarrollado reuniones/talleres, con producción de documentos que permitan posicionar al gobierno de Brasil sobre una serie de aspectos normativos, y de concientización en relación a la calidad del ambiente y al desarrollo ambientalmente sostenible, de conformidad con los convenios firmados en la CNUMAD.

1. En transcurso de 1996/97 se habrán tomado decisiones por parte de los poderes ejecutivo y legislativo (porterías, leyes) que favorezcan el desarrollo de acciones para el mejoramiento de la calidad ambiental.

2. Al final de 1997 se habrá avanzado en el cumplimiento de los compromisos adoptados por Brasil en relación a los resultados de la Conferencia Panamericana sobre Salud, Ambiente y Desarrollo (1995).

1. Capacitación y adiestramiento de por lo menos 90 profesionales y técnicos nacionales en formulación de políticas y normas correspondientes al medio ambiente y su impacto en la salud.

2. Al final de 1997 se dispondrá de un conjunto de disposiciones políticas y normativas que favorezcan las decisiones en el sector de medio ambiente y salud.

1. Al final de 1997 el Sistema Unico de Salud estará mas consolidado y fortalecido que en 1995.

2. Las Secretarías Estadales y Municipales de Salud experimentaran un proceso de mejoramiento de su capacidad de gestión en el transcurso del bienio 1996/1997.

1. Evaluaciones periódicas de OPS/OMS, a final de 1996 y 1997, demostrarán avances en el proceso de consolidación y fortalecimiento del SUS, a través de un incremento de la producción de servicios, un mayor numero de municipios con autorización para la gestión descentralizada de sus acciones, y una mayor articulación y coordinación entre los niveles federal, estadual y municipal.

1. A final de 1996, por lo menos tres Secretarías Estadales de Salud habrán recibido apoyo de OPS para su reorganización estructural y funcional, y las experiencias tenidas estarán sirviendo de referencia para la cooperación con otras Secretarías Estadales de Salud.

2. La Representación de OPS en Brasil habrá desarrollado y puesto en consideración del Gobierno, en el transcurso de 1996, un nuevo modelo (asistencial y gerencial) de organización y funcionamiento de las Secretarías Estadales de Salud.

Objetivos

3. Capacitación de los equipos de conducción de ocho Secretarías Estadales de Salud, en contenidos de capacidad gerencial.

PROYECTO 4: MEDICAMENTOS ESENCIALES

PROPOSITO

Colaborar en la formulación e implantación de una política nacional de medicamentos y promover el uso correcto y apropiado de los mismos en correspondencia con el desarrollo de los servicios farmacéuticos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formulación e implantación de una política nacional de medicamentos, con objetivos precisos y alcanzables.

2. Diseño de un nuevo modelo de Vigilancia Sanitaria que integre los aspectos de legislación, regulación, producción, calidad, comercialización y vigilancia sobre el uso de los medicamentos.

3. Mejoramiento de los servicios farmacéuticos nacionales, en correspondencia con el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Único de Salud.

PROYECTO 5: PROTECCION DE ALIMENTOS

PROPOSITO

Mejoramiento de las políticas, planes y programas nacionales de protección de alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los ETA.

Indicadores

1. A finales de 1997 por lo menos ocho Secretarías Estadales habrán ejecutado, con apoyo de OPS, programas de capacitación para los integrantes de sus equipos de gestión.

2. A finales de 1997, por lo menos 30 municipios habrán ejecutado programas de capacitación para los integrantes de Consejos Municipales de Salud.

1. En el transcurso del bienio 1996-1997 se habrá cooperado, por parte de OPS, en la formulación y eventual implementación de, una política nacional de medicamentos, en dependencia de la decisión y voluntad política de las autoridades nacionales de salud para este fin.

2. Servicios farmacéuticos estadales, de por lo menos 10 estados del país, habrán recibido cooperación técnica de OPS para su desarrollo y fortalecimiento.

1. Se contara con un documento de política nacional de medicamentos, aprobado oficialmente por el Gobierno, y se estarán aplicando los contenidos de la misma.

2. La política explicitará las responsabilidades y tareas de los actores involucrados (SUS, Estados, municipios, profesionales y comunidad).

1. En el transcurso de 1996-97, un nuevo modelo de vigilancia sanitaria se habrá puesto en funcionamiento, en correspondencia con los resultados esperados.

1. En 1997 se estará aplicando un nuevo modelo de financiamiento de medicamentos (integral e intersectorial).

2. Se habrá extendido el nuevo modelo de servicios farmacéuticos a, por lo menos, diez estados más, en comparación a 1995.

3. A final de 1997 los programas y campañas de información y educación al paciente estarán aplicándose en mayor número de Estados y municipios en comparación con 1995.

1. Durante 1996-97 la OPS habrá cooperado con el gobierno para disponer de un Plan de Acción Nacional de Protección de Alimentos, con normas armonizadas, y desarrollo de la red nacional de laboratorios de control de alimentos y el sistema de información y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos.

1. Durante 1996/97 se habrá avanzado en la instrumentación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los ETA, y el sistema de información, medido a través de su adopción oficial y aplicación en, por lo menos, 12 estados del país.

2. Elaboración e implementación de un Plan de Acción Nacional de Protección de Alimentos.

PROYECTO 6: POLITICAS PUBLICAS

PROPOSITO

Contribuir a la formulación de políticas públicas en apoyo al perfeccionamiento de la atención de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponibilidad de estudios para el planeamiento estratégico del Sistema Único de Salud, sus modelos de desarrollo institucionales y de Articulación intersectoriales y de sistema de análisis de la situación de salud.

2. Disponibilidad de informaciones regulares y suficientes para: a) análisis de la situación de salud, sus tendencias, condicionantes y determinantes; b) evaluación de la infraestructura y del financiamiento sectorial; c) evaluación de las acciones y servicios de salud; d) evaluación de la calidad, costos de los servicios y uso de las tecnologías; e) orientación a población sobre promoción de la salud.

3. Configuración de los instrumentos y mecanismos de un sistema nacional de ciencia y tecnología para la salud.

1. En 1996 el Gobierno dispondrá de un Plan de Acción Nacional de Protección de Alimentos.

2. A final de 1997 se dispondrá de una evaluación satisfactoria en la aplicación del Plan de Acción, con base en los indicadores que el mismo plan haya adoptado en la fase de diseño y aprobación.

3. La OPS habrá colaborado en 1996-97 en el desarrollo de programas integrados de protección de alimentos.

4. Durante 1996 y 1997 se registraron avances con la incorporación de nuevas metodologías y procedimientos para mejorar la inspección y control de alimentos.

5. En los años 1996-97 se dispondrá de una conducción cualitativa satisfactoria respecto a la promoción de la participación social y del sector privado en la protección de alimentos.

1. Mejoramiento de la capacidad institucional, en el ámbito del SUS para la formulación de políticas y estrategias para el desarrollo de la salud.

2. Consolidación del Consejo Nacional de Salud, como mecanismo de gestión del SUS.

3. Progresivo ajuste del modelo de atención a la salud y a los fundamentos del SUS.

1. Al final de 1996 se dispondrá de instrumento y métodos para la planificación estratégica del SUS.

2. Al final de 1996 estará en aplicación práctica un nuevo modelo institucional del SUS, sus mecanismos de gestión y articulación intersectorial.

3. Al final de 1997 estarán acordados los conflictos de competencias y atribuciones, en el ámbito del SUS.

4. Al final de 1996 estará conformado un sistema de análisis de la situación de salud, en el ámbito del SUS.

1. Al final de 1997 se tendrá disponible un sistema de informaciones regulares y oportunas para la formulación de políticas y ejecución de las acciones programáticas.

1. A finales de 1996 estará conformado un sistema nacional de ciencia y tecnología en salud.

Objetivos

4. Continuación de la movilización de actores relevantes para la análisis y discusión de las políticas públicas de interés para la salud.

5. Disponibilidad de estudios sobre el derecho sanitario y la bioética.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponibilidad de estudios para el planeamiento estratégico del Sistema Único de Salud, sus modelos de desarrollo institucionales y de articulación intersectoriales y de sistema de análisis de la situación de salud.

PROYECTO 7: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Cooperar en la definición e implementación de políticas y planes de desarrollo de recursos humanos en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento del proceso de descentralización del SUS, a través del desarrollo de la capacidad gerencial de las unidades de producción de servicios de salud de las redes básica y hospitalaria.

2. Fortalecimiento de la capacidad técnico-operacional de las instituciones integrantes del SUS, en el área de desarrollo de recursos humanos.

Indicadores

1. En el transcurso de 1996 y 1997 se tendrá realizado cuatro reuniones con actores relevantes, sistematizado en un forum consultivo para la cooperación de la OPS en el país.

1. Al final de 1997 se tendrá disponible en el mínimo 6 Centros de Derecho Sanitario en el país.

2. En el transcurso de 1996 estarán difundidos diferentes documentos sobre la bioética, producto de unos seis (6) seminarios de alto nivel que serán realizados en el transcurso de 1995-1996.

3. En el transcurso de 1996 se dispondrá de un catastro de instituciones, grupos y profesionales que están trabajando en Bioética, y se tendrá un conocimiento avanzado sobre sus capacidades potenciales de desarrollo y fortalecimiento de la Bioética.

1. Al final de 1996 se dispondrá de instrumento y métodos para la planificación estratégica del SUS.

2. Al final de 1996 estará en aplicación practica un nuevo modelo institucional del SUS, sus mecanismos de gestión y articulación intersectorial.

3. Al final de 1997 estarán acordados los conflictos de competencias y atribuciones, en el ámbito del SUS.

4. Al final de 1996 estará conformado un sistema de análisis de la situación de salud, en el ámbito del SUS.

1. Durante el bienio 1996-1997 las políticas, planes y programas de desarrollo de recursos humanos del Ministerio de Salud, y otras Instituciones sectoriales relacionados, se habrán fortalecido, y sus resultados habrán superado la situación prevaleciente en el bienio 1994-95.

1. El proyecto de Desarrollo Gerencial de Unidades Básicas de Salud (GERUS) se habrán extendido a nivel nacional durante el bienio 1996-97, a por lo menos 10 estados adicionales a los existentes en 1995.

1. En los años 1996-97 los recursos de cooperación de OPS, habrán contribuido a la elaboración y evaluación de proyectos de desarrollo de recursos humanos, en todos los niveles del Sistema Único de Salud (central, estadual y municipal).

3. Ampliación y consolidación del sistema de formación (profesionalización) de personal de servicios de salud sin calificación específica.

4. Ampliación del proceso de revisión de los paradigmas y de los programas de formación universitaria de los profesionales de salud.

PROYECTO 8: MALARIA

PROPOSITO

Proporcionar cooperación técnica para la prevención y control de la malaria, especialmente en la Región Amazónica, con énfasis en acciones descentralizadas para el diagnóstico, tratamiento y referencia de enfermos, integradas a los servicios locales de salud.

1. Mejoramiento del sistema de información de Malaria.

2. Fortalecimiento de las actividades de control de la malaria.

3. Mejoramiento de los conocimientos sobre vigilancia, prevención y control de la malaria.

1. Durante el bienio 1996-97 se ampliara la estructuración de centros/escuelas, y la implantación de cursos libres para la formación de personal de servicios de salud aun sin calificación en por lo menos 6 Estados del país.

2. A final de 1996 se habrán elaborado por lo menos seis currícula integrados para habilitación de personal de nivel medio, y para la capacitación de instructores y supervisores, con base en los planes de gobierno.

1. La OPS habrá apoyado, en el transcurso de 1996-97, la implementación de proyectos de desarrollo en seis (6) centros universitarios de Ciencias de la Salud, con base en la filosofía de gestión de calidad total en educación.

1. Durante 1996-97 la OPS habrá colaborado con el Gobierno de Brasil, en el marco de sus capacidades y posibilidades, para la prevención y el control de la Malaria, especialmente en la Región Amazónica, y las tasas de incidencia habrán disminuido en relación a 1995.

1. En el transcurso de 1997 el Gobierno de Brasil dispondrá de un sistema de información automatizado, contribuyendo así a la agilización de los procesos de estratificación y vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

1. En 1997 se registrarán por lo menos 9 Estados, de la Región Amazónica, donde los servicios locales de salud estarán realizando actividades de control de la Malaria.

2. Durante 1996-97 se incrementaran los recursos humanos capacitados, con apoyo de OPS, en prevención, diagnóstico, tratamiento y control de malaria, con relación al ejercicio 1994-95.

1. Las comunidades mas afectadas por la malaria habrán tenido la posibilidad de informarse mejor sobre prevención, tratamiento y control de la malaria, así como los profesionales y técnicos de la salud con responsabilidades en el abordaje de este problema.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 9: SALUD DE LA MUJER Y EL NIÑO

PROPOSITO

Contribuir a la promoción de la salud de la mujer y el niño y a la reducción de la morbilidad y mortalidad, cooperando en el desarrollo de la capacidad nacional para implementar intervenciones que mejoren la calidad de la atención y la resolutivez de los servicios de salud reproductiva, perinatal, infantil y del adolescente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Expansión de los servicios de promoción, educación y atención clínica, ambulatorios y hospitalarios de salud reproductiva.
2. Difusión de conocimiento y metodologías para promover la salud infantil enfatizando en el desarrollo psicosocial; en la red de servicios y escuelas formadoras de personal de salud.
3. Implementación de servicios básicos de atención perinatal y atención del recién nacido y infantil de las poblaciones carentes y de mayor riesgo socioeconómico.
4. Extensión, con la base de conocimientos, metodologías y medidas para la atención integral del adolescente en todos los Estados.
5. Implementación de metodologías para evaluar y monitorear la condiciones para la eficiencia y la calidad de la atención; en los distintos niveles.

PROYECTO 10: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO

Mejorar los procesos de gestión política, técnica y gerencial de la PWR, para facilitar y hacer mas efectiva la entrega la entrega de la cooperación de OPS/OMS con el país.

1. En 1997 el país dispondrá de mejores indicadores que en 1995, referentes a los problemas de salud de la mujer, el niño y los adolescentes.

2. Los programas nacionales del Ministerio de Salud, responsabilizados en los problemas de la mujer, niño y adolescentes, se habrán fortalecido y desarrollado su capacidad de gestión institucional.

1. Aumento en 1997 de los niveles de coberturas de atención de la mujer, niño y adolescentes comparados con las cifras de 1995.

1. En 1997 se estarán utilizando metodologías para medir el desarrollo psicosocial infantil y se habrá organizado un sistema de referencia de casos.

1. La OPS habrá colaborado, en 1996-97, con mas de tres Estados, y se habrá incrementado el acceso a la red de servicios básicos de atención perinatal y atención del recién nacido e infantil de las poblaciones, de esos Estados, carentes y de mayor riesgo socioeconómico.

1. En 1977 el programa de atención integral de adolescente estarán implantado en todos los Estados.

1. En 1977 se estará utilizando sistemáticamente la metodología de evaluación de servicios para hacer los ajustes correspondientes.

1. Para 1997, la Representación de OPS en Brasil habrá logrado, como parte de un proceso planificado de desarrollo de su capacidad institucional, para la entrega efectiva de la cooperación técnica al país, lo siguiente: a) organizar desde el punto de vista legal y operativo, su cuadro de funcionarios; b) los acuerdos y convenios sanitarios con todas las instituciones nacionales con quienes mantiene relaciones de trabajo; c) adecuación de la infraestructura edilicia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber incrementado la capacidad gerencial de respuesta de la Representación, a los problemas en salud que les sean planteados a nivel Federal, estadual y municipal.

2. Disponer de manuales de normas y procedimientos administrativos en concordancia con los ajustes que se realicen en la materia a nivel de la Oficina Central.

3. Haber organizado y consolidado el proceso de entrega de la cooperación científico-técnica de OPS al país, de acuerdo a las demandas y necesidades en materia de cooperación, y las OEP de la OPS.

4. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta administrativa de la Representación, a las necesidades planteadas en forma interna y externa.

PROYECTO 11: PROMOCION DE SALUD**PROPOSITO**

Mejorar el nivel de vida y salud de la población, cooperando para el desarrollo e implementación de políticas públicas destinadas a promover estilos de vida saludables, en el ámbito individual, familiar y colectivo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Utilización sistemática de la Comunicación Social (medios masivos, comunicación popular, y interpersonal), como instrumento para promover estilos de vida saludables, prevenir la violencia, accidentes y luchar contra el alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, ETS.

2. Formulación y implementación en todos los Estados de acciones orientadas a prevenir la violencia intra familiar y la ejercida contra grupos vulnerables.

3. Extensión de la Iniciativa "Municipios Saludables", para hacer de la salud una prioridad efectiva en su gestión gubernamental.

1. La PWR habrá concretado políticamente los acuerdos de cooperación técnico científica con el país.

2. Se dispondrá de los informes resultantes de la gestión política de la PWR.

3. La Representación habrá concretado con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores, la adecuación del acuerdo básico de OPS con el país.

1. Manuales actualizados y validados por el personal de la PWR, distribuidos y en uso.

1. Las autoridades nacionales de salud al final de 1996-97, realizarán evaluaciones satisfactorias, de forma conjunta, sobre la actuación de la Representación y su capacidad de respuesta científico-técnica a los principales problemas planteados.

1. Solución de los problemas laborales del cuadro de funcionarios, habiéndose dado solución, dentro de lo factible, a todos los reclamos realizados.

2. Solución a los problemas legales identificados en 1995.

3. En 1996 se habrá logrado un clímax laboral de confort para todo el personal de la Representación.

1. Mejoramiento en el nivel de desarrollo humano medible a través de este indicador del sistema de Naciones Unidas.

1. Se habrá preparado material educativo y se estarán utilizando los medios de comunicación social para promover la salud, en forma continua.

1. En 1997 se estará distribuyendo material informativo y educativo para prevención de la violencia familiar.

1. En 1977 un mínimo de 20 municipios habrán aceptado la política municipios saludables, y estarán en algún grado de implementación de las mismas.

Objetivos

4. Ampliación del conocimiento epidemiológico sobre el fenómeno de la violencia en el país.

PROYECTO 12: NUTRICION

PROPOSITO

Cooperar en el desarrollo de las políticas nacionales de nutrición, especialmente las relacionadas con las Metas de la Cumbre Mundial en Favor de Infancia, y el Pacto Nacional por la Infancia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incremento de la cobertura con acciones básicas de salud en municipios considerados de "mas alto riesgo" y de "alto riesgo" para desnutrición.

2. Disminución de la Hipovitaminosis A.

3. Se habrá definido e implementado una política nacional de combate a la anemia ferropiva para los grupos poblacionales de mas riesgo (niños de 5 años, gestante y embarazadas) y de orientación alimentar para la salud.

4. Desarrollo de la iniciativa "Hospital Amigo del Niño".

Indicadores

1. En 1997 se habrán ejecutado, con cooperación de OPS, dos estudios epidemiológicos sobre violencia.

1. En 1997 se estarán aplicando, a escala nacional, políticas de alimentación y nutrición.

1. Al final de 1997, con apoyo de OPS, habrá aumentado la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, en por lo menos 200 municipios, de los 500 señalados como de "mas alto riesgo" para desnutrición.

1. En 1996 se habrán identificado, y mapeados, los municipios de riesgo de Hipovitaminosis A en el Nordeste del país.

2. Se habrán distribuido dosis macizas de Vitamina A en todos los municipios nordestinos identificados de riesgo, en el transcurso de 1996-97.

3. Al final de 1997 se habrá realizado una medición comparativa (1997/1995) sobre Hipovitaminosis A en los municipios nordestinos donde se ha tenido cooperación de OPS, y los resultados demostraran disminución de esta carencia.

1. En el transcurso de 1977 se habrá definido e implementado una política nacional de combate a la anemia ferropiva.

2. Al final de 1997 habrá una reducción en los niveles de anemia ferropiva en, por lo menos, 200 municipios que han contado con apoyo de OPS para este proposito.

1. Al final de 1997, debido al apoyo de OPS, coordinado con otros organismos internacionales de cooperación, por lo menos un hospital en cada Estado de la Federación habrá recibido el crédito "Hospital Amigo del Niño", y todos los hospitales universitarios estarán por lo menos candidateados a este reconocimiento, y la propaganda y distribución de alimentos infantiles habrá sido erradicada en los hospitales y maternidades de gran porte.

5. Implementación del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional en el Centro de Vigilancia Epidemiológica (SINAN), con notificación de los casos graves y severo de desnutrición.

6. Articulación de los coordinadores de proyectos de extensión de frontera agrícola y de asentamientos poblacionales (área urbana) para discusión de la introducción de componentes de salud, nutrición y educación.

PROYECTO 13: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Contribuir al fortalecimiento de la capacidad resolutive de los programas nacionales de prevención, tratamiento y control de las enfermedades transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento de los programas nacionales de prevención y control de los principales enfermedades transmisibles.

1. En 1997 se estarán notificando y tratando sistemáticamente mas del 80% de los casos graves de desnutrición.

1. Se estarán ejecutando actividades promocionales en proyectos de extensión agrícola, en por lo menos tres Estados del país.

1. Al final del bienio 1996-97 la cooperación científico-tecnica de OPS podrá demostrar una contribución destacable para el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los programas nacionales de prevención, tratamiento y control de las enfermedades transmisibles.

1. En el transcurso del bienio 1996-97, la OPS habrá recolectado y difundido información científico tecnica de relevancia, y actualizada, sobre el diagnostico, tratamiento y control de enfermedades transmisibles, incluyendo guías, normas y procedimientos producidos por OPS/OMS y otras instituciones, y se habrá comprobado la validez y utilización de la misma en apoyo al proceso de fortalecimiento de los programas nacionales.

2. Aproximadamente el 25% de los gerentes nacionales y estatales de programas de prevención y control de enfermedades transmisibles tendrán algún tipo de capacitación y formación administrativo - gerencial para el adecuado manejo de los programas.

3. Al final de 1997 la OPS registrara alguna cooperación efectiva para la promulgación de leyes y/o decretos que apoyen el desarrollo y fortalecimiento de los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles, en especial lo relacionado en la obtención y uso de sangre y hemoderivados.

4. Se habrá colaborado en, por lo menos, cinco Estados par apoyar el desarrollo y fortalecimiento de su capacidad para efectuar diagnostico precoz, tratamiento completo y prevención y control efectivos de las principales enfermedades transmisibles.

5. Durante 1996-97 la OPS habrá colaborado con efectividad, para consolidar el proceso de estratificación epidemiológica de las enfermedades transmisibles.

Objetivos

2. Mejoramiento de la capacidad nacional de investigación y formación de recursos humanos en enfermedades transmisibles.

PROYECTO 14: ZONOSIS

PROPOSITO

Mejoramiento de las acciones de control de zoonosis mas prevalentes, y fortalecimiento de los programas nacionales, en el marco del proceso de descentralización del país e integración de las acciones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoramiento en la instrumentación de los planes de erradicación de la tuberculosis y brucelosis.
2. Consolidación de los planes de control de la Teniasis, Cisticercosis, Hidatidosis y caracterización de los zoonosis emergentes.
3. Consolidación de la eliminación de la rabia transmitida por el perro.
4. Desarrollo de los recursos humanos en zoonosis.

Indicadores

1. Al final de 1997 la OPS podrá presentar resultados de, por lo menos, diez 1. investigaciones operacionales relacionadas con las prioridades del país en prevención y control de enfermedades transmisibles.

2. Con recursos de OPS se habrá participado, de manera directa o indirecta, en el desarrollo de por lo menos tres programas académicos de formación de recursos humanos en prevención y control de enfermedades transmisibles, principalmente en los aspectos biomédicos, epidemiológicos, etnológicos y sociales.

3. La OPS habrá cooperado para la actualización del acervo de bancos de materiales de enseñanza en Epidemiología y Entomología, de las enfermedades transmisibles que mayor incidencia tienen en la situación de salud de la población.

1. Al final de 1997 habrán disminuido la incidencia y prevalencia de los principales enfermedades zoonóticas, y los programas nacionales se fortalecieron en relación a 1995.

1. Disminución de las tasas de brucelosis y tuberculosis bovina en 1997, en relación a los datos estadísticos oficiales de 1995.

1. Disminución de las tasas de teniasis, cisticercosis e hidatidosis en el bienio 1996-97, y se habrá realizado la caracterización de las principales zoonosis emergentes.

1. En 1997 se habrán declarado, por lo menos, tres Estados libres de rabia transmitida por perro.

2. El sistema de vigilancia epidemiológica de la rabia se habrá fortalecido entre los años 1996-97 en comparación con el bienio 1994-95.

1. Al final de 1977 se realizara una evaluación satisfactoria sobre participación de OPS en el área de capacitación de personal para el control de zoonosis, y se habrá fortalecido la enseñanza de SPV en algunas instituciones académicas del país.

PROYECTO 15: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Promover la cooperación técnica de Brasil con otros países, principalmente los países integrantes del MERCOSUR, y otros países fronterizos.

1. En los años 1996 y 1997 se habrá consolidado la cooperación de Brasil en el campo de la salud, con otros países del MERCOSUR y territorios fronterizos.
2. El presupuesto TCC de Brasil se habrá ejecutado 100% en el bienio 1996-97 con evolución satisfactoria de los resultados obtenidos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidación de la cooperación entre Brasil y otros países del MERCOSUR, en el sector salud, para problemas prioritarios que requieran apoyo de OPS con fondos TCC.

2. Consolidación de la cooperación en salud bajo la iniciativa del Cono Sur, y promoción de otros proyectos y actividades prioritarias para Brasil y otros países de la Región.

1. Ejecución 100% de los recursos TCC en los años 1996 y 1997, con resultados evaluados de satisfactorios por los gobiernos participantes.

1. Los compromisos de OPS Brasil, como parte de los acuerdos de la iniciativa del Cono Sur, se habrán cumplido satisfactoriamente.

2. En 1996-97 se habrá extendido la cooperación TCC en salud con otros países diferentes a los de MERCOSUR y Cono Sur.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	3,669,300	39.5	4,406,300	40.8	5,139,900	41.7
POLITICA PUBLICA Y SALUD	661,400	7.1	1,212,500	11.2	1,356,200	11.0
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	HSD RPS 558,300 103,100	6.0 1.1	1,212,500 0	11.2 -	1,356,200 0	11.0 -
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	2,354,600	25.3	3,027,300	28.1	3,591,300	29.1
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 2,354,600	25.3	3,027,300	28.1	3,591,300	29.1
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	509,300	5.5	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 509,300	5.5	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	144,000	1.6	166,500	1.5	192,400	1.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 144,000	1.6	166,500	1.5	192,400	1.6
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,714,700	18.5	1,991,900	18.4	2,259,600	18.3
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	980,000	10.6	1,156,900	10.7	1,328,700	10.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 980,000	10.6	1,156,900	10.7	1,328,700	10.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	262,500	2.8	301,600	2.8	346,700	2.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 262,500	2.8	301,600	2.8	346,700	2.8
MEDICAMENTOS ESENCIALES	472,200	5.1	533,400	4.9	584,200	4.7
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV 472,200	5.1	533,400	4.9	584,200	4.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,322,300	14.4	1,528,400	14.0	1,698,300	13.8	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	821,800	8.9	947,700	8.7	1,049,400	8.5	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	821,800	8.9	947,700	8.7	1,049,400	8.5
NUTRI. SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	500,500	5.5	580,700	5.3	648,900	5.3	
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	88,700	1.0	102,700	.9	118,400	1.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	411,800	4.5	478,000	4.4	530,500	4.3
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	832,400	9.0	955,600	8.8	1,054,600	8.6	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	832,400	9.0	955,600	8.8	1,054,600	8.6	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	449,000	4.9	519,700	4.8	577,500	4.7
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	383,400	4.1	435,900	4.0	477,100	3.9
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,711,900	18.6	1,957,700	18.0	2,178,300	17.6	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,362,300	14.8	1,568,400	14.4	1,743,000	14.1	
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E IMMUNIZA.	VID	239,300	2.6	275,600	2.5	297,900	2.4
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	302,000	3.3	339,600	3.1	382,800	3.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	821,000	8.9	953,200	8.8	1,062,300	8.6
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	138,100	1.5	154,500	1.4	173,500	1.4	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	138,100	1.5	154,500	1.4	173,500	1.4
SALUD PUBLICA VETERINARIA	211,500	2.3	234,800	2.2	261,800	2.1	
ZOONOSIS	ZNS	211,500	2.3	234,800	2.2	261,800	2.1
GRAN TOTAL	9,250,600	100.0	10,839,900	100.0	12,330,700	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	376,000	3.6	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	376,000	3.6	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	376,000	3.6	0	-	0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	47,500	.5	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	47,500	.5	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	47,500	.5	0	-	0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	10,031,300	95.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	10,028,100	95.9	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	168,100	1.6	0	-	0
SIDA	GPA	836,200	8.0	0	-	0
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	8,873,300	84.9	0	-	0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	150,500	1.4	0	-	0
SALUD PUBLICA VETERINARIA	3,200	.*	0	-	0	-
ZOONOSIS	ZNS	3,200	.*	0	-	0
GRAN TOTAL	10,454,800	100.0	0	100.0	0	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	5,422,400	7	24	2,791,900	152,100	225,800	84,000	286,300	270,600	0	1,611,700
OMS - WR	3,828,200	7	3	1,790,300	200,200	223,900	148,000	240,700	177,100	0	1,048,000
TOTAL	9,250,600	14	27	4,582,200	352,300	449,700	232,000	527,000	447,700	0	2,659,700
% DEL TOTAL	100.0			49.5	3.8	4.9	2.5	5.7	4.8	.0	28.8
1996-1997											
OPS - PR	6,672,300	7	22	3,349,800	125,100	291,700	84,000	452,100	338,400	0	2,031,200
OMS - WR	4,167,600	7	5	2,198,200	175,200	228,200	116,000	224,800	179,200	0	1,046,000
TOTAL	10,839,900	14	27	5,548,000	300,300	519,900	200,000	676,900	517,600	0	3,077,200
% DEL TOTAL	100.0			51.2	2.8	4.8	1.8	6.2	4.8	.0	28.4
1998-1999											
OPS - PR	7,678,000	7	22	3,871,100	125,100	337,200	84,000	522,400	391,100	0	2,347,100
OMS - WR	4,652,700	7	5	2,421,800	175,200	263,900	116,000	259,800	207,100	0	1,208,900
TOTAL	12,330,700	14	27	6,292,900	300,300	601,100	200,000	782,200	598,200	0	3,556,000
% DEL TOTAL	100.0			51.1	2.4	4.9	1.6	6.3	4.9	.0	28.8

CANADA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. En 1991, la población del Canadá ascendió a 27.296.859 de habitantes, lo que representó una tasa de crecimiento de 7,9% con respecto a 1986. De esa cifra, 20,8% eran personas menores de 15 años de edad y 11,6% tenían 65 años o más. En el último censo, el 60,5% de la población declaró tener como lengua materna al inglés, 23,8 % hizo lo propio con el francés y 13% declaró no tener como lengua materna a ninguno de ambos idiomas, mientras que 3% indicó que tenía más de una lengua materna. En las áreas metropolitanas reside el 61,1% de la población del Canadá.

Indicadores del estado de salud

2. Los canadienses tienen uno de los niveles de vida más altos del mundo. La mortalidad infantil descendió a 6 por 1000 nacidos vivos (1991). La esperanza de vida para los canadienses nacidos en el período 1990-1995 era de 74,2 años para los varones y de 80,7 años para las mujeres. Actualmente, las enfermedades infecciosas causan 1,3% del total de las defunciones, mientras que las cardiopatías y el cáncer, que se cuentan entre las causas principales de muerte, causan 14,9% y 33,3% de los decesos, respectivamente. Según los años de vida potencial perdidos antes de los 65 años de edad, entre 1984 y 1988 las cinco causas principales de muerte en las mujeres fueron el cáncer de mama, las cardiopatías, el cáncer de pulmón, los accidentes de tránsito y los accidentes cerebrovasculares. Entre los hombres, en cambio, las cinco causas principales de muerte fueron las cardiopatías, el cáncer de pulmón, los accidentes de tránsito, los suicidios y los accidentes cerebrovasculares.

3. La encuesta sobre salud y limitación de actividades, realizada en 1991, demostró que 15,5% de la población sufría algún grado de discapacidad. Para el sector de la población de 64 o más años de edad, dicho porcentaje ascendió a 46%.

4. Los canadienses tienen a su disposición una amplia gama de servicios sanitarios. El sistema de atención de salud hace hincapié en la importancia del bienestar y la calidad de vida, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Los canadienses tienen acceso a una amplia red de servicios sanitarios, que abarca desde los cuidados de salud a cargo de las comunidades hasta los servicios hospitalarios ofrecidos en 1239 hospitales generales, de enseñanza y especializados, con un total aproximado de 7 camas por 1000 habitantes. En más de 5200 establecimientos sanitarios especiales se ofrecen servicios de maternidad, cuidado de los ancianos y otras prestaciones.

5. En 1991, el personal sanitario incluía 60.559 médicos (1 por 450 residentes). En 1990 había más de 256.000 enfermeras y 14.000 dentistas. Los médicos que ofrecen atención primaria de salud ascienden a 63% del total de médicos que ejercen la profesión en el país. Entre los médicos que ofrecen atención primaria, aproximadamente 8 de cada 10 son médicos de familia y médicos generales.

6. En 1991, los gastos en concepto de salud ascendieron a CAN\$ 66.800 millones, es decir, CAN\$ 2.474 per cápita, cifra equivalente a 9,9% del PIB. La mitad de ese monto (50,8%) se invirtió en servicios institucionales y prestaciones afines. Los gastos en concepto de medicamentos y artefactos representan 16,1% del total.

Factores que afectan el estado de salud

7. En septiembre de 1992, los ministros de salud federales, provinciales y de los territorios se reunieron para comenzar a debatir un enfoque de salud nacional destinado a mejorar el sistema sanitario canadiense, frente al crecimiento a la vez sostenido y pronunciado de los gastos en concepto de cuidado de la salud, en el contexto de un crecimiento económico lento. Todos los ministros estuvieron de acuerdo en que se podían realizar reformas en maneras totalmente compatibles con el respeto a los principios consagrados en la ley canadiense de atención sanitaria, y además acordaron iniciar un proceso nacional coordinado, verdadero plan detallado para la acción, a fin de llegar a considerar a los servicios sanitarios en función de su eficacia y conveniencia. En particular, los ministros convinieron en que el sistema sanitario del Canadá seguiría haciendo hincapié en la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y las elecciones relativas al estilo de vida; facilitaría las alternativas comunitarias, al tiempo que elevaría el nivel de responsabilidad en su seno; y mejoraría la planificación y administración de los recursos humanos sanitarios, los servicios institucionales y las tecnologías. Los ministros también aprobaron, en principio, la creación de un Instituto de Información Sanitaria, y decidieron recurrir a una encuesta a nivel nacional que, al cuantificar el estado de salud de los canadienses, les dé a gobiernos, comunidades, proveedores y consumidores la información necesaria para marcar los rumbos futuros de la reforma de la atención sanitaria.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

8. Salud en el desarrollo humano: La salud es una cuestión de gran actualidad en el Canadá, y los medios de comunicación la hacen normalmente objeto de debates públicos. Actualmente, las políticas del sistema son determinadas por el gobierno y los proveedores de servicios sanitarios. Los miembros de la comunidad figuran con frecuencia en los directorios de los hospitales, en otros organismos de servicios sanitarios y en los cuerpos de coordinación y planificación a nivel de distritos y de regiones. En estos momentos, todas las provincias están abocadas a aumentar la participación del público en la planificación del sistema de suministro, en el gobierno y la coordinación de dicho sistema y en el establecimiento de prioridades, incluida la asignación de recursos. Además, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte ofrece un marco nuevo y un renovado impulso en cuanto a las posibilidades de coordinación y cooperación en el sector de la salud a nivel de América del Norte.

9. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: La responsabilidad por la atención de la salud es compartida por los gobiernos federal y provinciales. A nivel federal, el Departamento de Salud es el organismo principal que se ocupa de las cuestiones relacionadas con la salud, y ofrece servicios sanitarios preventivos, ocupacionales, ambientales y de urgencia. Asimismo, financia la investigación sanitaria aplicada, incluida la relacionada con los servicios de salud, mientras que el Consejo de Investigaciones Médicas hace lo propio principalmente con la investigación biomédica. Los laboratorios federales cumplen funciones reguladoras, velando por la calidad y seguridad de los alimentos, los cosméticos, los plaguicidas, el agua potable y el aire, así como también por la seguridad y eficacia de los medicamentos y los dispositivos médicos. El suministro directo de servicios sanitarios por parte del gobierno federal se limita a los grupos indígenas canadienses que viven en reservas, los militares, los reclusos en las cárceles federales y los miembros de la Real Policía Montada del Canadá.

10. En realidad, dado el carácter descentralizado del sistema canadiense, hay 12 sistemas de salud: 10 provinciales y 2 territoriales. La función principal del gobierno es la de ofrecer financiación. El desarrollo del sistema sanitario canadiense ha terminado por convertir al mismo en un plan de seguro médico financiado con fondos gubernamentales, unido a un sistema privado de prestaciones sanitarias de características sumamente descentralizadas hacia los niveles provincial y local (municipal). Tal grado de descentralización ha suscitado inquietud en relación con su coordinación, lo que condujo a ciertas provincias a aumentar el nivel de gestión central para las tareas de coordinación e integración; por su parte, otras provincias están intentando mejorar la coordinación también a nivel local (municipal).

11. Promoción y protección de salud: En la década actual, el sistema de atención sanitaria sigue centrándose en la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la atención a nivel comunitario. Desde principios de los años ochenta, prácticamente todas las iniciativas sanitarias nuevas que se tomaron a nivel federal se han orientado a la promoción de la salud y las tareas de prevención, dentro del marco más amplio de la salud como fenómeno social. Concretamente, dichas iniciativas se han ocupado de la reducción del consumo de tabaco, la lucha contra el abuso de sustancias tóxicas, la creación y el mantenimiento de ambientes sanos, el fortalecimiento de los servicios comunitarios y la lucha contra la propagación del SIDA. Además, muchos esfuerzos han tenido por objeto el mejoramiento del estado socioeconómico general de determinados grupos, en especial los indígenas canadienses, los discapacitados, los niños y los ancianos.

12. Desarrollo y protección del ambiente: Dada la importancia del medio ambiente, los canadienses apoyan cada vez más la idea del desarrollo sostenible, que integra la necesidad de una economía próspera con la de un medio ambiente limpio y saludable. El desarrollo sostenible es el principio sobre el que descansa el "Plan Verde del Canadá" (1990).

13. Tras la Cumbre para la Tierra, celebrada en Río de Janeiro, el Canadá fue el primer país industrializado que ratificó las convenciones surgidas de la CNUMAD: la Convención sobre la Diversidad Biológica y el convenio marco sobre los cambios climáticos. Asimismo, el país puso rápidamente en práctica el Programa 21 de la CNUMAD, que es un plan de acción detallado para el desarrollo sostenible; además, integra la Comisión de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (UNCSD). El Canadá trabaja con distintas organizaciones internacionales para ayudar a los países en vías de desarrollo a formular planes nacionales para la sostenibilidad.

14. Prevención y control de enfermedades: Los programas de Salud Canadá protegen y mejoran el bienestar de los canadienses al definir los riesgos para la salud humana, brindar asesoramiento al respecto y posibilitar su administración. Dichos programas requieren cooperación con las autoridades provinciales, los profesionales de la salud y sus asociaciones, la comunidad académica y los organismos sanitarios internacionales. Entre otras cosas, desde principios de los años ochenta, los funcionarios del área de la salud pública han estado interesándose cada vez más por la incidencia del SIDA. En el Canadá, la mayoría de quienes padecen esa enfermedad la contrajeron por mantener relaciones sexuales con personas infectadas con el VIH, mientras que las demás se infectaron al utilizar jeringas contaminadas para inyectarse drogas, o al recibir transfusiones de sangre de donantes infectados con el virus.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

15. En estos momentos, debido en parte a las crecientes limitaciones financieras, todos los elementos del sistema de atención sanitaria están atravesando un proceso de análisis, cuando no de reforma. Se está dando un gran cambio de énfasis, ya que se está pasando de un sistema de atención sanitaria a un sistema de salud que pone el acento en la profunda interrelación que existe entre la salud y el ingreso económico, la educación, el medio ambiente, la vivienda, la nutrición, etc., y que sostiene que, para la salud a largo plazo de la población en general, dicha relación puede tener más importancia que la atención médica y hospitalaria. Sin embargo, dicha reforma se está realizando dentro del respeto a los principios de la ley canadiense de atención sanitaria (es decir, administración pública, universalidad, servicios integrales, facilidad de acceso y posibilidad de transferencia). Todas las provincias están tratando de trasladar la atención sanitaria de las instituciones a las comunidades, y de mejorar los elementos que componen el sistema de salud, dando participación a los proveedores de atención sanitaria y los prestadores de servicios sociales.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

16. La cooperación entre la OPS y el Canadá está basada principalmente en un convenio relativamente nuevo, en virtud del cual una organización no gubernamental (ONG), es decir, la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), actúa como "representante técnico" de la OPS en el Canadá. Esto es algo inédito para la OPS, en tanto sus intereses técnicos y promocionales en un Estado Miembro están representados por una ONG. Dentro de dicho convenio, la CSIH se propone aumentar la participación canadiense en las actividades programáticas de la OPS/OMS. La estrategia de cooperación también incluye el empleo de la experiencia y los conocimientos canadienses en apoyo del desarrollo sanitario en otros países de las Américas. A su vez, la experiencia y los recursos de la región podrían aplicarse a las cuestiones propias del sector de la salud y a los problemas sanitarios surgidos en ciertos grupos de la población canadiense. El convenio también incluye el ofrecimiento de becas a profesionales para que se capaciten fuera del Canadá. Los métodos funcionales básicos que se emplearán son la movilización de recursos, la difusión de información, la capacitación y la cooperación técnica directa.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA

1. Aumentar la participación canadiense, sobre todo la proveniente de entidades no gubernamentales, en las actividades programáticas de la OPS, al tiempo que se acrecienta el grado de conocimiento que se tiene en el Canadá sobre dicha organización, sus programas y sus actividades.
2. Cooperar en cuestiones relacionadas con la salud pública y el desarrollo en las Américas, ofreciendo el apoyo, los conocimientos y la experiencia del Canadá.
3. Ofrecer capacitación especializada a canadienses en cuestiones relacionadas con la salud que tienen importancia tanto para la salud pública en el Canadá como para sus intereses internacionales.
4. Utilizar la experiencia y los conocimientos adquiridos en América Latina y el Caribe para tratar cuestiones relacionadas con el sistema de salud y problemas sanitarios en ciertos grupos de la población canadiense.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: REPRESENTACION TECNICA DE LA OPS

PROPOSITO

Movilizar los recursos financieros, técnicos e institucionales del Canadá en apoyo del programa de actividades de la OPS/OMS en las Américas; aumentar la participación canadiense en dichas actividades; mejorar el grado de conocimiento que se tiene sobre la OPS/OMS en el Canadá; promover el intercambio de información sobre la salud y la atención sanitaria entre el Canadá, otros Estados Miembros y la Secretaría de la OPS; y facilitar y fortalecer las comunicaciones y el trabajo por medio de redes en relación con la salud y el desarrollo internacionales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH) habrá aumentado el grado de información que sobre la OPS/OMS y sus programas y proyectos en la Región tienen los sectores público y privado y las ONG del Canadá.

2. La CSIH habrá movilizado recursos técnicos, institucionales y financieros provenientes tanto de los sectores público y privado como de las ONG del Canadá, en apoyo de los programas y actividades de la OPS/OMS.

3. Se habrá dado un mayor intercambio de información entre el Canadá y otros Estados Miembros acerca de la salud y los sistemas de atención sanitaria.

1. Durante el bienio habrán aumentado los recursos provenientes de organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales (ONG) canadienses en apoyo de proyectos y actividades regionales.

2. Un mayor número de profesionales canadienses habrá participado en proyectos y actividades relacionadas con la salud en la Región.

3. Se habrá logrado un mayor reconocimiento de la OPS/OMS y su labor por parte de los canadienses.

4. Habrá aumentado el intercambio de información entre el Canadá y otros Estados Miembros acerca de los modelos de sistemas sanitarios en la Región.

1. Número de seminarios y talleres que se habrán realizado en el Canadá con intervención de personal o materiales de la OPS/OMS, incluida la exhibición de las publicaciones de la OPS.

2. Número de instituciones canadienses, tanto del sector público como del privado, que habrán adquirido conocimientos sobre la OPS/OMS y estarán al tanto de sus funciones y su trabajo.

3. Número de contactos que se habrán establecido con instituciones profesionales y educativas del Canadá.

1. Número de instituciones canadienses que habrán intervenido en los proyectos y las actividades de la OPS/OMS.

2. Cantidad de recursos financieros canadienses que se habrán puesto a disposición de los proyectos y actividades de la OPS/OMS.

3. Número de profesionales canadienses que habrán participado en los proyectos y actividades de la OPS/OMS.

4. Número de ONG canadienses que habrán trabajado con sus homólogas de América Latina y el Caribe.

1. Número de expertos canadienses que habrán participado en las reuniones regionales sobre los sistemas de atención sanitaria y la reforma correspondiente.

2. Número de profesionales provenientes de América Latina y el Caribe que habrán participado en las reuniones canadienses sobre la salud y los sistemas de atención sanitaria.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 2: GOBIERNO CANADIENSE Y BECAS****PROPOSITO**

Promover la presencia directa de los profesionales canadienses en las actividades de la OPS y los asuntos relacionados con la salud internacional, incluidas cuestiones tales como la promoción de la salud y la reforma del sector sanitario, al tiempo que se aprovecha la experiencia de otras partes de la Región para tratar ciertas inquietudes sanitarias concretas relacionadas con el Canadá, como la salud de las poblaciones indígenas y las mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Durante el bienio habrá aumentado el número de instituciones y profesionales canadienses que participan en las áreas de trabajo definidas por las OEP de la OPS para el período 1995-1998.

2. Durante el bienio habrá aumentado la participación de los profesionales de América Latina y el Caribe en los foros y actividades relacionadas con el sector de la salud que se llevan a cabo en el Canadá.

3. Los profesionales canadienses habrán aumentado su grado de información y conocimiento sobre las cuestiones relacionadas con la salud internacional, en entornos que no existen en el Canadá.

1. Número de consultores y asesores temporales provenientes del Canadá que habrán participado en proyectos realizados en América Latina y el Caribe dentro de las áreas de trabajo de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para el período 1995-1998.

2. Número de instituciones canadienses que habrán participado en los programas y actividades de la OPS y hecho aportes a unos y otras.

3. Número de canadienses que habrán intervenido en las cuestiones relacionadas con la salud internacional por medio de su participación en el programa de becas de la OPS/OMS.

1. Número de consultores y asesores canadienses que habrán participado en los proyectos y actividades de la OPS.

2. Número de instituciones canadienses que habrán aportado recursos humanos o de otra índole a los proyectos y actividades de la OPS.

1. Número de profesionales provenientes de otros Estados Miembros de la OPS que habrán participado en las reuniones y los proyectos realizados en el Canadá dentro de las áreas de trabajo de las OEP para el período 1995-1998.

1. Durante el bienio se habrán otorgado por los menos 20 becas canadienses dentro de las áreas de trabajo de las OEP para el período 1995-1998.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	521,500	61.6	525,400	58.9	552,200	60.1
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	521,500	61.5	525,400	58.9	552,200	60.1
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 521,500	61.5	525,400	58.9	552,200	60.1
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	326,300	38.5	365,600	41.1	365,600	39.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	206,300	24.3	239,400	26.9	239,400	26.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 206,300	24.3	239,400	26.9	239,400	26.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	120,000	14.2	126,200	14.2	126,200	13.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 120,000	14.2	126,200	14.2	126,200	13.8
GRAN TOTAL	847,800	100.0	891,000	100.0	917,800	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
		CANTIDAD	CANTIDAD								
1994-1995											
OPS - PR	787,800	0	0	0	206,300	0	60,000	0	0	521,500	0
OMS - WR	60,000	0	0	0	0	0	60,000	0	0	0	0
TOTAL	847,800	0	0	0	206,300	0	120,000	0	0	521,500	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	24.3	.0	14.2	.0	.0	61.5	.0
1996-1997											
OPS - PR	588,500	0	0	0	239,400	0	63,100	0	0	525,400	0
OMS - WR	302,500	0	0	0	0	0	63,100	0	0	0	0
TOTAL	891,000	0	0	0	239,400	0	126,200	0	0	525,400	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	26.9	.0	14.2	.0	.0	58.9	.0
1998-1999											
OPS - PR	615,300	0	0	0	239,400	0	63,100	0	0	552,200	0
OMS - WR	302,500	0	0	0	0	0	63,100	0	0	0	0
TOTAL	917,800	0	0	0	239,400	0	126,200	0	0	552,200	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	26.1	.0	13.8	.0	.0	60.1	.0

CARIBE

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Los países de habla inglesa del Caribe tenían una población de aproximadamente seis millones de habitantes en 1990. Todavía no se cuenta con los detalles del censo de población realizado en 1990 y 1991 correspondientes a todos los países, pero el análisis preliminar indica que la tasa del crecimiento demográfico se ha visto influida en gran medida por la migración, que al parecer se subestimó en la preparación de los cálculos de población de 1981-1990.

2. Se espera que la población de la subregión crezca en cerca de 1% por año. En su totalidad, las poblaciones son relativamente jóvenes, siendo 35% de los habitantes menores de 15 años en la mayoría de los países. Sin embargo, ha comenzado el período de transición demográfica y las poblaciones de Barbados, Montserrat y Dominica se están tornando cada vez más maduras, pues más de 9% de la población tiene 65 años de edad y más.

Condiciones socioeconómicas

3. Los países de habla inglesa del Caribe han seguido demostrando su liderazgo en mantener la estabilidad política mediante instituciones y prácticas democráticas pujantes. La Comunidad del Caribe, reconociendo las consecuencias que puede tener la tendencia mundial hacia bloques de mercado libre en sus frágiles economías, ha intensificado esfuerzos para el establecimiento de mercados comunes y algunos países han estado tratando de diversificar su cartera económica. Trinidad y Tabago, Barbados, Guyana y Antigua se encuentran entre los países que han registrado aumentos de la tasa de crecimiento en los últimos dos años, y los tipos de cambio en Guyana, Jamaica y Trinidad han permanecido relativamente estables. Las economías de los países productores de plátanos (Granada, Santa Lucía, Dominica y San Vicente) continúan siendo amenazadas por la posible pérdida de los convenios de comercialización preferente en la Comunidad Europea. El turismo se ha convertido ahora en la industria principal de los países pero esta industria vital, si bien ha registrado crecimiento en la mayoría de los países, sigue viéndose amenazada por las economías fluctuantes de sus mercados principales y la penetración continua de las compañías de cruceros y el sector hotelero que prestan servicios globales y no hacen contribuciones significativas a la economía. A pesar de los incentivos para el crecimiento de las industrias de la informática y las finanzas en muchos países, y la exploración de nuevos rubros turísticos como el ecoturismo y el turismo de salud, el futuro económico inmediato de la subregión sigue siendo incierto, en el mejor de los casos. A medida que los países se dirigen hacia actividades basadas en el conocimiento con el fin de aumentar rápidamente la productividad, los aliados sociales tienen que prepararse para las repercusiones que pueden tener las alteraciones de la seguridad del empleo y las rutinas de trabajo.

4. El sector de servicios ha adoptado una función cada vez más importante (contribución del 70% al PIB en algunos países). Las tasas de desempleo llegan hasta 25% en algunos países y la continua falta de rendimiento de la población masculina en el sistema educativo es de gran inquietud para los países.

Factores que afectan el estado de salud

5. La esperanza de vida al nacer ha aumentado en forma sostenida durante los años ochenta en la mayoría de los territorios. En 1990, variaba desde 76,1 años en Dominica, el nivel más alto, hasta 64,0 en Guyana, el más bajo. En siete territorios, la esperanza de vida supera los 70 años.

6. Las tasas de la mayoría de las enfermedades transmisibles han descendido y, en parte debido al envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la hipertensión y la diabetes, se han convertido en las causas principales de defunción en casi todos los países. La obesidad está en aumento en todos los países.

7. La mortalidad perinatal sigue siendo alta y es la causa número uno de la mortalidad en el grupo de menores de 5 años de edad en muchos países. Además, la morbilidad debida a causas perinatales, lo cual en gran medida no se registra, plantea un desafío para los países de la región. El asma y las IRA están aumentando y ahora se clasifican entre las tres primeras causas de mortalidad y morbilidad en los niños, con identificación y etiología inadecuadas. El tratamiento de estas afecciones deja mucho que desear en algunas zonas y la pérdida de horas escolares o tiempo en el trabajo es significativa, pero por lo general no se la reconoce. En el Caribe la modalidad de las IRA y el asma se halla en transición y es necesario que se instituyan programas para abordar estos cambios.

8. El estado de salud de la población adolescente es desconocido en su mayor parte pero ha recibido mayor atención en el Caribe debido a un alto número de adolescentes con problemas como la violencia, el abuso de drogas y el homicidio. La situación social y de la salud de este grupo no se investiga en forma habitual, si bien se conoce que hay niveles proporcionalmente altos de desempleo y logro educativo disminuido entre los hombres. Los gobiernos no han comprometido recursos para el desarrollo de los programas integrados requeridos.

9. Dentro del Caribe, los países se hallan en etapas variadas de la epidemia del SIDA, pero la subregión, considerada en su totalidad, parece estar a distancia media a lo largo de la curva proyectada de la enfermedad y se espera que la epidemia tenga una grave repercusión, siendo las personas del grupo de 20 a 39 años de edad las que están en más riesgo. En el Caribe, la transmisión del VIH sigue siendo principalmente por contacto heterosexual, con números cada vez mayores de mujeres infectadas y una incidencia creciente de transmisiones perinatales.

10. El financiamiento internacional está disminuyendo y existe la necesidad de hacer que el SIDA sea una prioridad mayor en el programa político y de producir un mayor compromiso y apoyo tangible por parte de los gobiernos en tanto los países intentan resolver el problema de la prevención y el tratamiento de personas con SIDA. Se han tomado medidas en la mayoría de los países para integrar el control de la infección por el VIH y el SIDA a los programas de control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sin embargo, los datos sobre las ETS corrientes son inadecuados y la notificación insuficiente de casos constituye un problema. Además, es necesario que la gestión de los programas de ETS se integre más plenamente a los servicios de atención primaria de salud y no se consideren programas verticales.

11. No obstante, si bien ha habido una disminución significativa de mortalidad por enfermedades diarreicas en los niños, siguen quedando grupos de población con alta incidencia de enfermedades diarreicas y otras relacionadas con el agua. Parece que el cólera se ha tornado endémico en las zonas rurales de Guyana y ha habido tifoidea transmitida por el agua en Jamaica, Dominica y Granada. Está aumentando lentamente la incidencia de la esquistosomiasis en Santa Lucía.

12. La combinación de índices altos de infestación por *Aedes aegypti* en la mayoría de los países del Caribe, la presencia a principios de 1995 de los cuatro serotipos del virus del dengue y la alta morbilidad de las poblaciones hacen que el dengue y sus consecuencias constituyan una amenaza para la salud y la economía de los países del Caribe. Si bien no ha habido casos de fiebre amarilla, el dengue es ahora endémico en la región. En 1994 las epidemias en los países de habla hispana del Caribe fueron acompañadas del dengue hemorrágico en dos países. La malaria es endémica en Guyana, Suriname y Guayana Francesa, mientras el vector de la filariasis, presente en la mayoría de los países, es endémico solo en Guyana.

13. Las causas y los factores de riesgo que son la base de la aparición de las enfermedades transmitidas por los alimentos y diarreicas no se conocen bien. Los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos plantean una amenaza para la industria del turismo, con apariciones cada vez mayores en el sector de hotelería global.

14. El Caribe permanece libre de la fiebre aftosa y la rabia, pero la rabia bovina urbana, transmitida por murciélagos, es endémica en Guyana, Suriname, Trinidad y Tabago, y la rabia salvaje es endémica en la población de mangostas en Granada. Algunos focos selváticos constituyen un riesgo para la población humana. La prevalencia de tuberculosis bovina es menos de 1% en todos los países, salvo Guyana, donde recientemente se ha registrado un aumento de la prevalencia. Salvo Jamaica, que está en proceso de ser declarada libre de estas zoonosis, no hay información sobre la prevalencia de la brucelosis. La leptospirosis es endémica en la región. Las pruebas epidemiológicas indican un aumento de la incidencia de la leptospirosis asociada con la población de roedores. Se ha informado brotes humanos de leptospirosis en zonas económicamente oprimidas de Paramaribo, Suriname y de creciente inquietud en Jamaica, Trinidad y Tabago, Barbados y Dominica.

15. Los continuos problemas económicos y la ejecución de programas de ajuste estructural han centrado la atención en la gestión de los servicios de salud y la necesidad de reformar el sector para mejorar la eficiencia y abordar las principales necesidades sanitarias. Persisten las deficiencias de gestión y como se sigue dando énfasis a la descentralización, se ha vuelto urgente la necesidad de fortalecer esta capacidad a todos los niveles. La falta de mantenimiento de plantas y equipo da como resultado pérdidas considerables de la capacidad de operación. Se han realizado grandes progresos en el Caribe oriental para establecer unidades de información sanitaria y diseñar software específicos para las necesidades de los servicios comunitarios. Durante los próximos cuatro años el desafío será hacer que todo esto funcione, y fomentar un sistema en el que la toma de decisiones se base en la información.

16. Los ajustes estructurales en el sector público han dado lugar a reducciones forzosas que ponen en peligro la calidad de los servicios prestados. Pocos países han institucionalizado el proceso de planificación y, en consecuencia, las intervenciones estratégicas tienden a ser fragmentadas e insostenibles. La

variedad del personal de salud ha cambiado muy poco para reflejar los nuevos problemas de salud.

17. Como nota positiva, la profesión de enfermería ha sido pionera en la ejecución de un examen común de registro para todos sus profesionales caribeños adiestrados, un enfoque que los ministros de salud del Caribe están promoviendo con el fin de facilitar el compartir recursos entre los países.

18. La vulnerabilidad de los territorios del Caribe a los desastres naturales, como los huracanes y los terremotos, es muy alta y no es bien conocida por el público en general. Con excepción de cinco territorios, la mayoría de las otras islas no cuentan con un código de construcción obligatorio. La ausencia de mantenimiento preventivo hace que los establecimientos de salud sean víctimas fáciles de los desastres naturales. En el pasado reciente, las amenazas de derrames químicos y pequeños disturbios sociales han recordado que el Caribe no es inmune a los desastres producidos por el hombre.

19. Ha mejorado la capacidad de los sectores de la salud de prepararse para los desastres, pero una mayor coordinación multisectorial a nivel nacional en el momento de los sucesos que ocasionan gran número de víctimas debe ser reforzada mediante la reforma jurídica. La coordinación entre las organizaciones internacionales y regionales sigue siendo crítica, en especial para las Antillas mayores.

20. Medio Ambiente: Las metas del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental no se lograron en su totalidad y la porción de la población con acceso al agua potable varía de 75 a 100%, registrándose las cifras inferiores en particular en las zonas rurales. Los recursos de agua dulce en muchas islas del Caribe son limitados y muy vulnerables a extracción excesiva y sequías. Además, la demanda superior a la capacidad de producción, los problemas operativos, las pérdidas y los desperdicios de agua hacen que muchos sistemas funcionen solo en forma intermitente. Se ha experimentado escasez de agua frecuente en Barbados, Santa Lucía y Granada, entre otros lugares. La amenaza del cólera dio lugar en general a un aumento de la desinfección del agua corriente, reduciendo el riesgo de infecciones bacterianas por medio del agua potable, pero en zonas rurales donde el agua se obtiene de comunidades remotas este tratamiento básico es ineficaz. Además, hay una fundada inquietud en cuanto a la calidad química y física del agua potable, donde las captaciones están en riesgo cada vez mayor de contaminación por el sistema de saneamiento del lugar (nitratos), actividades agropecuarias (nitratos y plaguicidas), desarrollo industrial (solventes, metales pesados) y lixiviado de los sitios de eliminación de residuos sólidos (nitratos, solventes, metales pesados, toxinas).

21. La cobertura de instalaciones adecuadas de saneamiento ha quedado a la zaga y varía en la región de 70 a 98% para las zonas urbanas y rurales. Un área de gran inquietud es la cobertura baja de los sistemas urbanos de alcantarillado, que varían de 0 a 70% en la región. Se llega solo a 10% de las aguas residuales recogidas en los sistemas de alcantarillado, y un estudio reciente ha indicado que 80% de las plantas de tratamiento de aguas residuales no satisfacen los criterios básicos de efluentes basados en tecnología. Hay numerosos informes sobre la contaminación de ríos, arroyos y aguas costeras para baños, como resultado de la eliminación de aguas residuales.

22. Menos de 80% de la población tiene acceso a un sistema de recolección de residuos sólidos, lo que da lugar al vaciado ilícito. La eliminación de residuos

sigue siendo un importante tema de inquietud, ya que los vertederos están mal ubicados, mal diseñados y funcionan en forma inadecuada, lo que tiene como resultado frecuentes quemas, hediondez, infestación de roedores e insectos, así como altos riesgos de contaminación de las aguas subterráneas y costeras. En siete países están en preparación planes maestros para el manejo de residuos sólidos con financiamiento del Banco Mundial y del BID, pero la ejecución de los planes sigue siendo problemática debido a los altos niveles de inversión y costos operativos que ello conlleva. Se calcula que cerca de 3 a 4% de los desechos industriales es tóxico o peligroso, pero no hay prácticamente ninguna instalación para eliminar estos desechos en forma inocua.

23. La contaminación del aire no se ha manifestado como problema de importancia en el Caribe. Aunque no se dispone de datos objetivos, hay mayor inquietud especialmente en las zonas urbanas, donde el Caribe sigue la tendencia mundial de mayores casos de trastornos asmáticos.

24. Un área de especial consideración es la salud del trabajador; aunque no existen datos de comparación, hay fundadas inquietudes de que hay mayor exposición a plaguicidas, pinturas pulverizables, polvo, humo, estrés de calor.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

25. Salud en el desarrollo humano: El Caribe tiene uno de los procesos de integración subregional mejor desarrollados, con vinculaciones al más alto nivel. Además, estos países de la Comunidad se basan en un marco legislativo que asegura la protección de los derechos de los ciudadanos. Queda el desafío de fortalecer las instituciones subregionales para llevar a cabo los mandatos colectivos, inclusive el de los análisis epidemiológicos. La participación de la salud en el diálogo sobre el desarrollo al nivel subregional todavía no es algo corriente.

26. No existe un instituto regional de investigación sobre la salud. Gran parte de lo que está disponible ha sido llevado a cabo por personas de la comunidad académica y poco es lo que se pasa al proceso de formulación de políticas o de gestión. La biblioteca universitaria está vinculada al BIREME, pero es insuficiente la capacidad para los sistemas subregionales de información sanitaria.

27. Dentro de la Secretaría de la CARICOM, un importante socio colaborador de la OPS, hay un programa de la mujer y el desarrollo que tiene sólidos vínculos con las ONG. Las ONG de mujeres del Caribe proporcionaron la integración más significativa de los preparativos para las recientes conferencias mundiales de desarrollo.

28. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Si bien los países han desarrollado servicios basados en la atención primaria para abordar sus necesidades individuales, existen vinculaciones para la provisión de atención secundaria y terciaria de especialistas, en general sin convenios formales.

29. Mediante la planificación estratégica se desarrollará ahora el campo de los servicios comunes para asegurar la accesibilidad por SIDA.

30. Mientras el Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud ha sido apoyado por la Conferencia de Jefes de Gobierno de la CARICOM, su uso no se ha integrado al nivel nacional.

31. La OPS necesita ayudar a las instituciones subregionales de CARICOM con el fin de que mejoren la capacidad de vigilancia de la calidad de los medicamentos y elaboren, junto con el Servicio de Medicamentos de Barbados y el Esquema de Medicamentos del Caribe Oriental, un programa para la prescripción y el uso racional de los medicamentos. El desarrollo de servicios de diagnóstico se realiza generalmente mediante proyectos de desarrollo de capital, pero la OPS ayuda en materia de marco de política, garantía de la calidad y bioseguridad (CAREC).

32. El programa subregional de preparativos para casos de desastre desempeña una función clave en la coordinación de la respuesta a desastres de salud y el fortalecimiento de la capacidad de preparación en los países.

33. Aun cuando los talleres subregionales constituyen una manera, eficaz en función de los costos, de abordar las necesidades de adiestramiento de las comunidades en los países, la OPS necesita trabajar más con instituciones subregionales de educación con el fin de armonizar las necesidades con los productos y elaborar un programa de becas para la formación estratégica de personal nacional con capacidad para prestar servicios a la región.

34. Promoción y protección de salud: La Carta de Promoción de la Salud del Caribe, aprobada por los ministros de salud, fue elaborada por una amplia sección transversal de sectores, incluido el de los medios de difusión. A esto debe seguir la exitosa realización de proyectos con el fin de sellar el apoyo a la estrategia o enfoque. La necesidad de centrarse en los problemas relacionados con el modo de vida proporciona terreno fértil pero la ejecución ha sido lenta.

35. Los temas de SMI en general están bien dirigidos pero los nuevos problemas de la salud del adolescente y atención perinatal requieren enfoques estratégicos.

36. Desarrollo y protección del ambiente: A la capacidad de eliminación de residuos sólidos y su manejo debe dársele un impulso cuando se financie el proyecto del Banco Mundial y la OECO. El Instituto de Salud Ambiental del Caribe continúa colaborando con la OPS para aumentar la uniformidad con la cual se puede esperar tener agua potable al alcance de toda la población. La OPS ha estado centrando su contribución al debate sobre la calidad ambiental por medio de su enlace con el proyecto del ambiente, la salud, el turismo y el desarrollo sostenible.

37. Prevención y control de enfermedades: El PAI continúa siendo un programa dirigido desde la sede con apoyo de CAREC y CPC.

38. Considerando los limitados servicios de veterinaria de salud pública, se ha hecho hincapié en la educación pública en cuanto a la inocuidad de los alimentos y para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.

39. Se proporciona apoyo a los programas de lucha contra ETS, infección por el VIH y SIDA por conducto del CAREC y CPC. Se da énfasis a las estrategias del Programa Mundial sobre el SIDA. Es necesario reducir la incidencia de las ETS mediante la educación, el diagnóstico temprano y los enfoques nacionales de tratamiento. Mucho queda por hacer en esta esfera. CPC ha tomado la delantera en la gestión del programa contra el SIDA, en la colaboración con las ONG y en los métodos de orientación y educación familiar.

40. El control integrado de los vectores ha sido el enfoque empleado para abordar el problema de *Aedes aegypti*. La vigilancia es adecuada. Continúa dándose énfasis al progreso de la veterinaria de salud pública en el sector de la salud y se necesita contar con vínculos más estrechos con el sector agropecuario. El CAREC ha asignado alta prioridad a la vigilancia de la tuberculosis en los últimos años.

41. Entre las enfermedades no transmisibles que interesan figuran la diabetes, la hipertensión, el cáncer del cuello uterino y la violencia. Los países están creando programas en relación con los servicios comunitarios, pero necesitan ayuda para evaluar la repercusión y diseñar programas basados en la información con fines de planificación y evaluación, y para identificar grupos de alto riesgo a los que hasta ahora no se dirige ningún programa.

Planes y prioridades para el desarrollo en salud

42. La iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe sigue siendo el marco para el desarrollo sanitario en la subregión. La conferencia de ministros encargados de asuntos de salud ha adoptado formalmente las siguientes metas y el logro de las mismas es prioritario para la subregión:

43. Protección ambiental, incluida la lucha antivectorial: Reducir los riesgos para la salud relacionados con las condiciones ambientales mediante la promoción de programas de higiene del medio dirigidos al abastecimiento de agua potable, la eliminación apropiada de excretas, el control de la contaminación, la inocuidad de los alimentos, la eliminación adecuada de los residuos sólidos y el control de los productos químicos tóxicos.

44. Prevención de enfermedades y lesiones crónicas: Elaborar e implantar programas integrales para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en el Caribe, con inclusión de aspectos preventivos, curativos y rehabilitadores.

45. Fortalecimiento de los sistemas de salud: Aumentar la capacidad operativa en todos los países de CARICOM, prestar servicios de salud eficaces y eficientes a toda la población, recalcando el enfoque de los sistemas locales de salud.

46. Salud materno-infantil: Velar por la prestación de una amplia variedad de servicios preventivos, curativos, rehabilitadores y de apoyo para satisfacer las necesidades básicas de salud de madres, niños y adolescentes, prestando especial atención a individuos y grupos de alto riesgo.

47. Perfeccionamiento de recursos humanos: Formular planes, capacitar y utilizar en forma óptima los tipos y números apropiados de personal de salud que se necesita para implantar las estrategias nacionales, con el fin de lograr un mejor estado de salud.

48. Alimentación y nutrición: Prevenir la malnutrición en todas sus formas y prevenir y controlar las enfermedades condicionadas por prácticas y comportamientos relativos a la nutrición.

49. Lucha contra el SIDA: Aumentar la capacidad de los países de impedir y controlar las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Una evaluación de la situación del logro de las metas escogidas se emprenderá en 1995, y puede esperarse una reformulación de las mismas.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

50. La OPS procurará trabajar en seis de las siete áreas prioritarias de la iniciativa de CSC en este proyecto, dejando que el proyecto de CFNI se centre en las prioridades de alimentación y nutrición. Se está creando un nuevo proyecto para el control y la prevención del SIDA en la expectativa de los reducidos recursos extrapresupuestarios que se proporcionarán a la subregión y en reconocimiento de la necesidad continua de fortalecer la gestión de los programas y fomentar la evolución de las ONG como agentes clave de prestación de servicios. Si bien el fortalecimiento de los sistemas de salud sigue siendo la más alta prioridad para la cooperación técnica de la OPS, se adoptará un nuevo enfoque para consolidar proyectos anteriores de planificación, gestión y perfeccionamiento de recursos humanos para lograr la complementariedad de aportes multidisciplinarios.

51. La cooperación técnica de la OPS continuará centrándose en la plena implantación de la iniciativa de CSC en colaboración con CARICOM. La segunda evaluación de dicha iniciativa se realizará para, entre otras cosas, determinar la dirección y las metas que deben incorporarse para el año 2000. Además, los proyectos del Caribe asegurarán que se aborden los objetivos clave de los planes o declaraciones aprobados en las conferencias mundiales recientes (SIDS, población y desarrollo, cumbre social). Como los grandes proyectos extrapresupuestarios de la iniciativa de CSC están acabándose, se realizarán esfuerzos para obtener recursos de fuentes no tradicionales. Por ejemplo, en el campo de la rehabilitación la OPS trabajará en equipo con una ONG para movilizar fondos de una ONG internacional. Este enfoque será importante para mantener la cooperación técnica en las áreas más nuevas. La estrategia de cooperación técnica entre países se infundirá en todo los proyectos del Caribe, especialmente los destinados a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, en particular los sectores de salud bucodental y mental.

52. La colaboración interinstitucional seguirá siendo la estrategia importante para aumentar al máximo estos recursos escasos. Esto se complementará con la adaptación de las actividades de cooperación técnica para que se ajuste a los varios niveles de desarrollo que existen en los países a los que se atiende. En la prestación de la cooperación técnica se emplearán los niveles apropiados de tecnología, incluido el mantenimiento remoto de software y programas de educación a distancia. Tal colaboración será la espina dorsal de los programas contra el SIDA y de manejo de desastres, pero se reflejará hasta cierto punto en casi todos los proyectos: el UNIFEM para la salud y el desarrollo de la mujer y el UNICEF para salud del adolescente y la educación familiar.

53. El adiestramiento se empleará en todos los proyectos. Se aprobarán becas al extranjero en los campos no disponibles en la subregión, mientras la OPS colaborará con instituciones nacionales y subregionales para elaborar enfoques innovadores destinados a abordar la necesidad de adiestrar grandes cantidades de personas en las esferas prioritarias de la salud y en planificación y administración de hospitales.

54. En este bienio se dará mayor énfasis a la educación de la comunidad y el público, en apoyo del enfoque de promoción de la salud. Se aplicarán los enfoques modernos de comunicación social y se fomentará la asociación con los medios de comunicación en vista de la función clave que este aliado social debe desempeñar para colocar a la salud en el temario público y complementar las estrategias que son decisivas para la realización de mejoras en el campo de la prevalencia de enfermedades crónicas y el SIDA.

55. Una contribución importante de este programa será la elaboración de normas, políticas, procedimientos y sistemas. El desarrollo de sistemas de información para la gestión y de normas y procedimientos respaldará la cooperación de la OPS para el uso de la administración estratégica en los sistemas locales de salud, incluidos los hospitales. Las normas serán cruciales para la preparación de programas en las nuevas esferas de la salud del adolescente y programas de control de enfermedades crónicas.

56. La difusión de información, esencial para todos los proyectos, irá más allá de la transmisión de los documentos. Los administradores nacionales y los oficiales técnicos serán guiados por reseñas de documentos que destacarán las secciones pertinentes y se introducirá tecnología moderna para vincular más directamente la base de datos en la Oficina de CPC, o por intermedio de ésta, con los ministerios de salud. De este modo, el Centro de Documentación se tornará parte integral de todos los proyectos de cooperación. El uso de la actualización de la iniciativa de CSC u otro vehículo apropiado se explorará para proporcionar un foro para compartir la experiencia nacional en los asuntos de salud pública.

57. Se promoverá la investigación en los campos de las OEP que sean pertinentes a las metas y los fines del Caribe en el análisis epidemiológico específico para la planificación de la salud, el método simplificado para la asignación de prioridades y el examen de nuevos enfoques a la gestión del sector de la salud en los estados insulares pequeños. En este bienio se proporcionará apoyo para el perfeccionamiento de recursos humanos para la investigación de servicios de salud. En forma conjunta con CCMRC se realizarán actividades de adiestramiento en bioética y su aplicación a la investigación.

58. No se hará tanto hincapié en la provisión de suministros y equipo, en particular en el proyecto de sistemas de información sanitaria. Se proporcionará suministros y equipo en aquellos casos en que presten apoyo lógico al logro de los resultados esperados. Este enfoque se anulará en caso de desastres o epidemias.

59. En higiene del medio, el programa se concentrará en proporcionar asistencia a los países para fortalecer su capacidad de integrar los temas de esta esfera a los planes de desarrollo sostenible.

60. El plan regional para la inversión en el medio ambiente y la salud formará el marco clave para este proceso. La colaboración con el CEHI fortalecerá los sistemas de información sobre higiene del medio.

61. El área de SMI refleja las nuevas prioridades de la atención perinatal, el control del asma y la salud del adolescente. La investigación y el desarrollo de planes serán los enfoques funcionales clave. El programa de salud veterinaria se centrará en promover el desarrollo de un programa integral de protección de alimentos y, en colaboración con el CAREC, el desarrollo de sistemas de vigilancia para las enfermedades zoonóticas.

62. El nuevo campo de la salud mental se incorporará al programa de enfermedades crónicas y se harán todos los esfuerzos posibles para movilizar fondos para la cooperación técnica en las áreas de la salud de los trabajadores y la salud y el desarrollo de la mujer.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: PROYECTO DEL MEDIO

PROPOSITO

Logro de las normas ambientales para la salud humana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán establecido programas de adiestramiento.
2. Se habrán fortalecido los programas de salud ocupacional.
3. Se habrán vigilado los programas de higiene del medio.
4. Se habrá fomentado la implantación de los planes regionales y mundiales de acción.

1. En 50% de los países del Caribe se podrá garantizar que la calidad de toda el agua potable corresponderá a las normas de la OMS para el año 2000.

2. No habrá ninguna acumulación legal o ilegal de residuos sólidos en las ciudades y los poblados en al menos 50% de los países del Caribe oriental.

3. Ciertos indicadores de salud de los trabajadores en dos industrias estarán dentro de las normas de la población, y las condiciones ambientales se mantendrán de conformidad con las normas internacionales.

1. Para 1997 se habrá creado un programa de adiestramiento en el manejo de vertederos y otras áreas de manejo de residuos sólidos en una institución del Caribe, en colaboración con el CEPIS.

1. En 1996 se habrá finalizado el Plan Subregional para la Salud de los Trabajadores y se habrá implantado al menos una recomendación.

2. En 1996 se habrá adiestrado a un número seleccionado de médicos y enfermeras en dos (2) países para reconocer las enfermedades ocupacionales y en 1997 se habrá adiestrado a inspectores para vigilar las condiciones de trabajo.

1. Los administradores de los programas de higiene del medio habrán tratado el progreso realizado en la ejecución de los programas y acordado las nuevas metas de la iniciativa de CSC para 1996.

1. Para junio de 1996 se habrán fusionado y distribuido a todos los países los requisitos nacionales para la ejecución de los planes de acción de la CNUMAD, SIDS, la Conferencia sobre Salud y Ambiente de la OPS y la Cumbre de las Américas, y se habrá utilizado el marco para elaborar programas anuales de países.

2. Durante la elaboración de los planes nacionales de salud y desarrollo se habrá empleado el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud en cuatro (4) países.

Objetivos

PROYECTO 2: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejoramiento del estado de salud de ciertas poblaciones

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fomentado un nuevo enfoque a la atención perinatal
2. Se habrán adiestrado recursos humanos.
3. Se habrá evaluado la situación epidemiológica en lo que se refiere a las IRA, el asma y la salud del adolescente.

Indicadores

1. La tasa de mortalidad debida a causas perinatales se habrá reducido en 10% entre 1994 y 1999.
2. La prevalencia entre lactantes menores de un (1) año de edad con discapacidades físicas o del desarrollo debidas a causas perinatales se habrá reducido 5% entre 1996 y 2000.
3. La mortalidad debida al asma en los niños de edad escolar y en los adultos de 19 a 44 años de edad habrá disminuido 10% entre 1994 y 2000.
4. El número de casos de asma ingresados en WR se habrá reducido 10% entre 1996 y 1998.
5. Las tendencias de la salud en la población adolescente se habrán desplazado hacia las metas acordadas por los países del Caribe en lo que respecta a las tasas de actos de violencia, abuso de drogas, embarazos, ETS y obesidad.

1. Se habrá adaptado el sistema del CLAP de tratamiento integrado del embarazo para satisfacer las necesidades de al menos dos (2) países en cada año del bienio.
2. Para fines de 1997 se habrá introducido en cuatro (4) países el Registro Simplificado de Atención Perinatal y el análisis de los datos se habrá tratado en al menos dos países.
3. Para 1996 se habrán elaborado y difundido mensajes de salud para los medios de comunicación, con el fin de promover la atención prenatal en el primer trimestre.

1. Para 1997 se habrá adiestrado al personal médico y de enfermería de hospitales y servicios de la comunidad de seis (6) países en reanimación, tratamiento térmico y monitorización durante el parto utilizando tecnologías de bajo costo.
2. Para 1997 se habrá adiestrado al personal sanitario de tres (3) países en el uso de la prueba de desarrollo Denver para vigilar a los recién nacidos que se encuentran en alto riesgo.

1. Para 1997 se habrán determinado las causas y otras características epidemiológicas del asma, se habrá analizado datos de al menos tres (3) países empleando el método ISAAC.
2. Se habrán establecido en todos los países programas para la vigilancia de las IRA y se proporcionará anualmente a los países un análisis de la situación.

Objetivos

RESULTADO ESPERADO

1. Se habrán elaborado herramientas epidemiológicas
2. Se habrán preparado las normas del programa y adiestrado a los usuarios.
3. Se habrán fortalecido los programas de salud mental

PROYECTO 4: PROGRAMAS DE PROMOCION DE SALUD

PROPOSITO

Internacionalización de la promoción de la salud como estrategia para el desarrollo de la salud

Indicadores

1. Para 1996 se habrán diseñado y distribuido a todos los países herramientas para la evaluación cualitativa y cuantitativa de los grupos de alto riesgo y los factores de riesgo para ciertas enfermedades crónicas.
2. Para fines de 1996 se habrán creado las herramientas para la identificación de los factores socioepidemiológicos determinantes de la violencia.
1. Para diciembre de 1997 se habrán preparado las normas para el registro del cáncer y otras de enfermedades crónicas, y se respaldará el intercambio de información entre los países.
2. Para diciembre de 1996 se habrá brindado adiestramiento a las personas de todos los laboratorios de los países sobre el empleo de la nueva versión de los formularios de citología.
3. Para diciembre de 1997 se habrá tratado con los directores nacionales de programa las normas para la preparación y ejecución de programas nacionales para la prevención y el control de ciertas enfermedades no transmisibles, incluidos los problemas de salud.
1. Para fines de 1997 se habrán implantado al menos tres de las recomendaciones de la reunión de salud mental de 1995 para la cooperación técnica en apoyo de programas comunitarios de salud mental en el Caribe.
1. Para fines de 1996 al menos 25% de la población de adultos del Caribe podrá describir tres (3) de las estrategias de la Carta de Promoción de la Salud.
2. Para 1998 habrán mejorado ciertos modos de vida y condiciones importantes para enfermedades prioritarias en grupos destinatarios.
3. Para 1997 se habrán creado programas nacionales de salud en al menos cinco (5) países, formulados mediante la aplicación de las estrategias de promoción de la salud.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fomentado la Carta de Promoción de la Salud

1. Para fines de 1997 se habrán logrado los objetivos del proyecto para la promoción de la Carta de Promoción de la Salud en los sectores público y privado, las ONG y la comunidad.

2. Habrá mejorado la capacidad de implantar la promoción de la salud.

1. Para 1996, personas influyentes en los sectores de salud y otros, incluidas las ONG y el sector privado, estarán adiestradas para aplicar al menos tres (3) de las estrategias en sus programas específicos con el objetivo de efectuar el cambio conductual.

2. Para 1997 se habrá preparado el componente de promoción de la salud de los programas de estudios y se habrá adiestrado a instructores de los programas de adiestramiento en salud pública, comenzando con enfermería de salud pública.

3. Se habrá compartido información sobre la promoción de la salud

1. Para 1996 se habrán establecido los mecanismos identificados para el intercambio de información sobre la promoción de la salud en colaboración con el Centro de Recursos de Promoción de la Salud.

4. Se habrán promovido los programas de salud de ciudades e islas

1. Para fines de 1997 se habrán preparado las intervenciones de promoción de la salud en apoyo de la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, la prevención de violencia y las necesidades identificadas de la comunidad en al menos tres (3) países.

PROYECTO 5: EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL

PROPOSITO

Los públicos clave serán conscientes de la situación de salud

1. No se habrá detectado ningún ejemplo de periodismo irresponsable en cuanto a la salud en los medios de comunicación durante 1996-1997.

2. Los ministerios de salud y otros sectores relacionados, ciertas ONG, el público y los medios de comunicación serán conscientes de la situación sanitaria salud actual y de los temas de salud y desarrollo durante 1996-1997.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá forjado una asociación entre los medios de comunicación y la salud

2. Se habrán elaborado y evaluado proyectos de promoción de la salud destinados a los medios de difusión.

3. Habrá mejorado la capacidad de administración del conocimiento.

4. Se habrán identificado las estrategias de comunicaciones para los proyectos técnicos.

Indicadores

1. En 1996 y 1997 se habrá realizado un programa anual de premios a los medios de comunicación y habrá finalizado el coauspicio.

2. Para fines de 1996 los funcionarios técnicos superiores de los ministerios de salud y la OPS en el Caribe se habrán adiestrado para dominar el campo de los medios de difusión y comunicaciones.

3. Para fines de 1997 se habrá establecido en una institución regional del Caribe un programa de adiestramiento continuo sobre comunicación para la salud.

1. Durante 1996-97 se habrán preparado y realizado con los ministerios de salud programas basados en días conmemorativos anuales (por ejemplo, Día Mundial de la Salud) y sobre otros temas seleccionados.

2. Para fines de 1997 se habrán evaluado ciertos programas y productos de comunicación y se habrán compartido los resultados entre países.

1. Para 1997 el centro de documentación será capaz de responder a todas las solicitudes de búsqueda de bibliografía de manera oportuna por medio de las bases de datos de CPC y enlaces con las principales bases de datos internacionales.

2. En 1996 y 1997 se habrá difundido a los países información presentada en forma que aumente el nivel de lectura a niveles apropiados para los usuarios.

1. Para diciembre de 1997 se habrán elaborado e implantado las estrategias de comunicaciones para los proyectos subregionales pertinentes.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 6: CONTROL DEL ETS Y SIDA**

PROPOSITO

Habrá mejorado la situación y el control de las ETS y el SIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá aumentado la capacidad de formular planes y administrar programas.
2. Se habrá apoyado a grupos de ONG.
3. Habrá aumentado la capacidad de aplicación de las estrategias para el cambio de comportamiento.

PROYECTO 7: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

PROPOSITO

Mejora del tratamiento de las enfermedades transmisibles y sus factores de riesgo

1. Habrá disminuido la incidencia de las ETS prioritarias, según la definición del CAREC, y del SIDA.

2. Se habrán satisfecho de manera humanitaria las necesidades sociales y de salud de las personas con SIDA en todos los países.

1. Para fines del bienio, 80% de los directores de programas contra el SIDA y las ETS habrán sido capacitados para administrar los programas de manera eficaz y para facilitar la colaboración multisectorial.

2. Para 1997 se habrá enseñado a los gerentes a aplicar la metodología de análisis de la situación del hombre y la mujer, programas de políticas y proyectos para la lucha contra el SIDA.

1. Para fines de 1997, se habrá establecido en tres países el componente del Caribe de la red mundial de personas seropositivas al VIH y con SIDA

2. Para fines de 1997, las ONG y el MS en dos países habrán planificado y realizado actividades empleando el proyecto modelo de ONG introducido en Santa Lucía y Granada en 1995.

1. Para 1996 se habrá adiestrado a una amplia variedad de personal de los sectores de salud y ONG para aconsejar sobre el cambio de comportamiento.

2. En 1996 se difundirán a los países mensajes que tengan en cuenta la condición de varón o mujer para los medios de comunicación, a fin de promover los comportamientos sexuales saludables.

1. Para 1997 se habrán reducido 10% los índices de infestación por Aedes aegypti.

2. Si ocurren casos de dengue hemorrágico, la tasa de letalidad será cero.

Objetivos

Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. En los sectores se dispondrá de programas de estudios sobre la higiene del medio.

1. Para fines de 1996 se dispondrá, en al menos cinco (5) de los territorios de la región, de programas de estudios sobre higiene del medio en las escuelas primarias y de profesores adiestrados en el uso de los mismos.

2. Habrá aumentado la participación comunitaria en la lucha antivectorial.

1. Para diciembre de 1997 se habrá obtenido la participación de al menos dos (2) comunidades en cada uno de cinco (5) países para la planificación y ejecución de programas contra mosquitos y otros vectores y de vigilancia de los mismos.

3. Se habrán elaborado instrumentos de comunicaciones.

1. Para junio de 1997 se habrán distribuido materiales de comunicación, destinados a mejorar y mantener el conocimiento de las enfermedades transmitidas por vectores y a promover cambios positivos de comportamiento en cuanto al medio ambiente, y su uso se habrá evaluado en al menos tres (3) de los países de la región.

4. Se habrá evaluado el proyecto

1. Para diciembre de 1996 se habrá iniciado, finalizado y tratado con los países la evaluación externa de la repercusión del Proyecto Integrado de Lucha Antivectorial.

5. Se contará con sistemas de vigilancia.

1. Para diciembre de 1997 se habrán instalado procedimientos y software para el sistema de vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores en al menos cinco (5) países, y se vigilarán las tendencias subregionales sobre la base de la información recibida.

6. Habrá mejorado la capacidad para el control del dengue.

1. Para octubre de 1997 se habrá adiestrado a médicos y enfermeras de salud pública en al menos cinco (5) países en diagnóstico y tratamiento del dengue y dengue hemorrágico, especialmente al nivel de atención primaria.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 8: MANEJO DE DESASTRES****PROPOSITO**

Reducción al mínimo de la repercusión de los desastres en los establecimientos y servicios de salud

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá mejorado la capacidad para el manejo de desastres a nivel nacional

2. Se contará con apoyo subregional

1. El hospital principal y los establecimientos de salud estratégicos identificados serán capaces de estar en funcionamiento a las 24 horas de ocurrido el desastre.

2. No se interrumpirá la vigilancia para detección de enfermedades y de la calidad del agua como resultado del desastre.

3. Se habrá recibido ayuda técnica y suministros posteriores al desastre, los que se habrán distribuido a los puntos de mayor necesidad.

4. Se habrá coordinado con eficacia la respuesta del sector de la salud como parte del manejo nacional de desastres.

1. Para diciembre de 1996 al menos cinco países tendrán un programa de manejo de desastres del sector de la salud que cuente con componentes de preparación y respuesta integrados al Programa de Medicina de Urgencias; cada uno de ellos realizará ejercicios anuales de simulacro.

2. Para diciembre de 1996 en todos los países se habrán difundido a los gerentes superiores de salud normas para la mitigación de la repercusión de los desastres en los establecimientos de salud y en las salidas de agua.

3. En 1996 y 1997 se adiestrará a equipos de médicos, enfermeras y personal del sistema de urgencia en técnicas modernas de manejo de desastres o medicina de urgencias.

4. Para junio de 1997 se habrán redactado y distribuido a los países leyes modelo para el funcionamiento eficaz del Programa Nacional de Desastres.

1. El equipo del SUMA del Caribe será capaz de funcionar a las 24 horas del restablecimiento de los enlaces de transporte aéreo después del desastre y de utilizar la versión 5.0 del SUMA.

2. Las comunicaciones vía satélite estarán en buen funcionamiento los 365 días del año y listas para ser instaladas en el país del desastre de inmediato, ya sea antes de que el transporte aéreo sea técnicamente posible o al menos tan pronto lo sea después del desastre.

3. Se habrá mantenido comunicación por radio con todos los países del Caribe en presencia o en ausencia del desastre.

4. Se habrá actualizado el manual de respuesta en casos de desastre de la OPS, y su equipo se habrá movilizado en el término de 24 horas de ocurrido el desastre a fin de evaluar las necesidades.

5. En colaboración con otros organismos donantes, se habrán iniciado esfuerzos para movilizar los recursos después del desastre.

Objetivos

PROYECTO 9: MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y TECNOLOGIA

PROPOSITO

Mejora de la disponibilidad y accesibilidad de las tecnologías

RESULTADO ESPERADOS

1. Habrá mejorado el desarrollo de servicios compartidos.

2. Habrá mejorado la capacidad de mantenimiento

3. Se habrá establecido la capacidad para el ediestramiento

Indicadores

1. Para 1998 se habrá reducido 20% el tiempo de inactividad de 20 unidades de equipo seleccionadas en el hospital y los servicios de la comunidad.

2. Estarán al alcance de la población del Caribe oriental (100%) ciertas tecnologías a costos accesibles.

1. Se habrá apoyado la ejecución de servicios radiológicos compartidos de la OECCO, según lo aprobado por los ministros de salud en 1996.

2. Para fines de 1997 se habrán realizado estudios de factibilidad al menos para otro servicio, y se habrán tratado los mismos con autoridades nacionales de la OECCO.

3. Para 1996 se habrá publicado y distribuido en todos los países la segunda edición de la guía de especialistas y tecnologías del Caribe.

1. Para 1997 se habrán adaptado los programas computadorizados disponibles y se habrán difundido con el manual de mantenimiento preventivo.

2. En 1996-1997, 90% del personal que trabaje en los departamentos relacionados estarán adiestrados en reparación y mantenimiento del equipo biomédico de nivel I.

3. Para fines de 1997 al menos una persona de cada uno de los seis (6) Estados del Caribe oriental estará adiestrada a nivel avanzado en mantenimiento de equipo.

4. Para junio de 1997 se habrá evaluado la vulnerabilidad de los establecimientos de salud y ciertos equipos, y se habrán recomendado medidas de mitigación a los ministerios de salud en tres países.

1. Para fines de 1997, en colaboración con la escuela universitaria Sir Arthur Lewis y la Universidad de las Indias Occidentales, se habrán diseñado los niveles básicos y avanzados de los programas de adiestramiento en mantenimiento y se habrá brindado capacitación a los profesores.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 10: SALUD PUBLICA VETERINARIA****PROPOSITO**

Reducción de factores de riesgo zoonótico y condiciones de mayor inocuidad de los alimentos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se tendrá capacidad para la prevención y la protección de alimentos si aumentan las enfermedades transmitidas por los alimentos y diarreicas.

2. Se habrá fortalecido la capacidad para el control de zoonosis

1. Ningún brote de enfermedades transmitidas por los alimentos habrá ocurrido en 1997 y en años posteriores. 2. Se habrá reducido la prevalencia de ciertas zoonosis, de conformidad con el plan quinquenal de CARICOM.

2. El Caribe se habrá mantenido libre de fiebre aftosa.

1. Para 1997 se habrá promovido la realización de programas integrados de protección de alimentos en al menos seis (6) países, con concentración en vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y legislación en el primer caso.

2. Para fines de 1996 se habrá otorgado adiestramiento a inspectores de salud pública de varios países en protección alimentaria (inspección de carne y aves), con énfasis en el APPCC adaptado a las necesidades de la subregión del Caribe, realizado en cooperación con la Universidad de las Indias Occidentales, HCF/Sede e INPPAZ.

3. Para fines de 1996 se habrán preparado, en colaboración con instituciones nacionales, propuestas de investigación en epidemiología sobre protección de alimentos y enfermedades transmitidas por los alimentos.

4. En 1997 se habrán preparado e iniciado proyectos subregionales de comunicación social y educación sobre protección de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos.

1. Para fines de 1997 se habrá creado el programa integral para la prevención y el control de la rabia en zonas identificadas de riesgo en: Granada, Guyana, Suriname y Trinidad.

2. Para fines de 1996 se habrá realizado el programa de garantía de la calidad para el diagnóstico de la rabia (laboratorios: Trinidad, Granada) en cooperación con el INPPAZ.

3. Para mediados de 1996 se habrá evaluado la situación epidemiológica de la brucelosis en todos los países.

4. Durante 1996-1997 se habrá empleado en otros países del Caribe el modelo jamaiquino para certificar la ausencia de tuberculosis y brucelosis bovina.

5. Para diciembre de 1997 se habrán movilizado recursos para implantar en la subregión del Caribe el plan estratégico quinquenal para el desarrollo de la salud pública veterinaria y salud animal, en cooperación con CARICOM.

Objetivos

3. Habrá aumentado la capacidad de mantener al Caribe libre de la fiebre aftosa.

Indicadores

1. Para 1997 se habrá fomentado en todos los países el uso de modelos de evaluación de riesgos para calcular la probabilidad de introducción del virus de la fiebre aftosa.

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado planes de preparación para situaciones de emergencia y un manual para emergencias por enfermedades de los animales, a fin de impedir la introducción del virus de la fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas de los animales.

PROYECTO 11: SISTEMAS DE INFORMACION DE SALUD

PROPOSITO

La planificación y gestión estarán basadas en información

1. Se analizará cada cuatro (4) años la situación nacional de la salud empleando datos de no más de dos años de antigüedad.

2. Se realizará al menos tres veces (3) al año la vigilancia de las metas de eficiencia para los establecimientos de salud, incluidos los hospitales, empleando información de no más de tres (3) meses de anterioridad.

3. La Oficina de CPC evaluará las tendencias subregionales de la salud cada cuatro (4) años, empleando los datos actuales de los países.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la capacidad de operación de los sistemas de información sanitaria de la comunidad.

1. En el período de dos años se habrán instalado las siguientes aplicaciones, con apoyo a las operaciones, mantenimiento de software y adiestramiento de personal:

- Sistema de enfermedades transmisibles: todos los países
- Sistema de enfermedades no transmisibles: cinco países
- Sistema de vigilancia nutricional: seis países
- Sistema de salud materno-infantil: al menos seis países
- Sistema de inmunización: dos países
- Sistema de medicamentos y suministros médicos: al menos cuatro países
- Sistema de gestión de la higiene del medio: al menos cinco países
- Sistema de mantenimiento de equipo: al menos dos países
- Sistema de seguimiento de costos clínicos: al menos un país
- Sistema de dirección de recursos humanos: al menos siete países
- Sistema de indicadores de salud: al menos dos países

2. En 1996 se habrá promovido la formulación de políticas de información sanitaria en la reunión del Comité Asesor Nacional sobre Sistemas de Información Sanitaria.

3. Para 1997 se habrá otorgado adiestramiento a profesionales superiores de salud en al menos dos (2) países en análisis, interpretación y utilización de la información sanitaria.

ObjetivosIndicadores

2. Habrán mejorado los sistemas de información sanitaria (SIS).

1. Para 1997 se habrá instalado el SIS computadorizado para los campos de registro, admisión y egreso de pacientes; finanzas; farmacia; laboratorio y radiografía; se habrá realizado mantenimiento del software y adiestrado a las personas pertinentes.

2. El sistema de información para la Gestión de la OPS vinculado al SIS se habrá adaptado para satisfacer el nivel del desarrollo de hospitales en el Caribe oriental y su uso se habrá apoyado en tres (3) países; se habrá preparado el software para la automatización de las operaciones de hospitales en dos departamentos y vinculado al sistema de información para la gestión de la OPS para su implantación en tres países del Caribe oriental.

3. Para 1997 se habrá automatizado el sistema de clasificación de pacientes y se lo habrá vinculado al ADM y al informe diario del censo y se lo habrá puesto a prueba en un país.

4. Para 1997 se habrá elaborado el software para el mantenimiento preventivo de equipos en hospitales de referencia de nivel I y se lo habrá introducido en los países del Caribe oriental.

PROYECTO 12: MEJORA DE LA GESTION SANITARIA**PROPOSITO**

Los sistemas de salud funcionan con mayor eficacia y eficiencia.

1. Los costos unitarios de los servicios en los principales hospitales del Caribe oriental se habrán mantenido dentro de las metas fijadas y los ingresos recaudados de estas instituciones habrán aumentado en 100% en al menos cuatro (4) países.

2. La cobertura de las personas para ciertos problemas de salud habrá aumentado y se contará con los procedimientos básicos de laboratorio y de radiología dentro del tiempo proyectado en el programa de procedimientos de mejora de la calidad.

3. Los medicamentos esenciales estarán al alcance de al menos todos los niños, ancianos y personas con enfermedades crónicas de prioridad, cuando lo necesiten, a un costo accesible.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá brindado adiestramiento a los recursos humanos.

1. Para fines de 1997 se habrá adiestrado a varios grupos de personal de hospital en gestión financiera, asignación de recursos y contención de costos, gestión de ciertos departamentos y administración de personal, recalcando el empleo de información proveniente de los sistemas de información de la OPS.

2. En 1996 se habrá adiestrado a las personas con responsabilidad directa o indirecta de la administración de los servicios comunitarios en el uso de la información del CHIS como base para la gestión estratégica.

Objetivos

2. Se habrán elaborado normas y procedimientos y programas modelo.

3. Se habrá elaborado o fortalecido un programa de adiestramiento apropiado o se habrá respaldado la creación de un registro común.

Indicadores

3. Se habrá adiestrado a CMO anualmente en las áreas correspondientes a la actualización de los conocimientos técnicos y temas de salud internacionales actuales.

 4. Para 1997 se habrá adiestrado a un cuadro de personas para realizar el mantenimiento de equipo básico (nivel I) y en el uso del software de mantenimiento de inventario y preventivo; se realizarán esfuerzos para movilizar los recursos necesarios para la adquisición de computadoras (según se define en el documento de proyecto).
1. Para 1996 se habrán finalizado, publicado y distribuido conjuntos de normas y procedimientos para planificar y administrar diez (10) departamentos de hospital.

 2. Para 1996 se habrán preparado normas para mejorar la equidad en el acceso de la población a los servicios de diagnóstico y terapéuticos.

 3. Para 1996 se habrán publicado y difundido normas para atender a 200 camas de hospital, con base en medidas del volumen de trabajo y aplicando combinaciones innovadoras de personal y tecnología apropiada.
1. Se habrán elaborado programas de adiestramiento basados en conceptos administrativos estratégicos en las áreas prioritarias de:
 - a) administración de hospitales
 - b) administración de servicios de salud
 - c) planificación sanitaria, salud, incluida la planificación de recursos humanos, en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales, de manera de facilitar el adiestramiento de grandes cantidades de personas en 3 a 4 años.

 2. Se habrán presentado a organismos financieros proyectos para el establecimiento de programas de adiestramiento en informática sanitaria en al menos dos (2) niveles, y se habrá iniciado la ejecución en 1996, si se obtienen los recursos.

 3. Durante 1996 y 1997 se habrán evaluado ciertos programas para las instituciones educativas nacionales y subregionales; se habrán revisado ciertos programas de estudios y adiestrado a los profesores para asegurar que los programas aborden nuevos enfoques y tecnologías y los nuevos problemas de salud.

 4. Para 1997 se habrán establecido exámenes y sistemas comunes para el registro y adiestramiento de al menos una categoría más de personal, en colaboración con cuerpos profesionales e instituciones educativas subregionales pertinentes.

ObjetivosIndicadores

4. Se habrá fortalecido la capacidad para el manejo eficaz de medicamentos

1. Durante 1996-1997 se habrá llevado a cabo, de conformidad con el plan, el proyecto para la red de fortalecimiento del Servicio de Medicamentos de Barbados, el Servicio de Medicamentos del Caribe oriental y el Laboratorio Regional del Caribe para Pruebas de Medicamentos.

2. Para 1997 se habrán identificado y distribuido a todos los países los elementos del programa para la racionalización del uso de medicamentos, y su ejecución se habrá apoyada en al menos cuatro (4) países.

PROYECTO 13: SERVICIOS COMUNES O COMPARTIDOS**PROPOSITO**

Desarrollo de programas de atención de la salud

1. Habrá aumentado la cobertura de los servicios de atención bucodental en SAL y SCN.

2. Habrá mejorado la calidad de la atención de la salud mental en al menos tres países.

3. Habrá aumentado la disponibilidad de los servicios de radiología en el Caribe oriental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán identificado y desarrollado proyectos de CTP.

1. Durante 1996 y 1997 habrán sido identificadas nuevas áreas de CTP en forma colectiva por los directores de programas nacionales y CMO.

2. En 1996 se habrá preparado un proyecto de salud bucodental de DOM/CTP, con al menos un país de la CE, y se habrá procurado financiamiento para el mismo.

3. Para 1996 se habrá preparado el esbozo de al menos un proyecto de CTP entre Centroamérica y el Caribe.

2. Se habrán realizado proyectos de CTP

1. Para fines de 1996 se habrá ejecutado el proyecto de servicios de EC/Radiología, según lo aprobado por los ministros de salud de la OECO.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	431,400	10.4	552,200	11.2	638,300	12.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	0	-	53,500	1.1	61,900	1.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	0	-	53,500	1.1	61,900	1.2
CPS						
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	431,400	10.4	498,700	10.1	576,400	10.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	431,400	10.4	498,700	10.1	576,400	10.8
TCC						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,814,800	43.5	1,964,400	39.6	2,091,500	39.3
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,479,800	35.5	1,687,600	33.9	1,799,700	33.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	1,479,800	35.5	1,687,600	33.9	1,799,700	33.8
UAH						
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	335,000	8.0	249,400	5.1	261,700	4.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	335,000	8.0	249,400	5.1	261,700	4.9
HRH						
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	0	-	27,400	.6	30,100	.6
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	0	-	27,400	.6	30,100	.6
CLT						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	316,500	7.6	945,700	19.2	1,005,600	18.9
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	301,600	7.2	310,800	6.3	330,300	6.2
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	301,600	7.2	283,400	5.7	300,200	5.6
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	0	-	27,400	.6	30,100	.6
WCH						
ADH						
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	634,900	12.9	675,300	12.7
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	0	-	634,900	12.9	675,300	12.7
HED						

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	14,900	.4	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	14,900	.4	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	381,900	9.2	394,900	8.0	423,400	8.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	381,900	9.2	394,900	8.0	423,400	8.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	381,900	9.2	394,900	8.0	423,400	8.0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,216,900	29.3	1,078,400	22.0	1,156,000	21.8
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	292,400	7.0	405,300	8.3	437,200	8.3
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	0	-	27,400	.6	30,100	.6
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	0	-	48,900	1.0	53,400	1.0
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	292,400	7.0	329,000	6.7	353,700	6.7
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	638,800	15.4	392,400	8.0	420,900	7.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	638,800	15.4	392,400	8.0	420,900	7.9
SALUD PUBLICA VETERINARIA	285,700	6.9	280,700	5.7	297,900	5.6
ZONOSIS	285,700	6.9	280,700	5.7	297,900	5.6
GRAN TOTAL	4,161,500	100.0	4,935,600	100.0	5,314,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	803,200	19.0	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	110,500	2.6	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 110,500	2.6	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	692,700	16.4	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 692,700	16.4	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,545,500	36.6	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,511,400	35.8	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 1,210,000	28.7	0	-	0	-
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR 301,400	7.1	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	21,300	.5	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 21,300	.5	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	12,800	.3	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV 12,800	.3	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	843,600	19.9	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	838,400	19.8	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	WCH 838,400	19.8	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	5,200	.1	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED 5,200	.1	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,038,100	24.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	793,800	18.8	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	15,900	.4	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	777,900	18.4	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	244,300	5.7	0	-	0	-
CANCER	234,600	5.5	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	9,700	.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	4,230,400	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	1,071,200	2	1	493,800	19,500	50,400	0	56,300	6,400	0	444,800
OMS - WR	3,090,300	10	3	2,384,400	132,000	280,300	0	139,600	71,900	0	82,100
TOTAL	4,161,500	12	4	2,878,200	151,500	330,700	0	195,900	78,300	0	526,900
% DEL TOTAL	100.0			69.2	3.6	7.9	.0	4.7	1.9	.0	12.7
1996-1997											
OPS - PR	1,427,200	2	1	552,500	118,500	17,300	0	43,800	26,700	0	668,400
OMS - WR	3,508,400	11	3	2,892,600	117,500	301,500	0	81,000	40,600	0	75,200
TOTAL	4,935,600	13	4	3,445,100	236,000	318,800	0	124,800	67,300	0	743,600
% DEL TOTAL	100.0			69.7	4.8	6.5	.0	2.5	1.4	.0	15.1
1998-1999											
OPS - PR	1,575,000	2	1	582,500	118,500	20,000	0	50,600	30,900	0	772,500
OMS - WR	3,739,800	11	3	3,046,400	117,500	348,500	0	93,600	46,900	0	86,900
TOTAL	5,314,800	13	4	3,628,900	236,000	368,500	0	144,200	77,800	0	859,400
% DEL TOTAL	100.0			68.3	4.4	6.9	.0	2.7	1.5	.0	16.2



CHILE

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Chile cuenta en 1993 con una población de 13.771.187 habitantes. Basándose en las actuales proyecciones de tasas de crecimiento anual de un 1,7% la población habría de llegar a 14.418.864 a fines del bienio. Durante el período de 1983 a 1993 ha habido un aumento en los grupos entre 15 y 65 y sobre 65 años de edad, con una baja porcentual en niños menores de 14 años.

Indicadores del estado de salud

2. En 1970 la expectativa de vida al nacer era de 65.1 años para los varones y de 67.2 para las mujeres, pero hacia 1993 había aumentado a un 68.5 en los hombres y 75.6 en las mujeres.

3. En 1994 las causas principales de mortalidad general fueron las enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes y violencias. Son de alta importancia en estos grupos de causas de muerte, la enfermedad coronaria, el accidente vascular encefálico, el cáncer de estómago y de cuello uterino, el traumatismo encefalo craneano y enfermedades metabólicas.

4. Entre los infantes, las causas perinatales han superado a otras causales y en 1993 representaron la causal número uno de mortalidad infantil seguida de diarrea.

5. Entre niños de 1 a 4 años, la enteritis y otras enfermedades del tipo diarrea continúan siendo la causa principal de muerte. La enfermedad nutricional ha llegado a ser un mal menor y un estudio del estatus de salud en 1991 demostró que un 98% de los niños menores de cinco años tenían un estatus nutricional normal.

6. La muerte por accidentes en la población de hombres jóvenes ha registrado un aumento porcentual importante en los últimos años.

7. Un estudio reciente de salud demostró prevalencia de obesidad en un 22% de los adultos entre 14 y 65 años de edad. Existen evidencias que el número de fumadores jóvenes tiende a aumentar. Un estudio en escuelas de tres centros urbanos demostró que un 32% de los niños menores de 18 años habían ingerido alcohol o marihuana por lo menos una vez por semana durante los dos últimos meses.

8. La mortalidad materna es de 0.31 por mil nacidos vivos.

9. Las enfermedades transmitidas sexualmente se notifican.

10. El número acumulado de casos de SIDA registrado hasta 1994 alcanzó a 1.060 casos, con un 3% de mujeres.

11. Estudios seriados de prevalencia sérica de consultantes a control de ETS muestran mantención de las tasas más o menos de 1% y en embarazadas, el incremento no es significativo.

12. La tasa de prevalencia por 100.000 hab. en el decenio 1984-1994 fue de 8,2.

Factores que afectan el estado de salud

13. La situación del medio ambiente es buena, especialmente en lo que atañe a la disposición de la basura sólida. Hacia 1993 la cobertura de agua potable alcanzó a un 88,5% de la población total con un 97,0% y un 42% de cobertura en la población urbana y rural, respectivamente.

14. En 1994 el 86% tenía acceso a servicios de alcantarillado.

15. Durante los últimos 4 años se ha venido produciendo un mejoramiento de la situación económica. Hubo una alza promedio de un 6,7% del Producto Interno Bruto (PIB), y como parte del programa estructural de ajuste la moneda nacional se devaluó en un promedio de 17,7% durante los últimos 4 años. El índice de precios al consumidor sufrió durante dicho período un alza de un 20,1%. El gasto del Gobierno Central en salud, en relación al gasto a general, se mantuvo aproximadamente en un 3,8% durante el período de 1983-1993. Con respecto a la tasa de desempleo ésta se estima en un 4,5% en 1994.

16. Tanto el sector público como el privado ofrecen una vasta gama de servicios de salud. En el sector público las acciones de salud se realizan a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, conformado por 27 servicios a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria, sus consultorios adosados, así como una red de establecimientos de atención primaria de administración municipal.

17. Los recursos humanos del sector público de salud están constituidos por 64.800 funcionarios en el SNSS y aproximadamente 16.500 funcionarios en el nivel primario de atención municipalizada.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

18. Salud en el desarrollo humano: Se apoya el país en el fortalecimiento de su capacidad de respuesta a las nuevas situaciones surgidas en virtudes del creciente intercambio regional y subregional. La cooperación apoya además la capacidad de análisis de la situación epidemiológica para la decisión, a nivel central asimismo la descentralización de esa capacidad. Se implementa una Iniciativa de Ciudad Saludable a nivel de Valdivia y se inician acciones relacionadas a la promoción de fronteras saludables. Se incrementa el área de contacto con el Congreso Nacional y se apoya técnicamente las iniciativas legislativas sectoriales asimismo la participación de congresistas en reuniones sub-regionales. Se apoya el desarrollo de la Bioética en el País.

19. Desarrollo de sistemas de servicios de salud: Se apoya el proceso de descentralización de servicios de salud al nivel regional (Servicios Regionales de Salud) y local (Servicios Municipalizados de Atención Primaria) por medio de actividades de gestión estratégica, desarrollo organizacional y de promoción de la capacidad de gestión de la atención primaria municipalizada. Se apoya además la definición de propuestas innovadoras de la distribución y financiamiento de los servicios y del papel rector del Ministerio en el proceso de producción, con una metodología participativa de análisis de productividad, cobertura y calidad.

20. Promoción y protección de la salud: Se da continuidad y se perfecciona el apoyo a la capacidad del Ministerio de articulación sectorial e intersectorial para la promoción y protección de la salud. Se apoyan acciones específicas en contra la violencia, la farmacodependencia, la desnutrición y de protección al adolescente. Se apoya el desarrollo de la comunicación social al nivel ministerial.

21. Desarrollo y protección del ambiente: Se apoya el desarrollo tecnológico, la investigación y adiestramiento en la evaluación y control de los riesgos ambientales, incluyendo el ambiente de trabajo. Se apoya la acción intersectorial de desarrollo institucional del manejo de los recursos ambientales y naturales, estimulando la coordinación de los mismos. Se apoya la formulación de un Plan Nacional de Inversiones en Ambiente y Salud.

22. Prevención y control de enfermedades: Se mantiene el apoyo al desarrollo de la capacidad nacional de análisis, formulación y gestión de acciones de control de enfermedades transmisibles. Se apoya el proceso de descentralización del control de esas enfermedades, ahí incluidas las zoonosis y control y prevención del SIDA. Se apoya la consolidación y descentralización del control de alimentos así como el control de los riesgos asociados a las enfermedades crónicas y degenerativas.

Planes y Prioridades para el desarrollo nacional en salud

23. El Sistema de Salud Chileno que desde el inicio de los años cincuenta disponía de un modelo centralizado del tipo Servicio Nacional de Salud, de cobertura muy amplia, a partir de los años ochenta pasó a disponer de un sistema mixto en el cual, el Estado, por sus 27 servicios de salud y más la atención primaria municipalizada, responde por cerca de 75% de la población, siendo el restante atendido por sistema de salud provisional y por otros tipos de atención como ejemplo las instituciones militares.

24. Las actuales políticas gubernamentales de salud involucran: a) La Reformulación del Modelo de Atención que buscará definir el rol de los distintos prestadores, el flujo de recursos y las tecnologías utilizadas, asimismo la integración de la atención primaria municipalizada a los Servicios Regionales de Salud y la complementariedad público - privada. b) El fortalecimiento de la Gestión Descentralizada, que implica en la reestructuración del Minsal, la transferencia de recursos per cápita para servicios primarios y por pagos asociados a diagnóstico para los de mayor complejidad regulados por contratos de gestión; la informatización y un amplio programa de inversiones apoyado por préstamos internacionales. c) La reorientación y priorización de los programas de salud, según tres perspectivas: su adecuación a los cambios demográficos y epidemiológicos, su regionalización y descentralización. d) Fortalecimiento del

rol regulador del Ministerio de Salud, que incluye no solamente la consolidación de la descentralización ejecutiva, como el fortalecimiento del rol normativo, regulador y fiscalizador de la institución y además el perfeccionamiento de las acciones de control de fármacos y tecnología en general, las acciones intersectoriales de control de la salud ambiental y ocupacional y la clara definición de financiadores, recursos y clientela del Sistema.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

25. Chile, como país en situación de desarrollo intermedio, exige una adecuación bastante fina y dinámica de la cooperación en salud a sus necesidades progresivas y cambiantes.

26. La estrategia de acción que la OPS tiene negociada con el País incluye: i) Orientación progresiva de los recursos de cooperación al apoyo a procesos desarrollo más que a actividades puntuales de corto plazo; ii) Creación de espacios de negociación y consenso sobre tópicos estratégicos que permitan la movilización de recursos políticos, técnicos e de opinión para la implantación de las políticas de salud y por este intermedio reforzar la rectoría del Ministerio de Salud; iii) Programación en detalle de la participación de Chile en los Cuerpos Directivos de la Organización, haciendo más proactiva su presencia en la discusión en los temas fundamentales de la salud pública internacional; iv) Promoción de la colaboración horizontal de Chile con los países de la Región aportando la experiencia de su proceso histórico y su capacidad técnica e intensificación del estudio por parte de técnicos chilenos, de experiencias regionales y extraregionales que puedan ser de beneficio al País; v) Siendo la integración de Chile al desarrollo mundial y regional tema de alta política nacional, se responderá a ella desde salud, colaborando en la homogeneización de los marcos regulatorios, apoyando el desarrollo integral de las áreas fronterizas y luchando contra enfermedades y factores de riesgo ambiental y tecnológico, que puedan afectar negativamente la dicha inserción; vi) Mantención del apoyo a programas específicos de interés nacional que aseguren mantener ampliar los resultados alcanzados en el control y erradicación de enfermedades.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Chile dispone de un importante programa quinquenal de inversiones de cerca de quinientos millones de dólares. Entre las décadas del 80 y la del 90 hubo un incremento promedio anual de cerca de diez veces en las inversiones en el Sistema. Hay una amplia y diversificada pauta de cooperación interpaíses, involucrando cooperación interinstitucional (como laboratorios de salud pública), inversión en servicios secundarios y desarrollo de servicios de salud.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: POLITICAS PUBLICAS DE SALUD Y COOPERACION ENTRE PAISES

PROPOSITO

Mejoramiento de la capacidad del Sector de análisis e implementación de políticas de salud y apoyo a iniciativas interpaíses de elevado impacto en el desarrollo de los respectivos sistemas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementada Metodología de Análisis de Situación de Salud e Implementación de Políticas.

2. Desarrollada propuesta de áreas prioritarias y programas de integración subregional e internacional en salud y ambiente.

3. Articulada propuesta de difusión de la experiencia nacional de salud y de captación de experiencias internacionales relevantes al País.

PROYECTO 2: APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE SALUD

PROPOSITO

Desarrollo de capacidad técnica, política y administrativa de la Representación para el apoyo al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán descentralizado las acciones de cooperación a nivel de los Servicios Regionales de Salud y Servicios Municipales.

2. Se habrán ampliado las alternativas institucionales de cooperación.

3. Se han incorporado recursos adicionales a la Cooperación.

1. Metodología discutida e implementada en cuatro Servicios Regionales de Salud.

2. Acordados en reuniones del Pacto Andino y del Cono Sur, programas de actuación prioritaria.

3. Definidas áreas prioritarias y proyecto de difusión de la experiencia chilena en Salud e identificación de países y aspectos de sus sistemas de salud prioritarios para evaluación y estudio por parte del Sistema Chileno.

1. Acordados en reuniones del Pacto Andino y del Cono Sur, programas de actuación prioritaria.

1. Definidas áreas prioritarias y proyecto de difusión de la experiencia chilena en Salud e identificación de países y aspectos de sus sistemas de salud prioritarios para evaluación y estudio por parte del Sistema Chileno.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 3: ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD E INFORMACION BIOMEDICA**

PROPOSITO

Capacidad nacional y regional de análisis de la situación de salud adecuada para toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá mejorado la capacidad de análisis epidemiológica a nivel central y regional.
2. Se habrá mejorado la calificación del personal de epidemiología a nivel regional y central.
3. Se habrá continuado la expansión de la Red de Información Científica y Tecnológica.

1. Implementado proceso continuado y estable de análisis epidemiológico a nivel de 80% de los Servicios Regionales de Salud.

1. Actividades de entrenamiento en epidemiología ofrecidas por los menos una vez al año a personal representante de 100% de los servicios regionales de salud.

1. Todos los servicios de salud y hospitales con más de 100 camas conectados vía FAX o modem al Sistema de Información Científica y Tecnológica.

PROYECTO 4: ORGANIZACION Y GERENCIA DE SISTEMAS REGIONALES DE SALUD

PROPOSITO

Desarrollo Organizacional de los Servicios Regionales de Salud y su integración a los servicios locales municipalizados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaboradas propuestas estratégicas por todos los servicios regionales de salud.
2. Participación en la elaboración de propuestas de desarrollo organizacional de servicios de salud seleccionados.

1. Completado análisis de las propuestas estratégicas de los 26 servicios regionales de salud.

2. Participación en la elaboración de las propuestas estratégicas de seis servicios de salud.

1. Participación en el proyecto de desarrollo organizacional de cuatro servicios regionales de salud.

2. Difusión de la experiencia de esos servicios a los restantes SRS del País.

Objetivos

3. Participación en experiencias seleccionadas de integración municipal al servicio regional de salud.

PROYECTO 5: PROMOCION DE SALUD Y SALUD COMUNITARIA

PROPOSITO

Desarrollo de la promoción de salud y mejora de la calidad de vida y de la atención a grupos prioritarios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Promovida la aplicación de la experiencia de ciudades saludables y la implantación de programas de barrios (comunales) y empresas saludables.

2. Desarrollado de modelo innovado de promoción y atención a la salud del trabajador.

PROYECTO 6: SALUD AMBIENTAL

PROPOSITO

Desarrollo de la capacidad técnica y de gestión para la identificación de problemas ambientales, análisis y solución de riesgos asociados al ambiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Apoyo a la capacidad nacional de análisis y respuesta a riesgos ambientales.

2. Descentralización del análisis y capacidad de respuesta a riesgos y problemas ambientales.

Indicadores

1. Participación en 04 proyectos seleccionados de articulación SRS - Servicios Municipalizados.

2. Difusión de la experiencia de integración municipal a los restantes servicios regionales (tres falleres)

1. Apoyada al final de bienio la implantación de más dos ciudades saludables.

2. Apoyada la implantación de dos barrios (comunales) y tres empresas saludables.

1. Desarrollado modelo de atención a la salud del trabajador en seis Servicios Regionales de Salud.

1. Articulada, con el apoyo de OPS, red intersectorial de análisis y respuesta a riesgos y problemas ambientales.

2. Definido el rol y promovido el liderazgo del Minsal en el análisis e respuesta a problemas y riesgos ambientales.

1. Implementado sistema de respuesta a riesgos y problemas ambientales en cuatro Regiones de Salud.

2. Difusión de los resultados de la implementación de los sistemas regionales de respuesta a riesgos y problemas ambientales por los restantes servicios de salud.

Objectives

3. Implementation of workers' health programs in regional health services.

PROJECT 7: DISEASE PREVENTION AND CONTROL**PURPOSE**

To reduce the occurrence of specific communicable diseases and increase the control of noncommunicable diseases and associated risks.

EXPECTED RESULTS

1. Cooperation toward eradicating Chagas' disease and maintaining eradication of measles and poliomyelitis.

2. Cooperation to support surveillance of the most prevalent communicable diseases.

3. Implementation of actions to analyze and monitor the risk of chronic and degenerative diseases.

Indicators

1. Implementation of workers' health programs in three regional health services.

2. Dissemination of the results of these regional programs to the other regional services.

1. Support for the consolidation phase of the Chagas' disease eradication program.

2. Support for continued surveillance of measles and polio in all municipios across the country.

1. Support for continued surveillance of tuberculosis, hepatitis B, and typhoid at all regional health services.

2. Support for control of meningococcal meningitis B at all regional health services.

1. Implementation of risk analysis and standardization of monitoring activities for coronary disease, cerebrovascular accidents, and diabetes at four regional health services.

2. Support for implementation of a program to analyze risks and standardize cancer monitoring activities at three regional health services.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	986,400	41.4	1,092,400	40.9	1,233,800	41.2	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	845,400	35.5	931,300	34.9	1,049,500	35.0	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	845,400	35.5	931,300	34.9	1,049,500	35.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	114,700	4.8	130,700	4.9	149,200	5.0	
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	69,300	2.9	78,200	2.9	88,600	3.0
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	45,400	1.9	52,500	2.0	60,600	2.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	26,300	1.1	30,400	1.1	35,100	1.2	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	26,300	1.1	30,400	1.1	35,100	1.2
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,059,900	44.4	1,192,500	44.7	1,324,600	44.1	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	911,000	38.2	1,026,000	38.5	1,137,700	37.9	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	911,000	38.2	1,026,000	38.5	1,137,700	37.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	148,900	6.2	166,500	6.2	186,900	6.2	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	148,900	6.2	166,500	6.2	186,900	6.2
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	40,800	1.7	47,200	1.8	54,500	1.8	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	40,800	1.7	47,200	1.8	54,500	1.8	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	40,800	1.7	47,200	1.8	54,500	1.8

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	132,700	5.6	153,400	5.7	177,300	5.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	132,700	5.6	153,400	5.7	177,300	5.9
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	132,700	5.6	153,400	5.7	177,300	5.9
ERA						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	164,200	6.9	186,000	6.9	211,400	7.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	68,000	2.9	78,600	2.9	90,900	3.0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	68,000	2.9	78,600	2.9	90,900	3.0
OCD						
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	96,200	4.0	107,400	4.0	120,500	4.0
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	96,200	4.0	107,400	4.0	120,500	4.0
NCD						
GRAN TOTAL	2,384,000	100.0	2,671,500	100.0	3,001,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	40,000	5.3	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	17,400	2.3	0	-	0	-
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE 17,400	2.3	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	22,600	3.0	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 22,600	3.0	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,000	.1	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	1,000	.1	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT 1,000	.1	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	720,300	94.6	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	720,300	94.6	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 67,800	8.9	0	-	0	-
SIDA	GPA 480,100	63.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 172,400	22.6	0	-	0	-
GRAN TOTAL	761,300	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	1,254,800	1	2	458,700	0	17,500	24,000	187,700	52,400	0	504,500
OMS - WR	1,129,200	1	0	196,600	177,100	17,000	48,000	298,600	120,300	0	271,600
TOTAL	2,384,000	2	2	665,300	177,100	34,500	72,000	486,300	172,700	0	776,100
% DEL TOTAL	100.0			27.9	7.4	1.4	3.0	20.4	7.2	.0	32.7
1996-1997											
OPS - PR	1,400,800	1	2	495,900	0	21,200	24,000	216,900	60,600	0	592,200
OMS - WR	1,270,700	1	0	227,800	177,100	19,700	48,000	345,100	139,000	0	314,000
TOTAL	2,671,500	2	2	723,700	177,100	40,900	72,000	562,000	199,600	0	896,200
% DEL TOTAL	100.0			27.1	6.6	1.5	2.7	21.0	7.5	.0	33.6
1998-1999											
OPS - PR	1,588,400	1	2	546,300	0	24,600	24,000	250,800	70,000	0	672,700
OMS - WR	1,413,200	1	0	242,700	177,100	22,700	48,000	399,000	160,800	0	362,900
TOTAL	3,001,600	2	2	789,000	177,100	47,300	72,000	649,800	230,800	0	1,035,600
% DEL TOTAL	100.0			26.3	5.9	1.6	2.4	21.6	7.7	.0	34.5

COLOMBIA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población total de Colombia es de 32.287.231 habitantes (1993), de los cuales 16,176,744 son hombres y 16,693,482 mujeres. Los residentes en cabeceras municipales son 23,969,576 (73%) y en zonas rurales 8,900,655 (27%) habitantes. La tasa de crecimiento de la población: 1.9% para 1990-1995. La fecundidad global es de 2.9 hijos, siendo la esperanza de vida al nacer de 69.3 años (estimada 1993). Los años promedio de educación para la población de 24 años o más es de 5.9 años (1993). El porcentaje general de analfabetismo en mayores de 15 años: 11.1% (6.6% urbana y 22.8% rural).

Indicadores del Estado de Salud

2. La tasa de mortalidad general fue de 4.9 por mil habitantes en 1991. El riesgo de morir por grupos de edad se eleva en los extremos de la vida, siendo de 27 por mil en menores de un año y de 36.6 por mil en mayores de 60 años. La tasa de natalidad se ha estimado en 25.8 por mil para 1990-1995. Pese a que el registro de nacimientos es obligatorio, el subregistro alcanza el 41% en 1989. La mortalidad materna fue estimada en 60.2 por 100.000 mil nacidos vivos en 1990. Al analizar las causas de mortalidad específica, las quince primeras causas explican el 59.1% del total de muertes. Las cinco primeras causas son en su orden:

-muertes por homicidio	13.1%
-enfermedad isquémica del corazón	10.4%
-enfermedades de la circulación pulmonar	7.2%
-enfermedad cerebrovascular	6.9%
-infección respiratoria aguda	3.6%

3. La violencia y accidentes constituyen la primera causa de mortalidad general de la población entre 5 y 60 años.

4. El indicador carga global de la enfermedad muestra que después de la violencia (primera causa de años de vida saludables perdidos), están las causas perinatales.

5. La tasa de mortalidad materna es de 60.2 por mil nacidos vivos. Alrededor de 200,000 mujeres tienen el parto sin atención de personal capacitado. El subregistro es muy heterogéneo en el país, y podría llegar a duplicar la TMM.

6. En el grupo de menores de un año, el 40% de muertes son por causas perinatales vinculadas con factores de riesgo materno. En el segundo y tercer lugar siguen figurando las enfermedades respiratorias agudas con 14.3% y las enfermedades diarreicas con un 10.6%

7. En el grupo de 1 a 4 años, las principales causas fueron (1990): neumonías, enteritis, accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños, desnutrición y accidentes de vehículos de motor.

8. En el grupo de 5 a 14 años predominan eventos vinculados a la violencia y accidentes, con un peso relativo de 38% del total. La segunda causa son los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otra persona.

9. En el grupo de 15 a 19 años, las cinco primeras causas de egreso hospitalario en mujeres, corresponden a eventos relacionados con el embarazo, parto o puerperio llegando a 88.2% del total. Las tres primeras causas de egreso de varones (46.4%), están asociadas a la accidentalidad y la violencia.

10. En el grupo de 15 a 44 años, en ambos sexos predomina el homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona. La segunda causa la constituyen las enfermedades crónicas. El cáncer es la tercera causa de mortalidad y de años de vida saludable perdidos y ocasiona 13% del total. Entre las mujeres en edad fértil el cáncer cérvicouterino causa 7.7% de las muertes y el de mama llega a 3.5%.

11. El grupo de mayores de 60 años representa 6% de la población total y 50% de las muertes ocurren en este grupo.

Factores que afectan el estado de salud

12. El 52.9% de la población total tiene ingresos inferiores a la línea de pobreza, siendo de 46.4% para el sector urbano y 70.4% para el rural.

13. En el caso de la educación el número promedio de años de estudio fue de 5.9 en 1993 para la población general y de 3.2 años para la población pobre (4.3 años en áreas urbanas y 2.3 años en los rurales).

14. Mientras 39% de los jefes de hogar no pobres están afiliados a la seguridad social, en los hogares pobres es de 4%.

15. Un 95% de la población no pobre tiene acceso a servicios de agua potable, mientras que solo 49% de la población pobre tiene acceso a dicho servicio. Un 92.6% de la población no pobre tiene acceso a alcantarillado, y 35% de la población pobre tiene acceso a dicho servicio.

16. La situación de salud de los colombianos se encuentra en una transición caracterizada por un mejoramiento progresivo pero desigual del estado de salud, por la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas que afectan con mayor severidad a la población más pobre. Además, el trauma y el homicidio han tomado inusitada preponderancia en la situación epidemiológica general. Si bien la carga global de enfermedad, cercana a los 150 años de vida saludables perdidos por 1000 habitantes se encuentra por debajo de la media mundial, y la edad mediana al morir y la esperanza de vida al nacer han mejorado significativamente, la carga de la enfermedad por trauma y violencia se ha incrementado hasta el punto de representar actualmente el 40% de los años de vida saludables perdidos.

17. El acceso de la población al sistema de salud es limitado e inequitativo: 20% de la población no logra ser atendida por el sistema público de salud, principalmente por razones de costo. Por otra parte, 25% de los servicios provistos por el sistema público de salud, particularmente los de cirugía, se dirige a los grupos de mayores ingresos. Solo 20% de las personas están cubiertas

por seguridad social en salud a través del régimen contributivo, mediante la afiliación al instituto de seguros sociales y a las cajas de previsión.

18. Las instituciones estatales de salud se caracterizan por una limitada gestión y por grandes limitaciones en su capacidad resolutoria. Además, no existe suficiente oferta de personal en ciertas áreas y su distribución favorece más a las grandes ciudades. Las oportunidades y los incentivos para la actualización del personal son limitados.

19. Pese a las acciones efectuadas en los últimos años para el desarrollo del proceso de descentralización, aun existen problemas relacionados con la falta de capacidad institucional en los diferentes niveles del sistema para desarrollar acciones de asistencia técnica y apoyo operativo que permitan la operalización de la normatividad vigente. La mayoría de los municipios y departamentos no han asumido las competencias que le corresponden y existen problemas en la definición de la naturaleza jurídica de los hospitales, lo cual, sumado a la deuda prestacional acumulada, dificulta el proceso de descentralización y la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del estado.

20. Gran parte del territorio de Colombia posee condiciones favorables para la presentación de enfermedades transmisibles, incluyendo también factores sociales y económicos. Se adiciona a lo anterior la baja cobertura de los servicios de salud, especialmente en la región rural.

21. El ambiente presente una diversidad de problemas que afectan la salud. Si bien existe una gran cantidad de fuentes hídricas. Su uso es deficiente. No obstante la riqueza en recursos hídricos, las alteraciones en los ecosistemas que regulan el agua, han generado problemas de escasez. Existe sobreexplotación y contaminación del agua y graves indicios de desertificación en diversas regiones del territorio. A su vez, 40% de la población no dispone del suministro de agua cruda como fuente para su uso doméstico. La explotación de aguas subterráneas es poco eficiente y se sobreexplota en algunas zonas como la cabina de Bogotá, la Guajira y Córdoba.

22. La calidad del ambiente de los principales centros urbanos del país se ha deteriorado significativamente en las últimas décadas. Los principales problemas de calidad de agua originados por fuentes puntuales de contaminación lo constituye descargas de materia orgánica de fuentes residenciales (principalmente excretas humanas) e industriales (principalmente químicos), causando impacto sobre la calidad del agua superficial, con severos riesgos para la salud de sus consumidores.

23. Menos de 5% de los 1065 municipios del país tratan sus aguas residuales antes de disponerlas y, entre las ciudades de mayor tamaño, tan solo Bucaramanga cuenta con planta de tratamiento de aguas residuales. Los problemas de calidad de aguas originados por fuentes no-puntuales no han sido estudiados apropiadamente en el país. Estimativos preliminares sugieren que la aplicación de pesticidas en 1.2 millones de hectáreas, que se dedican a los 8 cultivos con mayores consumos, es del orden de 9 a 13 kg/ha-año, en tanto que la aplicación de fertilizantes en las 4.5 millones de hectáreas de zona agrícola oscila entre 230 y 290 kg/ha-año. Estas cifras, si bien indicativas preliminares, sugieren que en algunas zonas del país pueden existir problemas importantes de contaminación agrícola.

24. El manejo de las aproximadamente 13.500 tons. De residuos sólidos producidos diariamente en el país es aun muy deficiente. Algunas ciudades como Santafé de Bogotá, Medellín, Cartagena, soledad o maizales cuenta con rellenos sanitarios,

pero sus especificaciones y manejo son inapropiados. Las labores de almacenamiento, tratamiento y disposición de las aproximadamente 700 tons. De residuos peligrosos producidas diariamente ocasionan problemas ambientales críticos.

25. Los niveles de contaminantes del aire en algunas principales ciudades del país como Barranquilla, Bogotá, Cali, Medellín y Sogamoso superan las normas existentes. Estas concentraciones se elevan en los períodos de inversión térmica, frecuentes particularmente en los primeros meses del año a nivel nacional. Las fuentes móviles contribuyen aproximadamente con el 61% del volumen total generado de monóxido de carbono, hidrocarburos, óxidos de nitrógeno, partículas en suspensión y óxidos de azufre y las fuentes fijas aportan el restante 39%. En el sector industrial, se han identificado cerca de 5.600 fuentes importantes, de las cuales 80% se concentra en siete corredores industriales situados en las áreas de las principales ciudades del país.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

26. Salud en el desarrollo: La constitución de 1991, estableció la obligación del estado de organizar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de la universalidad, solidaridad y eficacia. La ley 100 de 1993 creó el sistema general de seguridad social en salud, considerándola como un servicio público de carácter obligatorio. Por su parte las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 descentralizaron la oferta pública de servicios de salud con el fin de mejorar la atención de la población, en conjunto, estas leyes dieron al sector un nuevo marco operativo, administrativo y financiero, a través del cual se busca garantizar a toda la población el acceso a servicios integrales de salud así como mejorar su bienestar.

27. El salto social, plan nacional de desarrollo 1994-1998, plantea las estrategias en el campo social, y busca mantener un ritmo de crecimiento promedio del PIB de 5.6% anual. La seguridad social en salud es un componente fundamental de este plan. Se creó la red nacional de solidaridad social, que es un mecanismo social compensatorio, donde el eje prioritario es el plan de atención materno infantil. La coordinación está a nivel de la presidencia de la república. El Ministerio de Salud es responsable de mejorar la capacidad de resolución de los servicios de salud materno infantiles, priorizando el primer nivel de atención en los municipios más pobres. El instituto de bienestar familiar proporciona alimentación complementaria a gestantes y menores, en la población más pobre.

28. El gasto público en salud se ha venido incrementando desde 1990. Los niveles históricos de ejecución muestran la necesidad de fortalecer la gestión de las instituciones del sector. Esta previsto un incremento entre 1995 y 1998 de 45.2% para el sector salud, en tanto los recursos del fondo de solidaridad y garantía aumentarían 59.6%.

29. El país ha gestionado préstamos para mejorar la situación actual de los servicios de salud, entre los que se destacan un crédito con el BID para mejorar la gestión hospitalaria y la reforma sectorial, y un segundo crédito con el BIRF para el desarrollo institucional a nivel de municipio. Estos proyectos están recién iniciado sus desembolsos.

30. La aplicación de las leyes 10, 60 y 100 y sus reglamentos identifican a las siguientes áreas como prioritarias: Revisión y adecuación de los sistemas de

información; establecimiento de sistemas gerenciales eficientes, con énfasis en costo/eficiencia; adecuación de los recursos humanos del sector, en aspectos cualitativos y cuantitativos; fortalecimiento de la descentralización.

31. Desarrollo de los sistemas de salud: El proceso de descentralización iniciado a finales de la década de los 80 y fortalecido en su marco legal en el presente lustro, aun no se ha completado en varios departamentos del país. Los procesos de desarrollo local han alcanzado mayor auge en departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Santander y Caldas. La reglamentación de la ley 100 (1993), aun no se ha completado. Se requiere fortalecer aún más la capacidad de gestión del Ministerio de Salud y otras instituciones del sector. Se ha capacitado a grupos nacionales que trabajan en el diseño de planes de prevención y mitigación de los fenómenos naturales más frecuentes en el país, como temblores, desbordamientos de ríos e inundaciones.

32. Promoción y protección de la salud. El país ha reconocido y asimilado esta prioridad programática a través de la asignación de recursos a nivel nacional, regional y municipal. Se han formulado proyectos importantes de desarrollo integral de algunas comunidades en la zona cafetera del país, así como en la costa pacífica. Existe en el Ministerio de Salud una estructura técnica y normativa, para la promoción y prevención y la formulación de proyectos de trabajo integral en "municipios saludables".

33. Protección y desarrollo ambiental. Los siguientes tres hechos recientemente ocurridos orientan el desarrollo del sector: a) la creación en 1994 del Ministerio de Desarrollo ambiental; b) la formulación del plan ambiental para el país en 1994 y c) el reconocimiento prioritario en el pacto social - plan nacional de desarrollo 1994-1998. Se define un plan de inversiones en promoción y protección del ambiente para el país, orientado a promover el desarrollo tecnológico, la investigación y la capacitación de los recursos humanos en las áreas de evaluación y control de riesgos ambientales. Estos planes consideran además el desarrollo institucional y la participación de los gobiernos locales y las comunidades.

34. Prevención y control de enfermedades: En 1994, ha seguido aumentando la cobertura de vacunación para la poliomielitis (93%), la difteria, pertusis y tétanos (DPT:89%) y BCG (93%). La cobertura contra el sarampión alcanza 82% cifra insuficiente dentro del plan de eliminación. En mayo de 1994 se cumplieron tres años desde la detección del último caso de poliomielitis causado por el virus salvaje y se mantuvo un cumplimiento adecuado de los cinco indicadores para la certificación de la erradicación de la poliomielitis durante todo el año. En 1994 se notificaron 61 casos de tétanos neonatal, con una tasa de 0.07 por 1000 RN. En los municipios de alto riesgo de tétanos neonatal se esta vacunando a las mujeres de edad fértil.

35. A pesar de carecer de un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos (VETA), la información epidemiológica indica que por lo menos 31% de los casos de enfermedad atendidos en consulta externa, tiene su origen en infecciones intestinales y parasitarias, las que también dan lugar a 6% de los egresos hospitalarios.

36. Se han logrado algunos avances en la prevención y control de zoonosis; la rabia urbana muestra un descenso notable en la característica humana y animal que coloca al país muy cerca de su eliminación. La prevalencia de animales

tuberculino-reactores se ha reducido; la fiebre aftosa muestra una situación epidémica con brotes en algunas regiones; la encefalitis equina no muestra actividad.

37. La asignación de recursos nacionales es insuficiente para atender esta área programática. Se hacen esfuerzos por incrementar los recursos a través de proyectos especiales de cofinanciamiento en los que participan entidades nacionales e internacionales.

Prioridades nacionales para cooperación técnica

38. Las bases del plan nacional de desarrollo 1994-1998 en el documento "El Salto Social", resume las siguientes áreas de trabajo prioritarias en salud para Colombia: a) Seguridad Social en salud: Seguridad acceso universal y equitativo a servicios de salud preventivos y curativos; Mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicios; Organización y gestión descentralizada del sector; Garantía de calidad de los servicios; Ciencia y tecnología para la salud. b) Programas para la niñez: Movilización en torno a la niñez; Protección, desarrollo y bienestar de la niñez; Programas especiales para menores en situaciones regulares; Desarrollo institucional. c) Tercera edad. d) Prevención y atención a la discapacidad. e) Fortalecimiento de las cajas de compensación. f) Plan del agua: Aumento de las coberturas y mejoramiento de la calidad del agua. Modernización institucional; Fortalecimiento del esquema de financiamiento. g) Prevención y atención de desastres y rehabilitación de zonas afectadas. h) Política de equidad y participación de la mujer. i) Desarrollo y consolidación de los derechos de los pueblos indígenas y comunidades negras.

39. En enero de 1995, según documento COMPES de salud-2756, DFNP-UFDS (4), los objetivos del plan de salud y seguridad social para el cuatrienio aprobados son: a) Mejorar las condiciones de salud de la población, de tal manera que se disminuya en un 20% los años de vida saludable perdidos, se reduzca la mortalidad infantil en un 15% y la tasa de mortalidad materna en un 50%, y se aumente en un año la esperanza de vida al nacer. b) Ampliar la cobertura de la seguridad social, duplicando la cobertura actual del régimen contributivo y afiliando al régimen subsidiado al 80% de la población más pobre y vulnerable, para pasar de una cobertura global de la seguridad social del 20% al 71% en 1998. c) Asegurar la atención de salud a la población no afiliada y su incorporación progresiva a los servicios integrales de salud a través del sistema general de seguridad social. d) Desarrollar la capacidad técnica, administrativa y financiera de las instituciones estatales del sector, con el fin de ajustarlas a las nuevas exigencias del sistema, actualizando su infraestructura y dotación donde sea necesario, y mejorando las condiciones laborales del personal vinculado. e) Promover el desarrollo científico y tecnológico del sector, orientado a mejorar la prevención, el diagnóstico y la atención en salud, así como al desarrollo de la tecnología adecuada. f) Avanzar en el manejo descentralizado de los servicios públicos de salud, y adecuar el sistema público al marco del sistema de seguridad social en salud. g) Desarrollar y aplicar los mecanismos que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención.

40. Los objetivos se lograrán con la puesta en marcha de los siguientes programas: (a) acceso universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos; (b) mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicio; (c) gestión descentralizada y capacidad técnica del sector; (d) garantía de calidad de los servicios; y (e) ciencia y tecnología para la salud.

41. Referencias

1. Informe preliminar sobre censo de población, octubre 1993. Departamento nacional de estadísticas de Colombia, Dane, enero de 1995.
2. El salto social. Bases para el plan nacional del desarrollo 1994-1998. Departamento nacional de planeación. Presidencia de la república, diciembre de 1994.
3. Situación de salud materno infantil en Colombia, 1960-1994. Doctora Magda Palacios. Febrero de 1995.
4. Seguridad social en salud. Documento CONPES-2756, DFNP-UFDS, Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia. Enero de 1995.
5. Foro de seguridad social en América Latina. Conclusiones preliminares. Medellín, Colombia. Marzo de 1995.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

42. El otorgamiento de la cooperación técnica, entendida como un mecanismo de transferencia de conocimientos y experiencias que permiten el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, se ha basado en dos estrategias: a) Para su organización interna en proyectos se basa en las cinco orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) cuatrienales 1995-1998. b) En los contenidos de cada proyecto se fundamenta en las prioridades nacionales, las cuales hemos agrupado de acuerdo a las cinco OEP.

43. La cooperación técnica que originalmente era totalmente de respuesta, también se ha tornado en propuestas, para todo el país con énfasis en el Ministerio de Salud, basada en los intereses del país y el análisis de situación.

44. La taxonomía de la cooperación técnica con sus enfoques funcionales de apoyo a políticas, planes y normas; diseminación de la información; movilización de recursos, adiestramiento y asesoría técnica directa en el contexto de proyectos cooperativos con resultados concretos son la base de la construcción de nuestra programación.

45. Importante es resaltar que el personal de la representación en Colombia en su momento y después los altos funcionarios del Ministerio de Salud tuvieron oportunidad de llevar a cabo talleres sobre enfoque lógico, lo cual ha permitido la readecuación de nuestras propuestas programáticas.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Control y prevención de enfermedades: a) incrementar coberturas actuales de vacunación y fortalecer acciones del programa ampliado de inmunizaciones para

mantener la erradicación de la poliomielitis y del tétanos neonatal, eliminar el sarampión y aumentar la cobertura con la vacuna B antihepatitis. b) mejorar la práctica de la vigilancia epidemiológica además de operacionalizar un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos. c) disminuir la morbimortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, mediante el desarrollo de acciones de salud específicas en la población. d) disminuir la prevalencia de zoonosis y mejorar los índices de productividad de la ganadería a través del control de la fiebre aftosa.

2. Salud y desarrollo humano: a) Promover el desarrollo científico y tecnológico del sector, orientado a mejorar la prevención, el diagnóstico y la atención en salud, así como al desarrollo de la tecnología adecuada. b) Fortalecer la capacidad del sector sanitario en el análisis de su información y toma de decisión para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población y la participación en procesos de desarrollo.

3. Desarrollo y protección del ambiente: a) Ampliar la cobertura de servicios de abastecimiento de agua, de disposición de excretas y basuras, además de la reducción de contaminantes ambientales que permita un desarrollo ambiental sostenible, que garantice una buena relación naturaleza sociedad en proyectos municipales.

4. Promoción y protección de la salud. a) mejorar la calidad de vida de la población mediante la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tendientes a la implantación de una cultura de la salud. b) atender a los grupos vulnerables marginados de la población en especial los niños, adolescentes, mujeres gestantes, tercera edad, incluyendo además de un paquete básico de servicios, intervenciones nutricionales y de salud mental.

5. Desarrollo de sistema y servicios de salud. a) ampliar la cobertura de atención de la salud de la población, a través del sistema general de seguridad social, fortaleciendo el proceso de descentralización y la capacidad técnica, administrativa y financiera de las instituciones estatales del sector. b) impulsar el proceso de acreditación de los programas de formación de los profesionales de la salud. c) lograr que los medicamentos esenciales estén al alcance de la población, sean utilizados bajo sistema de uso racional y cumplan requisitos de calidad, dentro de una política nacional de medicamentos y dentro de contexto institucional del nuevo sistema de seguridad social.

6. Dar cumplimiento a los acuerdos de la REMSAA y cooperación andina en salud (CAS), con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de la región andina.

7. Gestión de la cooperación técnica que responde a las necesidades del país.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Fortalecer las acciones del programa e incrementar las coberturas con la finalidad de: fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica. Consolidar la erradicación de la poliomielitis, eliminar el sarampión y el tétanos neonatal y controlar la hepatitis B. Disminuir la morbimortalidad prevenible por enfermedades transmisibles y no transmisibles, enfermedades transmitidas por alimentos y zoonosis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá capacitado al personal nacional en la metodología de investigación epidemiológica.
2. Se habrá difundido metodologías recientes para la readecuación del sistema de información del sector.
3. Se habrá capacitado al personal de salud en el proceso de descentralización de programas y servicios.
4. Se habrá capacitado el personal de salud en aspectos relacionados con la prevención y control de enfermedades.
5. Se habrán difundido en el país los compromisos de cooperación técnica entre los países andinos.
6. Se habrá desarrollado y difundido una metodología educativa en prevención de zoonosis

1. Las 33 direcciones seccionales de salud tendrán el sistema de información para la vigilancia epidemiológica operando a través de la red satélite.

2. Ausencia de casos de poliomielitis en el territorio nacional, disminuir en un 95% de incidencia por sarampión y disminuir el 75% de los casos de tétanos con relación a 1995.

3. Disminuir la morbilidad en enfermedades transmisibles en un 10%, y especialmente: disminuir la tasa de prevalencia de lepra a 1.8 por 10,000; eliminación de la oncocercosis y pian; control de brotes de cólera;

4. Ausencia de casos de rabia humana y animal en las cinco ciudades principales del país.

5. Contar con un plan de enfermedades crónicas operando en el 50% de las direcciones seccionales de salud en 1997.

1. Por lo menos un profesional de cada una de las 33 direcciones seccionales de salud, de las seccionales del instituto de seguro social y de las universidades estará capacitado en metodología de investigación epidemiológica.

2. El 100% de las instituciones antes mencionadas tendrán los manuales y protocolos para realizar investigaciones epidemiológicas.

1. El 100% de los técnicos nacionales encargados del sistema de información capacitados en los avances para la readecuación del sistema de información.

1. Por lo menos un profesional de cada una de las 33 direcciones seccionales de la salud se habrá capacitado en el proceso de descentralización de programas y servicios.

2. Por lo menos se habrá realizado una investigación de evaluación de programas y servicios por año en las 33 direcciones seccionales de salud.

1. Por lo menos un profesional de las 33 direcciones seccionales de salud estará capacitado en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles.

1. 100% de los grupos técnicos nacionales informados de los compromisos de cooperación técnica de la región andina y países fronterizos.

1. Metodología educativa desarrollada en 1996.

2. Al menos un funcionario de veinte silos de Bogotá capacitado en el uso del material educativo para la prevención de zoonosis.

3. Al menos un funcionario de las 33 direcciones seccionales de salud capacitado en el uso del material educativo para la prevención de zoonosis.

Objetivos

7. Se habrá difundido información y capacitación sobre vigilancia epidemiológica de las encefalitis equina, rabia humana o animal, tuberculosis bovina.

8. Se habrán realizado actividades de capacitación e intercambio de experiencias para promover la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles

9. Se habrán realizado actividades de capacitación e intercambio de experiencias para promover la vacunación en los municipios críticos.

10. Se habrá capacitado y difundido información actualizada sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA.

11. Se habrá apoyado la formulación del programa nacional de control de alimentos.

12. Se habrá capacitado en sistema VEETA (Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Alimento) y estudios de riesgo por ETA y difundido el sistema HACCP (Hazard Analysis of Critical Control Points) en industria y sector oficial de inspección.

13. Se habrán difundido los principios Para manejo higiénico De alimentos Entre maestros de primaria y consumidores y vendedores callejeros de alimentos

14. Establecer un programa de capacitación sobre garantía de calidad de laboratorios y bancos de sangre del Ministerio de Salud, seguridad social y ONG, con énfasis en las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia en el país (VIH, sífilis, VHG, VHC, T.cruzi y otras.

15. Haber capacitado al personal técnico de las direcciones seccionales de salud y seguridad social, sobre técnicos de diseño y de planes operativos para atender las enfermedades crónicas de las áreas bajo su responsabilidad.

Indicadores

1. Por lo menos un profesional de las 33 direcciones seccionales de salud Capacitado por año en aspectos relacionados con la prevención y control de enfermedades.

1. Por lo menos un profesional responsable de zoonosis en lo 33 departamentos, contara con información actualizada y habrá sido capacitado de vigilancia epidemiológica de encefalitis, rabia humana o animal y tuberculosis bovina.

2. El 100% de las direcciones seccionales de salud recibirán material científico referente a enfermedades inmunoprevenibles .

1. En 100% de los municipios críticos se habrá evaluado el programa de inmunizaciones.

1. El 100% de los grupos de técnicos nacionales encargados del programa tendrán disponible información reciente sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA

2. El 100% de las 33 direcciones seccionales de salud tendrán material educativo referente a las enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA

1. Propuesta de programa nacional integrado de protección de alimentos.

1. Funcionarios en 4 Departamentos capacitadas en el uso del sistema VEETA.

2. Estudio de riesgo realizado en 1 localidad a finales de 1997

3. 50% de los técnicos de pesquera y mataderos de exportación capacitado en el sistema HACCP.

4. 100% de los inspectores oficiales capacitados en el sistema de verificación de HACCP a finales de 1997.

1. Manual de manejo higiénico de alimentos para maestros y escolares editado a finales de 1996

2. Manual entregado al 100% de las seccionales de educación y ONG's que protegen el consumidor a finales de 1997.

3. Manual entregado al 100% de las seccionales de educación y ONG's que protegen el consumidor a finales de 1997.

1. El 100% de los laboratorios y bancos de sangre del país estarán capacitados sobre un programa de garantía de calidad para el año 1997.

1. Al menos un funcionario de la mitad de las direcciones seccionales de salud y Seguridad social capacitado en la formulación de un plan de atención de enfermedades crónicas en 1997.

Objetivos

PROYECTO 2: DESARROLLO CIENTIFICO Y TECNOLÓGICO

PROPOSITO

Promover el desarrollo científico y tecnológico del sector a través de la aplicación de la Ley 100 y reforma sectorial; lograr que 15 millones de personas tengan acceso al régimen contributivo y 12 millones al régimen subsidiado en o antes de 1997 (meta del gobierno Samper).

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber capacitado a técnicos del nivel central del Ministerio de Salud y de la seguridad social sobre las tendencias actuales de los sistemas de información a nivel internacional, en 1996.
2. Se habrá capacitado al personal de las seccionales de salud y el instituto de seguro social (ISS) sobre la metodología usada para priorización de problema de salud, en 1996.
3. Se habrá capacitado a grupos técnicos del nivel central del Ministerio de Salud y de la seguridad social sobre la metodología de diseño de programas de desarrollo a grupos postergados.
4. Se habrá establecido un programa de garantía de calidad en la producción de vacunas para la prevención de las enfermedades transmisibles, en 1996.
5. Haber establecido un programa de desarrollo de la biotecnología, en el país, en 1996.
6. Haber establecido un programa para capacitación sobre nuevas técnicas y metodología de difusión de información científica.

PROYECTO 3: SANEAMIENTO AMBIENTAL

PROPOSITO

Mejorar los servicios básicos de provisión de agua, disposición de excretas y de residuos; además de reducir la contaminación ambiental para alcanzar niveles de equidad y de universalidad dentro de un marco de protección a la salud y al desarrollo sostenible.

Indicadores

1. Realizar estudios actuariales sobre la aplicación de la Ley 100, a nivel nacional, departamental y municipal, en 1996.
2. Desarrollar el componente educativo de la aplicación de la Ley 100, a nivel nacional, departamental y municipal, en 1996
3. Revisar y adecuar los sistemas de información del sector salud de acuerdo a las necesidades que plantea la reforma (Ley 100), en 1997.
4. Realizar investigaciones de costo/eficiencia en la aplicación de la Ley 100 durante 1996-1997.
5. Realizar una investigación y capacitación de los recursos humanos del sector de acuerdo con las necesidades que plantea la reforma del sector, en 1996-1997.
6. Elaborar planes nacionales y locales que incluyan estrategias para atender los problemas prioritarios de salud, en 1996-1997.

1. El 100% del personal del Ministerio de Salud y de el de la seguridad social actualizado en la metodología de diseño de sistemas de información para 1996.

1. El 50% del personal de las seccionales de salud y seccionales ISS capacitados en la metodología usada para priorización de problemas de salud, en 1996.

1. El 100% del personal técnico del nivel central del Ministerio de Salud y de la seguridad social capacitado sobre la metodología para diseño de programas de desarrollo en 1996

1. El 100% del personal técnico, del área de producción de vacunas del INS, capacitado en programas de garantía de calidad en 1996.

1. El 100% del personal del Ministerio de Salud capacitado en el diseño de programas de desarrollo de biotecnología, en 1996.

1. El 100% del personal técnico del Ministerio de Salud (nivel central) un profesional de cada facultad de medicina, capacitado sobre las nuevas técnicas y la metodología de difusión de información científica, en 1996.

1. Alcanzar, a nivel nacional, coberturas de 88% de la población con acueductos y de 76% en alcantarillado En 1997.

2. Reducción del agua no contabilizada del 50% al 33%, con horizonte para 1997.

3. Fortalecimiento de los sistemas de disposición de residuos sólidos en 20 municipios.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá realizado la difusión de las técnicas y métodos de preparación y ejecución de proyectos para la capacitación de los prestadores de servicios de agua y alcantarillado.
2. Se habrán difundido las técnicas de macro medición, micro medición y de controles de conexiones clandestinas y de fugas, para el fortalecimiento de la capacidad en el control de pérdidas de agua.
3. Se habrán difundido los métodos para la descentralización, especialización funcional y competencia para la consolidación institucional y modernización de los servicios de agua y alcantarillado.
4. Se habrá promovido la difusión y la aplicación del material educativo en los cursos de capacitación para preparativos en situaciones de desastres naturales en los servicios de agua potable, previo estudio de vulnerabilidad.
5. Se habrán difundido los nuevos documentos referentes al mejoramiento de la calidad ambiental.
6. Se habrá contribuido a la difusión de las guías internacionales sobre residuos sólidos y peligrosos, aire, ruido, vertimiento, emisiones líquidas y gaseosas.
7. Se habrá promovido la inclusión de Colombia en el programa internacional de seguridad de sustancias químicas (IPCS), y se habrá promovido la difusión de los documentos sobre sustancias químicas, producidas por el IPCS, haciendo énfasis en plaguicidas y metales pesados.

Indicadores

1. 33 secretarías de salud contarán con técnicas y métodos de preparación de proyectos
 2. 33 ingenieros responsables del área ambiental, de los 33 departamentos capacitados en la formulación y supervisión de proyectos.
1. 33 secretarías de salud contarán con la información actualizada para el fin del bienio.
 2. 33 ingenieros capacitados en las técnicas de macro medición, micromedición y control de conexiones clandestinas y de fugas.
 3. Seis municipios contarán con programas de disminución de pérdidas de agua.
1. 100% de los municipios contarán con la información sobre descentralización, especialización funcional y competencia en los servicios de agua y alcantarillado.
 2. 33 gerentes de los servicios de agua y alcantarillado, capacitados en el tema de modernización institucional.
1. El 100% de los Municipios dispondrán del material educativo para capacitación de preparativos en situaciones de desastre.
 2. 33 ingenieros/gerentes de los servicios de agua potable de los 33 departamentos, capacitados en el tema de prevención, preparativos y mitigación de desastres con relación a agua potable.
 3. Dos planes formulados para preparativos para situaciones de desastres naturales.
1. 33 secretarías de salud contarán con los documentos sobre calidad ambiental al final del bienio.
 2. 33 secretarías de salud tendrán por lo menos un profesional del área de calidad ambiental capacitado en temas de mejoramiento del ambiente.
1. El Ministerio de Salud habrá recibido los criterios internacionales, sobre las 7 áreas, que le servirán para la elaboración de normas nacionales.
1. Colombia incluida como participante del IPCS.
 2. Por lo menos un profesional de cada una de las 33 secretarías de salud capacitado y participante en las actividades del IPCS.
 3. 100% de los documentos distribuidos por el IPCS estarán en poder de los ministerios de salud.

Objetivos

PROYECTO 4: PROMOCION DE LA SALUD

PROPOSITO

Se habrán desarrollado acciones de promoción de la salud para mejorar las condiciones de vida de todos los grupos poblacionales y promover programas y proyectos intersectoriales para el desarrollo de los municipios saludables.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El país contara con un instrumento de antropometría materna en los SSS (Servicios Seccionales de Salud) del país.
2. Se habrá proporcionado capacitación y difusión de la información a los SSS (Servicios Seccionales de Salud), para contribuir a consolidar la red de atención materno perinatal de referencia.
3. Se habrá informado a los Servicios Seccionales de Salud para consolidar los comités de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna perinatal.
4. Se habrá difundido información para desarrollar un programa de atención integral al adolescente en los servicios de salud.
5. Se habrá difundido información sobre la tercera edad.

Indicadores

1. 50% de los municipios estarán realizando proyectos de promoción de la salud al final de 1997.
2. Reducir la tasa de mortalidad materna en un 50% y reducir la tasa de mortalidad perinatal en un 20% en el período 1995 y 1998 reducir la tasa de mortalidad infantil en un 15% en el período de 1995 y 1998.
3. Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 66% a 70% en el período 1995 y 1998.
 1. Para el primero de enero de 1996 se dispondrá de un instrumento de antropometría materna validado en el país.
 2. Al menos 30% de los profesionales de SMI (Salud Materno-Infantil) de los SSS (Servicios Seccionales de Salud), del país estarán capacitados en el uso del instrumento de antropometría materna al finalizar el período de 1997.
 3. Al menos 30% de las instituciones docentes de salud, a nivel superior que enseña salud materno-infantil, serán capacitadas en el uso del instrumento en sus cátedras al finalizar el período.
 1. En enero de 1996 estará disponible un documento que explícita la política de salud materno-infantil y que adopta como estrategia la red de atención materna-perinatal.
 2. Al menos 30% de los SSS (Servicios Seccionales de Salud), habrán sido capacitados en la estrategia para integrar la red de atención materna perinatal en su servicio, al finalizar el período.
 3. Al menos 30% de los profesionales responsables de prestación de servicios de salud materno-infantil en hospitales de máxima referencia formarán parte de la red de atención materno-perinatal en el 30% de los Servicios Seccionales de Salud.
 1. Dos personas capacitadas de cada Servicio Seccional de Salud (66 personas) para poner en marcha en su departamento los comités de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna perinatal (COVES).
 2. Todos los encargados de COVES estarán capacitados en el análisis de las muertes obstétricas directas a finales de 1997.
 1. Al final del período al menos un funcionario del 50% de los 34 SSS (Servicios Seccionales de Salud) estarán capacitados para desarrollar centros de atención integral al adolescente.
 2. Al final el período 30% de las instituciones de salud que efectúan enseñanza superior habrán conocido las metodologías para la enseñanza de la atención de salud integral del adolescente.
 1. Al menos un funcionario del 50% de los departamentos (34) recibirán información para formular proyectos de tercera edad.

Objetivos

6. Se habrá apoyado la elaboración y difusión de un proyecto de promoción de la salud en el ambiente laboral con el ISS (Instituto de Seguro Social).

7. Se habrá apoyado la elaboración de proyectos de educación y comunicación social a nivel local.

8. Se habrá apoyado la coordinación intersectorial por medio de difusión de información para el desarrollo de proyectos de salud mental indicando temas de tabaco, alcohol y drogas.

9. Se habrá apoyado la evaluación de la utilización del presupuesto para actividades de promoción de la salud de los municipios descentralizados.

10. Se habrá capacitado a grupos locales intersectoriales en estrategias de promoción de la salud y de evaluación para abordar la promoción de la salud a nivel local.

11. Se habrán capacitado en estrategias de la reducción de la violencia y difundido el programa de vigilancia de la violencia.

12. Haber apoyado la capacitación sobre proyectos de educación nutricional en el nivel local.

Indicadores

1. Un proyecto elaborado para el nivel central del ISS (Instituto de Seguro Social) sobre promoción de la salud en el trabajo a finales de 1996.

2. Por lo menos 20% de seccionales del ISS (Instituto de Seguro Social), capacitados en proyecto de promoción de la salud a finales de 1997.

1. Por lo menos cinco proyectos locales de comunicación social elaborados (3 para Municipios de mediano tamaño y 2 para municipios pequeños).

2. Dos actividades de capacitación en comunicación social en salud realizadas para al menos 34 comunicadores sociales.

1. Las dos compañías privadas productoras de alcohol recibirán 2 veces al año información actualizada sobre campañas para el consumo moderado de alcohol y su relación con la prevención de accidentes de tránsito.

2. Comunicación científica sobre riesgos para la salud del uso de tabaco difundida al comité de tabaco (Ministerio de Salud, Instituto de Cancerología y Liga Colombiana contra el Cáncer).

3. Riesgos para la salud del uso del tabaco y drogas difundidos a los municipios que estén realizando proyectos de promoción de la salud.

1. En 2 municipios descentralizados se obtendrá la evaluación de proyectos de promoción en relación al gasto realizado (provenientes de fondos asignados por Ley 60) a finales de 1998.

1. Por lo menos 25% de los proyectos municipales de promoción de la salud conocerán el instrumento de evaluación de promoción de la salud al finalizar 1997

2. 20 municipios con proyectos de promoción De la salud en marcha a finales de 1998.

1. 3 municipios con alta prevalencia de violencia conocen el programa de vigilancia de la violencia desarrollado en Cali a finales de 1998.

2. Documento proyecto sobre estrategias intersectoriales para prevenir la violencia formulado y discutido con otros sectores que trabajan en grupos prioritarios.

1. Por lo menos 40 profesionales de salud capacitados con los manuales sobre lactancia materna elaborados por la OPS regional.

2. Por lo menos 10 municipios con proyectos de educación nutricional en marcha

3. Capacitación en el diagnóstico de la prevalencia de carencias de micronutrientes (fe, i) por departamento finalizado en 1997.

Objetivos

PROYECTO 5: DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Extender la cobertura de atención a la salud mediante el sistema nacional de seguridad social integral, fortaleciendo la descentralización, y garantizar calidad de la atención, desarrollando servicios de salud eficaces, eficientes y más justos e igualitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá apoyado las actividades del Ministerio de Salud respecto a la organización y gestión de sistemas de salud basados en la atención primaria para lograr acceso universal a la atención sanitaria.

2. Se habrán apoyado los esfuerzos del sector salud en proyectos locales dirigidos a grupos prioritarios de la población, incluyendo investigaciones sobre servicios de salud, medicina tradicional y salud de los indígenas.

3. Se habrá apoyado al país en la prevención de las discapacidades y rehabilitación.

4. Se habrán promovido en las instituciones del sector las acciones que garanticen calidad de la atención de los usuarios, así como la evaluación de la tecnología sanitaria.

5. Se habrá actuado oportunamente en el apoyo a Colombia en preparativos, prevención y mitigación en casos de desastres.

6. Se habrá coordinado con las instituciones formadoras para la preparación de los recursos humanos que asumirán los cambios derivados de la reforma del sector salud.

7. Se habrá hecho conocer y se habrá promovido el uso a los medicamentos esenciales bajo nombre genérico.

Indicadores

1. Aumento a 1997 del 23% de la cobertura total actual conforme a lo establecido la red de solidaridad del gobierno de la república.

2. Cumplimiento en 100% del plan operativo de la dirección general de servicios de salud del Ministerio de Salud.

3. Establecimiento de un sistema de garantía de calidad, conforme a lo señalado en la Ley 100.

1. Al menos dos funcionarios de tres municipios capacitados en la validación de metodologías de gestión y descentralización.

2. Al menos un funcionario encargado de atención primaria capacitado en apoyar las políticas, normas y procedimientos de la atención primaria al menos en cinco departamentos.

1. Al menos dos investigaciones operativas basadas en la aplicación del Sistema de selección de beneficiarios (SISBEN) para la aplicación del régimen subsidiado.

1. Política de rehabilitación formulada en el primer año y difusión completada de las políticas al final del segundo año.

2. Capacitación al menos en cinco departamentos sobre la aplicación de las normas institucionales al respecto al menos un funcionario de la dirección seccional de salud.

1. Sistema de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud formulado y presentado a las autoridades nacionales.

2. Sistema de garantía de calidad en el primer nivel de atención con aplicación de medicina familiar formulado y presentado por las autoridades nacionales.

1. Capacitación al 100% de los responsables de estas acciones a nivel oficial utilizando los manuales de la oficina central OPS.

1. Capacitación de recursos en las universidades sobre gestión de la atención médica al menos en 5 universidades.

2. Establecimiento de cursos de administración estratégica al menos en tres departamentos.

1. En una muestra representativa de entidades de seguridad social se encuentra que > 70% de los prescriptores han recibido alguna información o capacitación sobre los medicamentos esenciales y su uso bajo nombres genéricos.

Objetivos

8. Se habrá mejorado la capacidad y calidad de vigilancia y control de medicamentos en el país.

Indicadores

2. Todas las direcciones seccionales (34) conocerán la propuesta de las cooperativas de hospitales y el 100% de las cooperativas de compra de medicamentos existentes habrán recibido asistencia técnica sobre los aspectos técnicos, administrativos y financieros de su actividad.

3. No menos del 80% de las facultades de medicina del país, habrán recibido información sobre el uso racional de los medicamentos y su incorporación en el curriculum de los estudios médicos.

1. No menos del 80% de los funcionarios del INVIMA (Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) habrán participado en actividades de capacitación.

2. No menos del 80% de los responsables de la vigilancia y control de medicamentos en las (34) direcciones seccionales habrán participado en actividades de capacitación.

3. Se habrá puesto a disposición del INVIMA el sistema automatizado de registro de medicamentos SIAMED y se habrá capacitado a los funcionarios para su cabal utilización.

4. No menos de 100 laboratorios farmacéuticos habrán participado en actividades de capacitación sobre BPM (buenas prácticas de manufactura) para formular su plan de ajuste.

5. Se habrá contribuido a la formulación de una propuesta para cada reunión de discusión de procesos andinos de integración en medicamentos, y se habrán proporcionado los recursos necesarios para la participación en ellas de los delegados del país.

PROYECTO 6: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Dar cumplimiento a los acuerdos de la REMSAA y cooperación andina en salud (CAS), con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de la región andina.

1. Organizar los recursos dentro de los sistemas de salud para establecer servicios de calidad en el área Andina durante 1996-1997

2. Reducir la mortalidad materna en un 20% y mejorar la atención integral del niño incrementando la cobertura de un 15% de esta población en el período 1996-1997.

3. Fortalecer la capacidad de investigación y vigilancia epidemiológica en los grupos técnicos nacionales del área andina en el período 1996-1997.

4. Fortalecer la red de laboratorios de las instituciones de salud en el período 1996-1997.

5. Elevar la cobertura de servicios de saneamiento básico en un 10% de la población desprotegida en el período 1996-1997.

6. Establecer mecanismos de coordinación para mantener iniciativas articuladoras intra e intersectoriales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber establecido sistemas de información epidemiológica (conjunta y coordinadamente) en áreas fronterizas.

1. 100% de las áreas de frontera de Colombia con sistema de información funcionando, en coordinación con los países vecinos, en 1997.

Objetivos

2. Haber desarrollado y puesto en marcha un sistema de vigilancia epidemiológica en áreas fronterizas de Colombia con los países vecinos.

3. Haber desarrollado y aplicado programas de promoción y prevención de condiciones de salud prioritarias en áreas fronterizas, en forma conjunta con los países vecinos.

4. Haber elevado la cobertura de servicios de saneamiento básico en áreas fronterizas del país en un 10%.

5. Fomentar la cooperación técnica en el área de atención materno-infantil con el Ecuador

PROYECTO 7: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO

Gestión de la cooperación técnica que responda a las necesidades del país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento de la representación: Contar con oficina propia y sede adecuada para la representación.

2. Personal de apoyo OPS altamente calificado.

3. Reducción de personal de apoyo en régimen de contratación (por agencia) para la representación.

4. Personal calificado y actualizado en técnicas administrativas, manejo de red, técnica secretariales y conocimiento de cooperación técnica.

5. Mayor eficiencia y eficacia en la coordinación de la representación elevando la imagen de la organización

6. Mejoramiento de la entrega de cooperación técnica

Indicadores

1. 100% de las áreas de frontera de Colombia con un sistema de vigilancia epidemiológica funcionando en coordinación con los países vecinos en 1997.

1. Al menos cuatro condiciones de salud prioritarias contarán con un programa de atención binacional o multinacional en 1997.

1. 10% de la población desprotegida de los servicios de saneamiento básico en áreas fronterizas del país contarán con ellos en 1997

1. Reducir en 10% la mortalidad materna e incrementar la cobertura de atención integral al niño en un 15% en área fronteriza Colombo-Ecuatoriana en 1997.

1. Por lo menos 90% de las actividades propuesta se realicen según lo programado

1. Donación de terreno

2. Construcción para la sede

1. 80% puestos OPS apoyando la administración.

1. Contratación de por lo menos 5 personas de apoyo a través de instituciones nacionales

1. Tres cursos para el 100% del personal de la representación en el reforzamiento de la técnicas administrativas, computacionales y técnicas secretariales y de cooperación técnica

1. 12 reuniones internas de revisión de la coordinación de las actividades desarrolladas en la representación.

1. Una reunión anual para análisis de la entrega de la cooperación técnica (personal interno PWR).

2. Una reunión de evaluación conjunta de la cooperación con autoridades nacionales.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,538,000	37.3	1,893,500	39.3	2,049,900	38.5
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,025,500	24.9	1,307,300	27.1	1,398,200	26.3
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 1,025,500	24.9	1,307,300	27.1	1,398,200	26.3
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	411,900	10.0	469,900	9.8	517,300	9.7
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 411,900	10.0	469,900	9.8	517,300	9.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	100,600	2.4	116,300	2.4	134,400	2.5
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 100,600	2.4	116,300	2.4	134,400	2.5
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,171,300	28.6	1,324,500	27.5	1,481,800	27.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,113,600	27.2	1,262,700	26.2	1,415,500	26.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 1,113,600	27.2	1,262,700	26.2	1,415,500	26.7
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	57,700	1.4	61,800	1.3	66,300	1.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 57,700	1.4	61,800	1.3	66,300	1.2
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	82,600	2.0	93,600	1.9	106,400	2.0
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	82,600	2.0	93,600	1.9	106,400	2.0
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 82,600	2.0	93,600	1.9	106,400	2.0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	465,200	11.3	528,600	11.0	582,400	11.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	465,200	11.3	528,600	11.0	582,400	11.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 465,200	11.3	528,600	11.0	582,400	11.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	857,800	20.8	977,000	20.3	1,095,000	20.6
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	242,200	5.9	276,100	5.7	315,200	5.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 242,200	5.9	276,100	5.7	315,200	5.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	478,400	11.6	548,100	11.4	608,900	11.5
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 478,400	11.6	548,100	11.4	608,900	11.5
SALUD PUBLICA VETERINARIA	137,200	3.3	152,800	3.2	170,900	3.2
ZOONOSIS	ZNS 137,200	3.3	152,800	3.2	170,900	3.2
GRAN TOTAL	4,114,900	100.0	4,817,200	100.0	5,315,500	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	217,400	8.3	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	217,400	8.3	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 217,400	8.3	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	758,700	29.2	150,000	84.4	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	509,800	19.6	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 509,800	19.6	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	248,900	9.6	150,000	84.4	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV 248,900	9.6	150,000	84.4	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	104,900	4.0	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	104,900	4.0	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 104,900	4.0	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	704,300	27.0	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	704,300	27.0	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 79,000	3.0	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA 625,300	24.0	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	818,900	31.5	27,800	15.6	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	469,100	18.0	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 159,300	6.1	0	-	0	-
SIDA	GPA 293,300	11.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCDD 16,500	.6	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	241,600	9.3	27,800	15.6	0	-	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCO	241,600	9.3	27,800	15.6	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	108,200	4.2	0	-	0	-	
ZOOONOSIS	ZNS	108,200	4.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	2,604,200	100.0	177,800	100.0	0	100.0	

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PUESTO PROF.	PERSONAL LOCAL	CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,822,200	2	4	703,800	70,900	70,700	10,000	90,800	275,400	0	600,600
OMS - WR	2,292,700	3	1	732,500	78,000	111,400	214,000	538,500	120,100	0	498,200
TOTAL	4,114,900	5	5	1,436,300	148,900	182,100	224,000	629,300	395,500	0	1,098,800
% DEL TOTAL	100.0			35.0	3.6	4.4	5.4	15.3	9.6	.0	26.7
1996-1997											
OPS - PR	1,930,200	2	3	649,900	70,900	83,000	10,000	105,000	317,100	0	694,300
OMS - WR	2,887,000	4	1	1,128,800	78,000	128,900	214,000	622,500	138,800	0	576,000
TOTAL	4,817,200	6	4	1,778,700	148,900	211,900	224,000	727,500	455,900	0	1,270,300
% DEL TOTAL	100.0			36.8	3.1	4.4	4.7	15.1	9.5	.0	26.4
1998-1999											
OPS - PR	2,102,700	1	3	635,800	70,900	96,000	10,000	121,300	366,500	0	802,200
OMS - WR	3,212,800	4	1	1,226,400	78,000	148,900	214,000	719,500	160,400	0	665,600
TOTAL	5,315,500	5	4	1,862,200	148,900	244,900	224,000	840,800	526,900	0	1,467,800
% DEL TOTAL	100.0			35.1	2.8	4.6	4.2	15.8	9.9	.0	27.6



COSTA RICA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población estimada para 1996 es de 3.448.250 habitantes, de los cuales 1.706.885 serán mujeres (49.5%) y 1.741.365 serán hombres (51.5%). Los mayores de 60 años alcanzarán el 7.0% (241.378 personas) del total de la población. De los mayores de 60 años, 53.1% serán mujeres y 46.9% serán hombres. La densidad demográfica, en 1996, será de 67.5 hbts/Km²; la cual alcanzará los 72.7 hbts/Km² en el año 2000.

2. El crecimiento de la población durante el quinquenio 1995-2000 se estima en 2.1%. La estructura de la población para el año 1996 se espera sea: 11.9% hasta 4 años, 22.6% de 5 a 14 años, 58.5% de 15 a 59 años y 7.0% de 60 años y más. La tasa de fecundidad es de 3.0% y la de natalidad 2.4%.

3. Se registraron 80164 nacimientos, en 1992, producto de 90132 embarazos, de los cuales un 10% termina en aborto; 36.3% de esos nacimientos son de madres solteras y el grupo de adolescentes (menores de 19 años) contribuyen en un 19% al total de los nacimientos. El 95% de los partos son atendidos en hospitales de la CCSS, lo cual representa un 39% de los egresos de la institución; 20% de los embarazos son calificados como de alto riesgo.

Indicadores del estado de salud

4. La mortalidad general reportada para 1992 (último año disponible) es de 3.9% habitantes y se espera que para el quinquenio 1995-2000 llegue a 4.16% habitantes. En este mismo quinquenio la esperanza de vida alcanzará 75.6 años, representados en 77 años para las mujeres y 72 para los hombres.

5. La mortalidad infantil reportada para 1993 es de 13.67%, siendo la mortalidad neonatal 8.7 por mil nacidos vivos y la residual (posneonatal) 5.0 por mil nacidos vivos. La mortalidad materna reportada es de 2.2 por 10.000 nacidos vivos.

6. Componentes principales de la mortalidad, 1992: El grupo menor de un año contribuyó con 8.9% a la mortalidad general. El principal grupo de causas de muertes (según los 17 grandes grupos) lo constituyen en primer lugar las afecciones del período perinatal con 521 muertes (tasa de 6.5 por mil nacidos vivos), en segundo lugar las anomalías congénitas con 126 muertes (tasa 3.8%) y en tercer lugar las enfermedades del aparato respiratorio con 126 muertes (tasa 1.6 por mil nacidos vivos). La prevalencia de bajo peso al nacer es de 7.0%.

7. El grupo de 1 a 4 años contribuyó con 1.7% a la mortalidad general. El principal grupo de causas lo constituyen, en primer lugar los traumatismos y envenenamientos con 51 muertes (tasa 16 por 100.000 habitantes), en segundo lugar las anomalías congénitas con 41 muertes (tasa 13/100.000 habitantes), en tercer lugar las enfermedades del aparato respiratorio con 26 muertes (tasa 8/100.000 habitantes), en cuarto lugar los tumores con 24 muertes (tasa 8/100.000

habitantes) y en quinto lugar las enfermedades infecciosas y parasitarias con 23 muertes (tasa 8/100.000 habitantes).

8. El grupo de 5 a 14 contribuyó con 1.8% a la mortalidad general. Siendo el primer grupo de causas las relacionadas con los traumatismos y envenenamientos con 86 muertes (tasa 12/10.000 habitantes), en segundo lugar los tumores con 42 muertes (tasa 6/100.000 habitantes), en tercer lugar las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos con 29 muertes (tasa 4/100.000 habitantes) y en cuarto lugar las enfermedades infecciosas y parasitarias con 11 muertes (tasa 2/100.000 habitantes).

9. El grupo de 15 a 49 años contribuyó con 17.2% a la mortalidad general. Siendo el primer grupo de causas las relacionadas con los traumatismos y envenenamientos con 809 muertes (49/100.000 habitantes), en segundo lugar los tumores con 381 muertes (tasa 23/100.000 habitantes), en tercer lugar las enfermedades del aparato circulatorio con 285 muertes (tasa 17/100.000 habitantes), en cuarto lugar las enfermedades del aparato digestivo con 149 muertes (tasa 9/100.000 habitantes) y en quinto lugar las enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad con 105 muertes (tasa 6/100.000 habitantes).

10. El grupo de 50 años y más contribuyó con 70.3% a la mortalidad general. Siendo el primer grupo de causas las relacionadas con las enfermedades del aparato circulatorio con 3449 muertes (tasa 876/100.000 habitantes), en segundo lugar los tumores con 2092 muertes (tasa 531/100.000 habitantes), en tercer lugar las enfermedades del aparato circulatorio con 983 muertes (tasa 250/100.000 habitantes), en cuarto lugar las enfermedades del aparato digestivo con 532 muertes (tasa 135/100.000 habitantes) y en quinto lugar los traumatismos y envenenamientos con 521 muertes (tasa 132/100.000 habitantes).

11. Componentes principales de la morbilidad: Las enfermedades susceptibles de prevención mediante la vacunación, tales como el sarampión ha fluctuado durante los últimos años en forma ostensible, ya que en 1989 la tasa fue 1.1/100.000 habitantes, en 1991 205.3/100.000 habitantes y descendió en 1993 a 24.3/100.000. En este año se realizó una campaña masiva nacional de vacunación que incluyó, además del sarampión, otras vacunas como la DPT y antipoliomielítica; los resultados preliminares aún no publicados parecen anotar hacia un incremento sustantivo en la cobertura por estas vacunas.

12. La malaria continúa siendo un problema local de salud pública, aunque también ha mostrado importantes fluctuaciones con tendencia a la disminución ya que 1142 casos reportados en 1990, 3247 en 1991, 9659 en 1992, en 1993 se registraron 4490 casos nuevos. La situación de esta enfermedad se ha visto agravada por la fuerte corriente migratoria interpaíses, por razones económicas.

13. A finales de 1993 apareció el dengue en la costa pacífica, en ese año se registraron 5998 casos, aunque se estima que pudieron haber sido más debido el país no tenía suficiente experiencia en esta enfermedad y muchos casos fueron diagnosticados como otras enfermedades febriles y algunos otros pasaron desapercibidos. A julio de 1994 se registraron 5740 casos de dengue. Aunque los casos clínicos están limitados a la costa pacífica, se teme la aparición de la enfermedad en otras regiones del país debido a que el *Aedes aegypti* ha sido detectado en otras localidades del territorio nacional.

14. Durante el primer semestre de 1994 no reportado ningún caso de cólera. En los últimos meses se detectaron nueve casos importados en la región fronteriza norte. No se registraron casos autóctonos.

15. El 35% de los niños controlados en la consulta de Crecimiento y Desarrollo y en las madres embarazadas presentan anemia por deficiencia de hierro. Por otro lado, la Cuarta Encuesta Nacional de Deficiencia de Yodo y Bocio endémico, realizada por el Ministerio de Salud entre 1989 y 1990, indica que, en la provincia de Guanacaste, la prevalencia de bocio endémico en la población es de 11.3%, misma que alcanza un 55.0% entre los niños en edad escolar.

16. Egresos Hospitalarios: En 1991, último año disponible, se reportaron 301.014 egresos. Los primeros siete diagnósticos de egresos fueron: infección intestinal mal definida con 5503 egresos (tasa 17.41/10.000 habitantes), Apendicitis aguda 4771 (tasa 15.10/10.000 habitantes), Asma 4548 (14.39/10.000 habitantes), Diabetes Mellitus 3955 (tasa 12.51/10.000 habitantes), Hernia inguinal 3892 (tasa 12.31/10.000 habitantes), Bronconeumonía 3725 (11.79/10.000 habitantes) y los Trastornos mentales 3604 (11.40/10.000 habitantes).

17. Salud Materno Infantil: Hubo 3602 egresos en menores de un año, debido a infección respiratoria aguda, lo cual arroja una tasa de 44.93 por 1.000 nacidos vivos.

18. Los cinco primeros diagnósticos de egresos, por IRA fueron: Bronconeumonía por organismo causal no-especificado 1629 (20.32 por 1.000 nv), Bronquitis y bronqueolitis aguda 1323 (tasa 16.50 por 1.000 nv), Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 179 (tasa 2.23/1.000 nv), otitis media supurativa y la no especificada 130 (tasa 16.2 por 10.000 nv) e Influenza 55 (0.69/1.000 nv).

19. Los egresos relacionados con las afecciones perinatales ascendieron a 10.632 con una tasa de 12.98 por 10.000 nv. Los cinco primeros diagnósticos de egreso fueron: Otras formas de ictericia perinatal 2944 (tasa 35.93/10.000 nv), Enfermedad hemolítica del feto o recién nacido debida a isosensibilización 1374 (tasa 16.77/10.000 nv), Infecciones propias del período perinatal 1178 (tasa 14.38/10.000 nv), Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con el peso bajo al nacer 1004 (tasa 12.25/10.000 nv) y Otras infecciones del feto o del recién nacido 852 (tasa 10.40/10.000 nv).

20. Se presentaron 48499 partos normales con una tasa 591.89/1.000 nv. Los egresos relacionados con el aborto fueron 9049 con una tasa de 110.44/1.000 nacidos vivos. Los primeros cinco diagnósticos fueron: aborto no especificado 7204 (tasa 87.92/1.000 nv), aborto retenido 667 (tasa 8.14/1.000 nv), Otro producto anormal de la concepción 487 (5.9/1.000 nv), Embarazo ectópico 412 (tasa 5.0/1.000 nv) y Mola hidatiforme 136 (tasa 1.7/1.000 nv).

21. Ocurrieron 20.988 egresos debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, con una tasa de 256.14/1.000 nv. Los tres principales diagnósticos fueron: Parto prematuro o amenaza de parto prematuro 11266 (tasa 137.49/1.000 nv), Hemorragia precoz del embarazo 1867 (tasa 22.79/1.000 nv) e Hipertensión que complica el embarazo, parto o puerperio 1845 (22.52/1.000 nv).

22. Ocurrieron 23997 complicaciones relacionadas con el curso del trabajo del parto y del parto, con una tasa 292.86/1.000 nv. Los tres principales diagnósticos fueron: Parto obstruido 11257 (tasa 140.42/1.000 nv), Traumatismos del perineo y de la vulva durante el parto 5959 (tasa 72.72/1.000 nv) y las complicaciones relacionadas con el cordón umbilical 3449 (tasa 43.02/1.000 nv). Ocurrieron 871 complicaciones relacionadas con el puerperio, con una tasa 10.87/1.000 nv).

Factores que afectan el estado de salud

23. Situación política, económica y social: La economía de Costa Rica tiene una de las tasas más altas de crecimiento del PIB (7.2% en 1992, 6.1% en 1993). El panorama macroeconómico es manejable, con tasa baja de inflación (9% en 1993, 5.5% en el primer semestre 1994). El desempleo es bajo (menos del 5%). Los niveles de pobreza han descendido a 17.4%. El aspecto más vulnerable de la economía fue la balanza de pagos que presentó un importante deterioro originado por el déficit comercial, con ingreso disminuido de capitales externos. Asimismo, el incremento de la deuda pública interna mantiene situaciones de desventaja en las inversiones prioritarias. La desagregación de los macroindicadores por regiones revela una desigual distribución de los beneficios con mayor impacto negativo en las áreas rurales fuera del Valle Central, las zonas fronterizas y urbano marginales.

24. Los primeros meses del nuevo Gobierno se han caracterizado por la focalización del gasto público y de las tareas en atender las necesidades básicas de la población, la formulación de planes y programas orientados a acciones intersectoriales y a promover participación social. Se espera que el alza en el precio del café, el incremento del turismo, la mejora de exportación de productos no tradicionales, las acciones crecientes de la maquila, y las medidas económicas y administrativas, sean elementos favorecedores de la estabilidad económica. La redistribución de los beneficios, con énfasis en los grupos de mayor exclusión social han de ser fundamentales en el proceso de sostenibilidad del desarrollo nacional.

25. La expansión de la frontera agrícola, que contribuyó al crecimiento económico del país, mediante el cultivo del banano y productos no tradicionales, ha producido cambios ambientales, económico y migratorios, generalmente perjudiciales para la salud de la población ya que han aparecido enfermedades nuevas para el país, como el cólera y el dengue que han emergido otras que se consideraban controladas, como la malaria.

26. Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1992, el 51% de los hogares radica en zonas rurales, lo cual representa una disminución del 2% con relación a la encuesta de 1989.

27. La tasa de analfabetismo general es del 7.0% en los mayores de 10 años y en la zona rural alcanza el 10%. En la zona urbana el analfabetismo alcanza el 2.7% entre los hombres y un 3.5% entre las mujeres. El 56% de la población tiene estudios primarios, el 28% cuenta con educación secundaria y el 9% accede a la educación universitaria.

28. A nivel nacional la tasa de desempleo abierto bajó de 5.5% en 1988 a 4.1% en 1992. Durante el mismo período bajó de 6.3% a 4.3% en el área urbana y de 4.7% a 3.8% en el área rural. Con relación a género el desempleo bajó, en el período en estudio, de 4.4% a 3.5% en hombres y de 8.0% a 5.4% en mujeres. Según información

de la Vicepresidencia del Area Social en el país existen 136.000 hogares que viven en condiciones de extrema pobreza, es decir, un 20% de los hogares del país; de estos 45.000 (33%) están jefeados por una mujeres.

29. La Salud y el Ambiente: La población que dispone de agua en la vivienda o en un lugar razonablemente accesible varía, según las fuentes, entre 92.4% y 96.4%. Con relación a la eliminación de las excretas, en 1993, el 84.2% de la población disponía de alcantarillado o tanque séptico, y el 15.4% de letrinas. Sin embargo, sólo una pequeña proporción de las aguas negras, estimada en 4.7% recibe tratamiento antes de la descarga a los receptores, convirtiéndose en una fuente importante de contaminación orgánica.

30. Existe contaminación por residuos industriales en la mayoría de los ríos. Algunas industrias descargan sus desechos en los alcantarillados y otras en los ríos, y la mayoría sin ningún tratamiento. Se estima que, sólo en el Area Metropolitana, se descargan diariamente 300.000 Kg. de materiales orgánicos industriales. Los caficultores se tienen entre los más importantes contaminadores con 275.000 Kg. de materia orgánica por día.

31. Según el Plan Nacional de Manejo de Desechos, en Costa Rica, se generan 11.764 toneladas métricas diarias: el 96% son desechos agroindustriales, el 13.6% desechos ordinarios y el 0.4% restante son desechos peligrosos (domésticos, plaguicidas, fertilizantes y hospitalarios).

32. La contaminación atmosférica se concentra, principalmente, en el Area Metropolitana de San José, en donde circula el 41% del parque automotor del país, misma en donde se ubica el 51% de los establecimientos industriales y reside un tercio de la población. Se estima la emisión de contaminantes de origen automotor en 67.860 toneladas/año, con concentraciones de monóxido de carbono 40% superiores a los límites permisibles y del 85% en anhídrido sulfuroso.

33. Salud de los Trabajadores: Costa Rica es uno de los países con mayor uso de plaguicidas en el mundo. La aplicación de plaguicidas llega a 4.0 Kg/persona/año, lo cual es aproximadamente el doble de la cantidad promedio por habitante en la región centroamericana (2.1 Kg/persona/año) y casi siete veces más el consumo promedio anual por habitante en el mundo (0.6 Kg/persona/año). La cantidad de plaguicidas aplicada por área cultivada en Centroamérica es aproximadamente de 12 Kg/hectárea, lo cual es 4 veces mayor comparado con el consumo mundial (2.7 Kg/hectárea). El uso de plaguicidas por hectárea en Costa Rica es 6 veces mayor que el consumo del mundo. El número de accidentes laborales registrados ha aumentado durante los últimos años, de 113.301 accidentes en 1989 a 152.925 en 1993. Tomando las tasas de accidentalidad por actividad es importante señalar que el sector agrícola contribuye con 50.0%.

34. En el año 1993 el INS desembolsó por conceptos de gastos directos más de US\$ 29 millones. Extrapolando estos datos a la población ocupada, los gastos directos alcanzaron aproximadamente US\$44 millones. Incluyendo los costos indirectos, el gasto total por accidentes laborales es aproximadamente de US\$ 132 millones, esta cantidad sería aún mayor si agregamos las enfermedades ocupacionales y las relacionadas con el trabajo, que actualmente no son registradas como tales.

35. Estilos de Vida: Entre las sustancias capaces de crear adicción, la prevalencia del tabaquismo en 1988 fue de 34% en los hombres y 20% en las mujeres, con una tendencia a aumentar entre las mujeres más jóvenes. Con relación al

alcoholismo, en una encuesta reciente, se encontró que existen 60.000 bebedores excesivos, de los cuales el 10% evoluciona anualmente hacia el alcoholismo.

36. Con relación a los estupefacientes, se estima que 7.6% de la población utiliza hipnóticos, el 6.9% tranquilizantes y un 5.1% algún otro tipo de estimulantes. El consumo de drogas se estima en 1.5% para marihuana y 0.5% para cocaína.

37. Red de Servicios de Salud: El Ministerio de Salud contaba en 1993 con 1.428 establecimientos para la atención de la salud: 93 (6.5%) eran Centros de Salud, 545 (38.2%) Puestos de Salud, 602 (42.1%) Centros de Atención Integral, 76 (5.3%) Clínicas Escolares Odontológicas, 68 (4.8%) Unidades Móviles Odontológicas, 44 (3.1%) Unidades Móviles Médicas.

38. Por su parte la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) contaba con un total de 170 establecimientos: 29 (17%) hospitalares y 141 (83%) clínicas. De entre los hospitales: 9 (31%) son de nivel nacional, 7 (24.2%) regionales, 6 (20.7%) Periféricos I, 4 (13.8%) Periféricos II y 3 (10.3%) Periféricos III.

39. En entre las clínicas: 14 (9.9%) son tipo IV, 13 (9.2%) tipo III, 28 (19.9%) tipo II y 86 (61%) tipo I.

40. La CCSS cuenta con 6.544 camas: 4.299 en los hospitales nacionales, 1379 en los regionales, 223 en los periféricos I, 297 en los periféricos II y 529 en los periféricos III.

41. Del total de las camas: 1337 están asignadas a Medicina Interna, 1499 a Cirugía, 738 a Ginecología, 1142 a Pediatría, 179 a Cirugía Infantil, 1739 a Crónicas y 30 a Cuidados Intensivos. Las camas del sector privado ascienden a 155 en 1992.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

42. Salud en el desarrollo humano: a) EL Plan de Desarrollo Económico y Social 1994-1998, ha definido políticas y programas prioritarios orientados a la producción social de la salud, donde las instituciones del sector participan plenamente en el desarrollo nacional con acciones Intersectoriales.

43. El sistema de información en salud, en pleno desarrollo permitirá el análisis exhaustivo de la situación de salud, los factores condicionantes y determinantes, los diversos escenarios y problemas, permitiendo intervenciones adecuadas en los diversos niveles del sistema de servicios.

44. Las instituciones del sector salud están participando activamente en el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza, que moviliza todas las rutas estatales y la sociedad civil.

45. El Ministerio de Salud y la Seguridad Social actúan de manera coordinada. El MS está transfiriendo la atención de las personas a la CCSS con el propósito de universalizar el acceso a los servicios de salud con acciones integrales para toda la población.

46. Desarrollo de Sistemas y servicios de salud: El MS tiene la rectoría del sector, favoreciendo la participación de múltiples actores sociales, con programas de descentralización, participación social y diversas actividades multisectoriales.

47. El desarrollo de recursos humanos constituye una acción estratégica fundamental, con énfasis en personal técnico de atención primaria y profesionales de todo el espectro de ciencias de la salud.

48. El país tiene una adecuada política de medicamentos esenciales, realizándose esfuerzos para mejorar el uso y su manejo en el sistema de servicios.

49. El sector salud participa activamente en los preparativos para situaciones de desastres. En el Consejo Nacional de Emergencias tienen destacada actuación los grupos de desastres del MS y CCSS, que coordinan acciones de manera permanente.

50. Promoción y Protección de Salud: El fortalecimiento de estilos de vida saludable constituye prioridad en la política de salud de Costa Rica.

51. Se realizan esfuerzos para el mejoramiento de la situación nutricional de la población, la salud reproductiva, el enfoque de género en los procesos de atención, la salud mental; y el incremento de acciones en la infancia, la adolescencia, la mujer, los trabajadores y los adultos mayores.

52. Se desarrollan acciones para la prevención y control de la violencia, la farmacodependencia, el alcoholismo, el tabaquismo, el control del cáncer cérvicouterino.

53. Desarrollo y protección del ambiente: Está en proceso la formulación de un Plan de Inversiones en Ambiente y Salud con la participación de las instituciones del sector, planificación nacional y otros grupos estatales y privadas (ONG's).

54. El MS tiene en desarrollo el programa prioritario de Salud Ambiental, con enfoque amplio, que se implementará con la participación de las comunidades y los gobiernos locales.

55. La vigilancia de la salud ambiental permitirá un enfoque amplio para garantizar buenas condiciones en abastecimiento de agua, eliminación de desechos, control de contaminación, desarrollo de salud ocupacional, recuperación de cuencas hidrográficas, y mejoramiento del ambiente inmediato, familiar.

56. Prevención y Control de Enfermedades: Constituyen programas prioritarios la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles, la malaria, el dengue, el control de diarreas y de infecciones respiratorias agudas. Es también prioritario el fortalecimiento del manejo de ETS y VID/SIDA.

57. Acciones importantes se desarrollan en protección de alimentos y en la vigilancia de las enfermedades transmitidas por ellos.

58. Se espera eliminar en 1995 el tétanos neonatal; en 1997 el sarampión, la lepra y el Aedes aegypti.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

59. El Gobierno ha definido el Plan de Desarrollo Económico y Social que busca el desarrollo sostenible y la equidad. Para el período 1994-1998 la estrategia será guiada por cinco grandes orientaciones o lineamientos: avanzar desde una sociedad excluyente y dividida por la pobreza hacia una sociedad integrada por las oportunidades; avanzar desde el crecimiento con despilfarro hacia el desarrollo

sostenible; avanzar desde el estado ineficiente y débil hacia el estado estratégico y concertador; avanzar desde la democracia formal hacia formas avanzadas de democracia participativa.

60. La estrategia de desarrollo se encuentra en proceso de consulta con la sociedad civil y ha sido diseñada para conciliar las políticas de estabilización, crecimiento y desarrollo económico, mediante cinco áreas estratégicas que deben ser atendidas en forma simultánea: área social, cuyo reto es promover una sociedad solidaria integrada por las oportunidades; área económica, cuyo reto es garantizar un proceso de integración económica; área de sostenibilidad, cuyo reto es impulsar un proceso de desarrollo sostenible basado en el uso racional de los recursos; área de transformación del Estado, cuyo reto es promover un Estado estratégico, moderno, ágil y concertador; área de gobernabilidad, cuyo reto es promover formas avanzadas de democracia participativa como la de garantizar la estabilidad sociopolítica y económica.

61. El área social destaca la salud como base del bienestar y se establece que los retos de los servicios de salud serán la calidad, la cobertura real, las instituciones al servicio de los usuarios y la eficiencia.

62. La política en la transformación de los servicios de salud se basará en un enfoque integral de salud, en que el Estado asumirá el papel central para asegurar las condiciones favorables para mejorar la salud. Se promoverá un modelo de salud basado en la atención integral y continuo del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

63. El acceso universal se efectuará a través de una oferta de servicios que satisfaría las necesidades básicas, para lo cual se establecerán 800 sectores de salud atendidos por un equipo básico de atención integral de salud (EBAIS), conformando áreas o sistemas locales de salud, en un sistema regionalizado.

64. El Ministerio de Salud ha asumido el papel de institución rectora del sector. El proceso de reforma del sistema de salud tendrá recursos extraordinarios de préstamos (US\$42 millones del BID y US\$65 millones del Banco Mundial) que facilitarían el desarrollo institucional del MS y de la CCSS, además de la capacitación de los líderes responsables del cambio, el desarrollo de un sistema de información integrador, y la formación de los recursos necesarios para la ejecución del proceso. Los actuales Puestos y Centros de Salud del Ministerio de Salud, en el futuro, serían transferidos a la CCSS, con el propósito de integrar las prestaciones de servicios a las personas en el sistema de seguridad social del país, quedando el MS con programas estratégicos como la salud ambiental, la alimentación y nutrición y la promoción de la salud, dentro de un sistema nacional de servicios fuertemente enlazado a los sectores sociales, con fuerte participación de todos los grupos de la sociedad costarricense. En el momento actual el préstamo del BID no fue aprobado por la Asamblea Legislativa en enero de 1994, esperándose el primer desembolso hacia fines de año, luego de cumplirse con las condiciones previas. El préstamo del Banco Mundial se encuentra en gestión final para ser aprobado por la Asamblea Legislativa.

65. El Ministerio de Salud ejercerá la rectoría del sector mediante el desarrollo de las funciones estratégicas de: dirección y conducción; vigilancia y regulación de la salud e investigación y desarrollo tecnológico. Se espera que en 1995 se logren avances sustantivos en este proceso.

Áreas nacionales para la cooperación externa

66. La cooperación técnica de OPS/OMS a Costa Rica se basa en el apoyo a las instituciones nacionales responsables de la aplicación de la Política Nacional de Salud y el Plan Estratégico del Sector Salud, 1994-1998. Los componentes básicos son los siguientes:

67. Reorganización y fortalecimiento del Ministerio de Salud, con el propósito que la Institución asuma la función de rectoría, responsable de la formulación de políticas, vigilancia, regulación y evaluación del proceso de producción de la salud. Las áreas de importancia están vinculadas a reformas legales, desarrollo de recursos humanos, estudios de financiamiento, implementación de los programas nacionales de promoción de la salud, salud ambiental y alimentación y nutrición, el desarrollo del sistema integral de información, y la puesta en marcha del sistema de garantía de la calidad y acreditación de servicios de salud. Las comisiones mencionadas líneas arriba tienen la responsabilidad de definir y establecer los procesos y la ejecución de los programas respectivos. Con recursos de un préstamo del BID se financiarían las acciones prioritarias.

68. Desarrollo Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social, orientado a fortalecer el perfil funcional y estructural, que permita una vigorosa descentralización, el incremento de la cobertura de la población con programas de atención integral, fortalecimiento de la administración financiera y de régimen de pensiones, invalidez, vejez y muerte. La búsqueda de una mayor autonomía técnica y administrativa a niveles regionales y locales, de manera conjunta con el Ministerio de Salud, ha de permitir el desarrollo progresivo de 800 sectores geográficos poblacionales a cargo de equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), con Grupos Técnicos de Apoyo a nivel de Áreas de Salud (SILOS). El desarrollo conjunto fortalecería a la CCSS para dar servicios de calidad, oportunos, eficientes, dentro de los principios de solidaridad y de atención universal a la población. El Banco Mundial aportará los recursos para las áreas prioritarias.

69. Readequación del Modelo de Atención, con el propósito de universalizar el acceso a la salud mediante una canasta básica de servicios, de acuerdo con el perfil epidemiológico, las condiciones socioeconómicas de la población, y los esfuerzos necesarios para la remoción de los factores predisponentes y determinantes de la situación de salud en el país. Ese proceso está en marcha y se espera que en 1995 tenga las mayores opciones de realización, permitiendo la consolidación del MS como la Institución rectora del sector y la integración de la atención integral de la salud en el sistema descentralizado de la CCSS, con autosuficiencia programática, funcional administrativa y financiera. La participación de todos los actores de la sociedad civil en este esfuerzo ha de ser uno de los hechos destacados de los lineamientos estratégicos de la universalización de la salud. En el Plan Nacional de Desarrollo se destaca a la salud como un elemento fundamental para alcanzar el bienestar de los costarricenses dentro de una sociedad solidaria y democrática.

70. Desarrollo Institucional del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), con el propósito de fortalecer los sistemas de planeamiento empresarial; gestión financiera, comercial; desconcentración de servicios; mejoramiento del sistema de control de operaciones, de atención a los usuarios; mejora de la calidad de los servicios; y perfeccionamiento de la eficiencia y de la autonomía financiera del AYA.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

71. La estrategia general estará basada en los lineamientos establecidos por las Prioridades Estratégicas y Programáticas de OPS/OMS para el período 1995-1998, así como en la Política Nacional de Salud y Plan Estratégico del Sector Salud, 1994-1998 establecidos de forma conjunta por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y los organismos técnicos adscritos al Despacho Ministerial de Salud.

72. La Representación intensificará sus esfuerzos para la movilización de recursos nacionales y externos en apoyo de las prioridades nacionales. El desarrollo del Plan Maestro de Inversiones en Ambiente y Salud, así como el establecimiento del Fondo de Preinversión en Ambiente y Salud (FOPAS/COR), dentro del espíritu del PIAS, ha de constituirse en una de las tareas básicas en la cooperación. Asimismo, se intensificarán los esfuerzos conjuntos con las autoridades nacionales en la puesta en marcha de la III Fase de la Iniciativa de Salud de Centroamérica, con el apoyo de los foros de las instancias centroamericanas de salud y de integración (RESSCA, COCISS, COMISCA, CRAS). Este conjunto de acciones serviría para consolidar los esfuerzos de la cooperación técnica entre países y la integración de acciones solidarias transfronterizas.

73. El programa propuesto se desarrollará a través de la cooperación técnica que enfatiza la capacitación de las contrapartes nacionales durante la ejecución de los proyectos -y sobre la marcha- para que estos puedan liderar con la implementación y sostenimiento de los mismos. Los proyectos están diseñados para que sean autosostenibles y promuevan la equidad y el mejoramiento de las condiciones de salud. Los métodos a utilizarse para ejecutar la cooperación, incluyen: asesoría, talleres, seminarios, consultoría y apoyo en la ejecución eficiente y efectiva de proyectos financiados por otros organismos internacionales.

74. El desarrollo de la Representación, enmarcado por las OEPs y los principios de la misión institucional, tendrá su mayor expresión en el cumplimiento de las funciones políticas, el desarrollo técnico-científico, el fortalecimiento de la gestión administrativa y gerencial de la cooperación.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Desarrollar el sistema de vigilancia de la salud (ASIS) e investigación y vigilancia epidemiológica en todas las áreas de salud.
2. Evitar la transmisión del VIH/SIDA en la población para disminuir el impacto psicosocial.
3. Fortalecimiento en el área del desarrollo de los recursos humanos, en lo referente a la capacidad técnica de las unidades de recursos humanos de las cinco instituciones del sector, en los próximos dos años, así como del personal con potencialidad y capacidad de conducción de esta área, mediante la planificación estratégica, para la formulación de políticas consecuentes, asimismo para el desarrollo del perfil funcional y organizacional de esta área, en el marco de la reforma del sector salud.
4. Apoyar la participación social en comunidades integradas y solidarias, ciudadanos informados y educados para el logro de la sostenibilidad política y formas avanzadas de democracia participativa.

5. Las políticas específicas de salud como base del bienestar, rescate y fortalecimiento de la atención primaria y reducción al mínimo de las enfermedades transmisibles que haga posible dedicar mayores esfuerzos futuros a los problemas de no transmisibles.

6. Consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica de salud ocupacional.

7. Promover la salud de los grupos económicos y socialmente más vulnerables, mediante el fortalecimiento de la atención primaria y la mejoría de la calidad de la atención.

8. Mantener la erradicación de la poliomielitis y del tétanos neonatal. Eliminar el sarampión y aumentar la cobertura con la vacuna antihepatitis B.

9. Atender a los grupos económica y socialmente más vulnerables de la población, en especial a los niños, los adolescentes, la tercera edad, indígenas y discapacitados con miras a garantizar la igualdad real de oportunidades.

10. Garantizar la atención integral a los individuos, la familia y la colectividad, a fin de propiciar condiciones favorables para mejorar la salud de la población.

11. Fortalecer las acciones de salud mental en las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación a fin de fomentar y proteger la salud mental del individuo, la familia y la comunidad.

12. Fortalecer el programa de atención al medio en los tres niveles (Central, Regional y Local).

13. Fortalecer el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados en las áreas de planificación, financiera, comercial, atención al público y O & M.

14. Eliminar las condiciones no sanitarias de las comunidades rurales y urbano-marginales en agua potable y disposición de excretas.

15. Fortalecer los programas de manejo de residuos para incrementar la cobertura y el manejo de residuos sólidos y proteger la salud pública y el ambiente.

16. Participar en el proceso de desarrollo de las instituciones que integran el sector salud.

17. Ejecutar acciones de salud con países fronterizos en programas prioritarios.

18. Concertar la cooperación con otros países de la ISCA y otras iniciativas de salud subregionales.

19. Fortalecer los programas de zoonosis de los ministerios de salud y de agricultura en los tres niveles (central, regional y local).

20. Mantener al país libre de rabia urbana.

21. Fortalecer la rectoría del ministerio de salud mediante el ejercicio de las funciones sectoriales de dirección, conducción, vigilancia, regulación, investigación y de promoción de la salud.

22. Modernización y desarrollo del sector salud y sustituciones bajo los principios de equidad, universalidad y solidaridad para que asuman su rol con eficacia y sin duplicaciones.

23. Fortalecer a la CCSS y MS en la implementación del modelo de atención readecuado con el fin de extender la cobertura y la calidad de los servicios a la población.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

PROPOSITO

Contribuir al fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud con sus subsistemas de análisis de la situación de salud (ASIS) e investigación y vigilancia epidemiológica a nivel de las áreas de salud (SILOS), regional y nacional como soporte a la reforma del sector, mediante una gestión descentralizada y participativa, utilizando el acervo de información institucional y comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Situación de salud a nivel de áreas de salud (SILOS), regional y nacional analizada, interpretada y utilizada en forma descentralizada y participativa a diciembre de 1997.

2. Sistema de vigilancia epidemiológica ágil, flexible y desconcentrado (proactivo) operando en las aulas de salud (SILOS), región y país a diciembre 1997.

3. Capacidad para realizar investigación científica operativa en los diferentes niveles de gestión, fortalecido.

1. Situación de salud analizada en 75% de las áreas de salud para finales de 1997.
2. Sistema de vigilancia epidemiológica reportando a tiempo en 75% de las áreas de salud para finales de 1997.

1. Documento que contiene el ASIS de las áreas de salud.
2. Equipos de salud de las áreas (SILOS) capacitados en ASIS.
3. Documento que sirva para la difusión
4. Sistema de registro de datos e indicadores de ASIS para fortalecer el sistema de información en salud.

1. Documento que contiene el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.
2. Equipos de salud de las aulas (SILOS) capacitados en vigilancia epidemiológica.
3. Semana epidemiológica funcionando como órgano de difusión entre las áreas de salud para su uso en toma de decisiones.
4. Sistema de registro de datos e indicadores de vigilancia epidemiológica como soporte al sistema Int. de salud.

1. Equipos de salud capacitados en investigación científica operativa.
2. Documento que contiene las investigaciones realizadas, publicadas y difundidas entre las instituciones del Sector.

Objetivos

4. Situación de salud a nivel de áreas de salud (SILOS), regional y nacional analizada, interpretada y utilizada en forma descentralizada y participativa a diciembre de 1997.

Indicadores

1. Documento que contiene el ASIS de las áreas de salud.
2. Equipos de salud de las áreas (SILOS) capacitados en ASIS.
3. Documento que sirva para la difusión.
4. Sistema de registro de datos e indicadores de ASIS para fortalecer el sistema de información en salud.

PROYECTO 2: ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**PROPOSITO**

Prevenir y controlar la transmisión del VIH/SIDA/ETS y sus consecuencias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gestión administrativa del programa fortalecida.
2. Actividades de prevención de ETS/VIH/SIDA fortalecidas.
3. Tamizaje de las unidades de sangre y hemoderivados al 100% y promover la prevención de la transmisión por vía sanguínea.
4. Mayor concientización de los diferentes sectores de la sociedad frente al SIDA.

1. Por lo menos cuatro reuniones de alto nivel en la movilización de los sectores de la sociedad (privado, religioso, ONG, Gobierno) en la prevención del VIH/SIDA/ETS a finales de 1997.

1. Ejecución de actividades y presupuesto mayor de un 90% para fines de 1995.
2. Generación de informes de progreso cuatrimestrales.

1. Aumento en 10% de la distribución de condones en la población general en relación con 1994.
2. Incremento del 10% con relación a 1994 del número de talleres educativos para poblaciones específicas.
3. Incremento del 10% con relación a 1994 de emisiones educativas de radio y televisión.

1. Mantener la tasa de seroprevalencia por sangre debajo del 0.03%.
2. Mantenimiento del mismo número de supervisiones y capacitaciones a personal de laboratorios y bancos de sangre, en relación a 1994.
1. Planes de trabajo de los sectores de Gobierno, empresa privada, ONG y religioso en las actividades durante 1995.

Objetivos

5. Sistema de vigilancia epidemiológica de ETS/VIH fortalecido.

PROYECTO 3: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Participar en el desarrollo de la rectoría del sector salud, orientada al desarrollo institucional, la calidad y la eficiencia del sistema, que procura la universalización del acceso a acciones integrales de salud con una canasta de servicios que satisfice las necesidades fundamentales de todos los costarricense.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Cooperación técnica orientada a la consolidación del proyecto de desarrollo institucional y rectoría sectorial, integrando los esfuerzos de los diversos proyectos y programas.

2. Desarrollo consolidado de la representación en Costa Rica profundizando la excelencia científico-técnica, la capacidad política de conducción de salud, la eficiencia en la gestión administrativa y gerencial.

3. Participación del país en el desarrollo de las OEPs, los foros de salud y las instancias de integración social en centroamérica.

4. Participación de Costa Rica en el PIAS, mediante el plan maestro de inversiones y el desarrollo de fondo de preinversiones en salud (FOPAS/COR). Puesta en marcha del PIAS/COR.

PROYECTO 4: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Fortalecer el proceso de integración centroamericana mediante acción conjunta con países fronterizos, así como promover la transferencia tecnológica y la capacitación de recursos humanos con otros países del istmo centroamericano y de otras iniciativas subregionales de salud.

Indicadores

1. Incremento de un 10% en relación con 1994 de la información epidemiológica del VIH a grupos y poblaciones.

1. Plan de Rectoría en ejecución, con programas prioritarios en desarrollo, en todos los niveles de atención.

2. Cooperación técnica de OPS/OMS orientada a la consolidación de la rectoría sectorial y al desarrollo institucional.

1. Plan de desarrollo institucional del Sector Salud reajustado y en desarrollo.

2. Cooperación técnica orientada a la consolidación de la rectoría sectorial en ejecución a nivel nacional, regional y local.

1. Cooperación técnica de OPS/OMS evaluada de manera conjunta con el país.

2. Gestión administrativa y gerencial con buen grado de eficiencia, oportunidad y resolutivez.

3. Consolidación de modernización tecnológica y de la capacitación de recursos humanos de la PWR/COR.

1. Participación adecuada del país en la XI RESSCA, COMISCA, COCISS, ISCA, Cuerpos Directivos OPS y OMS, CRAS.

1. Plan maestro de inversiones en ejecución como instrumento de movilización de recursos nacionales e internacionales.

2. FOPAS/COR en marcha.

1. Nivel de cumplimiento de los acuerdos fronterizos en ejecución.

2. Convenios formulados y en ejecución con otros países e iniciativas subregionales.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Planes reajustados y en ejecución a nivel de fronteras con énfasis en atención programas prioritarios a nivel de SILOS, salud ambiental básica. Atención a grupos indígenas, transferencia de tecnologías y desarrollo de recursos humanos.

2. Convenios firmados y en desarrollo con países centroamericanos y de otras iniciativas de salud, con énfasis en capacitación de recursos humanos y transferencia tecnológica.

PROYECTO 5: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Contribuir al desarrollo del liderazgo en el campo del recurso humano en salud, para impulsar políticas que orienten la salud del país. Con la finalidad de conseguir mejoras evidentes en lo referente a la capacidad técnica de las unidades de recursos humanos de las instituciones de salud, en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la salud pública, tanto en la etapa de formación, como en la educación permanente en servicio y en la planificación estratégica y administración del personal del sector salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Obtener un mayor liderazgo en el área del desarrollo de los Recursos Humanos en las Instituciones del Sector Salud, en el marco de la reforma en salud que plantea el actual gobierno

2. Lograr un mejor desarrollo de los recursos humanos en salud pública, tanto a nivel formativo como en la educación permanente en su ambiente de trabajo.

3. Obtener mejoras en la prestación de los servicios de salud, mediante la educación permanente desconcentrada de su personal, con las CLEPS, CREPS y COCEP y la implementación a nivel local de la metodología y análisis del desempeño, en el marco de la reforma del sector salud.

Indicadores

1. Nivel de cumplimiento de acciones conjuntas programadas con PAN y NIC.

1. Convenios formulados y en ejecución con países centroamericanos y de otras iniciativas de salud.

1. Contar para finales de 1997 con un plan nacional de desarrollo de RRHH, que permita planificar estratégicamente las acciones técnico-administrativas que se desarrollarán en el Sector Salud.

2. Existencia para finales de 1997 de un curriculum a cada Facultad de Ciencias de la Salud, acorde con las políticas de salud del país, y en estrecha relación con la Reforma que se está llevando a cabo en el Sector.

3. Contar para finales de 1997 con un programa de Educación Permanente para el Sector Salud, que responda a las necesidades del país en esta área y que se ajuste a la reforma que se está realizando en el Sector, específicamente en lo concerniente a la Rectoría del Ministerio y el nuevo Modelo de Atención de la CCSS.

1. Contar a finales de 1997 con Unidades de Recursos Humanos en las cinco Instituciones del Sector Salud, que planifican correcta y estratégicamente el desarrollo del personal, para la formulación de políticas consecuentes, así como para el desarrollo funcional y organizacional de esta área.

2. Existencia para 1997 de un sistema de información en Recursos Humanos de excelente calidad, que sirva de insumo a las cinco unidades de Recursos Humanos del Sector Salud, para la planificación estratégica de su personal.

1. Contar para 1997, con personal de salud en las cinco Instituciones del Sector Salud, con una formación y capacitación, acorde a las necesidades que plantea la Reforma del Sector.

1. Contar para 1997 con un proceso desconcentrado de Educación Permanente en el Ministerio de Salud y CCSS, con la mayor cobertura posible a nivel nacional y en donde los equipos locales de salud implementan la metodología de Análisis del Desempeño, para responder a la Reforma del Sector Salud.

Objetivos

PROYECTO 6: PROMOCION DE SALUD

PROPOSITO

Activación de iniciativas intersectoriales, en favor de: a) adopción de conductas saludables, b) creación de políticas públicas saludables, c) creación de ambientes saludables a través del fortalecimiento de las estrategias de participación social, educación formal y comunicación social y readecuación de los servicios de salud.

Fortalecimiento del ministerio de salud en la conducción de liderazgo de la promoción de la salud.

Fortalecimiento de las estrategias de participación social, educación formal y comunicación social, y readecuación de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumento de las acciones, programas y proyectos multidisciplinarios y multisectoriales de promoción de la salud.

2. Grupos locales multisectoriales y transdisciplinarios capacitados para abordar la promoción de la salud en forma integral.

3. Instauración de una estrategia de comunicación a nivel local, regional y nacional apoyando las actividades educativas y la movilización comunitaria.

4. Capacitación de los equipos básicos en prevención y protección de la salud.

PROYECTO 7: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Brindar atención integral y oportuna con buena calidad técnico-científica que comprenda la promoción, prevención y tratamiento, de tal manera que se logre control y erradicación de enfermedades transmisibles.

Indicadores

1. Programa nacional de promoción de la salud en operación de acuerdo con los criterios establecidos, al finalizar 1977. Proyectos Nacionales, de participación social de salud escolar y de comunicación social en marcha y evaluados de acuerdo con criterios establecidos al finalizar 1977.

1. Veinte proyectos cantonales de promoción de la salud en marcha, evaluados según criterios elaborados, al finalizar 1977.

1. Veinte grupos organizados capacitados, al finalizar 1977.

2. Veinte proyectos en marcha surgidos de la iniciativa de los grupos capacitados al promediar 1977.

1. Materiales y mensajes de comunicación producidos y difundidos al mediar 1977.

1. Seis talleres efectuados con evaluación interna de sus resultados al finalizar 1977.

1. Normas de promoción, prevención, diagnóstico y manejo aplicadas por más del 90% de los equipos de atención básica al finalizar 1977.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Equipos básicos de salud, colaboradores voluntarios actualizados en el manejo epidemiológico y clínico de enfermedades transmisibles y prioritarias como TBC, dengue, malaria y lepra.

PROYECTO 8: SALUD OCUPACIONAL

PROPOSITO

Impulsar el desarrollo de salud ocupacional por medio de la activa participación de los sectores involucrados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La adecuación de legislación y normas en la materia de salud ocupacional.
2. El desarrollo de la formación de recursos humanos en temas relacionados con la salud ocupacional en diferentes niveles.
3. Promoción de la extensión de cobertura de servicios de salud ocupacional.
4. Mejoramiento del análisis de la situación de salud ocupacional.

Indicadores

1. Siete talleres realizados con sus debidas evaluaciones al finalizar 1997.
2. 100% de los equipos básicos de áreas prioritarias de salud capacitados al finalizar 1997.
1. 10 actividades desarrolladas por medio de la activa participación de los sectores involucrados para finales de 1977.
1. Por lo menos dos propuestas elaboradas para el mejoramiento de la legislación y normas. Antes de finalizar 1997.
1. Por lo menos: 500 profesionales sanitarios capacitados en diagnóstico, tratamiento y prevención de intoxicaciones por plaguicidas.
2. 30 profesionales sanitarios capacitados en Medicina de Trabajo.
3. 500 técnicos capacitados en prevención de intoxicaciones por plaguicidas.
4. El desarrollo de 4 cursos académicos de Salud Ocupacional.
1. La implementación de dos servicios de Salud Ocupacional en centros de salud implementados.
2. El desarrollo del programa para la atención de la Salud Ocupacional para los funcionarios de la CCSS.
1. Funcionamiento de vigilancia epidemiológica de plaguicidas en 8 cantones.
2. Funcionamiento del sistema de información computarizado.
3. Realización de 4 investigaciones relacionadas con la Salud Ocupacional.

Objetivos

5. Implementación de programas de promoción de prevención de accidentes tecnológicos.

6. Promoción de la coordinación intersectorial e internacional.

PROYECTO 9: SALUD DE LA MUJER, NIÑOS Y ADOLESCENTES

PROPOSITO

Contribuir con los organismos gubernamentales y no gubernamentales en la promoción de la salud de la mujer, los niños y adolescentes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Todos los EBASIS promueven y atienden la salud de mujeres, niños y adolescentes incluyendo las acciones de planificación familiar.

2. Todos los EBASIS capacitados para la promoción y atención de la salud de las mujeres, niños y adolescentes.

3. Normas de auditoría de muertes infantiles publicadas y utilizadas.

4. Normas de acreditación de los servicios materno infantiles elaboradas y aplicadas a los servicios.

5. Implantación de la atención prenatal y de crecimiento y desarrollo de tipo grupal en los servicios de salud.

6. Implantación nacional de la estrategia de adolescentes multiplicadores de salud.

Indicadores

1. 8 actividades realizadas, relacionadas con la prevención de accidentes tecnológicos, dentro del marco del proyecto Ciudad Segura Heredia.

1. 10 actividades coordinadas realizadas.

1. 50% de las ONG que realizan actividades en salud, ejecutando actividades de promoción de la salud.

1. Número de EBASIS que promueven y atienden a mujeres y niños a fines de 1997.

1. Número de EBASIS capacitados a fines de 1997.

1. Manual de normas publicado.

2. % de muertes infantiles auditadas a fines de 1997.

1. Manual de normas de acreditación publicada.

2. Número de servicios acreditados a fines de 1993.

1. Número de servicios en que se ha implantado la metodología de atención grupal a fines de 1997.

1. Número de EBASIS y servicios que han implantado la estrategia a fines de 1997.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 10: INMUNIZACIONES****PROPOSITO**

Contribuir con el programa nacional ampliado de inmunizaciones en el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, en mantener la erradicación de la poliomielitis y el tétanos neonatal, en erradicar el sarampión y mejorar la cobertura con vacuna antihepatitis B.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Alcanzar y mantener coberturas superiores al 95% en niños menos de 0 a 4 años y en mujeres de edad fértil

2. Mantener erradicados la poliomielitis y el tétanos neonatal.

3. Revisión del esquema de inmunización, su publicación y divulgación.

4. Sistema de vigilancia epidemiológico fortalecido.

5. Fortalecer la cadena de frío de los EBAIS y servicios de salud.

PROYECTO 11: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**PROPOSITO**

Se desarrolla un modelo de detección, prevención y atención de la violencia intrafamiliar, con énfasis en las mujeres de 12 a 49 años, a través de planes, programas y actividades en los niveles normativo del sector salud y comunidades seleccionadas en participación coordinada del estado y sociedad civil.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Existen mujeres organizadas y redes a nivel comunitario, previniendo y atendiendo la violencia intrafamiliar y en particular la violencia hacia la mujer en las comunidades seleccionadas.

1. No se registran casos de polio y tétanos neonatal.

2. Disminuir la incidencia del sarampión en un 25%.

3. Aumentar la cobertura con vacuna antihepatitis B en un 25%.

1. Coberturas iguales o mayores al 95% de las vacunas del esquema nacional de inmunizaciones en niños, mujeres y adolescentes a fines de 1997.

1. Evidencias de poliomielitis y tétanos neonatal erradicados del país.

1. Nuevo esquema de inmunizaciones publicado, divulgado y en uso a fines de 1997.

1. Notificación de casos por el 100% de los EBAIS y establecimientos a fines de 1997.

1. Proporción de EBAIS y establecimientos de salud con cadena de frío adecuada en 1997.

1. Propuesta de Modelo de Atención funcionando en forma coordinada en los niveles locales seleccionados en 1997.

1. Un diagnóstico sobre organizaciones comunitarias en las comunidades seleccionadas al final del primer semestre.

2. Número de hombres y mujeres motivadas para la conformación de la red sobre violencia intrafamiliar.

Objetivos

2. Mecanismos de registro, procesamiento y análisis de datos sobre violencia intrafamiliar, propuestos para su incorporación al sistema nacional de información en salud.

3. Existen propuestas validadas de políticas nacionales de salud y servicios a nivel local, para prevenir y atender la violencia intrafamiliar hacia la mujer, en coordinación con los diferentes actores sociales.

4. Apoyo a las iniciativas, para adecuar la legislación vigente, y enfrentar eficientemente la violencia intrafamiliar.

5. Existe un sistema de gerencia para el proyecto a nivel subregional y nacional, y los mecanismos de monitoreo y evaluación en el marco del programa mujer, salud y desarrollo de centroamericana.

Indicadores

3. Comunidades seleccionadas participando activamente en el proyecto a partir de 1996.

1. Una encuesta de base realizada durante el primer año 1996, en localidades seleccionadas.

2. Sistema de registro definido al inicio de 1996.

3. Hoja de entrada y salida con las variables sobre violencia intrafamiliar incorporadas al sistema de información a nivel local en 1996.

4. Dos técnicos en el país capacitados para incorporar en los registros nacionales los casos de violencia intrafamiliar 1997.

1. Al menos tres niveles locales previniendo y atendiendo la violencia intrafamiliar hacia la mujer a partir del segundo año del proyecto.

2. Programa de acción comunitaria elaborado concertadamente a nivel comunitario a final del primer semestre de 1995.

3. Modelo de atención aprobado por los diferentes actores sociales a fines de 1995 e inicio de 1996.

4. De las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, tienen acceso a la atención integral de salud en el sistema local seleccionado para 1997.

5. Equipo de multiplicadores formado a nivel comunitario segundo año del proyecto.

1. Propuestas y modificaciones legales, presentadas y divulgadas a los legisladores en 1995-1997.

2. El 100% de las y los integrantes de las comisiones de mujeres legisladoras capacitadas a finales de 1996.

1. Coordinaciones y contrapartes definidas a nivel local.

2. Asegurar la sostenibilidad y sustentabilidad por lo menos de un Sistema Local de Salud.

3. Planes de acción anuales y evaluaciones del país.

4. Contrapartes establecidas a niveles locales y nacionales.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 12: ATENCION AL MEDIO****PROPOSITO**

Continuar el proceso de fortalecimiento del programa de atención al medio, a fin de que se intensifique el ejercicio de la rectoría en la producción social de la salud a nivel nacional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programa de atención al ambiente humano fortalecido a nivel nacional, regional y local.

2. Sistema de vigilancia del medio apoyado por la red nacional de laboratorios operando a nivel nacional.

5. Desarrollar una actitud de cooperación positiva de funcionarios nacionales en torno a la violencia intrafamiliar.

1. Existencia de un Programa Nacional y de siete programas regionales de Atención al Medio ejerciendo la rectoría dentro del marco de la nueva Ley General de Salud.

2. Existencia de un sistema de vigilancia nacional del medio apoyado por una red de laboratorios.

3. Existencia de personal capacitado profesional y técnico llevando a cabo acciones de rectoría en todo el país.

4. Comunidad educada y organizada para apoyar las acciones correctivas de protección al ambiente humano.

1. Un plan nacional, siete planes regionales y noventa de áreas de salud de protección y mejoramiento del ambiente humano, para finales de 1996.

2. Ley General de Salud modificada para asumir el nuevo rol del programa de atención al medio aprobada por la Asamblea Legislativa y aplicándose a nivel nacional, para mayo de 1996.

3. El Manual de normas de diseño para procesos de tratamiento de aguas servidas, siendo utilizado por consultores y aplicado por las instancias de salud para la revisión y aprobación de obras sanitarias, para marzo de 1996.

4. Cuatro reglamentos de normas (agua potable, descargas líquidas, emisiones gaseosas y contaminación acústica) siendo aplicados a nivel nacional, para diciembre 1997.

1. 90 técnicos en saneamiento ambiental capacitados en vigilancia del medio, para junio de 1996.

2. Tres laboratorios regionales llevando a cabo análisis físico-químicos y bacteriológicos para el control de los factores de riesgo y condiciones ambientales. Un laboratorio central llevando a cabo análisis físico-químicos, bacteriológicos, metales pesados, sustancias peligrosas y tóxicas. Un laboratorio de referencia y control implementando el programa nacional de acreditación de la calidad de los servicios de los laboratorios ambientales, para diciembre 1997.

3. Reportes trimestrales y anuario de calidad de los factores de riesgo y ambiental, para diciembre 1996.

4. Sistema de información del Sistema Vigilancia del Medio proporcionando información para la toma de decisiones y público en general, para mayo 1996.

Objetivos

3. Personal profesional. Técnicos en saneamiento ambiental, asistentes técnicos en atención primaria capacitados para llevar a cabo sus funciones.

4. Actividades de educación ambiental a nivel institucional y comunitario en ejecución.

PROYECTO 13: CONTAMINACION DEL AGUA

PROPOSITO

Reducir la incidencia de enfermedades de origen hídrico e incrementar el bienestar de las comunidades rurales y urbano-marginales mediante la instalación de equipos de desinfección de agua, disposición sanitaria de excretas, vigilancia de la calidad del agua y la educación y organización de las comunidades beneficiadas para mejorar las condiciones de salud al corto, mediano y largo plazo, así como mejorar la calidad de los servicios que presta AYA, perfeccionar su eficiencia y lograr su autonomía financiera.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistema de desinfección de acueductos rurales prioritarios instalados y en operación proporcionando agua de buena calidad física y bacteriológica.

2. Sistemas de disposición sanitaria de excretas instalados y en operación en el 100% del territorio nacional.

Indicadores

1. 20 profesionales capacitados en el uso del Manual de Normas de Diseño de obras sanitarias, para mayo 1996.

2. 20 profesionales capacitados en la interpretación y aplicación de la Ley General de Salud y los cuatro reglamentos, para junio de 1996.

3. 90 técnicos en saneamiento ambiental capacitados en análisis de situación de salud y en gerenciamiento de proyectos, para septiembre de 1996.

4. 800 ATAPS capacitados en servicio para llevar a cabo labores de vigilancia ambiental, para diciembre 1996.

1. Dos talleres para la celebración del Día Mundial del Ambiente, para junio 1996 y 1997.

2. Dos mesas redondas para celebrar el Día Interamericano del Agua, para octubre 1996 y 1997.

3. Dos talleres de apoyo a campaña de reciclaje y dos talleres de conservación/ahorro del agua, para diciembre 1996 y 1997.

1. 94% de la población recibiendo agua segura para consumo humano.

2. 100% de la población cubierta con un sistema sanitario de disposición de excretas.

3. Vigilancia de la calidad del agua para el 100% de los acueductos del país (94% de la población).

4. 100% de las comunidades rurales y urbano-marginales educadas y organizadas en saneamiento básico.

1. 300 sistemas de desinfección instalados en acueductos rurales, para diciembre 1996.

2. 800 sistemas de tratamiento (filtros lentos y desinfección) de agua potable instalados en acueductos rurales, para diciembre 1997.

3. Veinte talleres de capacitación para operadores de sistemas de agua potable, para diciembre 1997.

4. Un taller de refrescamiento sobre desinfección para profesionales del AYA, para marzo de 1996.

1. 15.000 letrinas instaladas y en operación (con fondos de SANEBAR 10.000 y con fondos nacionales 5.000), para finales de 1996.

Objetivos

3. Red de vigilancia de la calidad del agua potable establecida para todas las condiciones rurales del país.

4. Actividades de educación y organización comunitaria ejecutadas en aquellas comunidades a ser beneficiadas mediante talleres de capacitación.

5. Subsector de agua potable y alcantarillado sanitario como parte del sector salud creado y organizado y coordinado por el aya. Sistema de planeamiento empresarial implantado dentro del AYA. Sistemas de gestión financiera y comercial definidos durante la ejecución del convenio de preinversión diseñados detalladamente y parcialmente implantados.

Indicadores

2. 600 asistentes técnicos de atención primaria (ATAPs) capacitados en la instalación, operación y mantenimiento de sistemas de disposición de excretas, para junio 1996.

3. Un taller de refrescamiento de operación y mantenimiento de sistemas de disposición de excretas para los términos en saneamiento básico, para febrero 1996.

1. Reportes cuatrimestrales y anuario de la calidad del agua para consumo humano en comunidades rurales, para diciembre 1996.

2. Mapas regionales y nacional mostrando la localización de los 1578 sistemas de Agua potable del país, para junio de 1996.

1. Un taller de refrescamiento y planificación para licenciados en trabajo social en saneamiento rural para enero 1996.

2. Nueve talleres regionales de reflexión y actualización para promotores comunitarios en saneamiento básico rural, para febrero de 1996.

1. Decreto Ejecutivo formalizando el subsector agua potable y alcantarillado sanitario dentro del marco legal de la sectorialización, para junio de 1996 e implementación de los documentos de organización y procedimientos a seguir del subsector en la aplicación de las políticas fijadas por el Gobierno, para mayo 1996.

2. Documento de Modelo de Planeamiento Estratégico, para junio de 1996. Documento de Planeamiento Gerencial para junio de 1997. Documento preliminar del Modelo de Planeamiento Operativo, para diciembre de 1997. Documento de Modelo de Proyecciones Financieras para marzo de 1996. Documento de Planeamiento Físico, para junio 1997.

3. Documento de modelo detallado de contabilidad, para marzo 1996. Documento de modelo detallado de análisis financiero, para marzo de 1996 y documento del modelo detallado del sistema comercial, para marzo 1996. Documento de los diseños sistemas de información, para septiembre 1996. 50 profesionales y técnicos capacitados para el uso de los modelos de contabilidad, análisis financiero y sistemas de información, para diciembre 1996 y 10 profesionales y técnicos capacitados en el uso del modelo del sistema comercial, para enero de 1997. Modelo del sistema comercial parcialmente ejecutado, para diciembre 1997.

Objetivos

6. Administración desconcentrada y regionalizada y servicios contratados con el sector privado, sistema de control de la operación parcialmente implantado y sistema de atención a los usuarios desarrollado e implantado.

PROYECTO 14: SANEAMIENTO AMBIENTAL

PROPOSITO

Proteger el ambiente y la salud pública e incrementar el bienestar ciudadano mediante la preparación e implementación de un plan que involucre todos los componentes del servicio de aseo con el fin de rescatar dicho servicio básico, darle identidad propia y proyectarlo al siglo XXI y así lograr una adecuada recolección, transporte y disposición de residuos sólidos domésticos, industriales, comerciales y agroindustriales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incremento en la cobertura y recolección de los residuos sólidos a los niveles existentes en suministro de agua y saneamiento.

2. La disposición de residuos sólidos mejorada mediante la instalación y operación de rellenos sanitarios con recuperación de gases en cinco regiones del país.

3. Programa diseñado y en operación de apoyo de manejo de desechos en el área rural del país.

Indicadores

1. Documento de subproyectos para la desconcentración y regionalización, así como de servicios contratados con el sector privado, para marzo de 1996. 50 profesionales y técnicos capacitados sobre desconcentración, regionalización y contratación de servicios, para marzo de 1997. Administración desconcentrada y regionalizada y servicios contratados con el sector privado en todo el país para septiembre de 1997.

2. Documento de diseño de control de operación incluyendo especificaciones de equipo a ser adquirido, para octubre 1996. 20 profesionales y técnicos en el uso del sistema de control de operación, para diciembre 1997. Sistema de control de operaciones implantado en un 30%, para diciembre 1997.

3. Documento en donde se define el hardware necesario para el sistema de atención al usuario, para marzo de 1996. Documento del diseño definitivo, lista de equipo y sus especificaciones del sistema de atención al público, para agosto de 1996. 25 profesionales y técnicos capacitados en el uso del sistema, para septiembre 1997. Sistema implantado en un 100%, para diciembre de 1997.

1. 94% de cobertura en recolección de residuos sólidos en el GAM y ciudades intermedias.

2. 100% de disposición segura de residuos sólidos recolectados.

3. Documento de programa de manejo de residuos sólidos en áreas rurales del país.

1. Documento de proyecto integral del sistema de limpieza de ciudades, para mayo 1996.

2. Cinco empresas de aseo urbano creadas y en operación para las ciudades intermedias, para diciembre 1996.

3. Servicios de limpieza y barrido y disposición contratados a terceros, para diciembre 1996.

1. Cinco rellenos sanitarios operando en las regiones para manejar los residuos sólidos de las ciudades intermedias, para diciembre 1997.

1. Documento diagnóstico actual de la recolección, transporte y disposición de residuos sólidos en comunidades rurales, para junio 1996.

2. Documento sobre tecnologías apropiadas al área rural que se utilizan localmente y en otros países para la recolección, transporte y disposición de residuos sólidos domésticos y agroindustriales en zonas rurales concentradas y dispersas, para diciembre 1996.

3. Documento sobre proyecto integral del sistema de limpieza del área rural, para diciembre 1996.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 15: ZONOSIS****PROPOSITO**

Continuar el proceso de reorganización y fortalecimiento institucional de los programas de zoonosis del ministerio de salud y agricultura a fin de intensificar los procesos de vigilancia de las zoonosis y continuar manteniendo libre al país de rabia urbana y de brucelosis y controlar la tuberculosis, fiebre aftosa y leptospirosis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programas de zoonosis del ministerio de salud y MAG fortalecidos en vigilancia epidemiológica institucional y comunitaria de la brucelosis, tuberculosis y leptospirosis.

2. Programa de rabia urbana fortalecido para mantener al país libre de esta enfermedad.

PROYECTO 16: MODELO DE ATENCION**PROPOSITO**

Implementación del rol rector del Ministerio de Salud y del Modelo de Atención readecuado de la CCSS con el fin de brindar servicios de salud de alta calidad y de extender la cobertura de servicios a toda la población de acuerdo a los principios de equidad, descentralización y universalización y mediante la estrategia de atención primaria; en busca simultánea de la eficacia y eficiencia de los recursos asignados al sector salud, cuyo impacto apoya el desarrollo sostenible de la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Función rectora del Ministerio de Salud en funcionamiento en todos los niveles de gestión. Desarrollados los programas prioritarios de nutrición, salud ambiental y promoción de la salud; y en ejecución las funciones estratégicas de conducción, vigilancia, regulación e investigación y desarrollo tecnológico.

4. Documento factibilidad técnica-económica de empresas rurales de aseo urbano, el cual incluya estructuras tarifarias, la contratación con terceros para la prestación de servicios y la operación y prestación de servicio, para mayo de 1997.

1. Existencia de coordinación, cooperación interinstitucional y comunicación entre el MAG y el Ministerio de Salud en la vigilancia epidemiológica de las zoonosis y sus acciones correctivas a nivel nacional, regional y local.

2. El País libre de rabia urbana.

1. Informes mensuales y anuales de vigilancia epidemiológica.

2. Banco de datos sobre la ocurrencia de brucelosis, tuberculosis, fiebre aftosa y leptospirosis en el sistema de información del Ministerio de Salud.

3. Cuatro memorias de reuniones interfronterizas de planificación de actividades sobre la zoonosis.

4. Reportes anuales de vigilancia comunitaria de las zoonosis en ejecución.

1. Memoria de talleres fronterizos COR/PAN y NIC.

2. 20.000 vacunas antirrábicas aplicadas.

1. Modelo readecuado de atención en funcionamiento en todo el País de acuerdo al Plan Nacional de Salud para finales de 1997.

2. Descentralización administrativa a todas las áreas de salud en ejecución a finales de 1997.

1. Programas prioritarios del Ministerio de Salud (nutrición, salud ambiental y promoción de la salud) funcionando en todos los niveles de gestión al finalizar 1997 acorde al Plan Estratégico del Sector Salud.

Objetivos

2. Modelo de atención readecuado funcionando en todos los niveles de gestión de la CCSS. En los sectores funcionando los EBAIS, en las áreas la descentralización al equipo del área y los hospitales periféricos, regionales y nacionales; todos éstos en un marco adecuado de referidos y contrareferidos.

Indicadores

2. Funciones estratégicas del Ministerio de Salud (conducción, vigilancia, regulación, investigación y desarrollo tecnológico) funcionando en todos los niveles de gestión al finalizar 1997 acorde al Plan Estratégico del Sector Salud.

1. Programas de atención para los sectores, áreas y regiones, funcionando en todo el país.

2. 800 EBAIS funcionando con el personal, infraestructura materiales y procedimientos establecidos a finales de 1997.

3. 90 áreas de salud funcionando descentralizadamente de acuerdo a los procedimientos establecidos a finales de 1997.

4. Nueve instituciones de niveles II y III de hospitales funcionando acorde al Modelo Readecuado de Atención para finales de 1997.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,105,600	40.5	1,274,300	41.8	1,425,800	42.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	802,200	29.4	929,200	30.5	1,048,800	31.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 802,200	29.4	929,200	30.5	1,048,800	31.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	243,200	8.9	275,500	9.0	296,600	8.8
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 243,200	8.9	275,500	9.0	296,600	8.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	60,200	2.2	69,600	2.3	80,400	2.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 60,200	2.2	69,600	2.3	80,400	2.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	816,200	29.9	821,500	26.9	892,900	26.6
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	628,500	23.0	711,700	23.3	766,000	22.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 628,500	23.0	711,700	23.3	766,000	22.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	187,700	6.9	109,800	3.6	126,900	3.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 187,700	6.9	109,800	3.6	126,900	3.8
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	336,200	12.3	345,900	11.3	375,400	11.2
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	336,200	12.3	345,900	11.3	375,400	11.2
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 336,200	12.3	345,900	11.3	375,400	11.2
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	313,500	11.4	335,600	11.0	364,100	10.8
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	313,500	11.4	335,600	11.0	364,100	10.8
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 93,800	3.4	95,100	3.1	106,800	3.2
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA 219,700	8.0	240,500	7.9	257,300	7.6

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	163,900	5.9	276,400	9.0	308,400	9.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	28,100	1.0	93,100	3.0	102,600	3.1
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	0	-	62,600	2.0	69,300	2.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	28,100	1.0	30,500	1.0	33,300	1.0
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	105,300	3.8	154,900	5.1	174,300	5.2
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	105,300	3.8	154,900	5.1	174,300	5.2
SALUD PUBLICA VETERINARIA	30,500	1.1	28,400	.9	31,500	.9
ZOONOSIS	30,500	1.1	28,400	.9	31,500	.9
GRAN TOTAL	2,735,400	100.0	3,053,700	100.0	3,366,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	676,200	14.3	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	420,400	8.9	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	420,400	8.9	0	-	0	-
WHD						
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. MAC. DE SALUD	240,500	5.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	240,500	5.1	0	-	0	-
EHA						
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	15,300	.3	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	15,300	.3	0	-	0	-
TCC						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	448,600	9.5	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	251,700	5.3	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	251,700	5.3	0	-	0	-
UAH						
MEDICAMENTOS ESENCIALES	196,900	4.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	196,900	4.2	0	-	0	-
EDV						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	78,500	1.7	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	78,500	1.7	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	78,500	1.7	0	-	0	-
WCH						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	2,207,700	46.4	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	2,207,700	46.4	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	1,512,300	31.7	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	614,200	13.0	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	81,200	1.7	0	-	0	-
CWS						
ERA						
OCH						

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,328,500	28.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,328,500	28.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	113,100	2.4	0	-	0	-
SIDA	614,200	13.0	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	601,200	12.7	0	-	0	-
GRAN TOTAL	4,739,500	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,712,900	4	4	1,067,600	9,500	35,600	36,000	74,500	64,500	0	425,200
OMS - WR	1,022,500	2	0	424,400	111,300	17,700	52,000	203,100	88,700	0	125,300
TOTAL	2,735,400	6	4	1,492,000	120,800	53,300	88,000	277,600	153,200	0	550,500
% DEL TOTAL	100.0			54.7	4.4	1.9	3.2	10.1	5.6	.0	20.1
1996-1997											
OPS - PR	2,029,900	4	4	1,187,500	38,300	52,800	32,000	112,200	81,100	0	526,000
OMS - WR	1,023,800	2	0	463,600	107,600	17,900	44,000	199,300	79,900	0	111,500
TOTAL	3,053,700	6	4	1,651,100	145,900	70,700	76,000	311,500	161,000	0	637,500
% DEL TOTAL	100.0			54.0	4.8	2.3	2.5	10.2	5.3	.0	20.9
1998-1999											
OPS - PR	2,248,200	4	4	1,285,500	38,300	61,100	32,000	129,700	93,700	0	607,900
OMS - WR	1,118,400	2	0	494,600	107,600	20,700	44,000	230,200	92,400	0	128,900
TOTAL	3,366,600	6	4	1,780,100	145,900	81,800	76,000	359,900	186,100	0	736,800
% DEL TOTAL	100.0			52.9	4.3	2.4	2.3	10.7	5.5	.0	21.9



CUBA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La característica demográfica más significativa en Cuba es la tendencia al envejecimiento poblacional. Cuba tenía en 1993 una población estimada de 10,922,190 habitantes, año en el que nacieron 152,000 niños, mientras que en 1963 nacieron 250,000 con una población de 7,5 millones de habitantes. La tasa de crecimiento poblacional estimada en 1993 fue de 0,66%. La estructura por edad de la población varió de 1970 a 1992: El grupo de menores de 15 años pasó de 37,0% a 22,4%, mientras que el de 65 años y más pasó de 5,9% a 8,9%. La fecundidad por 1,000 mujeres de 15 a 49 años fue de 74,4 en 1992.

2. La densidad de población por kilómetro cuadrado ascendió de 89,2 en 1993 a 97,6 en 1992. La proporción de población urbana creció del 60,5% en 1970 al 69,0% en 1981, y a 73,9% en 1992. La población en edad laboral de 1993 era de 6,549,192 habitantes de ambos sexos.

Indicadores del estado de salud

3. En los últimos años Cuba ha estado inmersa en una crisis económica que ha impactado prácticamente todas las esferas de la vida del país, incluyendo por supuesto a la salud. No obstante, los principales indicadores de salud se mantienen favorables. La mortalidad infantil en 1994 fue de 9,9 por 1000 nacidos vivos, la mortalidad materna fue de 26,9 por 100000 nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer es de alrededor 76 años para ambos sexos. Se reporta no obstante un incremento en la morbilidad por algunas enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la leptospirosis y la enfermedades diarreicas agudas y un incremento del bajo peso al nacer.

4. Las autoridades del país vienen realizando significativos esfuerzos para mantener los niveles de salud alcanzados. Cuba cuenta a su favor con una extensa red de servicios de salud cimentada en la atención primaria de salud a través de la medicina familiar -cubre más del 90% de la población-, y con un importante contingente de profesionales y técnicos de la salud calificados. Se pretende explorar al máximo las potencialidades del Sistema de Salud, en el marco de una política de fortalecimiento de la descentralización y la participación popular en salud.

5. Un aspecto positivo a pesar de las dificultades presentes en el país y que avala la fortaleza del sistema de salud cubano es el caso de las enfermedades prevenibles por vacunas, en que se ha registrado un evidente descenso en los últimos años, llegando a niveles de eliminación en muchas de ellas, tales como poliomielititis, tétanos del recién nacido, difteria, rubéola, sarampión y parotiditis. La disminución observada se explica por la cobertura universal que alcanza la vacunación a nivel nacional. El esquema de vacunación incluye la inmunización contra la hepatitis B con una vacuna desarrollada en Cuba.

Factores que afectan el estado de salud

6. A pesar de la difícil situación que vive Cuba en el terreno económico y que como señalamos anteriormente ha comenzado a impactar negativamente en la situación de salud en 1994 se lograron importantes acuerdos y avances en algunas esferas de

la economía que pudieran a mediano plazo incidir en la recuperación económica y la mejora de las condiciones de vida de la población. Entre los resultados económicos de 1994, se destaca el crecimiento económico de 0,7% los que aparentemente indica que se detuvo el descenso sostenido de la economía del país a partir de 1989. En el mismo año el turismo creció en un 14,4%, la producción industrial no azucarera en un 8,5%, se redujo el déficit presupuestario en un 72% en comparación con 1993, el déficit bajó al 7,3% del PIB y las ventas al exterior en productos farmacéuticos y biotecnológicos sobrepasaron los 100 millones de dólares.

7. En el plano interno se destaca la aprobación de varias medidas económicas, como la cooperativización de las tierras del Estado que tuvo lugar a finales de 1993, la nueva política impositiva que trata de sanear las finanzas junto a otras medidas como el cobro de servicios hasta ahora gratuitos, sin incluir salud y educación entre estos módulos. La reestructuración del aparato central del estado en función de disminuir su personal y redefinir sus funciones tendientes a la descentralización, desburocratización y racionalización de recursos es otra medida de fondo adoptada en este año. La apertura del mercado agropecuario con leyes de oferta y demanda y participación de diversas entidades privadas, cooperativas y estatales de producción de alimentos, es una medida tendiente a aliviar inicialmente y resolver en un futuro el abastecimiento de alimentos a la población, a través de la estimulación de la producción y actualmente deprimida. La apertura del mercado industrial artesanal con similares características que el agropecuario para la venta de artículos de alta demanda popular.

8. En el terreno social se mantiene la voluntad política de priorizar la salud y la educación como derechos inalienables de la población y responsabilidad del estado. En el terreno político nacional continúa el proceso de perfeccionamiento de las instituciones del Estado y del Gobierno dirigido básicamente a potencializar la gestión de los gobiernos locales por una parte y la Asamblea Nacional de Poder Popular (Parlamento) por la otra.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud

9. En Cuba hay un sistema único, integral y descentralizado para la atención de salud de la población. El órgano rector es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) cuyas funciones son normativas, de coordinación y control.

10. Un elemento fundamental del SNS es que el Programa del Médico de Familia, el trabajo de este equipo médico-enfermera se caracteriza por la atención integral a la población tomando como punto de partida a la familia como su núcleo de trabajo, siendo básicas la educación y la promoción de salud así como la prevención.

11. La evolución de la situación de salud y el desarrollo del SNS determinaron que a principios de 1992 se planteara un cambio importante en la estrategia de salud pública contenida en el documento "Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000 (OPD 2000)". Los OPD 2000 definen una estrategia de salud y prevención de enfermedades y daños, a la vez que se perfeccionan las acciones de recuperación y rehabilitación.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

12. La estrategia de entrega de la cooperación técnica para 1996-97, está basada, primordialmente, en los resultados de los ejercicios evaluativos de la cooperación de OPS/OMS en Cuba de 1989-1991 y de los seguimientos de 1992 y de 1994, que tienen como esencia que los esfuerzos de evaluación son de orden tan fundamental como los de programación y son imprescindibles para mejorar la implementación, y de la situación nacional con cambios importantes y rápidos en los últimos años con nuevos retos y oportunidades.

13. Se pretende, por tanto, contribuir a identificar claramente los compromisos de entrega de resultados por parte de la OPS, clarificar las recomendaciones de estos ejercicios evaluativos según se refieren a la actualización de la OPS ó del MINSAP a fin de poder dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los mismos y, separar los enfoques funcionales de los programas propiamente dichos.

14. Bajo estas premisas la Representación de OPS/OMS en Cuba ha realizado importantes esfuerzos encaminados al perfeccionamiento de la cooperación técnica en el marco del trabajo transformador que comenzó en 1989.

15. La gestión participativa es uno de los principios generales de la Representación que tiene gran relevancia en el plano operativo y opera fundamentalmente en tres dimensiones complementarias e interrelacionadas: Las relaciones de Representación con el MINSAP y otros Organismos e Instituciones Nacionales involucrados en la cooperación; Las relaciones internas en la Representación entre Representante y las Unidades Técnicas y Administrativas; Las relaciones con los Programas y Centros Regionales de la OPS.

16. La gestión participativa se concentra en tres elementos: 1) Programación colectiva de las unidades de cooperación; 2) Coordinación permanente entre las partes involucradas en el proceso de cooperación al interior y al exterior de la Representación; y 3) Responsabilidad por áreas funcionales sobre las acciones de cooperación. Este último proceso alude a la distribución del trabajo técnico de la Representación por Areas Funcionales.

17. En aras de crear condiciones favorables para realizar la cooperación con el modelo propuesto, se han definido procesos claves a desarrollar en el decurso de las acciones, con el fin de favorecer el trabajo de la unidad técnica de la Representación en coordinación con los grupos nacionales en el Bienio 96/97:

18. Realizar en la Representación un trabajo permanente de análisis de la situación, con vistas a ganar mayor claridad en sus complejidades y matices y a implementar un sistema de respuestas para operar la cooperación en dichas condiciones.

19. Promover el análisis con los grupos nacionales sobre las características en que se desarrollará la cooperación en 1996 y 1997, dirigido a crear un espacio de concertación que facilite los ajustes y adecuaciones de cooperación.

20. Fomentar un diálogo permanente con el nivel político del MINSAP, y crear las bases para generar respuestas dinámicas ante las alternativas que se presenten.

21. Trabajar en la concepción y formulación de planes, acciones y alternativas que constituyan acciones previstas y no improvisaciones ante los cambios posibles a esperar en la situación. Lo anterior implica proyectar distintos escenarios y diferentes respuestas a un proceso permanente de análisis y planificación que evada cualquier formalismo o facilismo.

22. Desarrollar con fuerza el trabajo de búsqueda y movilización de recursos frescos para la cooperación, privilegiando áreas atractivas y realistas como pueden ser los proyectos en espacios locales (Provincias, Municipios), y los intercambios entre instituciones periféricas, teniendo en cuenta las prioridades y las acciones interdisciplinarias, interprogramáticas e intersectoriales.

23. Mantener comunicación permanente con el resto de Organismos y Agencias de cooperación del sistema de Naciones Unidas, con vistas a compartir recursos complementarios, potencializar la capacidad de movilización de nuevas fuentes de recursos externos y mejor aprovechamiento de los internos y en general ganar en eficiencia y eficacia.

24. El trabajo de gestión desde las nuevas áreas se realizará mediante una coordinación permanente que permita la integración en las acciones de cooperación bajo la concepción de que la conducción estará orientada hacia la movilización de recursos nacionales y externos en su mas amplia acepción.

25. Bajo este criterio el trabajo colectivo incluye la concepción, planificación, operación y evaluación de las acciones de cooperación contenidas en el resto de los enfoques funcionales.

26. Cada grupo de actividades contenidas en los enfoques funcionales responderán a la pregunta de cómo alcanzar una mayor movilización de los recursos humanos, políticos, institucionales, de información financiera y físicos mediante el adiestramiento, la investigación, la diseminación de la información ó el desarrollo de políticas, planes y normas utilizando categorías de eficiencia y eficacia y velando la potencia de cada actividad para alcanzar los objetivos de trabajo.

27. Paralelamente existen grupos técnicos de trabajo conjunto (MINSAP/Representación) para perfeccionar los contenidos y alcances de los grupos funcionales, el Comité Asesor de Becas, encargado no sólo de adjudicación de becas sino de actividades de perfeccionamiento y de multiplicación de conocimientos a nivel de país, el comité Asesor de Investigación en Salud y el Comité de Recursos Financieros y Físicos que controla la adquisición y utilización de los suministros y materiales.

28. Bajo el enfoque funcional de desarrollo de políticas, planes y normas la estrategia está basada en apoyar la descentralización y el fortalecimiento de los Sistemas Municipales de Salud.

29. La diseminación de la Información continuará su desarrollo a través del Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas para lograr la coherencia necesaria y reforzar la capacidad nacional en este campo.

30. La cooperación técnica directa continuará como elemento significativo en la entrega de la cooperación, que tiene su fundamento en el impacto deseado en las políticas y programas del SMS.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: EFICIENCIA Y CALIDAD DE SNS

PROPOSITO

Desarrollo de conceptos, métodos y técnicas económico financieras que produzcan un aporte sensible a la eficiencia y calidad del SNS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber cooperado en la actualización de los conceptos de economía y salud y en la implantación de nuevos métodos y técnicas económico-financieras.

2. Se contribuye al perfeccionamiento y extensión de los sistemas de costo en las unidades del SNS.

3. Haber contribuido a la implantación de nuevos métodos de planificación en salud que den respuesta a los cambios demográficos y del estado de salud con especial énfasis en el nivel local.

PROYECTO 2: SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD

PROPOSITO

Perfeccionar las estructuras organizativas y la capacidad gerencial del SNS para el fortalecimiento de los sistemas municipales de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se coopera en el fortalecimiento de la capacidad gerencial en los distintos niveles del sistema para contribuir al logro de los objetivos de la política estatal en un aspecto relacionado con la salud.

2. Se contribuye a que las actividades correspondientes al bienio, de los OPD 2000 sean controladas, evaluadas y apoyadas a nivel provincial y municipal.

1. Actualizados los conceptos, los métodos y las técnicas más novedosas en economía y salud para fortalecer la planificación y la gestión económica en el SNS.

1. Capacitado los recursos humanos responsabilizados en aplicar los métodos y técnicas económico-financieras en todos los niveles del sistema al concluir el bienio.

1. Capacitado el personal de salud encargado de implantar y extender los sistemas de costo a nivel de cada provincia y municipio al concluir 1997.

1. Al concluir el bienio estarán implementados nuevos métodos para la planificación de los recursos humanos, materiales y financieros, destinados a la salud, priorizando esta actividad en el nivel local.

1. Capacitados los recursos humanos y movilizados los recursos técnicos y financieros necesarios para apoyar el programa nacional de fortalecimiento de las direcciones provinciales y municipales en técnicas gerenciales, para el cumplimiento de los OPD 2000 al concluir el bienio.

1. Actualizados los conocimientos y técnicos gerenciales de dirigentes del SNS, haciendo énfasis en las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud según el programa de trabajo acordado para 1996/97.

1. Capacitados los recursos humanos y entregados recursos técnicos y materiales que posibiliten al sistema en el nivel nacional, provincial y municipal la información y criterios de control, evaluación y apoyo de los OPD 2000 durante el bienio.

PROYECTO 3: EPIDEMIOLOGIA**PROPOSITO**

Introducción de nuevos conocimientos en el campo de la Epidemiología, de la Estadística Sanitaria y de la Vigilancia en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber contribuido al perfeccionamiento del registro, procesamiento, análisis y emisión de la información estadística para adecuarla a los requerimientos de la vigilancia en salud y satisfacer las necesidades de información de los diferentes niveles del SNS.

2. Implantada la X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

3. Haber contribuido al perfeccionamiento en el campo de la evaluación de los programas de salud.

1. Al concluir el bienio haber perfeccionado el 50% de los sistemas de información estadísticos existentes.

1. Capacitado el personal e implantada la X Revisión en el procesamiento de la mortalidad y de las estadísticas de morbilidad hospitalaria en todo el país. (1997).

1. Perfeccionados los equipos de dirección y los profesionales del área de la estadística sanitaria en la evaluación de programas de salud al concluir el bienio.

PROYECTO 4: INVESTIGACION EN SALUD**PROPOSITO**

Colaborar en el fortalecimiento de la capacidad nacional para la investigación en salud en todos los niveles del sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Capacitado el personal especializado en investigaciones de economía de la salud y de evaluación de tecnologías del país.

2. Capacitado el personal especializado en investigaciones de economía de la salud y de evaluación de tecnologías del país.

1. Al concluir 1997 tener conformados los equipos de investigación en economía de la salud y de evaluación de tecnologías en las 14 provincias del país.

2. Capacitados los grupos de investigación biomédica de los distintos niveles del sistema de salud de la provincia de Matanzas y sus 14 municipios, durante 1996 y 1997.

1. En 1996 haber organizado los grupos de investigación de economía y evaluación de tecnología en cada provincia.

2. Al finalizar 1997 tener diseñadas las investigaciones en estos campos adecuadas a las características de cada una de las 14 provincias.

1. En 1996 haber organizado los grupos de investigación de economía y evaluación de tecnología en cada provincia.

2. Al finalizar 1997 tener diseñada las investigaciones en estos campos y adecuadas a las características de cada una de las 14 provincias.

PROYECTO 5: CALIDAD DE PRODUCCION DE EQUIPOS MEDICOS**PROPOSITO**

Cooperar con el desarrollo de la capacidad técnica y gerencial de la industria médico farmacéutica y de la evaluación estatal, la vigilancia y el aseguramiento de la calidad de la producción de equipos médicos.

1. Al concluir el bienio haber capacitado 60 ejecutivos, y profesionales en diversas tecnologías de producción, administración de medicamentos y distribución en la industria farmacéutica.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber fortalecido la capacidad nacional para la implantación del Programa y el Plan Maestro de validación de procesos farmacéuticos.
2. Haber fortalecido la capacidad nacional para el desarrollo de tecnologías de medicamentos, nuevas formas de producción de envases y administración.
3. Fortalecida la capacidad nacional en gerencia.
4. Capacitado el personal nacional para la implantación de las regulaciones de evaluación y registros de equipos médicos.
5. Haber fortalecido la capacidad nacional en control y vigilancia de equipos médicos.

PROYECTO 6: INFORMACION CIENTIFICO-TECNICA

PROPOSITO

Elevar los niveles de producción y diseminación de la información científico técnica en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Perfeccionado los grupos de análisis de información y las bases de datos que aseguren una diseminación selectiva y general de información (DSI y DGI) al sistema nacional de salud.

Indicadores

2. Tener un programa de implementación y control para la implantación de las regulaciones de evaluación y registro de equipos médicos y capacitado al personal al finalizar 1997.

3. Adoptada la nomenclatura de equipos médicos en español (1997).

1. Tener capacitados a los ejecutivos y miembros del Comité Técnico de Validación en dos de los elementos que integran la misma: documentación y personal, en 8 plantas farmacéuticas al concluir 1997.

1. 30 profesionales capacitados en la producción de las distintas formas farmacéuticas, nuevas formas de administración de medicamentos y tecnologías de envases al concluir 1997.

1. Capacitados 30 ejecutivos de plantas de producción de medicamentos al finalizar 1997.

1. Adquirida la información científica técnica y cumplido el programa de entrenamiento a 200 especialistas de todas las provincias al concluir 1997.
2. Durante 1997 acreditar 4 laboratorios de ensayos en el país.

1. Capacitados 100 especialistas para el control de los equipos médicos que emiten radiaciones ionizantes y otras técnicas relevantes al finalizar el bienio.

2. A fines de 1997 obtenida la versión perfeccionada en español de la nomenclatura de equipos médicos.

3. Perfeccionado el soporte informático para la evaluación y el control de los equipos médicos al terminar el bienio.

1. Capacitado el 60% del personal técnico en análisis de información y actualizada la base de datos sobre instituciones del SNS al concluir 1997.

2. Al finalizar el bienio haber creado una unidad de información en cada uno de los municipios montañosos (Plan Turquino), y capacitado el personal técnico para el procesamiento electrónico de la información.

1. Haber capacitado al 60% del personal técnico en esta materia. Confeccionado y distribuido doce actualidades médicas y seis paquetes informativos. Confeccionada y actualizada la base de datos sobre el SNS al finalizar 1997.

2. Haber contribuido al aseguramiento de la información científico técnica a médicos y enfermeras de la familia ubicados en zonas montañosas (Plan Turquino) y aquellos SILOS sin unidades de información.

PROYECTO 7: ENFOQUE DE GENERO

PROPOSITO

Contribuir a incorporar el enfoque de género en las estrategias nacionales de Salud Pública.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incorporado el enfoque de género en los proyectos municipales de promoción de la salud.
2. Estudiados problemas de la mujer a nivel nacional y local, sus determinantes y los actores sociales más relevantes vinculados a estos problemas.
3. Haber fortalecido el enfoque de género en los niveles decisorios del sector salud y otros sectores relacionados.

PROYECTO 8: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Contribuir al perfeccionamiento de la red nacional de servicios de salud tomando como eje al médico y enfermera de la familia dentro de los sistemas municipales de salud.

1. Haber creado al menos una unidad de información, dotada de un módulo de computación y comunicación para el acceso a la información electrónica en cada municipio del Plan Turquino al finalizar 1997.

2. Capacitados en ICT, uso del correo electrónico y acceso a bases de datos a 2 técnicos por municipios seleccionados durante 1996 y 1997.

3. Creada una unidad de información como mínimo en los SILOS que no la posean al finalizar el bienio.

1. Incrementada la incorporación del enfoque de género mediante la identificación participativa y la coordinación intersectorial y las investigaciones en formulación de políticas y programas de promoción de salud orientadas al nivel local, durante 1996 y 1997.

1. El 100% de los proyectos municipales de promoción de la salud incorporan la perspectiva de género al finalizar 1997.

2. Al menos tres proyectos municipales de promoción de salud identifican los problemas de la mujer como aspecto central de la intervención durante 1996 y 1997.

1. Concluidas dos investigaciones-acción al finalizar el bienio.

2. Haber realizado acciones de identificación participativa de problemas en todas las provincias del país, al finalizar 1997.

1. Elaborado documentos de políticas y estrategias nacionales que incorpora la perspectiva de género. (1997).

2. Conformado y en funcionamiento un grupo de coordinación sectorial de los problemas de la mujer durante 1996 y 1997.

1. Capacitados médicos y enfermeras de la familia en la aplicación del método epidemiológico y la promoción de salud y prevención de enfermedades, mediante acciones ejecutadas en el nivel local. Evaluados sus resultados al finalizar 1997.

2. Aplicados los instrumentos seleccionados para mejorar la calidad de la atención hospitalaria y para evaluar los hospitales del país y diseñar su proyección para el año 2000 al concluir el bienio.

3. Iniciado el proceso de control para un uso racional de los estudios de laboratorios en el SNS y de buenas prácticas de utilización de la sangre y sus derivados, a nivel de los sistemas municipales de salud, al concluir 1997.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aplicado el método epidemiológico y evaluado el sistema automatizado de control de pacientes dispensarizados a través del sistema del médico y enfermera de la familia.
2. Tener capacitado en el enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedades a médicos y enfermeras de la familia.
3. Haber perfeccionado la documentación con la que se desempeña el médico de familia.
4. Aplicados los instrumentos seleccionados para desarrollar el programa de calidad de la atención en los servicios hospitalarios.
5. Evaluada la red de instituciones hospitalarias e identificadas sus potencialidades para su proyección técnico organizativa e inversionista para el año 2000.
6. Contribuido al establecimiento de una política de control que permita hacer un uso racional de los estudios de laboratorios clínicos en una población portadora de enfermedades no transmisibles en los sistemas municipales de salud.

Indicadores

1. Tener aplicado al final del bienio el sistema del método epidemiológico en 20 SILOS seleccionados y capacitado el personal seleccionado.
2. Evaluada la metodología de control automatizado a nivel de los SILOS y extendida a 20 policlínicos al finalizar 1997.
 1. Identificadas las necesidades de aprendizaje y capacitados el 40% de los médicos de familia y el 20% de las enfermeras en promoción de salud y prevención de enfermedades.
 2. Elaborada e implementada una metodología que permita evaluar los resultados de la capacitación en materia de prevención y promoción de salud.
1. Determinada la muestra para realizar el estudio de la documentación, y creada una metodología que permita la evaluación del uso correcto de la misma al finalizar 1996.
 2. Durante 1997 haber comenzado la implantación de la documentación oficialmente instituida.
1. Haber cumplido la revisión del programa en el 100% de los hospitales y capacitado el personal que participa en la aplicación de este programa al concluir 1997.
 2. Al finalizar el bienio tener concluida la aplicación de los Manuales de Organización en los hospitales del país.
 3. Evaluada la acreditación en los hospitales polivalentes del país a finales de 1997.
 4. Elaborado e implementado el manual de acreditación para los hospitales ginecobstétricos, pediátricos y especializados al concluir el bienio.
1. Elaborado los instrumentos de evaluación y capacitado el personal para su aplicación. 1996.
 2. Realizado el levantamiento de toda la red hospitalaria del país. (1996)
 3. Determinadas las potencialidades y necesidades de la red en 1997.
 4. Realizada la proyección organizativa, técnica e inversionista de la red para el año 2000, al concluir el bienio.
1. Evaluada la calidad del diagnóstico clínico y su correlación con los estudios bioquímicos realizados, teniendo en cuenta la positividad y negatividad de los mismos en 5 SILOS al finalizar el bienio.

7. Elaborado el manual de las Buenas Prácticas de la utilización adecuada de la Sangre y sus derivados, así como la metodología para su implantación.

8. Haber contribuido al perfeccionamiento de la tecnología en enfermería para elevar la calidad de la atención en la APS y a nivel hospitalario.

PROYECTO 9: GUIA TERAPEUTICA PARA LA APS

PROPOSITO

Continuar la colaboración en la extensión de la nueva guía terapéutica para la APS y centros de referencia para la actualización sistemática del médico y enfermera de la familia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incrementar la capacitación técnica respecto a la terapéutica médica en los profesionales de la APS.

2. Haber contribuido al desarrollo de centros a nivel nacional y provincial dirigidos a actualizar por diferentes vías la información en el sistema de salud del uso adecuado de los medicamentos.

PROYECTO 10: FORMACION EN SALUD PUBLICA

PROPOSITO

Contribuir al perfeccionamiento de los recursos humanos de salud de los equipos de dirección provinciales y municipales, así como de la formación de Pre Grado y Post Grado y, la formación avanzada en investigación en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Contribuido a aumentar el nivel de desarrollo de la Facultad de Salud Pública.

2. Capacitado el personal que participa en la evaluación y confección del listado de investigaciones esenciales para los estudios de laboratorios clínicos en pacientes con enfermedades no transmisibles. 1996.

1. Elaborado el manual y diseñada la metodología al finalizar el bienio.

1. Capacitados recursos humanos en enfermería para el incremento de la calidad de su atención a pacientes. (1996 y 1997)

2. Diseñada una metodología que permita evaluar y controlar el desempeño de enfermería en la atención al paciente, la familia y la comunidad. (1996)

3. Perfeccionado los manuales de técnicas y procedimientos de enfermería al concluir el bienio.

1. Evaluar el impacto de la guía terapéutica en el desempeño médico profesional.

2. Revisar al final del bienio la guía terapéutica para su perfeccionamiento.

1. Disponer de 15 centros en todo el país para brindar información sobre el uso de medicamentos en la APS durante el bienio.

2. Capacitar a todo el personal vinculado en los Centros de Información de la APS sobre medicamentos.

1. Instrumentada en la formación de pre-grado y post-grado el programa de perfeccionamiento en las especialidades priorizadas, para los equipos de dirección, en la formación avanzada en investigación en salud, así como del personal docente haciendo énfasis en la facultad de salud pública, el CENAPEM, CENAPEI y los niveles locales al concluir 1997.

1. Evaluado los proyectos de capacitación de los equipos de dirección en todos los niveles del SNS y de servicios, y capacitado al personal docente en metodologías de la facultad de Salud Pública al finalizar el bienio.

Objetivos

2. Perfeccionada la preparación profesional del personal de los centros de educación médica superior y técnica y de los servicios.

3. Continuada la extensión al resto de las provincias el proceso de educación permanente de los recursos humanos en salud. Proyecto "Salto Cualitativo".

4. Instrumentada y aplicada la educación permanente al personal seleccionado en la APS. Introducido elementos de la educación a distancia y educación audiovisual.

PROYECTO 11: PROMOCION DE SALUD

PROPOSITO

Apoyar el fortalecimiento de la capacidad del sector salud para identificar y liderar procesos intersectoriales que promuevan y protejan la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber fortalecido los programas de promoción de la salud a través de la movilización de los recursos y la integración con los sistemas locales de salud y las redes y proyectos de "Municipios por la Salud" en el fortalecimiento de una cultura en salud.

2. Haber formulado planes y ejecutados proyectos intersectoriales encaminados a contribuir al desarrollo social como factor indispensable para fomentar una cultura por la salud.

3. Haber movilizado recursos dentro del país en programas que influyan sobre las determinantes del estado de salud y de calidad de vida de la población en la conformación de una cultura por la salud.

PROYECTO 12: SALUD MATERNO INFANTIL

PROPOSITO

Contribuir a fortalecer las acciones del MINSAP en las prioridades nacionales de salud materno infantil recogidas en las OPD 2000.

Indicadores

1. Ejecutada la maestría en educación médica superior y el plan de investigaciones en formación de recursos humanos en los servicios, especialmente a nivel local. (1997)

1. Capacitado el personal y obtenido apoyo material para la extensión del proyecto "Salto Cualitativo" al resto de las provincial al concluir 1997.

1. Apartado el soporte bibliográfico, técnico y material para la extensión del proyecto según el cronograma aprobado en conjunto con el MINSAP al finalizar 1997.

1. Movilizado los recursos humanos, técnicos, políticos y financieros en apoyo a la Red Nacional de Municipios por la Salud y haber logrado en conjunto con el MINSAP 45 Municipios por la Salud al finalizar 1997.

2. Implantada una estrategia multimedia en comunicación social en los medios de comunicación nacionales y locales al concluir 1997.

1. Movilizados los recursos técnicos y políticos para alcanzar el funcionamiento de dos "Municipios por la Salud" en cada Provincia para 1996 y tres en cada una de ellas para 1997.

1. Movilizados los recursos técnicos y políticos para lograr el funcionamiento de un mercado y una escuela por la salud en cada provincia para 1996 y dos para 1997 en cada una de ellas.

1. Tener conformado y en funcionamiento un grupo técnico asesor intresectorial para cada proyecto local al finalizar 1996 y al concluir 1997 haber consolidado el trabajo de los grupos intersectoriales y realizada su primera evaluación.

2. Formulada una estrategia multimedia de comunicación social en los medios de comunicación nacionales y locales al finalizar 1996. Al concluir 1997 tener implantada esta estrategia de comunicación social en salud.

1. Elaboradas metodologías, programas y normas para su aplicación en servicios y a nivel local, así como capacitado a personal de salud en los siguientes problemas prioritarios: bajo peso al nacer, accidentes, EDA, IRA y atención prenatal, parto y puerperio durante 1996 y 1997.

2. Haber colaborado técnica y operacionalmente a la actualización del programa nacional de atención materno infantil y a la evaluación de la investigación sobre crecimiento y desarrollo durante el bienio.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber contribuido a la aplicación del Programa Nacional para la reducción del bajo peso al nacer en todo el país.

2. Haber contribuido a la aplicación en el país del Programa de Prevención de Accidentes en menores de 15 años.

3. Haber contribuido a la aplicación del documento metodológico y técnico aprobado para modificar la morbi-mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, cólera e infecciones respiratorias agudas.

4. Haber contribuido a la aplicación de las normas aprobadas en relación con la atención perinatal, parto y puerperio, y a la actualización del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.

5. Haber contribuido para disponer de una nueva versión del carnet de salud infantil.

6. Haber contribuido a evaluar la investigación sobre crecimiento y desarrollo.

PROYECTO 13: NUTRICION**PROPOSITO**

Perfeccionar las estrategias de intervención para mejorar la cultura nutricional de la población.

1. Capacitado el personal médico y de enfermería relacionados con el programa en todos los municipios al concluir el bienio.

2. Efectuada la evaluación y supervisión periódica que permita el monitoreo de dicho programa, durante 1996 y 1997.

3. Editados y reproducidos los ejemplares de este programa suficiente para cubrir las necesidades de la APS y la atención secundaria.

1. Haber capacitado hasta nivel de policlínico al personal médico y paramédico en los aspectos fundamentales del programa durante 1996.

2. Haber establecido una metodología de evaluación del programa en 1996.

3. Editados y reproducidos materiales educativos encaminados a brindar una adecuada información a la población sobre la prevención de los accidentes durante 1996 y 1997.

1. Capacitados los recursos humanos (médicos, enfermeras, personal auxiliar) a nivel de los Sistemas Municipales de salud del país, durante los dos años.

2. Haber realizado la evaluación y supervisión periódica a todos los niveles del sistema, permitiendo el monitoreo de dicho programa y su validación al finalizar el bienio.

1. Tener la metodología actualizada para la atención en las salas de cuidados especiales perinatales en 1996.

2. Contar y aplicar una metodología de control y evaluación de los aspectos fundamentales del programa (1996 y 1997).

3. Validar la eficacia de las medidas propuestas en relación con el resultado de los diferentes indicadores al concluir 1997.

1. Haber contribuido con recursos técnicos y materiales para obtener la edición de un número suficientes de carnets que cubra la población de 1 a 6 años.

1. Haber diseñado la metodología para la evaluación de la investigación de crecimiento y desarrollo al finalizar 1996.

1. Capacitado el personal en nutrición e higiene de los alimentos y en seguridad alimentaria a nivel comunitario y contribuido con soporte técnico y material para la implementación y funcionamiento del sistema de vigilancia nutricional a nivel de los municipios del país durante el bienio.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber contribuido al perfeccionamiento del sistema de vigilancia nutricional a nivel local.

PROYECTO 14: CONTROL SANITARIO DEL AMBIENTE

PROPOSITO

Contribuir con el programa nacional de control sanitario del ambiente con énfasis en el nivel local.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber contribuido al perfeccionamiento de la vigilancia ambiental a nivel de los sistemas municipales de salud.

PROYECTO 15: INMUNIZACIONES

PROPOSITO

Contribuir con el programa nacional de vacunación, y perfeccionar el diagnóstico y control de las enfermedades transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber contribuido al fortalecimiento de los programas nacionales de inmunización en el nivel local.
2. Haber contribuido al desarrollo de la epidemiología con énfasis en técnicas modernas de diagnóstico, gerencia y evaluación de programas y servicios.

PROYECTO 16: SALUD PUBLICA VETERINARIA

PROPOSITO

Contribuir al fortalecimiento de la salud pública veterinaria con énfasis en el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, el control de la zoonosis la calidad de los alimentos y la producción de vacunas virales.

Indicadores

1. A final del bienio tener implementada y en funcionamiento los sistemas de vigilancia nutricional de todos los municipios del país.

1. Adquirido los recursos operacionales y capacitado el personal en apoyo al establecimiento del sistema de vigilancia ambiental a nivel local en todos los municipios del país, durante el bienio.

1. A finales de 1997 tener capacitado al personal y establecido en todos los municipios del país los Sistemas de Vigilancia Ambiental para la evaluación del impacto ambiental y riesgo para la salud.

1. Capacitados los recursos humanos en diagnóstico, gerencia y evaluación para el control de enfermedades transmisibles y el fortalecimiento del programa de vacunación y la vigilancia epidemiológica durante el bienio.

1. Perfeccionados los sistemas de control de las enfermedades prevenibles por vacunas en todos los policlínicos del país al concluir 1997.

1. Durante el bienio haber capacitado al personal seleccionado desde el nivel nacional hasta el nivel local con participación de las 14 provincias del país en gerencia y evaluación de programas y de servicios.

2. Haber contribuido al establecimiento en las 14 provincias de los sistemas de vigilancia epidemiológica y el control automatizado de la información sobre las enfermedades transmisibles al concluir el bienio.

1. Al concluir el bienio haber capacitado a los recursos humanos necesarios para extender al país las experiencias en vigilancia epidemiológica obtenidas en el 94-95.

2. Personal capacitado en diagnóstico de enfermedades transmitidas por alimentos y zoonosis.

3. Obtenido insumos críticos para la producción de vacunas virales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Perfeccionado el sistema de vigilancia epidemiológica adaptado a las nuevas formas de producción agropecuaria.
2. Incorporado a los servicios técnicas modernas de diagnóstico de enfermedades transmitidas por alimentos y zoonosis.
3. Perfeccionada las tecnologías de producción de vacunas múltiples para aves.

PROYECTO 17: ENFERMEDADES CRONICAS**PROPOSITO**

Contribuir a desarrollar y extender el programa de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y de promoción de la salud del anciano.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber contribuido al perfeccionamiento del control de la hipertensión arterial esencial como factor de riesgo en la mortalidad del IMA y su relación con las salas de cuidados pre-coronario.
2. Haber contribuido a la disminución de las complicaciones de la Diabetes Mellitus.
3. Haber contribuido a la reorganización de atención psiquiátrica en función de la APS en el marco de los SILOS.

1. Extendida las experiencias de la provincia de Camaguey y las tunas y capacitado el personal vinculado a su extensión en el resto de las provincias al concluir el bienio.

1. Programas reordenados y personal capacitado para el diagnóstico y enfermedades transmitidas por alimentos en las circunstancias actuales de crianza familiar o de traspatio durante el bienio.

1. Obtenido los insumos críticos para la producción de las vacunas y desarrollados las capacidades analíticas de los laboratorio del instituto nacional de higiene de los alimentos

1. Perfeccionado el control de la hipertensión arterial de las complicaciones de la diabetes mellitus, de la atención al asmático y de la calidad de la atención al paciente oncológico, al finalizar el bienio.

2. Creado modelos alternativos de atención al paciente psiquiátrico en la comunidad e implantado un modelo clínico epidemiológico de salud mental en 1997

3. Lograda la introducción de instrumentos que eleva la calidad de la atención al anciano y su familia y comunidad, al concluir el bienio.

4. Implementada una metodología para el control de la prescripción y uso racional de los medicamentos utilizados en ECN al finalizar 1997.

1. Evaluar al final del bienio los resultados de la metodología aplicada para el control de la hipertensión arterial como factor de riesgo. Perfeccionada y extendida a todo el país.

2. Disponer al final del bienio de los resultados de la metodología aplicada para la evaluación de las salas precoronarias y su implantación en todo el país.

1. Disponer al final del bienio de una metodología que permita evaluar y perfeccionar el control de las complicaciones de la Diabetes Mellitus.

2. Actualizar y perfeccionar el Programa Nacional de Control de la Diabetes Mellitus.

1. Haber creado modelos alternativos de la atención psiquiátrica centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales. Introducirlos en 8 Sistemas Municipales de salud y capacitado el personal en la implantación de dichos modelos al finalizar 1997.

2. Obtenida una metodología para la reorganización de la atención psiquiátrica en la APS.

Objetivos

4. Implantado un modelo clínico epidemiológico de salud mental y una metodología para la rehabilitación del paciente psiquiátrico de larga evolución en la APS.

5. Haber obtenido un modelo de evaluación que garantice la calidad de la atención al Paciente Psiquiátrico.

6. Haber contribuido a elevar la calidad de la atención médica en los pacientes con asma bronquial.

7. Incrementado el nivel de la calidad de la atención al anciano y sus cuidadores, así como su evaluación económica a nivel local.

8. Apoyadas acciones dirigidas a incrementar la calidad de la atención médica en pacientes oncológicos.

9. Haber contribuido al fortalecimiento del programa nacional del control de cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y bucal.

10. Haber contribuido a elevar la calidad de las investigaciones clínicas del cáncer.

11. Haber contribuido a establecer un modelo de control que permita evaluar una adecuada prescripción y uso más racional de los grupos farmacológicos utilizados para el tratamiento del control de las enfermedades no transmisibles.

Indicadores

1. Haber introducido el modelo clínico epidemiológico en los Sistemas Municipales de Salud del país durante el bienio.

 2. Haber aplicado una metodología para evaluar la rehabilitación del paciente de larga evolución.

 3. Capacitar al personal que participe en la implantación del modelo clínico epidemiológico en el país.
-
1. Obtenida la lista de componentes básicos de la calidad de atención al paciente psiquiátrico teniendo en cuenta las condiciones de nuestro medio y Elaborado el modelo de evaluación al concluir el 1997.
-
1. Evaluado y perfeccionada el programa nacional de la atención al asmático en todo el país durante 1996.
-
1. Al finalizar el bienio obtener el resultado de la evaluación de la investigación de efectividad sobre formas de atención al anciano.

 2. Aplicadas nuevas técnicas diagnósticas evaluativas y de tratamiento en la demencia de los ancianos.

 3. Medido el nivel de atención de la familia mediante metodología creada para el diagnóstico precoz de la demencia senil.
-
1. Al finalizar el bienio tener implantado un sistema de control de la calidad de los servicios oncológicos con proyección a la APS. Tener capacitado al personal seleccionado vinculado a la atención primaria y secundaria en oncología.
-
1. Evaluada la implantación del nuevo registro de control de cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y bucal, al finalizar 1997.

 2. Finalizado un proyecto de intervención en el control de cáncer de mama en un municipio del país al finalizar el bienio.
-
1. Obtenida una metodología que permita evaluar la calidad de las investigaciones clínicas de cáncer.

 2. Concluida la investigación sobre papiloma virus humano (PVH) al finalizar el bienio.
-
1. Concluida una investigación nacional para la evaluación cuanti-cualitativa del uso y efectividad de los psico-fármacos, corticoides, broncodilatadores y otros grupos farmacológicos. (1996)

 2. Obtenida una metodología y puesta en funcionamiento para el control de la prescripción y uso racional de los medicamentos al finalizar 1997.

PROYECTO 18: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Promover a través de la cooperación técnica entre países el intercambio de conocimientos, experiencias y tecnologías de la salud en áreas de interés común.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Contribuido al nacimiento del intercambio de Cuba con otros países de la región en el campo de la salud en áreas prioritarias.

PROYECTO 19: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA**PROPOSITO**

Perfeccionar los métodos de ejecución y evaluación de la cooperación acorde a las prioridades nacionales y desarrollar esquemas de cooperación interprogramáticas e intersectoriales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Tener capacitado al personal técnico y administrativo de la representación y de la dirección de relaciones internacionales y la unidad de colaboración del MINSAP vinculado al trabajo de OPS/OMS.

2. Elaborado, ejecutado y evaluado cada actividad contenidas en los apb y PTC del bienio y cumplido el calendario establecido por la oficina central para su entrega.

3. Incrementado los fondos extrapresupuestarios de apoyo a los programas nacionales de salud.

1. Al finalizar el bienio, haber logrado mayor participación de países en proyectos comunes y diversificar las áreas de colaboración técnica.

1. Incrementado las coordinaciones bilaterales, multilaterales y con participación de otras agencias para el desarrollo cuanti cualitativo de los programas operativos de trabajo acordados entre las partes. (1997)

2. Ejecutados el 90% de los programas acordados, y evaluado el 100% de los mismos durante 1996 y 1997.

1. Al finalizar el bienio se ha cumplido el programa de desarrollo de personal vinculado a la cooperación externa de la representación y del MINSAP

2. Cumplimentado la formulación, ejecución y evaluación de los programas anuales y cuatrimestrales durante el bienio.

3. Incrementada la movilización de recursos extrapresupuestarios para el sector salud.

1. Al finalizar el bienio se ha cumplido con el programa de desarrollo de personal acordado entre la representación y el MINSAP para 96-97.

1. Cumplimiento en tiempo y forma de la elaboración del apb 97-98 y de los PTC 96-97 y sus informes evaluativos correspondientes.

1. Al concluir el bienio se ha incrementado la movilización de recursos externa e interna de apoyo a los programas de salud fundamentalmente al nivel local.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	967,300	39.4	1,060,600	39.4	1,167,200	39.1
POLITICA PUBLICA Y SALUD	251,800	10.3	276,100	10.3	303,900	10.2
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO						
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	213,200	8.7	234,100	8.7	258,100	8.7
	38,600	1.6	42,000	1.6	45,800	1.5
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	394,700	16.0	427,200	15.9	464,000	15.4
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	394,700	16.0	427,200	15.9	464,000	15.4
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	249,900	10.2	275,300	10.2	304,600	10.3
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	137,500	5.6	150,600	5.6	165,700	5.6
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	112,400	4.6	124,700	4.6	138,900	4.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	70,900	2.9	82,000	3.0	94,700	3.2
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	70,900	2.9	82,000	3.0	94,700	3.2
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	731,900	29.8	800,600	29.7	879,900	29.7
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	441,500	18.0	485,400	18.0	536,100	18.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	365,700	14.9	404,000	15.0	448,200	15.1
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	75,800	3.1	81,400	3.0	87,900	3.0
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	290,400	11.8	315,200	11.7	343,800	11.6
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	290,400	11.8	315,200	11.7	343,800	11.6
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	215,100	8.8	238,000	8.8	264,600	8.9
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	114,600	4.7	127,200	4.7	141,700	4.8
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	114,600	4.7	127,200	4.7	141,700	4.8

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	41,200	1.7	45,900	1.7	51,400	1.7
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	41,200	1.7	45,900	1.7	51,400	1.7
HED						
NUTRI. SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	59,300	2.4	64,900	2.4	71,500	2.4
ALIMENTACION Y NUTRICION	59,300	2.4	64,900	2.4	71,500	2.4
NUT						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	90,200	3.7	97,700	3.6	106,300	3.6
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	90,200	3.7	97,700	3.6	106,300	3.6
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	90,200	3.7	97,700	3.6	106,300	3.6
ERA						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	449,000	18.3	497,800	18.5	553,900	18.7
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	192,300	7.8	216,100	8.0	243,600	8.2
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	192,300	7.8	216,100	8.0	243,600	8.2
OCD						
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	217,800	8.9	239,200	8.9	263,800	8.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	217,800	8.9	239,200	8.9	263,800	8.9
NCD						
SALUD PUBLICA VETERINARIA	38,900	1.6	42,500	1.6	46,500	1.6
ZONOSIS	38,900	1.6	42,500	1.6	46,500	1.6
ZNS						
GRAN TOTAL	2,453,500	100.0	2,694,700	100.0	2,971,900	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	237,200	25.1	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	237,200	25.1	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	195,300	20.7	0	-	0	-
	41,900	4.4	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	68,900	7.3	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	68,900	7.3	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	68,900	7.3	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	273,000	29.0	8,000	100.0	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	273,000	29.0	8,000	100.0	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	273,000	29.0	8,000	100.0	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	363,800	38.6	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	363,800	38.6	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	91,000	9.7	0	-	0	-
SIDA	272,800	28.9	0	-	0	-
GRAN TOTAL	942,900	100.0	8,000	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS											
ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,055,200	1	0	283,300	73,600	17,100	156,000	148,600	225,600	0	151,000
OMS - WR	1,398,300	0	0	0	190,500	0	302,000	350,700	437,900	0	117,200
TOTAL	2,453,500	1	0	283,300	264,100	17,100	458,000	499,300	663,500	0	268,200
% DEL TOTAL	100.0			11.5	10.8	.7	18.7	20.4	27.0	.0	10.9
1996-1997											
OPS - PR	1,156,100	1	0	298,500	73,600	20,800	156,000	171,800	260,800	0	174,600
OMS - WR	1,538,600	0	0	0	190,500	0	302,000	405,500	505,200	0	135,400
TOTAL	2,694,700	1	0	298,500	264,100	20,800	458,000	577,300	766,000	0	310,000
% DEL TOTAL	100.0			11.1	9.8	.8	17.0	21.4	28.4	.0	11.5
1998-1999											
OPS - PR	1,270,600	1	0	315,300	73,600	24,000	156,000	198,500	301,500	0	201,700
OMS - WR	1,701,300	0	0	0	190,500	0	302,000	468,400	583,800	0	156,600
TOTAL	2,971,900	1	0	315,300	264,100	24,000	458,000	666,900	885,300	0	358,300
% DEL TOTAL	100.0			10.6	8.9	.8	15.4	22.4	29.8	.0	12.1

DOMINICA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. En el censo de 1991, la población total del Commonwealth de Dominica se estimó en 71.183 habitantes, comparada con 73.795 en 1981. Las cifras revelaron además que 34% de la población es menor de 15 años, 54% es menor de 25 y 76% menor de 44. La tasa de crecimiento proyectada se ha estimado en 0,5%. La tasa de hombres y mujeres es aproximadamente de 1,1, siendo la población femenina levemente más numerosa.

2. La esperanza de vida ha mejorado y ha aumentado de 68 años al nacer a 74 años para las mujeres y de 61 a 71 para los hombres, lo cual contribuye a un aumento de la prevalencia de las afecciones crónicas. La tasa de mortalidad infantil ha descendido además de 15,1/1000 nacimientos (1991) a 14,1/1000 nacimientos (1993), pero aún persiste el problema de una tasa neonatal relativamente alta.

3. Las principales causas de defunción son las cardiopatías, los neoplasmas malignos, las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades cerebrovasculares. Entre los niños del grupo de 0 a 5 años, las afecciones en el período perinatal fueron la causa principal de defunción.

4. Las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión contribuyen decididamente a la morbilidad. La prevalencia de la diabetes en 1993 se registró como el 3-5% de la población total. Un cálculo de la cantidad de personas que sufrían de hipertensión indica que el 18% de la población padece esta enfermedad.

5. En 1985, las personas con trastornos hipertensivos representaron el 3,7% del total de los ingresos hospitalarios, cifra que ascendió al 9,1% en 1992. La obesidad infantil es un problema inminente. Un estudio en 1993 reveló que de 8 a 9% de los niños eran obesos. La necesidad de programas orientados a la promoción de la salud y los cambios del modo de vida es evidente. Las enfermedades transmisibles siguen comprometiendo el estado de salud de la población, pero la notificación deficiente con criterios de diagnóstico mal definidos y limitada confirmación de laboratorio afectan en su conjunto a la evaluación adecuada de la epidemiología de las enfermedades notificables. La incidencia de infección con el VIH fue inferior a 20/100.000 habitantes en 1987; sin embargo, el índice aumentó a 29/100.000 en 1992. La proporción hombre-mujer es de 3,1, registrándose la tasa más alta entre los adultos de 25 a 44 años. Para abordar estos problemas, deben introducirse además programas dirigidos a la promoción de la salud, la conciencia comunitaria y servicios de orientación dirigidos al grupo destinatario.

6. La fiebre tifoidea es un problema endémico especialmente en el grupo de 5 a 24 años, el cual ha registrado una tendencia descendente, con 6 personas informadas por año en los últimos años.

Factores que influyen en la situación de salud

7. Las cifras del censo de 1981 revelan que la tasa de desempleo ascendió a 18,6% mientras que en 1991 los resultados del censo indicaban una reducción significativa de 9,9%. Esto se atribuyó en parte al crecimiento paralelo en los sectores de la construcción y el turismo. El programa de ajuste estructural que

empezó en 1986/1987 ha concluido; sin embargo, el elemento importante derivado fue la mejora en el desempeño fiscal mediante la reforma tributaria y los gastos en 1991. Los jornales y los sueldos aumentaron 28%, comparados con un promedio de 7%. El gobierno, por lo tanto, sigue procurando restringir el crecimiento en los jornales y los sueldos de la administración pública.

8. El problema de la eliminación de excretas y los residuos sólidos sigue revistiendo importancia. Aproximadamente el 30% de la población todavía no tiene acceso a sistemas de alcantarillado aceptables, lo cual contribuye a la alta prevalencia de la helmintiasis y los brotes ocasionales de fiebre tifoidea. Sin embargo, se han registrado algunas mejoras en la eliminación de excretas sólidas y líquidas a lo largo de la costa occidental. La ausencia de un laboratorio bacteriológico imposibilita la vigilancia de la calidad del agua. DOMMASA ha estimado que el 87% de la población tiene agua potable transportada en tuberías. Las prácticas de evacuación de las aguas de alcantarillado, los residuos sólidos y las aguas residuales industriales presentan problemas de contaminación potencialmente graves. Los residuos líquidos y sólidos generados actualmente por la población local, el sector agropecuario e industrial y las actividades turísticas exceden la capacidad de desecho del país. Ello ha contribuido a la proliferación de insectos, vectores y roedores en las áreas densamente pobladas, al igual que una mayor cantidad de casos de leptospirosis. Con el desarrollo de la industria de los cruceros, los edificios para los servicios tendrán un impacto en los programas de agua, alcantarillado y residuos sólidos. La ausencia de un programa de vigilancia de los riesgos ocupacionales, especialmente en la agricultura y las industrias químicas, es motivo de creciente preocupación.

9. La cobertura de servicios de salud sigue siendo elevada en todo el país. La administración del Hospital Princess Margaret (PMH) aún representa un problema crítico, para lo cual se ha destinado la asistencia de Francia. Con el funcionamiento del nuevo hospital en Portsmouth (tasa de ocupación estimada, 50%) se ha aliviado algo el hacinamiento del PMH. Es preocupante que el problema del hacinamiento en el pabellón de maternidad persista a pesar de la construcción de un sector nuevo (con el mismo número de camas), dada la poca descentralización de los partos. A ello se suma que la mayoría de las mujeres prefieren dar a luz en un hospital. Siguen los esfuerzos por mejorar la prestación de los servicios de salud a nivel de distrito. No se ha establecido completamente un programa comunitario de salud mental, aunque ha mejorado el estado de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el hospital, incorporando nuevos enfoques a la salud mental, un programa de terapia ocupacional de asistencia diurna y un asistente psicosocial. Además, la atención de salud dental debe hacerse extensiva a la mujer embarazada.

10. Salud en el desarrollo humano: El análisis coyuntural se completó en 1994, seguido de un plan sanitario estratégico quinquenal. El gobierno ha expresado su compromiso con la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y los planes reflejan las áreas prioritarias. Los sistemas de información sanitaria han estado instalados para planificar, programar y evaluar los servicios de salud a nivel de distrito.

11. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: El Ministerio ha seguido apoyando el proceso de descentralización de los servicios de salud y el desarrollo de los sistemas locales de salud. Los servicios rurales hospitalarios (Portsmouth) han mejorado para brindar acceso a la atención secundaria y reducir el hacinamiento

en el hospital de remisión de pacientes. Existen planes para introducir un cambio en la estructura organizativa para mejorar la eficiencia del Hospital Princess Margaret. Se ha efectuado el adiestramiento de diversas categorías de personal de salud para apoyar el proceso descentralizado, incluida la intervención en casos de desastre y el tratamiento de traumatismos.

12. Promoción y protección de la salud: Los representantes de Dominica participaron en la redacción de la Carta de Promoción de la Salud, seguida de su difusión a nivel nacional. El adiestramiento en enfermería psiquiátrica y de salud mental se ha realizado para mejorar la cobertura de estos servicios.

13. Prevención y control de enfermedades: Los programas de vacunación infantil contra las seis enfermedades del PAI se han mantenido y la cobertura continúa en un porcentaje elevado. La vigilancia para la erradicación del sarampión y la poliomielitis se ha instituido con la asistencia del CAREC. El programa nacional de ETS e infección por el VIH ha continuado operando a nivel del distrito y sigue siendo una prioridad con los servicios de orientación y las pruebas del VIH como componentes del programa. Los programas contra enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión se han ofrecido como servicios a nivel comunitario. El enfoque de riesgo en la gestión del programa comunitario de salud materno-infantil ha continuado con derivaciones al nivel secundario.

14. Desarrollo y protección del ambiente: Los planes para incorporar la salud y el ambiente a nivel nacional han estado en el proceso de desarrollo. El adiestramiento en higiene del medio, el cual es un aspecto importante de esto, está incluido en el tratamiento del agua, el saneamiento básico y los residuos sólidos.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

15. El Ministerio ha identificado lo siguientes planes y prioridades para el desarrollo de la salud nacional: Incremento de la disponibilidad de los servicios de salud, especialmente para los adolescentes, los ancianos y los niños; Fortalecimiento de la gestión y la planificación para mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud e incluir la creación de sistemas de información sanitaria y adiestramiento de recursos humanos en las áreas pertinentes; Fortalecimiento de ciertos programas como salud bucodental, salud mental de la comunidad, atención oftalmológica integral, preparativos para casos de desastre y legislación de farmacias; Promoción y protección de la salud orientada a adoptar modos de vida más sanos, enfermedades crónicas y puesta en práctica de la estrategia de promoción de la salud; Provisión de un ambiente más seguro y más limpio por medio del tratamiento de los residuos sólidos, el agua y el alcantarillado con comunicación social, adiestramiento, aprobación de legislación en materia de alimentos y lucha antivectorial.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

16. En respuesta a las prioridades nacionales, la cooperación técnica de la OPS requerirá los siguientes enfoques funcionales: Desarrollo de políticas, planes y normas; Difusión de información; Adiestramiento; Investigación.

17. Las áreas prioritarias se canalizarán por medio de cuatro proyectos usando los enfoques funcionales para lograr los resultados esperados. Los cuatro proyectos serán: Desarrollo de servicios de salud; Promoción y protección de la salud; Higiene del medio; ETS y SIDA.

18. Para fortalecer los sistemas de salud con el acento en los adolescentes y los ancianos, se proporcionarán recursos y asistencia técnica para elaborar protocolos individuales de investigación para identificar las necesidades de salud de los adolescentes y los ancianos, después de lo cual se difundirán los resultados a los grupos intersectoriales pertinentes. Los respectivos grupos multisectoriales celebrarán un taller para desarrollar los planes para la puesta en marcha usando el enfoque del marco lógico.

19. Se proporcionará apoyo técnico a fin de evaluar la epidemiología del asma y de las infecciones por *Haemophilus influenzae* en los niños para que puedan planificarse los programas correspondientes.

20. La OPS también proporcionará recursos para un estudio para racionalizar el uso de los centros de salud para el uso eficiente de los servicios de salud.

21. Para ayudar al país a mejorar la eficacia y eficiencia en función de los costos en los servicios de salud, se colocará el acento en el manejo de los sistemas de información y el adiestramiento local y en el exterior en las áreas pertinentes. La OPS ofrecerá adiestramiento en los sistemas de información sanitaria para el personal directivo, se instalarán módulos de la OPS/CHIS y se adiestrará al personal localmente. Para desarrollar aún más el sistema de información hospitalaria, la OPS colaborará con el asesor de Francia y seleccionará las etapas de su aplicación. Se otorgarán becas para el adiestramiento de ciudadanos en el exterior para mejorar la capacidad de gestión del personal. Los cursos incluirán administración y educación de enfermería, bioestadística, gestión de los servicios hospitalarios y de salud y certificación de defunciones.

22. En ciertos programas como salud bucodental, salud mental, atención oftalmológica y preparativos para casos de desastre, los recursos para adiestrar al personal apropiado se extenderán en forma de becas cortas para adiestramiento en el exterior. Para adiestramiento de mayor duración, el país seleccionará las necesidades de adiestramiento según la prioridad y los recursos disponibles dentro del presupuesto por país de la OPS. Se ofrecerá asistencia técnica para la creación de servicios dentales para la mujer embarazada, atención oftalmológica y salud mental de la comunidad y los protocolos para estandarizar la gestión de estas áreas a fin de mejorar la calidad de la atención.

23. Se proporcionaron asistencia técnica y recursos para el adiestramiento local, como la lucha antivectorial, que será necesario para la ampliación del proyecto de lucha antivectorial a dos comunidades y comunicación social para el compostaje. Los recursos para el adiestramiento en el exterior se dirigirán al control de la calidad del agua. La OPS facilitará el proceso de adaptación de la legislación modelo en materia alimentaria en una pequeña reunión del grupo técnico, que posteriormente se difundirá para su aprobación a nivel nacional.

24. La OPS también proporcionará recursos para asistencia técnica en la revisión de la legislación de farmacias a cargo de un consultor a corto plazo, a fin de facilitar la vigilancia de la normalización y los servicios de calidad del sector. Se proporcionarán recursos técnicos y financieros para un ejercicio de simulación en el manejo de desastres y el adiestramiento para ejecutar esta actividad.

25. El concepto de promoción de la salud se promoverá por medio de asistencia técnica en un estudio de CACP de problemas prioritarios de salud en las enfermedades crónicas, después de los cuales se difundirán los resultados, se adiestrará al personal de salud y se aplicará la estrategia de promoción de la salud a los programas.

26. La OPS ayudará al país a diseñar un proyecto de demostración de promoción de la salud para demostrar a los proveedores de servicios de salud y otros interesados los beneficios de las estrategias de promoción de la salud. También se proporcionará asistencia técnica para el desarrollo de programas nacionales de prevención y control de la diabetes, la hipertensión y el cáncer de cuello uterino, y se repartirán protocolos a los trabajadores de salud para mejorar la calidad de la atención.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Sensibilización de todos los grupos a la promoción de la salud y la planificación de programas para controlar las enfermedades crónicas.
2. Nueva planificación de los servicios de maternidad y sus recursos.
3. Fortalecer la gestión del programa contra el SIDA y las ETS.
4. Mejorar los anuncios de comunicación para la salud por televisión.
5. Recursos para la ejecución del proyecto de manejo de residuos sólidos.

6. Fortalecer la capacidad de reciclado y compostaje.
7. Evaluar y ampliar el programa de lucha antivectorial.
8. Fortalecer la gestión de la calidad del agua.
9. Adiestramiento de recursos humanos para el desarrollo de los servicios de salud.
10. Fortalecer el programa comunitario de salud mental.
11. Fortalecer el programa de atención oftalmológica y salud bucodental.
12. Mejorar la legislación en materia farmacéutica y alimentaria.
13. Fortalecer el programa de salud de los adolescentes.
14. Ampliar la cobertura de salud bucodental a las mujeres embarazadas y las aptitudes clínicas de los dentistas con relación al SIDA y las lesiones precancerosas.
15. Uso de la información producida para la gestión y planificación de los servicios de salud en los niveles comunitario y hospitalario.
16. Fortalecer el manejo de desastres y los servicios de traumatología.
17. Fortalecer el programa para el cáncer de cuello uterino.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

1. Aumentar la disponibilidad de los servicios a la población

RESULTADOS ESPERADOS

1. Informe sobre las necesidades de salud del adolescente disponible y utilizado para planificar el programa nacional de salud para adolescentes.

2. Creación de programas de enfermedades crónicas, adiestramiento del personal, vigilancia de la aplicación de programas y proyectos.

3. Fortalecimiento del tratamiento del asma, las infecciones por Haemophylus influenzae y la atención perinatal por medio de estudios epidemiológicos y creación de programas.

4. Definición del uso alternativo de los centros de salud

5. Aumento de la capacidad de gestión del personal de salud por medio de la capacidad de usar información en todos los niveles del sistema asistencial.

6. Utilización y ampliación de los sistemas de información hospitalaria.

1. Creación de un programa de salud para abordar las necesidades de los adolescentes, las mujeres ancianas y los niños, identificación de recursos e iniciación para 1997.

2. Incremento de la productividad en ciertos servicios hospitalarios y comunitarios para 1997.

1. La investigación para identificar las necesidades de salud del adolescente se habrá finalizado en 1996.

2. Elaboración del programa nacional multisectorial para 1996.

1. Creación de programas nacionales para prevención y control de la diabetes y la hipertensión con metas, estrategias y protocolos para 1996.

2. Continuación del apoyo para el proyecto del cáncer del cuello uterino en 1996 y 1997.

3. Adiestramiento de cierto personal de salud para usar el enfoque de comunicación social y elaborar el proyecto para 1997.

1. Evaluación de la epidemiología del asma para 1996

2. Evaluación de la epidemiología de las infecciones víricas y por Haemophylus influenzae y recomendaciones sobre la cobertura del PAI para 1996

3. Intervenciones para mejorar la atención perinatal basadas en estudio elaborado y realizado para 1996.

1. Racionalización del uso de los centros de salud completa con recomendaciones para 1997.

1. Equipos de gestión de distrito, directores de programa, jefes de sección de hospital adiestrados para usar la información en tomas de decisiones para 1997.

2. Todos los módulos de OPS\CHIS instalados y el personal adiestrado para operar para 1996.

1. Plan para la creación de otros sistemas de información hospitalaria elaborados en colaboración con el asesor de Francia y ciertas etapas puestas en marcha para 1996.

Objetivos

7. Adiestramiento de recursos humanos en áreas prioritarias para apoyo a los servicios de salud.

PROYECTO 2: DESARROLLO DE CIERTOS SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Mejoramiento de la cobertura y calidad de la atención en ciertas áreas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Creación del programa de salud dental y adiestramiento de recursos humanos para controlar enfermedades bucodentales específicas.

2. Elaboración de un programa comunitario de salud mental y adiestramiento en salud mental.

3. Creación del programa integral de atención oftalmológica y adiestramiento del personal.

4. Adiestramiento de recursos humanos.

5. Mejoramiento del programa de farmacia.

6. Control de desastres y servicios de respuesta en emergencias y atención de traumatismos puestos en funcionamiento y personal adiestrado.

Indicadores

1. Nacionales adiestrados durante el bienio en las siguientes áreas: Administración y educación en Enfermería; Bioestadística; Servicios hospitalarios; Certificación de defunciones.

1. Examen anual de todas las personas diabéticas y mayores de 45 años en Dominica por secuelas oftálmicas y glaucoma para 1997.

2. Menor cantidad de reingresos y ciertos diagnósticos en la unidad psiquiátrica para 1997.

3. Estado de la salud bucodental de todas las mujeres embarazadas en 2 áreas piloto evaluadas hacia el final del segundo trimestre de 1996.

1. Planificación de un programa para la prestación de servicios odontológicos a las mujeres embarazadas y creación de protocolos para 1996.

2. Todos los dentistas adiestrados en la identificación y control de enfermedades bucodentales específicas para 1997.

1. Elaboración de un programa comunitario de salud mental, creación de protocolos para 1996 y programa puesto en marcha para 1997.

2. Adiestramiento del personal de salud comunitaria en diagnóstico temprano y tratamiento de ciertos casos para 1997.

1. Creación del programa integral de atención oftalmológica con sus protocolos para 1996.

2. Adiestramiento del personal comunitario para detectar problemas oculares y atender ciertos casos para 1997.

1. Adiestramiento de nacionales en ciertas áreas prioritarias para mejorar las aptitudes técnicas en 1996 y 1997; Ingeniería biomédica; Radioterapia; Fisioterapia; Educación sanitaria; Gestión; Bioestadística; Manejo de ETS; Atención de los ancianos.

1. Mejoramiento de la legislación de farmacia para facilitar la vigilancia del sector para 1996.

1. Un mínimo de un ejercicio de simulación de preparativos para casos de desastre realizado para 1997 y adiestramiento en esta esfera para 1996.

2. Creación de servicios de respuesta en emergencias y traumatismos y personas adiestradas (ambulancia, personal de rescate) para 1997.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 3: PROMOCION DE LA SALUD****PROPOSITO**

Adopción de modos de vida más sanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumento de la capacidad de implementar la estrategia de promoción de la salud.

2. Fortalecimiento de los programas de enfermedades crónicas por medio de la creación de programas y el adiestramiento del personal.

PROYECTO 4: SALUD DEL MEDIO AMBIENTE**PROPOSITO**

Mayor seguridad y limpieza en el medio ambiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Creación del programa de compostaje.

1. Reducción de la población de adolescentes y población de adultos de más de 35 años con obesidad en un 5% en 1997, por comparación con las cifras de 1994.

2. Aumento del 10% en los adolescentes y adultos de más de 35 años y trabajadores de salud que hacen ejercicio físico tres veces por semana entre 1995 y 1997.

3. Menor consumo de grasa y azúcar de parte de la población para 1997.

1. Estudios de CACP en la fijación de nuevas prioridades de los problemas de salud en las enfermedades crónicas para 1996.

2. Adiestramiento de todos los equipos de salud comunitaria, jefes de departamentos hospitalarios para aplicar la estrategia de promoción de la salud a sus programas para 1997.

3. Proyecto de demostración de promoción de la salud diseñado para 1996.

1. Creación de programas nacionales para la prevención y el control de la diabetes y la hipertensión con metas, estrategias y protocolos para 1996 y en forma operativa para 1997.

2. Continuación del apoyo al proyecto del cáncer de cuello uterino en 1996 y 1997.

3. Adiestramiento de cierto personal de salud para usar el enfoque de comunicación social y elaboración del proyecto para 1997.

1. No habrá residuos sólidos visibles en los caminos y los ríos ni en las ciudades y los poblados de Dominica para 1996.

2. Reducción del índice de infestación domiciliar por A. aegypti en un 10% para 1999.

3. No habrá contaminación con materia fecal en la costa noroccidental de Dominica para el año 1997.

4. Agua potable garantizada para el 50% de la población como mínimo para 1997.

1. Creación de un programa para el establecimiento de prácticas de compostaje en dos comunidades y proceso de comunicación social iniciado para 1996.

()

Objetivos

2. Adiestramiento de recursos humanos
3. Evaluación del proyecto de lucha antivectorial.
4. Revisión de la legislación en materia alimentaria.

()

Indicadores

1. Adiestramiento de nacionales en la gestión de control de la calidad del agua: uno en 1996 y uno en 1997.
1. Evaluación del impacto del proyecto de lucha antivectorial en una y dos comunidades y recomendaciones para la ampliación para 1996.
1. Adopción de legislación modelo en materia alimentaria para satisfacer las necesidades de Dominica para 1996.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	222,900	73.2	250,900	76.0	271,600	75.3	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	222,900	73.2	250,900	76.0	271,600	75.3	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	222,900	73.2	250,900	76.0	271,600	75.3
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	35,000	11.5	45,400	13.7	50,500	14.0	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	35,000	11.5	0	-	0	-	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	35,000	11.5	0	0	-	
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	45,400	13.7	50,500	14.0	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	45,400	13.7	50,500	14.0	
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	46,600	15.3	34,200	10.3	38,400	10.7	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	46,600	15.3	34,200	10.3	38,400	10.7	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	46,600	15.3	34,200	10.3	38,400	10.7
GRAN TOTAL	304,500	100.0	330,500	100.0	360,500	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	83,900	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	83,900	100.0	0	-	0	-
SIDA	GPA 83,900	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	83,900	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PUESTO PROF.	PERSONAL PUESTO LOCAL	CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	269,500	0	0	6,600	40,400	10,500	110,000	37,800	23,700	0	40,500
OMS - WR	35,000	0	0	0	8,300	0	0	15,100	11,600	0	0
TOTAL	304,500	0	0	6,600	48,700	10,500	110,000	52,900	35,300	0	40,500
% DEL TOTAL	100.0			2.2	16.0	3.4	36.1	17.4	11.6	.0	13.3
1996-1997											
OPS - PR	330,500	0	0	0	53,000	11,600	85,000	76,300	35,800	0	68,800
TOTAL	330,500	0	0	0	53,000	11,600	85,000	76,300	35,800	0	68,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	16.0	3.5	25.8	23.1	10.8	.0	20.8
1998-1999											
OPS - PR	360,500	0	0	0	53,000	13,400	85,000	88,200	41,400	0	79,500
TOTAL	360,500	0	0	0	53,000	13,400	85,000	88,200	41,400	0	79,500
% DEL TOTAL	100.0			.0	14.7	3.7	23.6	24.4	11.5	.0	22.1

REPUBLICA DOMINICANA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población estimada del país para 1995 es de 7,915,000 habitantes, con un 64.6% de población urbana y una densidad poblacional de 157.3 habitantes por Km². El 28% habita en Santo Domingo, la capital del país. El 36.3% son menores de 15 años y el 3.8% de 65 y más años de edad. Aproximadamente el 50% corresponde a cada sexo, y la edad mediana es alrededor de 21.9 años. Para el período de 1990-95, la tasa de crecimiento medio anual estimada es de 2.0%, con una tasa cruda de mortalidad de 6.2. La tasa de mortalidad infantil estimada es de 56.5 por mil nacidos vivos, la probabilidad de morir antes de los 5 años es de 70 por mil y la esperanza de vida al nacer de 67.5 años. El país recibe una fuerte corriente migratoria, principalmente desde Haití y un importante contingente de dominicanos migra al exterior cada año, principalmente hacia E.U.A. El saldo migratorio se considera negativo de -2.3% para 1990-95.

Situación Económica y Social

2. En los últimos años de información disponible (1990-94) la economía del país ha crecido de forma sostenida por encima del 3% anual y en algunos años más del 7%. Los principales sectores que han influido en este crecimiento han sido el turismo (hotelería, bares y restaurantes), la construcción y las zonas francas industriales. En el sector minero y agropecuario el crecimiento ha sido menor y en algunos subsectores ha sido negativo. La tasa de desempleo ha tendido a reducirse, sin embargo se mantiene alrededor del 19%. La deuda externa es un poco más de 4,000 millones de dólares y el servicio de dicha deuda representa alrededor del 12% del ingreso por exportaciones de bienes y servicios. La balanza comercial ha tendido a mejorar fundamentalmente por reducción de las importaciones. Las altas tasas de interés bancario han favorecido la entrada de capitales, lo que ha financiado el déficit de la balanza comercial, pero ha afectado negativamente la inversión. La inflación promedio se ha mantenido alrededor del 5%.

3. El Producto Interno per cápita, ajustado por el poder adquisitivo real (PPP), es alrededor de 3,080 dólares, lo cual ubica al país en el cuarto de los cinco grupos de países de las Américas, establecidos por la OPS. Se ha estimado que más del 40% de la población vive en condiciones de pobreza y por lo menos el 33.7% de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas. El 20% de la población de mayores ingresos obtiene 13 veces más el ingreso promedio del 20% menor. República Dominicana tenía, alrededor de 1990, un valor 2.4 en el Índice Global de Accesibilidad al Desarrollo Social Acumulado, calculado por la OPS, lo cual la ubica en un nivel intermedio bajo entre los países de la región, y en 1994 un valor de 0.638 en el índice de Desarrollo Humano calculado por el PNUD, ocupando el lugar 96 a nivel mundial y solo 7 países de las Américas estaban por debajo. Según este indicador, aún cuando ha habido una discreta mejoría al comparar consigo mismo, la posición relativa del país con respecto al resto de América Latina y el mundo, se ha deteriorado en los últimos años. En 1992 República Dominicana ocupó el lugar 83, con un índice de 0.595. Esto significa que otros países obtuvieron mejorías mayores en el mismo período.

Indicadores del estado de salud

4. El país ha obtenido importantes avances en la reducción de la mortalidad infantil y de menores de cinco años, sobre todo las causadas por diarreas y las enfermedades prevenibles por vacunas. Las coberturas de menores de un año para Polio Oral, Sarampión y DPT han sido superiores al 80% y BCG superiores al 75%. Más del 70% de las embarazadas reciben TT. La Poliomieltis por virus salvaje fue declarada erradicada en 1994. Para este mismo año solo se registraron 717 casos de sarampión, para una tasa menor de 10 por 100,000 habitantes; y 5 casos de tétanos neonatal para una tasa de (0.02 por 1000 nacidos vivos).

5. Entre las principales causas específicas de mortalidad general diagnosticadas se destacan las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, los accidentes y violencias, las respiratorias agudas y las diarreas. No obstante, se estima un subregistro del 40% de las muertes, principalmente concentrado en menores de cinco años y en los sectores más pobres.

6. El perfil de salud está fuertemente influenciado por la inequidades sociales entre regiones y sectores de población. En 1994 las muertes de menores de cinco años representaron más del 25% del total registrado. EDA e IRA representaron alrededor del 27% de las muertes de 1 a 4 años. El 20% de los escolares del primer grado presentan déficit de talla y el 10.4% déficit de peso por edad; el 30.7% de los escolares presentan anemia ferropénica, el 23% déficit de vitamina A, y más del 70% de los escolares están en riesgo de déficit de yodo y flúor. El 14% de los nacidos vivos presentan bajo peso al nacer y se estima la mortalidad materna en alrededor de 10 por 10,000 nacidos vivos. El 18% de las mujeres inician la procreación entre los 15 y 19 años.

7. No obstante las grandes inversiones en agua y saneamiento, la cobertura total de agua potable es del 59% (35% rural y 75% urbana). El 60% de la población tiene disposición sanitaria de desechos sólidos. Los déficits son mayores en los sectores más empobrecidos. Las enfermedades transmitidas por vectores constituyen un importante problema de salud pública. En los últimos años se han registrado más de 1,500 casos autóctonos por año de Malaria; todos por *P. falciparum*. El Dengue tiene carácter endémico, persistiendo el riesgo de epidemias.

8. La infección por HIV, aunque continúa siendo baja, tiende a aumentar en los grupos más expuestos. Actualmente hay cerca de 3000 casos identificados y se estima en 80,000 el número de infectados. De continuar las actuales tendencias, para el año 2000 el 5% de la población del país estaría infectada.

9. La tuberculosis tiende a aumentar en la población más pobre. En 1994 la incidencia fue de 60 casos registrados por 100,000 habitantes.

10. El país ha hecho un importante esfuerzo en el control de la rabia urbana y otras zoonosis. La existencia de focos selváticos y periurbanos constituyen riesgos de brotes localizados rurales y urbanos.

11. Tienden a aumentar las muertes por accidentes y violencias y algunas estimaciones señalan que la morbilidad por diabetes y por hipertensión arterial es superior a los de muchos países de la región. El perfil de riesgos laborales ha variado al modificarse la estructura de la economía. La reducción porcentual

de la población ocupada a nivel agrícola y sobre todo en el cultivo de la caña, y el aumento en la ocupada en las zonas francas industriales, sumando una masiva incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo ocupada, hace necesario un mejor conocimiento del perfil patológico de la población trabajadora y un fortalecimiento de los programas de prevención y control de riesgos laborales. Este tipo de programas es prácticamente inexistente en el país.

12. A consecuencia de estas desigualdades e inequidades sociales en la situación de salud, el país presenta importantes brechas reducibles de mortalidad. La OPS/OMS ha estimado que para el último quinquenio de información disponible, República Dominicana tenía un exceso del 42% de sus muertes totales, en comparación con los otros países de la región con similar nivel económico. Más del 63% de estas muertes excesivas para el nivel económico correspondían a menores de 5 años. De acuerdo con valores alcanzados por países de similar nivel económico, había un exceso del 76.6% de las muertes de menores de un año y del 83.5% de las de 1 a 4 años. Es destacable un exceso del 64.4% de las muertes entre 15 y 44 años (donde está el grueso de la población laboral del país).

13. Servicios de salud: El país ha realizado un importante esfuerzo en la construcción de infraestructura de servicios de salud. La red de servicios hospitalarios, ambulatorios, rurales y urbanos alcanza una importante cobertura. Más del 90% de las embarazadas reciben atención profesional. Se alcanzan buenas coberturas de vacunación y progresivamente se ha incrementado la cobertura de otros programas de prevención y control. También se ha hecho un importante esfuerzo en el desarrollo de la red nacional de información en salud y el desarrollo de la red de bibliotecas hospitalarias, para mejorar el acceso del personal a información científica actualizada.

14. Existe, sin embargo, una importante demanda insatisfecha de consultas ambulatorias y de hospitalizaciones, un creciente sentimiento de insatisfacción en la población por la calidad de la atención, y en los trabajadores de salud por las remuneraciones. Existen 1.5 camas de hospitalización por mil habitantes. Se estima que el 29% de la población no tiene acceso a servicios públicos y privados. La cobertura del Seguro Social es de poco más del 10% de la fuerza laboral.

15. En cuanto a profesionales, técnicos y auxiliares en salud, existe un gran desequilibrio en cuanto al binomio médico-enfermeras del sector empleador. Una aproximación cuantitativa realizada en 1993 indica que el país cuenta con 10,646 médicos en el sector público para una relación de 8.5 médicos por 10,000 habitantes, (sin considerar una posible duplicación de un número considerable de cargos que podría estar generando el pluriempleo de los médicos en el sector público) relación que sobrepasa la meta de 8 médicos por 10,000 habitantes recomendada por la OPS/OMS, sobre todo si se considera que el estudio citado excluyó los médicos que trabajan exclusivamente en el sector privado.

16. Por otra parte, existen 10,885 enfermeras (sumando graduadas y auxiliares) para una relación de 14.6 enfermeras por 10,000 habitantes, relación menor que la meta recomendada por la OPS/OMS para el total de enfermeras graduadas y auxiliares. Del total de enfermeras de la Secretaría de Salud por ejemplo, 1085 son profesionales y el resto son auxiliares y bachilleres técnicos en enfermería, correspondiendo a una tasa de 2.2 enfermeras graduadas por 10,000 habitantes, cuando el requerimiento es de 4.5. Esta situación traduce un déficit de enfermeras graduadas muy elevado, considerándose como un problema prioritario dentro del sector.

17. Otro desequilibrio que se observa es la distribución de profesionales, técnicos y auxiliares por zonas geográficas, encontrándose una concentración mayoritaria del personal de salud en la ciudad capital.

18. El gasto público en salud representa menos del 2% del PIB, pero el gasto total en salud es alrededor del 4.5 del PIB. Estos valores son inferiores a casi todos los países de las Américas. Por tanto, existe una necesidad de aumentar las inversiones y los gastos del sector. Sin embargo, muchos estudios han demostrado la existencia de limitaciones importantes en la utilización de los recursos disponibles.

19. Entre las principales limitaciones del sector público en salud se han identificado problemas de eficiencia administrativa, escasa planificación, excesiva centralización, deficiente capacidad epidemiológica y escasa participación de la población y de la sociedad civil.

Estado de la Orientación Estratégicas y Programáticas (OEP)

20. Salud y Desarrollo Humano y Promoción y Protección de Salud: Destacan las limitaciones en la capacidad epidemiológica para identificar grupos sociales prioritarios, y analizar sus perfiles de necesidades y problemas, con un enfoque de equidad que apoye la formulación de políticas y planes de intervención en salud y bienestar. También destaca la necesidad de una reforma del sector para superar las actuales limitaciones en la cobertura y calidad, y para avanzar hacia un enfoque más integral e intersectorial de la salud, y para reforzar la coordinación e integración institucional. En este proceso será necesario definir nuevas estrategias de financiamiento que mejoren la accesibilidad y disminuyan las inequidades, al mismo tiempo que aseguren una mayor sustentabilidad a largo plazo.

21. Desarrollo y Protección del Ambiente: Las principales prioridades en esta área continúan siendo la dotación de agua potable y disposición sanitaria de excretas y residuos sólidos, sobre todo en las zonas marginales urbanas y a nivel rural. En los últimos años ha aumentado la preocupación por la preservación de los cursos de agua de la contaminación biológica e industrial, y por el deterioro de algunos ecosistemas considerados relevantes para la protección de los principales ríos del país.

22. Prevención y Control de Enfermedades: La principal prioridad son las enfermedades transmisibles. Entre ellas destacan las EDAs, las IRAs, Malaria, Tuberculosis, ETAs, y ETS/SIDA. Es necesario mantener el esfuerzo realizado en las enfermedades prevenibles por vacunas. En la enfermedades no transmisibles las primeras prioridades son las enfermedades carenciales, y las enfermedades y accidentes ocupacionales.

23. Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud: Las principales prioridades continúan siendo la necesidad de profundizar la descentralización, el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y la participación comunitaria. Al mismo tiempo es necesario reforzar las capacidades gerenciales y la capacidad de resolución de las instituciones hospitalarias y ambulatorias, y reforzar las alianzas intersectoriales para fortalecer el liderazgo de salud.

Planes y Prioridades para el Desarrollo Nacional de Salud

24. El país parece encaminarse en los últimos años hacia una reforma importante del estado y de la sociedad, y se han iniciado reformas parciales del sistema

educativo, del sistema tributario y del régimen aduanal. Se han dado pasos iniciales para una reforma del sector salud y entre ellos se destaca la formulación de una nueva Ley General de Salud, para sustituir el Código de Salud vigente y la promulgación del Decreto Ejecutivo No. 25-95 creando la comisión de salud responsable de desarrollar la primera etapa de reordenamiento del sector salud que tendrá una duración de un año a partir de febrero de 1995. Cabe destacar así mismo la creación de un Instituto Nacional de Epidemiología a partir de este mismo año. En lo fundamental, las reformas parecen apuntar hacia una desconcentración de las funciones del sector público, con una mayor participación de los niveles municipales y locales, así como las instituciones de la sociedad civil y el sector no gubernamental, en la organización, financiamiento y gestión de los servicios públicos; así como un fortalecimiento de las capacidades gerenciales y epidemiológicas, y un mayor nivel de coordinación o integración en las diferentes instituciones del sector público y privado de salud. Al mismo tiempo apuntan hacia una redefinición de las funciones de la Secretaría de Salud y un reforzamiento de su rectoría sectorial.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

25. De acuerdo a las prioridades de cooperación técnica para la OPS establecidas por el país, se buscará reforzar una mayor integración y articulación entre los diferentes programas y proyectos de cooperación de la Representación y de los Programas Regionales, con las siguientes orientaciones.

26. Desarrollo de Políticas, Planes y Normas: Se enfatizará en desarrollar las capacidades nacionales para la formulación de políticas de carácter sectorial, basadas en un concepto de salud integral, y de planes e intervenciones de carácter intersectorial con énfasis en la promoción y prevención. En el contexto del proceso de la reforma sectorial, se promoverá la reformulación del papel del nivel central de la SESPAS con énfasis en la definición de políticas, elaboración de normas, vigilancia y control epidemiológico y formulación y control de la vigencia de las leyes y reglamentos sanitarios.

27. Se reforzarán los procesos de descentralización y consolidación de los Sistemas Locales de Salud al mismo tiempo que se estimulará el desarrollo de instituciones y arreglos nacionales que refuercen las funciones epidemiológica, planificadora, normativa y contralora de la SESPAS. Así como la capacidad operativa de las diferentes instituciones sectoriales.

28. Cooperación Técnica Directa: Se enfatizará en mantener y elevar la calidad de la cooperación técnica directa y el reforzamiento de los mecanismos de intercambio y coordinación entre los diferentes programas y proyectos. La cooperación priorizará el apoyo a procesos, articulados con los resultados esperados, y en áreas técnicas que se enmarquen en las OEP y las prioridades derivadas de los problemas y políticas nacionales de carácter puntual.

29. Adiestramiento: La cooperación para el desarrollo de Recursos Humanos se articulará con los proyectos de cooperación técnica para el desarrollo de las capacidades epidemiológicas, de administración y gerencia de servicios y programas. Se promoverá la formación de postgrado en estas mismas áreas a nivel del país. Se apoyará la formación de técnicos medios en campos prioritarios para el desarrollo del sistema de salud.

30. Investigación: Se promoverá el desarrollo de las capacidades nacionales de formulación y ejecución de proyectos de investigación y sobre problemas prioritarios de salud en el área de administración y gerencia de servicios y programas. Se promoverá el desarrollo de las capacidades nacionales para la formulación de políticas científico-técnicas y para el reforzamiento de la comunidad científica nacional en salud.

31. Se propiciará el intercambio e interacción de instituciones nacionales de investigación y centros de reconocida experiencia y calidad internacional, estimulando la formulación y ejecución de proyectos conjuntos sobre problemas de interés nacional.

32. Movilización de Recursos: Se promocionará el desarrollo de mecanismos de cooperación y apoyo mutuo entre las diferentes instituciones del sector salud y entre las instituciones de formación y de investigación con los servicios, estimulando la conformación de redes institucionales de apoyo técnico a las intervenciones.

33. Se enfatizará en el reforzamiento de las capacidades nacionales para la formulación, negociación y ejecución de proyectos de inversión y desarrollo, así como en la promoción de la cooperación externa con programas y proyectos prioritarios del país.

34. Se estimulará la coordinación entre agencias e instituciones que cooperan técnica y financieramente en salud en el país.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Fortalecer el proceso de reforma del sector salud y el papel rector de la SESPAS, con énfasis en el desarrollo de las capacidades epidemiológicas, gerenciales y en la formulación de políticas integrales de salud, así como en el mejoramiento de los registros y de los sistemas de información sanitaria y científico técnica.

2. Reforzamiento de las Areas de Salud, consolidación de Sistemas Locales de Salud y de la aplicación de las Estrategias de Atención Primarias de Salud para el desarrollo local de los servicios.

3. Apoyo a las intervenciones para aumento de cobertura de agua segura, alcantarillado y eliminación de desechos sólidos en áreas urbano marginales y rurales.

4. Apoyo a los planes nacionales y regionales para cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

5. Fortalecimiento de los programas de vigilancia, prevención y control de enfermedades prioritarias y reforzamiento de las capacidades nacionales y locales para la detección, estudio y control de epidemias.

6. Apoyo a la formación de recursos humanos en salud a nivel de pregrado y postgrado y a la capacitación del personal con énfasis en epidemiología, administración y gerencia de servicios, y la formación de técnicos medios.

7. Reforzamiento de las capacidades nacionales de formulación y negociación de proyectos de inversión y desarrollo en medio ambiente y salud, en el marco del PIAS.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: INFORMACION CIENTIFICA Y TECNICA EN SALUD**PROPOSITO**

Incrementar el acceso del personal de salud a información especializada de alta calidad generada a nivel nacional, regional y mundial.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecida y ampliada la Red Nacional de Información en Salud y de Bibliotecas Hospitalarias.

2. Consolidada la base bibliográfica del país e integrada a las bases de datos regionales.

3. Consolidada una mesa crítica de usuarios de los servicios de información bibliográfica, dotados de los elementos necesarios para investigación bibliográfica.

4. Fortalecida la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas (ADOERBIO) y mejorada la calidad de las publicaciones periódicas del área de la salud editadas regularmente.

1. El personal de salud tendrá acceso a las bases de datos en salud, mundiales, regionales y nacionales, a través de las diferentes unidades de información integrantes de la Red Nacional de Información en Salud y de la Red de Bibliotecas Hospitalarias.

1. Por lo menos cinco (5) instituciones nacionales se integrarán a la Red Nacional de Información en Salud con su personal debidamente capacitado en el manejo de las metodologías correspondientes. De igual manera, veintisiete (27) instituciones públicas y privadas tendrán los recursos humanos capacitados y el equipo indispensable para su integración a la Red de Bibliotecas Hospitalarias, la cual dispondrá de los manuales, normas y guías correspondientes a la generación de los recursos económicos necesarios para su funcionamiento al finalizar el convenio SESPAS/LOME IV/UASD/OPS.

2. La totalidad de las unidades de información bibliográfica estarán utilizando la metodología LILACS y el Centro Coordinador de ambas redes dispondrá de la tecnología necesaria para facilitar el desarrollo de sus acciones.

1. El Centro Coordinador de la Red Nacional de Información en Salud habrá incorporado a la base de datos de BIMEDO (Bibliografía Médica Dominicana) todos los artículos publicados hasta el segundo cuatrimestre del 1997 en las revistas editadas regularmente en el país.

2. Estará integrada a las redes la base de datos sobre LEYES y el Centro de Documentación de la OPS remitirá regularmente a LILACS las referencias bibliográficas de los documentos producidos por las instituciones oficiales del país.

1. El programa de formación de usuarios se habrá extendido a los profesionales de las residencias de los hospitales y a los programas de maestrías del área de la salud en las universidades del país.

1. Se habrá capacitado a los participantes en los programas de maestrías en salud pública en la redacción de artículos técnicos y las revistas que no pertenecen a ADOERBIO habrán ingresado a la Asociación y se editarán de acuerdo a las normas establecidas Internacionalmente. La ADOERBIO participará regularmente en las actividades regionales correspondientes.

2. Estará en ejecución un programa de difusión del material bibliográfico publicado en la Sección Comunicación del Boletín de la OPS.

Objetivos

PROYECTO 2: ATENCION INTEGRAL A LA SALUD MATERNO INFANTIL Y ADOLESCENTES

PROPOSITO

Desarrollar la capacidad nacional para la implementación y evaluación de los planes y programas para la promoción y el mejoramiento de la salud integral de la mujer, la niñez y la adolescencia en cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecida la capacidad nacional para iniciar la ejecución del Plan de Acción Nacional para la reducción de la mortalidad materna.

2. Fortalecida la capacidad nacional para llevar a cabo las acciones del programa de atención integral a la salud de los adolescentes a nivel nacional.

3. El sector salud está en capacidad de realizar las acciones de promoción y protección de la salud de acuerdo a los enfoques modernos.

4. Iniciada la implementación de la propuesta de análisis de situación de salud con enfoques en inequidades de género a nivel local en un área de salud.

5. Se habrá fortalecido la capacidad nacional para el diseño y aplicación de un programa de salud mental a nivel local.

Indicadores

1. Se habrán implementado los planes y programas para la promoción y el mejoramiento de la salud integral de la mujer, la niñez y la adolescencia.

1. Iniciado el funcionamiento del Sistema de Vigilancia de la mortalidad materna a nivel local en dos (2) regiones de salud.

2. Se habrán capacitado los recursos humanos del primer nivel de referencia de las regiones III y VII en salud reproductiva.

3. Se habrá incrementado el conocimiento y la participación social para una maternidad sin riesgos e implantado el Sistema Informático Perinatal en las regiones seleccionadas.

4. Se habrán formulado los proyectos para el reforzamiento del primer nivel de referencia en cuanto a las necesidades de equipamiento de consultorios, hogares para embarazadas del alto riesgo, hospitales y casas de parto.

1. El 50% de las regiones contará con un equipo interdisciplinario (médico, enfermera, trabajadora social, educadora) de recursos humanos para la enseñanza y prestación de servicios de salud integral del adolescente (SIA) y para la participación del adolescente en la promoción y recuperación de la salud integral en el nivel local.

1. Se dispone de un Plan Nacional concertado y aprobado para promoción de la salud.

2. Se habrá formado y capacitado un equipo para el análisis de situación de salud con enfoque de género integrado a epidemiología en 3 áreas de salud.

1. Se habrá capacitado equipos locales para el análisis de la situación de salud con enfoque de género.

2. Se habrán elaborado los instrumentos que permitan realizar el análisis de situación con enfoque de género a nivel local.

1. Se habrá elaborado e iniciado la aplicación de programas de salud mental en 5 áreas de salud.

2. Se habrá capacitado personal para la elaboración y aplicación de los programas.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 3: ALIMENTACION Y NUTRICION****PROPOSITO**

Contribuir al desarrollo de la capacidad nacional para estudiar y analizar la situación alimentaria y nutricional y ejecutar los proyectos del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidados los proyectos del Plan Nacional de Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes.

2. Consolidar los proyectos del Plan Nacional Integrado de Lactancia Materna.

3. Los adolescentes de dos redes de grupos juveniles una en Santo Domingo y una en Santiago están informados sobre hábitos alimentarios y estilos de vida sanos.

4. Se forman recursos humanos en alimentación y nutrición para crear una masa crítica para el sector.

1. El país cuenta con un sistema nacional de vigilancia alimentaria nutricional que permita la toma de decisiones en los niveles local, técnico normativo y político para finales del 1997.

1. Estará en ejecución un sistema de monitoreo de control de calidad de alimentos fortificados para finales de 1996 y se habrá realizado la primera evaluación del impacto del Plan Nacional de Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes.

2. Estarán dadas las condiciones de infraestructura y recursos para que el 80% del azúcar de consumo humano esté fortificado para finales de 1996.

3. La Comisión Nacional de Micronutrientes se reúne por lo menos 6 veces al año para coordinar acciones en conjunto.

1. Se dispone de un sistema de monitoreo del cumplimiento de la Ley de Comercialización de Fórmulas Infantiles.

2. Se realizan acciones sistemáticas de información y educación para que toda la población conozca las ventajas de la lactancia materna.

1. Se dispone de pautas alimentarias y nutricionales por grupos de población para finales de 1996.

2. Se dispone de una estrategia de comunicación para fomentar las actividades físicas y las prácticas alimentarias adecuadas de adolescentes y adultos en Santo Domingo y Santiago para finales de 1996.

3. Existen dos redes de grupos juveniles alrededor de la alimentación adecuada y actividad física, una en Santo Domingo y otra en Santiago para finales de 1996.

1. Se dispone de un programa de formación de recursos humanos en alimentación y nutrición aprobado que haya sido concertado entre las instituciones vinculadas.

2. Existen módulos con contenidos en alimentación y nutrición para las carreras universitarias de nutrición, medicina, enfermería, agronomía, educación y economía.

3. Existe un Sistema de Educación permanente en alimentación y nutrición.

Objetivos

PROYECTO 4: REORGANIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

PROPOSITO

Fortalecer a la SESPAS para la conducción del proceso de reforma y para la gestión técnico-administrativa del sector salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La SESPAS está en capacidad de ejercer su liderazgo en la conducción del sector salud de acuerdo a los alcances del proceso de reforma sectorial.

2. La SESPAS está en condiciones de implementar una nueva estructura orgánico-funcional a nivel de áreas de salud y Nivel Central de acuerdo al proceso de reforma.

3. La SESPAS está en condiciones de fortalecer la gerencia institucional y de los servicios de salud en los diferentes niveles.

PROYECTOS 5: PROMOCION DE LA SALUD Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PROPOSITO

Mejorar la capacidad resolutoria y la calidad de la atención de los servicios de salud de la SESPAS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La SESPAS está en condiciones de mejorar la calidad de los servicios en áreas de atención prioritarias incluyendo la acreditación hospitalaria.

Indicadores

1. Se dispone de las políticas y de las normas legales y técnicas básicas que orientan el desarrollo del sector.

1. Se dispone de una Ley General de Salud aprobada por el Congreso Nacional.

2. Se dispone de las normas técnico-administrativa para el funcionamiento de la SESPAS.

3. Se dispone de las políticas y normas técnico-administrativa sobre la organización y funcionamiento del sector salud.

1. Se dispone de un Plan de Reforma aprobado.

2. Se dispone de los Recursos Humanos indispensables para la implementación del Plan, capacitados en los contenidos y alcance del mismo.

3. El Plan está en aplicación en el Nivel Central y por lo menos en 15 áreas de salud.

1. Se han definido los mecanismos y las estrategias operativas para intensificar el proceso de desarrollo de los SILOS.

2. Se dispone de un sistema de información gerencial aprobado y del personal esencial capacitado para la implementación del mismo en 15 SILOS.

3. Se dispone de un programa para la gestión de la gerencia hospitalaria, y el personal capacitado para su implementación en los hospitales de mayor complejidad de la SESPAS.

1. Se dispondrá de los estudios, planes y programas operativos para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios con base en los lineamientos de la política nacional de salud.

1. Se dispone de un estudio de caracterización de las condiciones de operación de los servicios de salud y de una propuesta de acción conforme a las prioridades definidas.

Objetivos

2. El país está en condiciones de implementar la estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC).

3. El país está en condiciones de aplicar un sistema de seguridad contra las radiaciones ionizantes de acuerdo a normas internacionales.

4. La SESPAS está en condiciones de mejorar la disponibilidad y calidad de los medicamentos en el mercado nacional.

PROYECTO 6: RECURSOS HUMANOS EN SALUD**PROPOSITO**

Establecer un proceso de desarrollo integral de todos los recursos humanos de la SESPAS en función de la meta de SPT-2000 de acuerdo a los requerimientos del proceso de reforma del sector.

Indicadores

2. Se dispone de un Plan Global de acción para el mejoramiento de los servicios aprobado por la SESPAS.

3. Se cuenta con el personal mínimo para la aplicación del plan.

4. El manual de acreditación de hospitales y garantía de calidad se encuentra en aplicación de acuerdo a un plan de acción consensuado.

1. Existe un programa nacional de RBC aprobado y un plan para su ejecución.

2. El personal de los servicios está capacitado para la ejecución de las actividades del plan en 5 sistemas locales de salud.

1. Se cuenta con un programa de seguridad concertado a nivel sectorial y un plan para su implementación.

2. Se dispone de las normas básicas y del personal mínimo capacitado para aplicación del plan.

1. Se dispone de una política farmacéutica nacional concertada y de los reglamentos y manuales básicos para su implementación.

2. Se cuenta con un sistema nacional de control de calidad de los medicamentos y de un plan operativo para su desarrollo.

3. Hay un manual de buenas prácticas de laboratorio que refleja los aspectos de organización, administración y operación del Laboratorio Oficial de Control de la Calidad de los Medicamentos.

4. Todo personal del Laboratorio Oficial de Control de Calidad de Medicamentos, está capacitado en las buenas prácticas de laboratorio, técnicas de análisis y procedimientos estándares.

1. Se dispone de estrategias de desarrollo de Recursos Humanos en los diferentes niveles de formación y en los sectores de regulación de la calidad educativa.

2. Los procesos educativos en los sistemas locales de salud promueven el desarrollo de los equipos descentralizados.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los centros formadores están en capacidad de formar los recursos humanos a nivel de grado y post-grado con conocimientos científicos, técnicos y sociales que contribuyan a la transformación y fortalecimiento de los servicios locales de salud.

2. Mejorado el conocimiento sobre las tendencias de la FTS y fortalecida la capacidad nacional para propuestas de planificación de la oferta y demanda del campo de los recursos humanos para el año 2000.

3. Mejorada la capacidad de desempeño de los equipos locales de salud a través del aumento de los conocimientos científicos de salud, su compromiso y desarrollo de liderazgo.

PROYECTO 7: SALUD AMBIENTAL

PROPOSITO

Fortalecer las capacidades de las instituciones nacionales y locales para formular políticas, planes y programas y ejecutar acciones que disminuyan los riesgos ambientales para la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Con la participación de las instituciones públicas, privadas y especialmente de la comunidad, se tendrá la identificación de los problemas ambientales y propuestas en ejecución que estén dando respuesta a los compromisos internacionales que sobre el Sector ha asumido el país.

Indicadores

1. Están diseñados y se encuentran en implementación, nuevos modelos y dinámicas de integración docente asistencial en todas las provincias que tengan universidades y facultades de Ciencias de la Salud.

2. Se han realizado o se encuentran en proceso proyectos de investigación - acción de desarrollo de recursos humanos con ayuda de las instituciones formadoras, en cinco espacios o áreas de salud.

3. Se ha incrementado a 5 el número de programas de educación permanente para docentes universitarios para aumentar sus conocimientos sobre salud pública.

1. Existen diseñados y en proceso de ejecución cinco (5) estudios que profundicen en el comportamiento de los recursos humanos y en su inserción en el mercado de trabajo actual y futuro posible.

2. Se realizaron dos (2) estudios sobre calidad de la formación en ciencias de la salud y calidad en la gestión de salud.

3. Se publicó y diseminó los resultados de las investigaciones sobre FTS y de las investigaciones operativas en el nivel local.

1. Se han incrementado a 20 los proyectos de educación permanente y evaluación del desempeño de los equipos locales que facilitan la transformación de los servicios.

2. Se han establecido procesos puntuales de capacitación e investigación en 20 áreas de salud en aspectos previamente identificados por los equipos locales.

1. Contar con un Plan Nacional de Salud, Ambiente y Desarrollo Humano Sostenible, formulado con participación conjunta institucional, sectorial, comunitaria, y con propuestas de acción a corto, mediano y largo plazo.

1. Disponer de un análisis actualizado para el Sector de Agua y Saneamiento.

2. Disponer de un Plan Nacional de Agua y Saneamiento para zonas rurales y urbano-marginales, discutidos y analizados con todas las instituciones y organizaciones del sector, incluyendo la comunidad y sometido a estudios y consideración de las autoridades nacionales.

3. Contar con un Plan de Salud, Ambiente y Desarrollo Humano Sostenible, fruto de un amplio análisis con instituciones y comunidad en general, presentado al Alto Gobierno para que sea considerado como parte de su Plan Nacional de Desarrollo.

Objetivos

2. Se tendrá definido el reordenamiento del Sector y se participará en su implementación y en el desarrollo sus Recursos Humanos.

3. Se promoverán y/o se participará en la ejecución de proyectos de intervenciones ambientales integradas (SILOS, Municipios Saludables, etc.).

4. El país esté en condiciones de actuar frente a los riesgos de la salud asociados con la contaminación ambiental y a los desastres, en forma estructurada y sistemática.

5. Se ha incorporado la dimensión salud en el proceso de evaluación, monitoreo y control ambiental para minimizar los efectos negativos de los proyectos de desarrollo.

Indicadores

1. Disponer de un Sistema de Monitoreo de la situación nacional del sector de Agua Potable, Saneamiento y Calidad Ambiental.

2. Haber sometido a las autoridades nacionales un conjunto de propuestas congruentes de criterios, guías, normas, reglamentos y leyes que puedan servir de base a una actualizada legislación para el sector.

3. Todos los equipos de dirección, técnicos de áreas y provinciales habrán sido capacitados en las principales funciones de conducción, programación y gerencia en aspectos ambientales.

4. Disponer de propuestas para el reordenamiento institucional del sector, presentadas a consideración de las autoridades nacionales.

1. Los nuevos proyectos de Saneamiento Básico son ejecutados con participación comunitaria en las provincias, como contribución a la consolidación de los SILOS.

2. Se ha incluido a la comunidad en la vigilancia de la calidad de agua y en actividades de gestión, de operación, mantenimiento de las empresas de agua potable, saneamiento y aseo urbano.

1. Se cuenta con planes de acción global.

2. Se dispone de guías, normas y criterios para el control de la calidad del agua de consumo y de comités locales de salud para su vigilancia.

3. Se cuenta con mecanismos de vigilancia epidemiológica a nivel de Regiones de Salud sobre aspectos microbiológicos y toxicológicos que permitan actuar a tiempo.

4. Se dispone de Planes operativos y preventivos para casos de Emergencias, Desastres relacionados con obras de infraestructura sanitaria.

1. Se dispone de normas y de mecanismos de evaluación del impacto ambiental para todo proyecto de desarrollo.

2. Se han caracterizado e identificado las principales fuentes de riesgos biológicos, físicos y químicos debido a residuos industriales.

3. Se difunde información para orientar a la comunidad sobre la importancia de la evaluación del impacto ambiental y de las acciones de control y mitigación.

Objetivos

PROYECTO 8: EPIDEMIOLOGIA APLICADA A POLITICAS, PLANES Y PROGRAMAS

PROPOSITO

Reforzar las capacidades nacionales en epidemiología aplicadas a los servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha fortalecido la capacidad para el análisis de situación de salud y para el estudio de las inequidades sociales en el campo de la salud.

2. Fortalecida la capacidad nacional para la vigilancia y control de enfermedades transmisibles incluidas la zoonosis y de las no transmisibles prioritarias.

3. Las intervenciones en salud y bienestar tanto en los servicios de salud como a nivel intersectorial se realizan en el marco de una concepción integral de la salud.

4. Existe la capacidad epidemiológica para apoyar el proceso de reforma sectorial.

Indicadores

1. Se ha capacitado a personal de gerencia y de servicios en epidemiología general y aplicada de acuerdo a necesidades.

2. Existen en ejecución cuatro (4) proyectos de investigación epidemiológica aplicadas a problemas prioritarios de salud, así como a políticas, servicios y programas.

3. Se ha producido por lo menos un informe nacional sobre inequidades sociales y situación de salud.

4. Se encuentra en pleno funcionamiento un Instituto Nacional de Epidemiología que actúa como Centro Nacional de Investigación y formación avanzada del personal.

5. Se ha consolidado y está en funcionamiento el Instituto Nacional de Epidemiología.

1. Se dispone de por lo menos 10 profesionales capacitados en la aplicación de las metodologías de análisis de inequidades en distintos niveles de la estructura técnico/administrativa.

2. Se cuenta por lo menos con 50 técnicos y profesionales capacitados en el uso de la 10a. Clasificación Internacional de Enfermedades y en Registros de Mortalidad y Natalidad.

3. Se han realizado por lo menos dos investigaciones aplicadas para reducción del subregistros de mortalidad en 2 regiones del país.

1. Se dispone de por lo menos 20 funcionarios en diferentes niveles capacitados en vigilancia y control epidemiológico.

2. Se cuenta con programas de control y vigilancia en ejecución para los problemas de salud prioritarios.

1. Se ha capacitado a nivel de los servicios el mayor número posible de personal en los aspectos conceptuales y metodológicos sobre salud integral, condiciones y estilos de vida.

1. Se ha capacitado el personal clave de las diferentes instituciones del sector salud, sobre el uso de la epidemiología en la formulación y evaluación de políticas y planes.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 9: CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS E IRA****PROPOSITO**

Desarrollar y fortalecer actividades que conlleven a la prevención y manejo efectivo de la EDA e IRA y por tanto a la reducción de la morbi-mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorada la capacidad operativa de los equipos gerenciales de las regiones para el manejo efectivo de los casos de diarrea e IRA.
2. Los contenidos curriculares de las universidades y residencias médicas estén acorde con las necesidades de los servicios de salud.
3. Fortalecida la capacidad de análisis epidemiológico y desarrollo del sistema nacional de información en salud.

PROYECTO 10: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)**PROPOSITO**

Contribuir a mantener la interrupción de la circulación del poliovirus salvaje, la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal. Controlar la difteria, tosferina y tuberculosis meningea.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponer del programa vigente de vacunación eficaz, y de un sistema de vigilancia epidemiológica para el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal y la consolidación de la vacunación nacional contra la hepatitis B.
2. Recursos nacionales dispuestos y la búsqueda de fondos adicionales para el Plan de Eliminación del Sarampión y el desarrollo general del PAI.
3. Mayor participación de los organismos colaboradores mediante la labor de los

1. Para 1997 se habrán fortalecido los programas de prevención de EDA e IRA, y se habrá logrado que la mayoría de los trabajadores de salud manejen adecuadamente la EDA y la IRA, lográndose con ello la reducción de la mortalidad por IRA y EDA.

1. Para 1997 en las 8 regiones de salud se dispondrá de equipos regionales de capacitación que desarrollarán e implementarán sus programas de educación en diarrea e IRA de acuerdo a sus necesidades.

1. Para finales del año 1997 las universidades y residencias médicas que involucren la enseñanza del manejo del paciente con diarrea e IRA, habrán modificado sus currículas de acuerdo con los lineamientos actuales del manejo efectivo de las IRA y EDA.

1. Disponer en todas las regiones del país de un sistema de supervisión, monitoría y evaluación, para EDA e IRA en todo el país.

2. Que el país disponga de un sistema de vigilancia epidemiológica para finales de 1997.

1. Coberturas con las vacunas del PAI en los diferentes grupos de población objetivos se mantienen dentro de los rangos útiles de acuerdo a las metas establecidas.

1. Se habrán realizado los trámites de compras de biológicos, equipos de cadena de frío, material para tomas de muestras y de laboratorio para el buen funcionamiento de 707 establecimientos de salud del país.

2. Se habrán diseñado y ejecutado un programa de capacitación sobre cadena de frío, vigilancia epidemiológica y mantenimiento dirigido a personal de enfermería, promotores, supervisores, coordinadores, epidemiólogos, estadísticos, educadores, pediatras, técnicos en mantenimientos, estudiantes de grado y pre-grado y residentes de pediatría.

1. Se habrá desarrollado el plan de eliminación del sarampión en los 129 municipios del país de acuerdo a lo programado.

1. En 1996 y 1997 el programa dispondrá de US\$85,000.00 de fondos regulares y se negociarán fondos extrapresupuestarios.

Objetivos

PROYECTO 9: CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS E IRA

PROPOSITO

Desarrollar y fortalecer actividades que conlleven a la prevención y manejo efectivo de la EDA e IRA y por tanto a la reducción de la morbi-mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorada la capacidad operativa de los equipos gerenciales de las regiones para el manejo efectivo de los casos de diarrea e IRA.
2. Los contenidos curriculares de las universidades y residencias médicas estén acorde con las necesidades de los servicios de salud.
3. Fortalecida la capacidad de análisis epidemiológico y desarrollo del sistema nacional de información en salud.

PROYECTO 10: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

PROPOSITO

Contribuir a mantener la interrupción de la circulación del poliovirus salvaje, la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal. Controlar la difteria, tosferina y tuberculosis meningea.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponer del programa vigente de vacunación eficaz, y de un sistema de vigilancia epidemiológica para el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal y la consolidación de la vacunación nacional contra la hepatitis B.
2. Recursos nacionales dispuestos y la búsqueda de fondos adicionales para el Plan de Eliminación del Sarampión y el desarrollo general del PAI.
3. Mayor participación de los organismos colaboradores mediante la labor de los comités coordinadores interinstitucionales y la vigilancia de los planes de acción.

Indicadores

1. Para 1997 se habrán fortalecido los programas de prevención de EDA e IRA, y se habrá logrado que la mayoría de los trabajadores de salud manejen adecuadamente la EDA y la IRA, lográndose con ello la reducción de la mortalidad por IRA y EDA.

1. Para 1997 en las 8 regiones de salud se dispondrá de equipos regionales de capacitación que desarrollarán e implementarán sus programas de educación en diarrea e IRA de acuerdo a sus necesidades.

1. Para finales del año 1997 las universidades y residencias médicas que involucren la enseñanza del manejo del paciente con diarrea e IRA, habrán modificado sus currículas de acuerdo con los lineamientos actuales del manejo efectivo de las IRA y EDA.

1. Disponer en todas las regiones del país de un sistema de supervisión, monitoría y evaluación, para EDA e IRA en todo el país.

2. Que el país disponga de un sistema de vigilancia epidemiológica para finales de 1997.

1. Coberturas con las vacunas del PAI en los diferentes grupos de población objetivos se mantienen dentro de los rangos útiles de acuerdo a las metas establecidas.

1. Se habrán realizado los trámites de compras de biológicos, equipos de cadena de frío, material para tomas de muestras y de laboratorio para el buen funcionamiento de 707 establecimientos de salud del país.

2. Se habrán diseñado y ejecutado un programa de capacitación sobre cadena de frío, vigilancia epidemiológica y mantenimiento dirigido a personal de enfermería, promotores, supervisores, coordinadores, epidemiólogos, estadísticos, educadores, pediatras, técnicos en mantenimientos, estudiantes de grado y pre-grado y residentes de pediatría.

1. Se habrá desarrollado el plan de eliminación del sarampión en los 129 municipios del país de acuerdo a lo programado.

1. En 1996 y 1997 el programa dispondrá de US\$85,000.00 de fondos regulares y se negociarán fondos extrapresupuestarios.

Objetivos

4. Realizada la planificación, ejecución y evaluación del programa en base a la recolección de información pertinente acerca de la distribución y los factores determinantes de los problemas PAI.

5. Programa de control de enfermedades integrados a los servicios de salud, en particular a nivel de municipios y provincias.

6. Grupos y los factores de riesgos determinados, empleando los métodos básicos de análisis y estratificación.

PROYECTO 11: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**PROPOSITO**

Reforzar la capacidad nacional y local de la SESPAS y de la sociedad civil, para prevenir y controlar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reforzamiento de la coordinación interagencial.
2. Asesoría técnica para la evaluación y actualización del Plan a mediano plazo de prevención y control de las ETS/SIDA.
3. Capacitación en epidemiología, prevención, atención y control de las ETS y SIDA.
4. Se habrá mejorado y ampliado la vigilancia epidemiológica.

PROYECTO 12: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Desarrollar programas de cooperación técnica (TCC) en países del Caribe y de Centro América en áreas de interés común.

Indicadores

1. Ejecución de cuatro (4) reuniones anuales del Comité de Coordinación Interagencial y encuentro de comités coordinadores provinciales en 8 regiones sanitarias.

1. Durante los años 1996 y 1997 se habrán realizado los planes de acción quinquenal, anual y proyectos especiales, acorde de la solución de problemática identificada.

1. 129 municipios dispondrán de datos y análisis de la información mensual para la toma de decisión.

1. Que exista un personal técnico a nivel nacional capaz de llevar a cabo el control y la prevención de las ETS y SIDA.

2. Que exista una sociedad civil comprometida en la participación de las acciones de prevención y control de las ETS y SIDA.

1. Que se haya realizado por lo menos 6 reuniones anuales de coordinación con participación de las agencias que apoyan las acciones de prevención y control de la lucha contra la ETS y SIDA.

1. Que exista un plan actualizado a mediano plazo para la prevención y control de ETS / SIDA y se encuentre en marcha un proceso continuo de evaluación permanente y periódica.

1. Que se hayan capacitado el 80% de los epidemiólogos, médicos y psicólogos que prestan servicios públicos y privados en los aspectos clínicos y epidemiológicos de las ETS/SIDA.

1. Se habrá creado la infraestructura técnica y de recursos necesaria para aumentar en un 50% los puestos centinelas.

1. Se cuenta con convenios y programas generales de trabajo aprobados por los niveles políticos de cada país.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se encuentra en ejecución un programa de salud de frontera con Haití para el desarrollo de acciones conjuntas en prevención control de enfermedades, salud ambiental y desarrollo de servicios de salud.

1. Se encuentran en ejecución programas de cooperación con países de Centro América y Cuba para el fortalecimiento de la vigilancia y control de enfermedades.

PROYECTO 13: APOYO DE GESTION PARA DESARROLLO NACIONAL DE SALUD

PROPOSITO

Adecuar el programa de Cooperación Técnica de la Representación con el país a las necesidades nacionales en el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas de la organización mediante la movilización de recursos, la implementación de normas operativas y el desarrollo de la infraestructura técnico-administrativa de la representación.

RESULTADO ESPERADO

1. Todos los proyectos de cooperación técnica responden a prioridades nacionales y los recursos se aplican a las áreas de intervención de impacto.

2. Fortalecida la capacidad técnica-administrativa de la Representación para el manejo eficiente del programa de cooperación técnica.

3. Mejorada la capacidad de desempeño del personal en aspectos técnicos y administrativos relevantes.

Indicadores

1. Programas aprobados por los dos países.
2. Grupos de coordinación organizados en cada país.
3. Grupos técnicos reuniéndose periódicamente.
4. Acciones derivadas de los acuerdos en ejecución.

1. Programas de trabajo aprobados entre los países en áreas de interés común.
2. Establecidos los mecanismos de operación para la implementación de los convenios.

1. El programa de cooperación, se formula, se ejecuta y se evalúa sistemáticamente en forma conjunta con el país.

1. Análisis de situación en cada área de intervención que identifique y jerarquice los problemas y necesidades de cooperación.
2. Existe un mecanismo institucionalizado para la definición, conducción y evaluación del programa de cooperación técnica.

1. Existe una estructura organizacional que garantiza la oportunidad y eficiencia de la ejecución del programa.
2. Los procesos de la gerencia técnica/administrativa están sistematizados, computarizados y asegurados de manera funcional.
3. Se produce y se disemina información periódica sistematizada de las actividades que se realizan en el marco de la cooperación.
4. Se realiza de acuerdo a instrucciones del AMPES todas las etapas del proceso de programación.

1. Disponer de un plan de desarrollo de la PWR y del personal de acuerdo a las necesidades del programa de cooperación.
2. El personal habrá recibido la capacitación básica que demandan los procesos técnicos y gerenciales.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,573,000	50.9	1,675,100	49.3	1,866,700	49.6
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	858,400	27.8	929,200	27.3	1,038,900	27.6
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 858,400	27.8	929,200	27.3	1,038,900	27.6
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	642,400	20.8	662,400	19.5	731,300	19.4
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 534,600	17.3	529,900	15.6	580,200	15.4
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 107,800	3.5	132,500	3.9	151,100	4.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	72,200	2.3	83,500	2.5	96,500	2.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 72,200	2.3	83,500	2.5	96,500	2.6
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	892,700	29.0	930,300	27.4	1,022,500	27.2
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	727,600	23.6	716,400	21.1	785,500	20.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 727,600	23.6	716,400	21.1	785,500	20.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	165,100	5.4	213,900	6.3	237,000	6.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 165,100	5.4	213,900	6.3	237,000	6.3
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	190,400	6.2	303,500	8.9	340,400	9.1
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	190,400	6.2	303,500	8.9	340,400	9.1
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA	WCH 190,400	6.2	303,500	8.9	340,400	9.1
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	427,800	13.9	488,800	14.4	530,300	14.1
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	427,800	13.9	488,800	14.4	530,300	14.1
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 427,800	13.9	488,800	14.4	530,300	14.1
GRAN TOTAL	3,083,900	100.0	3,397,700	100.0	3,759,900	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	27,800	3.0	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	10,400	1.1	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	10,400	1.1	0	-	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	17,400	1.9	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	17,400	1.9	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	514,500	55.5	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	468,300	50.5	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	468,300	50.5	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	46,200	5.0	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	46,200	5.0	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	75,300	8.1	0	-	0	-
NUTRI. SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	75,300	8.1	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	75,300	8.1	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	309,200	33.4	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	309,200	33.4	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	19,200	2.1	0	-	0	-
SIDA	290,000	31.3	0	-	0	-
GRAN TOTAL	926,800	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,631,300	2	3	628,700	95,900	115,200	32,000	164,300	103,200	0	492,000
OMS - WR	1,452,600	2	1	516,000	246,000	42,000	42,000	203,400	182,400	0	220,800
TOTAL	3,083,900	4	4	1,144,700	341,900	157,200	74,000	367,700	285,600	0	712,800
% DEL TOTAL	100.0			37.1	11.1	5.1	2.4	11.9	9.3	.0	23.1
1996-1997											
OPS - PR	1,847,900	2	3	707,100	111,000	46,300	50,000	180,000	152,200	0	601,300
OMS - WR	1,549,800	2	1	514,900	212,700	69,400	50,000	174,100	215,200	0	313,500
TOTAL	3,397,700	4	4	1,222,000	323,700	115,700	100,000	354,100	367,400	0	914,800
% DEL TOTAL	100.0			36.1	9.5	3.4	2.9	10.4	10.8	.0	26.9
1998-1999											
OPS - PR	2,053,800	2	3	760,500	111,000	53,500	50,000	208,000	175,900	0	694,900
OMS - WR	1,706,100	2	1	551,200	212,700	80,200	50,000	201,200	248,500	0	362,300
TOTAL	3,759,900	4	4	1,311,700	323,700	133,700	100,000	409,200	424,400	0	1,057,200
% DEL TOTAL	100.0			34.8	8.6	3.6	2.7	10.9	11.3	.0	28.1

CARIBE ORIENTAL

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Anguila, las Islas Vírgenes Británicas (IVB) y Montserrat son tres territorios dependientes del Reino Unido con poblaciones de 8.960, 16.644 y 10.444 habitantes, respectivamente, de acuerdo con el censo de 1991. En el caso de Anguila, aproximadamente 50% de la población es menor de 20 años, con un 33% en edad escolar. En la población general, 10% tiene más de 65 años de edad. El porcentaje de habitantes menores de 15 años es similar en las IVB y Montserrat, con 26,6% y 26%, respectivamente. En los dos países aproximadamente 59,6% de la población pertenece al grupo de 15 a 64 años.

Indicadores del estado de salud

2. Las tasas de mortalidad entre los tres territorios presentan variaciones. Las tasas de mortalidad infantil en 1991 fueron de 21, 19,5 y 19,4 por 1.000 nacidos vivos, y la tasa bruta de mortalidad fue de 6,3, 4,3 y 13,5 por 1.000 habitantes en Anguila, las IVB y Montserrat, respectivamente.

3. La esperanza de vida para Montserrat, IVB y Anguila, respectivamente, es para las mujeres 73, 71,8 y 75,4 años, y para los hombres 71, 70,3 y 65,4 años. La cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para los niños menores de 1 año contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, la tuberculosis, la parotiditis y la rubéola ha sido sistemáticamente alta en los tres territorios, oscilando entre 90% y 100%.

4. En la población de adultos, las causas principales de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la neumonía y la bronconeumonía, siendo la diabetes y la hipertensión los principales factores que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares, especialmente en Montserrat y las IVB.

5. En el grupo de 1 a 4 años, las gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas junto con el asma son las dos causas principales de morbilidad y mortalidad entre lactantes y niños.

Factores que afectan el estado de salud

6. En los tres países, el ambiente sigue siendo crítico dada su relación con el perfil epidemiológico y el turismo. La lucha antivectorial, la protección de los alimentos, la calidad del agua y el manejo de residuos sólidos son prioridades en materia ambiental. La escasez de recursos humanos para abordar ciertos problemas en los sistemas y servicios de salud sigue siendo motivo de preocupación. Un ejemplo es el de la cobertura para los servicios de salud mental y otros servicios especializados. La limitada capacidad para la gestión y la planificación de los servicios de salud ha representado un problema. Sin embargo, el gobierno británico ha decidido reorganizar los sistemas de salud en los tres territorios por medio de un proceso descentralizado, con miras a mejorar el uso eficiente de los recursos para que los servicios puedan ser eficaces en función de los costos, mejorar en su calidad y tener mayor acceso.

7. Salud en el desarrollo humano: Se han formulado políticas de salud en cada país. Anguila se encuentra en proceso de elaborar un plan de salud. Con la

reorganización de los sistemas de salud, se ha producido una formulación de políticas y realizado un análisis de la situación con recomendaciones anteriores a esta reorganización. Se han instalado sistemas de información sanitaria a nivel de la comunidad y se han introducido sistemas de información para la gestión (SIG) en las IVB y Anguila.

8. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: Los planes para reorganizar el sistema de salud como una autoridad local han existido en forma permanente en los tres territorios. Se han elaborado programas orientados a grupos vulnerables como las mujeres, las madres, los niños y las personas con discapacidades, incluidas las víctimas del SIDA. En Anguila se construyó un hospital nuevo. Se ha brindado apoyo político a la reducción de desastres y el programa de mitigación. Se han proporcionado servicios de laboratorio localmente o por remisión a otros establecimientos de la región.

9. Promoción y protección de salud: Los representantes de cada territorio participaron en el desarrollo de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, seguido de difusión de la Carta a nivel nacional. Anguila ha procurado mejorar el acceso a los servicios de psiquiatría y salud mental con arreglos especiales en las IVB y Montserrat. Los programas relacionados con las ETS y el SIDA han estado operando y se mantendrán.

10. Desarrollo y protección del ambiente: Han continuado los programas para mejorar la ordenación del agua, incluyendo las aguas costeras, la eliminación de las aguas de alcantarillado y la lucha antivectorial. La puesta en marcha de estos programas continuará con la ampliación del programa de lucha antivectorial y la participación de la comunidad.

11. Prevención y control de enfermedades: El programa de vacunación contra las seis enfermedades del PAI ha sido recibido con éxito, como se ha observado en el alto porcentaje de cobertura de los niños de 1 año. Se ha iniciado la movilización de recursos de las ONG para controlar la propagación del SIDA, con planes de aumentar esta actividad. El tratamiento de las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades de transmisión sexual, incluidas la infección por el VIH y el SIDA, ha sido integrado al sistema comunitario. La utilización del enfoque de riesgo en la SMI ha sido el método de gestión con remisiones del distrito al hospital.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

12. El Ministerio de Salud en los tres países es la autoridad sanitaria central. Cada gobierno tiene un compromiso declarado con el enfoque de atención primaria de salud y la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC), con sus siete áreas prioritarias. De los tres territorios, Montserrat es el único que pertenece formalmente a la CARICOM.

13. Fortalecimiento de los sistemas de salud: Los tres territorios seguirán procurando mejorar la utilización de los recursos por medio de una mejor planificación y gestión de todos los servicios de salud. La reorganización del sistema de salud en manos de una autoridad local aumentará la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. En los tres territorios, el sistema de información sanitaria tanto a nivel comunitario como hospitalario se percibe como importante para la planificación y programación de la prestación de servicios de

salud. Se fortalecerá la vigilancia epidemiológica en todos los programas como un aspecto importante de la prevención y control de las enfermedades. En Anguila, se pondrá en funcionamiento un plan estratégico de salud.

14. Desarrollo de recursos humanos: El desarrollo de recursos humanos en los territorios de poco tamaño es importante para la prestación de servicios eficientes. La constante migración de los recursos humanos exige un análisis de la estructura y utilización de los mismos tanto a nivel comunitario como hospitalario, de modo que los programas de adiestramiento estén orientados a apoyar los servicios de salud.

15. Protección y desarrollo ambiental: En las IVB, la mejora del ambiente se logrará mediante el uso del Sistema de Información de Higiene del Medio para la gestión de los servicios ambientales. El manejo de los residuos sólidos es crucial para la industria del turismo y se mejorará por medio de la puesta en práctica del plan de residuos sólidos con los recursos apropiados.

16. Promoción de la salud: El mejoramiento de las ETS y el SIDA se incentivará por medio de una mayor participación de la comunidad, la comunicación social y el uso de organizaciones no gubernamentales. La estrategia de promoción de la salud será utilizada por todos los programas de salud. La mayor vigilancia y la mejor capacidad de diagnóstico de los laboratorios continuarán siendo una prioridad.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

17. Los gobiernos de Anguila, las Islas Vírgenes Británicas y Montserrat han identificado las ocho áreas prioritarias principales en las que se requiere cooperación técnica para mejorar la situación de salud en los países respectivos. Se le está pidiendo a la OPS y a la OMS que ofrezca cooperación técnica en todas las áreas. La cooperación técnica en las áreas identificadas se realizará en el espíritu de las metas y objetivos de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) de la OPS para 1995-1998.

18. Las áreas de cooperación técnica con la OPS/OMS son las siguientes: El desarrollo de los sistemas de salud; la promoción y protección de la salud; la protección ambiental; La salud materno-infantil.

Los enfoques funcionales que seguirá la OPS serán:

19. Formulación de políticas, planes y normas; difusión de información; adiestramiento e investigación. En el área del desarrollo de sistemas de salud, el adiestramiento será un componente importante por medio de becas en el exterior y adiestramiento en el país en áreas identificadas para apoyar los servicios de salud. Estas áreas incluirán manejo de desastres y sistemas de información sanitaria. Otro elemento será la puesta en práctica del plan estratégico de salud para los tres países, el cual estará dentro de los enfoques funcionales de políticas, planes y normas.

20. Los enfoques funcionales que la OPS empleará en la promoción y protección de la salud serán el adiestramiento y la difusión de información a los ciudadanos para interpretar y usar las estrategias de promoción de la salud en las enfermedades de transmisión sexual y las enfermedades crónicas.

21. En la higiene del medio, el adiestramiento y la difusión de información serán los métodos empleados para ampliar el Programa Integrado de Lucha Antivectorial con participación de la comunidad, además de políticas y planes para institucionalizar el programa. El adiestramiento, desarrollo de políticas, planes y normas y difusión de la información serán los enfoques funcionales en la utilización del Sistema de Información de Higiene del medio y la ejecución del plan de manejo de residuos sólidos.

22. En salud materno-infantil, los enfoques funcionales serán adiestramiento en el tratamiento de las IRA y el asma, difusión de información y adiestramiento sobre la ampliación del PAI e investigación sobre la vigilancia epidemiológica en el sarampión y la poliomielitis.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Institucionalizar la promoción de la salud en los programas.
2. Fortalecer la capacidad de movilización de recursos para los programas de salud como el relativo al SIDA.
3. Mejorar la gestión de la calidad del agua.
4. Fortalecer el saneamiento básico.
5. Fortalecer el manejo de los residuos sólidos.
6. Adiestramiento del personal sanitario en determinadas áreas.
7. Fortalecer la comunicación social para el programa de Lucha antivectorial.
8. Mejorar la gestión de los servicios de salud en los niveles primario y secundario de atención.
9. Fortalecer la gestión del programa de preparativos y socorro para casos de desastre.
10. Fortalecer el tratamiento de las IRA y el asma.
11. Fortalecer el PAI.
12. Fortalecer los sistemas de información a nivel comunitario y hospitalario.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: PROMOCION DE LA SALUD

PROPOSITO

Se institucionalizará la estrategia de promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá impulsado el concepto de promoción de la salud.
2. Habrá mejorado la movilización e integración intersectorial del programa del SIDA.

1. Para 1996 se votará el enfoque y contenido de promoción de la salud de todos los programas de salud a nivel nacional y regional.
2. Habrá disminuido en 50% la cantidad de clientes nuevos con ETS y SIDA en 1997, respecto de 1994.

1. Para 1996 se habrá celebrado una consulta nacional sobre promoción de la salud y se habrá adiestrado al personal sanitario.

1. La participación de las ONG y los sectores ajenos a la salud habrá incrementado en 20% para 1997, respecto de 1995.

2. Para 1996 se habrán movilizado los recursos para la puesta en marcha del programa contra el SIDA.

PROYECTO 2: HIGIENE DEL MEDIO

PROPOSITO

Mejoramiento de las condiciones ambientales

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá mejorado la vigilancia de la calidad del agua.
2. Habrá mejorado la recolección y desecho de aguas servidas.
3. Se habrá fortalecido la gestión de aguas residuales y el saneamiento básico.
4. Habrá mejorado la capacidad de comunicación social para la lucha antivectorial.
5. Habrá mejorado el manejo de los residuos sólidos.

1. Para 1997 la población dispondrá de agua potable en forma continua.

2. Para 1997 se notificará una reducción de los índices de infestación domiciliaria por *Aedes aegypti* y habrá menos lugares para su reproducción, incluidos residuos sólidos visibles en las zonas urbanas.

1. En 1996 y 1997 se habrá adiestrado a personal nacional en la gestión de la calidad del agua (Anguila, Montserrat, IVB).

1. Para 1996 se habrá financiado y puesto en funcionamiento el proyecto para recolección y eliminación de aguas servidas para el valle de Anguila.

1. Para 1997 se habrá adiestrado a personal nacional en el tratamiento de las aguas residuales y el saneamiento básico (Anguila, IVB).

1. Para 1996 el Proyecto de Integración de la Lucha Antivectorial se habrá extendido a todas las áreas en Anguila, IVB, Montserrat.

1. Para 1996 y 1997 se habrán puesto en marcha ciertas actividades del plan de residuos sólidos.

PROYECTO 3: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Prestar servicios de salud en forma más eficaz y eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán adiestrado los recursos humanos.
2. Mejoramiento de los sistemas de información y gestión.
3. Habrá mejorado la gestión de los servicios de salud.
4. Habrá mejorado el programa de gestión de preparativos en casos de desastre.

PROYECTO 4: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejorar el estado de salud de la mujer, el adolescente y el niño

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá mejorado la capacidad de tratamiento de las IRA.
2. Se habrá obtenido apoyo para el programa del PAI.

1. Para 1997 las decisiones de sistemas de información y gestión a nivel central, local y hospitalario estarán a cargo de equipos de profesionales de la salud y se basarán en información actualizada.

2. Para 1997 el sistema nacional de información sanitaria será totalmente operativo.

3. Para 1997 el 100% de los profesionales de la salud estarán correctamente adiestrados y trabajando en áreas pertinentes.

1. En 1996 y 1997 todos los becarios nominados anualmente dentro del tope presupuestario serán colocados en un programa adecuado de adiestramiento (Anguila, IVB, Montserrat).

1. Para 1997 se habrán instalado sistemas de información para la gestión de servicios de salud a nivel de distrito u hospitalario y se habrá adiestrado a personal en ingreso y uso de datos para tomas de decisiones de gestión (Anguila, IVB, Montserrat).

1. Para 1996 se habrá puesto en funcionamiento el plan estratégico de salud en Anguila y se habrán elaborado planes y programas.

1. Para 1996 y 1997 se habrán revisado los planes de preparativos en casos de desastre y se habrá adiestrado personal nacional (Anguila, IVB, Montserrat).

1. La mortalidad y morbilidad perinatal habrán disminuido en 10% para 1997, respecto de 1994.

2. Entre 1994 y 1997 se habrán reducido en 5% los ingresos hospitalarios debido al asma.

1. Para 1996 se habrá adiestrado a ciudadanos en el tratamiento de las IRA y el asma.

1. Para 1997 se habrá ampliado el esquema del PAI, recomendado la adición de la vacuna contra la hepatitis y la BCG, y se habrá revisado el plan anual y de gestión.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	228,200	83.7	235,500	79.4	255,300	78.9	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	228,200	83.7	235,500	79.4	255,300	78.9	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	228,200	83.7	235,500	79.4	255,300	78.9
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	8,300	3.0	30,400	10.3	34,200	10.6	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	8,300	3.0	0	-	0	-	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	8,300	3.0	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	30,400	10.3	34,200	10.6	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	-	30,400	10.3	34,200	10.6
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	36,400	13.3	30,400	10.3	34,100	10.5	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	36,400	13.3	30,400	10.3	34,100	10.5	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	36,400	13.3	30,400	10.3	34,100	10.5
GRAN TOTAL		272,900	100.0	296,300	100.0	323,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	11,000	4.0	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	11,000	4.0	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 11,000	4.0	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	260,700	96.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	260,700	96.0	0	-	0	-
SIDA	GPA 260,700	96.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	271,700	100.0	0	100.0	0	100.0

 ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
1994-1995										
OPS - PR	8,300	0	0	0	3,300	0	5,000	0	0	0
OMS - WR	264,600	0	0	2,400	16,700	13,200	88,000	42,500	39,500	62,300
TOTAL	272,900	0	0	2,400	20,000	13,200	88,000	47,500	39,500	62,300
% DEL TOTAL	100.0			.9	7.3	4.8	32.3	17.4	14.5	22.8
1996-1997										
OPS - PR	37,300	0	0	0	13,800	0	11,100	4,000	0	8,400
OMS - WR	259,000	0	0	0	20,000	16,200	88,000	53,400	27,700	53,700
TOTAL	296,300	0	0	0	33,800	16,200	88,000	64,500	31,700	62,100
% DEL TOTAL	100.0			.0	11.4	5.5	29.6	21.8	10.7	21.0
1998-1999										
OPS - PR	41,100	0	0	0	13,800	0	12,800	4,700	0	9,800
OMS - WR	282,500	0	0	0	20,000	18,700	88,000	61,700	32,000	62,100
TOTAL	323,600	0	0	0	33,800	18,700	88,000	74,500	36,700	71,900
% DEL TOTAL	100.0			.0	10.4	5.8	27.3	23.0	11.3	22.2



ECUADOR

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La mayoría de la población es mestiza, un porcentaje considerable (entre 25 y 30%) es indígena y vive fundamentalmente en la sierra y en el oriente, conformando grupos étnicos bien diferenciados. El idioma oficial es el castellano y el quechua es el idioma de la mayor parte de la población indígena.

2. Según el último censo de 1990, el Ecuador tenía 9'648.189 habitantes, la población estimada para 1995 es de 11'300.000 habitantes. El 49,5% de la población censada en 1990 era menor de 20 años, el 4,3% tenía 65 años y más, y el grupo de adolescentes (población de 10 a 19 años) constituía el 23,55%. Las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) eran 2.436.564 y representaban el 50,2% de la población femenina. En 1990 la esperanza de vida al nacer era de 66 años para el conjunto de la población, y de 68,2 años para las mujeres. La población urbana representó el 55,4% en 1990. Según proyecciones de población, para 1996 el país tendrá una población urbana equivalente al 61%.

3. Entre 1982 y 1990 el crecimiento de la población fue de 2,2% anual. La tasa de natalidad disminuyó de 35,8 por 1.000 habitantes en 1974 a 25,0 en 1990, y la tasa global de fecundidad, de 7,1 hijos por mujer en 1965 a 3,7 en 1992.

4. El ritmo de crecimiento de la población urbana en el período intercensal 1982-1990 fue de 3,6% frente a 0,5% para la población rural. La urbanización se asocia al flujo migratorio, de acuerdo con las regiones geográficas. La sierra (excepto la provincia de Pichincha, donde se asienta la capital del país) produce el mayor flujo de emigrantes en busca de fuentes de trabajo: hacia la costa, por el mercado agrícola de exportación; hacia el oriente, por el petróleo y la colonización y hacia las grandes urbes de Quito y Guayaquil por las posibilidades de inserción en las actividades de construcción, comercio y servicio, en su gran mayoría dentro del sector informal.

Indicadores del estado de salud

5. La tasa de mortalidad general fue de 4,8 por 1000 habitantes en 1992. La tasa de mortalidad más alta correspondió a la Amazonía y a la población rural de la sierra.

6. En los últimos 25 años la mortalidad general en el Ecuador ha disminuido a menos de la mitad, de 11,4 por 1.000 habitantes en 1966 a 4,8 en 1992. Se desconoce la magnitud del subregistro de la mortalidad en el país, pero se estima que éste supera el 30%. En 1992 se registraron 53.430 defunciones. El porcentaje de defunciones con certificación médica de la causa fue del 81,3% para 1992. En los últimos años las causas mal definidas (CIE 9, 780-799) representaron aproximadamente el 15% de todas las defunciones.

7. En 1992 las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el primer lugar con una tasa de 30,2 por 100.000 habitantes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares, con una tasa de 28,1, las neumonías con 24,8, las enfermedades isquémicas del corazón con 20,7 y los accidentes de tráfico de vehículos de motor

con 19,8, según la lista abreviada de 50 grupos de la CIE 9. Sin embargo, haciendo una agrupación más ligada a los riesgos o la causalidad, las tres primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes, lo que revela un cambio importante en el perfil epidemiológico.

8. En 1992 la proporción de defunciones en el grupo de menores de 5 años con respecto al total de las defunciones fue de 20,1%.

9. Según el INEC la tasa de mortalidad infantil se redujo de 76,6 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 28,1 por 1.000 nacidos vivos en 1991. Las diferencias son marcadas entre las áreas urbanas y rurales y aun dentro de una misma ciudad.

10. En 1992 se produjeron 12.582 defunciones por todas las causas en menores de 15 años, lo que representó el 23,5% del total de las defunciones. En 1980, 25.127 defunciones en este grupo representaron el 44,1% del total. La disminución de debió principalmente a la reducción de la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad.

11. En 1990, las principales causas de defunción en el grupo de 1 a 4 años fueron las infecciones intestinales, la influenza y neumonía y los accidentes.

12. En el grupo de menores de 1 año de edad, el porcentaje de defunciones con respecto al total de muertes disminuyó entre 1980 (25%) y 1992 (14%), fundamentalmente debido a la reducción de muertes por infección intestinal. Tanto en 1982 como en 1992 las principales causas de mortalidad infantil fueron la infección intestinal y los problemas respiratorios del recién nacido.

13. La mortalidad neonatal se ha incrementado proporcionalmente de 29,8% en 1980 a 36,6 en 1990 con respecto al total de las defunciones por causas definidas en los menores de 1 año.

14. En el grupo de 5 a 14 años el porcentaje de defunciones disminuyó de 4,7% en 1980 a 3,5% en 1990. En este grupo, la primera causa de mortalidad en 1980 y 1990 fueron los accidentes seguidos por la influenza y neumonía y los tumores malignos.

15. Es notoria en la población infantil la disminución de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, gracias al incremento sustancial en la cobertura de vacunación, que para 1994 alcanzó 100% en BCG 80% en DPT3 79% en PV03 y 100% en antisarampionosa. Igualmente en menores de 5 años la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas ha sido importante debido al mayor uso de TRO 88.6% y de SRO 21% para 1993 y de acceso a SRO de 60%.

16. No es sin embargo tan importante el descenso de la mortalidad por neumonías y otras infecciones respiratorias en la población infantil. Para 1993: en menores de 1 mes la mortalidad por IRA era de 500 x 100.000 y de 200 x 100.000 para neumonía, en niños de 1 a 11 meses de 400 y 270 x 100.000 y en niños de 1 a 4 años 50 y 30 x 100.000, respectivamente.

17. Tanto en la mortalidad por EDA como por IRA, las provincias de la sierra con mayor proporción de población indígena son las más afectadas en forma muy significativa.

18. Debido a condiciones inadecuadas de empleo o al desempleo de las mujeres cabezas de hogares, la pobreza en estas familias es dos veces mayor que en los hombres con esta responsabilidad.

19. El hecho de que la mujer sea la responsable del cuidado del hogar, pero que además tenga que realizar un trabajo productivo, duplica su jornada laboral, lo que afecta su salud física y mental.

20. En las mujeres de 15 a 24 años, las dos primeras causas de mortalidad en 1990 fueron los accidentes y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, ambas suman el 29,7% del total de las defunciones por causas definidas. Otros problemas importantes en este grupo son el suicidio (9,7%) y la tuberculosis el (8,0%).

21. La primera causa de defunción entre las mujeres de 25 a 44 años fueron los tumores malignos (principalmente de cuello del útero, mama y estómago, en este orden), que representaron el 18,0% de las defunciones por causas definidas en las mujeres de ese grupo de edad. En segundo lugar figuran los accidentes, con el 12,0%, y en el tercero las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, con el 10,5%. Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el cuarto lugar, con el 9,4%, y la tuberculosis el quinto, con el 7,8%.

22. En las mujeres de 45 a 64 años, las cinco primeras causas de defunción en 1990 fueron: tumores malignos (29,8%), enfermedades del corazón (15,3%), enfermedad cerebrovascular (9,6%), diabetes mellitus (6,7%), y los accidentes (5,8%).

23. Los tumores malignos de mayor incidencia son el de cuello uterino, mama y estómago. La incidencia de cáncer invasor de cérvix en Quito, para el período 85-92 fue de 32.2 x 100.000 para todas las mujeres y de 71.7 para mujeres de 35 a 64 años (el grupo de mayor riesgo).

24. La mortalidad materna disminuyó de 230 por 100.000 nacidos vivos en 1970 a 130 x 100.000 en 1992. Las principales causas son toxemia (31.1%) y hemorragia (17.2%). El 60% de las embarazadas que en 1989 acudieron al control prenatal en la Maternidad Isidro Ayora de Quito padecían de anemia por deficiencia de hierro a partir del tercer mes.

25. En 1992 la cobertura del parto institucional llegó al 60.9%, con muchas diferencias regionales, la cobertura prenatal al 66.3% con una concentración de 2.6.

26. En los adolescentes (10 a 19 años), que constituyen casi la cuarta parte de la población censada, los accidentes (34.5% para 1990), los homicidios y los suicidios son las principales causas de muerte entre los hombres y entre las mujeres se añaden a estas causas, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

27. Otros problemas ligados a los estilos de vida de la creciente urbanización e influencia de los medios de comunicación masiva, si bien no impactan necesariamente en la mortalidad, sí lo hace y de manera importante en la salud física y mental de los adolescentes: el embarazo temprano (entre 20 y 25% de todos los embarazos y partos ocurren en adolescentes, la principal causa de egresos hospitalarios en adolescentes mujeres están relacionadas con embarazo) y todas sus secuelas. El consumo de drogas (14.9% de tabaquismo, 0.01% de consumo habitual de marihuana, 0.11% de cocaína y una alta prevalencia de alcoholismo), son algunas de esas manifestaciones.

28. Entre los adultos de 25 a 44 años, las principales causas de muerte entre los hombres son los accidentes, los tumores malignos y el homicidio. Entre las mujeres, los tumores malignos, los accidentes y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

29. Entre los 45 y 64 años, las dos principales causas de defunción son los tumores malignos (26% de las causas) y las enfermedades cardiovasculares. En los hombres otra causa importante son los accidentes y en las mujeres la diabetes mellitus.

30. Caben destacar como otras importantes causas de defunción entre toda la población adulta a la tuberculosis, los homicidios y las enfermedades cardiovasculares. Todo lo cual da una imagen de un verdadero mosaico de causas ligadas al deterioro básico de las condiciones de vida y otras nuevas relacionadas con el creciente desarrollo industrial, que ha sido definida como "transición epidemiológica"

31. Entre los ancianos este hecho se refleja también en el crecimiento del grupo poblacional que para 1990 alcanzó al 4.3% de la población (64 años y más) y en la coexistencia de causas de muerte como enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, con tumores malignos, influenza, neumonía, diabetes y accidentes.

32. Entre las principales causas de consulta e ingreso de los ancianos en hospitales del MSP y del IESS se destacan: hiperplasia prostática, cataratas, insuficiencia cardíaca, hernia inguinal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tuberculosis e infecciones intestinales.

33. Algunas encuestas y trabajos de investigación, revelan también, la soledad, el abandono y diversos trastornos en la salud mental como problemas del anciano. La calidad del diagnóstico en las causas de muerte de los ancianos es significativamente mala comparándola con la de población joven.

34. La morbilidad por malaria mostró su mayor incidencia histórica en 1990 con 71.670 casos, lo que representó una incidencia parasitaria anual (IPA) de 11,5 por 1.000 habitantes. La incidencia fue de 59.400 casos en 1991 (IPA: 9,2 por 1.000 habitantes) y de 42.746 en 1992 (IPA: 7,2 por 1.000 habitantes).

35. Se produjo un incremento de las infecciones por Plasmodium falciparum (de 13,869 en 1991 a 15,970 en 1992). En 1992 P. falciparum causó el 37,4% del total de los casos de malaria registrados ese año. La mortalidad por malaria causada por P. falciparum en 1992 tuvo un comportamiento inesperado, ya que se documentó la muerte de 21 personas en la ciudad de Guayaquil y de seis en la provincia de El Oro. Estudios de P. falciparum realizados hasta 1993 muestran que el parásito tiene una resistencia comprobada de grado I a la cloroquina. Esta enfermedad tiene relación directa con una mayor prevalencia de anemia por hemólisis.

36. Desde 1988, cuando se produjo en Guayaquil la mayor epidemia de dengue tipo 1 ocurrido en el país, con un total aproximado de 800.000 casos, no se ha diagnosticado ningún enfermo con dengue hemorrágico. Sin embargo, se han notificado brotes de dengue clásico en ocho provincias, y se detectó el virus del dengue tipos 2 y 4 en sueros obtenidos en 1992 de casos febriles en las provincias de Manabí y Guayas. El número de localidades con presencia de Aedes Aegypti fue de 201 en 1991 y 226 en 1992. En estos dos años se observó el desplazamiento de A. Aegypti hacia el oriente del país, con el peligro potencial de la urbanización de la fiebre amarilla. El Ministerio de Salud Pública ha iniciado un programa intenso de control del vector con la participación de la comunidad.

37. La fiebre amarilla selvática está circunscrita al oriente del Ecuador. Se notificaron 14 casos (7 defunciones) en 1990, 19 (12 defunciones) en 1991 y 20 (13 defunciones) en 1992. La población más afectada son los colonizadores, los trabajadores petroleros, de servicio de caminos y los comerciantes, que frecuentemente ingresan a las áreas endémicas sin estar vacunados.

38. El área endémica de oncocercosis se encuentra a lo largo de los ríos Santiago y Cayapas en el noroeste de la provincia de Esmeraldas, ubicada al norte de la costa del Pacífico. Esta área abarca 192 comunidades con una población estimada en 20.000 habitantes; la prevalencia varía de 1,8 a 98,1% y el riesgo de ceguera en los enfermos se estima en 7,5%. Fuera de Esmeraldas se han presentado focos secundarios de oncocercosis debido a la migración de personas asintomáticas hacia las provincias orientales en busca de trabajo.

39. Hasta 1992, 18 de las 21 provincias notificaron casos de leishmaniasis. Las principales zonas endémicas se encuentran en el oriente del país, donde la tasa de prevalencia fue de 87,9 casos por 100.000 habitantes en 1990, 105,1 en 1991 y 146,6 en 1992. La leishmaniasis cutánea es la forma clínica predominante.

40. En el Ecuador en 1990 se notificó el último caso autóctono de poliomyelitis por transmisión del virus salvaje, se puede considerar que el país está declarado exento de polio desde agosto de 1994.

41. La mortalidad por sarampión disminuyó de 558 defunciones (una tasa de 5,6 por 100.000 habitantes) en 1988 a 102 (una tasa de 1,0 por 100.000 habitantes) en 1991. En 1994 se realizó la campaña masiva de vacunación en menores de 15 años que llegó a coberturas del 100%, con excepción de la provincia de Pichincha.

42. La mortalidad por tosferina y difteria también ha disminuido. Las defunciones por tosferina fueron de 0,9 por 100.000 habitantes en 1989 y 0,6 por 100.000 habitantes en 1991; asimismo, la correspondiente a difteria disminuyó de ocho casos (0,08 por 100.000 habitantes) en 1988 a cero en 1991. Sin embargo entre los últimos meses de 1993 y los primeros de 1994 hubo una epidemia de difteria sobre todo en población adulta que afectó a varias ciudades y de manera especial a la capital Quito, en ella se llegaron a notificar alrededor de 200 casos con 12 defunciones. Nuevos casos aislados de difteria han habido en Quito en el año 95.

43. La tasa de mortalidad por tétanos neonatal mostró una tendencia al aumento: de 0,3 por 1.000 nacidos vivos en 1989 a 0,6 por 1.000 nacidos vivos en 1991. Para 1995 está prevista una vacunación intensiva a todas las mujeres en edad fértil en las áreas de mayor riesgo.

44. Se notificaron 46.320 casos de cólera en 1991 al inicio de la epidemia y 31.870 en 1992. Para 1994 los casos notificados no llegaron a 5.000. La tasa de letalidad fue de 1,5 y 0,9% para los primeros años, hoy se mantiene por debajo del 1%.

45. El cólera afectó principalmente a los amplios conglomerados humanos de las zonas urbano-marginales de la costa y de la población dispersa rural, sobre todo la indígena de la sierra. Las fuentes de infección más importantes fueron el agua no tratada, productos del mar sin cocción, y alimentos y bebidas ingeridos en velorios de indígenas fallecidos por cólera. Se ha comprobado la presencia de cepas resistentes a la tetraciclina y se han aislado cepas de los serotipos Ogawa e Hikojima, serogrupo 01.

46. En 1992 las enfermedades diarreicas fueron la primera causa de morbilidad dentro de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica por parte del Ministerio de Salud Pública, con 153.347 consultas registradas. Las enfermedades diarreicas son la primera causa de defunción en los menores de 1 año y en los de 1 a 4 años de edad.

47. En 1992 la neumonía ocupó el tercer lugar en el total de las defunciones por causas definidas para todas las edades. Estas enfermedades son una de las principales causas de consulta del conjunto de la población y de los menores de 5 años (entre 40 y 50%).

48. La neumonía es la causa de aproximadamente el 40% de las defunciones por enfermedades transmisibles. Asimismo, de cada diez defunciones por neumonía, cuatro ocurren en menores de 5 años, y más de la mitad de éstas, entre los 2 meses y 1 año de edad.

49. De acuerdo con el registro de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica por parte del Ministerio de Salud Pública, en 1991 la influenza fue la segunda causa de morbilidad general con 23.106 consultas. En 1989 la neumonía fue la quinta causa de egreso hospitalario en las unidades pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, en 1991 se hospitalizaron 7.389 casos de neumonía.

50. En una encuesta domiciliaria del año 93 sobre el manejo de IRA, se estableció que la prevalencia de punto (últimas 24 horas) de las IRA en menores de 5 años fue de 10,8% en la sierra y 31,9% en la costa, mientras que la incidencia en las últimas dos semanas varió entre 46 y 43% en las diferentes localidades.

51. La rabia humana sigue siendo importante en el país, con una incidencia de 0,4 x 100.000 para 1992. La tasa más alta se presenta en la ciudad de Guayaquil con 0,7 x 100.000 (92).

52. En 1992 la tasa de incidencia de cisticercosis humana fue de 1,0 x 100.000 habitantes y la proporción de epilepsia asociada a la neurocisticercosis se estima en 4,6 x 1.000 casos.

53. Entre los años 88 y 92, el promedio anual de rebaños afectados por enfermedades vesiculares compatibles con fiebre aftosa fue de 137. La tasa de rebaños afectados en el período representaba el 0,5 x 1.000, la morbilidad 6,8 bovinos x 10.000 y la letalidad 1,7%.

54. En un estudio epidemiológico realizado en 1988 por el Instituto Odontológico del Área Andina, los datos mostraron que el 96% de la población general tenía caries dentales. Los mayores de 14 años tenían un promedio de 12,2 dientes perdidos por extracciones; el 18,4% de los dientes tenían antecedentes de caries y el 41%, necesidades de prótesis.

55. Más de 95% de los 3.230 niños examinados se encontraban afectados por caries, y el índice promedio de dientes definitivos cariados, perdidos y obturados (CPO) fue de 0,7 a los 6 años y 5,0 a los 12. Asimismo, el 98% de los niños presentaban algún grado de placa bacteriana, el 23% tenían cálculos dentales, el 38% gingivitis y el 19% padecían algún grado de maloclusión.

56. La tuberculosis es una de las enfermedades que continúa siendo un problema importante de salud pública en el Ecuador. En 1992 la incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 45,1 x 100.000 habitantes. Las tasas más altas están en las

provincias del Oriente (115 x 100.000) en la Sierra 42.5 y en la Costa 41.6. Sin embargo, las diferencias son aún más extremas si se compara por provincias, Carchi 6.3 y Sucumbios 203.2.

57. La mortalidad por tuberculosis en todas sus formas se mantiene en alrededor del 12 - 13 x 100.000 habitantes.

58. El número de casos de lepra ha disminuido sustancialmente en los últimos 10 años, para 1992 se alcanzó una prevalencia de 0.5 x 10.000 habitantes, lo que permite considerar a esta enfermedad eliminada como problema de salud pública, según los criterios de OMS. Sin embargo persisten focos de alta transmisibilidad (prevalencia de 1 x 10.000 o más) en tres provincias de la Costa, El Oro, Los Ríos y Guayas.

59. El bajo peso para la edad afecta a un 37% de los niños menores de 5 años y a baja talla para la edad afecta el 50% de este grupo etáreo. Lo anterior indica que aproximadamente 1 de cada tres niños ecuatorianos padece alguna forma de desnutrición, es decir, están afectados unos 500.000 niños. Un 46% de los niños entre 1 y dos años de edad sufren de anemia por falta de hierro y alrededor de un 70% de los niños entre 6 meses de edad y un año padecen la misma deficiencia, lo que afecta directamente una población aproximada a 200.000 niños.

60. Aproximadamente un 60% de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en hospitales de Quito padecen de anemia. Esto representa un alto riesgo no solo para la gestante sino para el hijo próximo a nacer. El bajo peso al nacer según diferentes estudios se estima alrededor del 13%, pero hay indicios de que en algunas áreas rurales sobrepasaría el 25%.

61. En relación a deficiencia de Vitamina A, entre el 10% y el 26% de los niños menores de cinco años presentan algún grado de déficit de retinol sérico. En relación al yodo, gracias a la estrategia establecida de fortificación de la sal con yoduro de potasio, se logró que aproximadamente un 90% del consumo total sea en base a este producto. Esto ha determinado una tendencia a la disminución de la prevalencia de bocio.

62. Las deficiencias de micronutrientes, particularmente, las de vitamina A y hierro, constituyen problemas importantes de salud pública por las implicaciones funcionales que éstas conllevan.

63. Las deficiencias de estos dos y de otros micronutrientes no se presentan en forma independiente sino que coexisten en las poblaciones afectadas. Aunque hay algunas características epidemiológicas propias para cada micronutriente, en general estas deficiencias afectan a las mismas poblaciones, las cuales comparten muchos factores de riesgo.

64. Para el año 1992, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (cardio y cerebrovasculares) llegó a 10.003 que equivalen al 18.7% de las defunciones y constituyéndose en la primera causa de mortalidad. Dentro de ellas vale destacar la alta mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular.

65. La hipertensión arterial, es quizá el problema más importante por su alta incidencia entre la población adulta. Diferentes encuestas realizadas entre 1977 y 1993, permiten estimar que la incidencia de hipertensión para la población nacional de 15 años o más sería de alrededor de un 10%, pero con variaciones

importantes que irían desde un 3.5% en poblaciones indígenas de la sierra hasta tasas de 13% o más en poblaciones urbanas y población negra de la provincia de Esmeraldas.

66. Otro problema importante de salud pública dentro de las cardiovasculares, constituye la Fiebre Reumática, que si bien ha disminuido en algunas regiones del país, persiste debido a la alta prevalencia de angina estreptocócica (7% en población escolar en 1977 y se estima en alrededor del 20% en la actualidad).

67. En los primeros años de la década del 90, los tumores malignos (en conjunto) comparten con los accidentes la segunda causa de mortalidad general. El cáncer gástrico y el de próstata son los que mayor mortalidad producen en la población masculina, mientras que entre las mujeres el de estómago, cérvix y mama son los más importantes.

68. El registro de cáncer de Quito y el que se inicia en Portoviejo permiten estimar que a nivel nacional en la población masculina los tumores de mayor incidencia son el gástrico (alrededor del 30 x 100.000, más alta en la sierra), próstata (24 x 100.000), sistema hematopoyético (10) y pulmón (9). Entre las mujeres, cérvix (50 x 100.000, in situ e invasor), mama (27) y estómago (21).

69. En cuanto a diabetes mellitus, se estima según un estudio realizado en tres grupos poblacionales de una provincia que la prevalencia en mayores de 12 años estaría alrededor del 2%, lo que equivale a unos 200.000 diabéticos de los cuales cerca de 20.000 serían insulín dependientes.

70. Dentro de las causas de mortalidad asociadas a trastornos mentales están a más de los suicidios (5 x 100.000 para 1992), homicidios (13 x 100.000) y otras formas de violencia, algunas ligadas al alcoholismo como la cirrosis y enfermedades asociadas con el estrés o psicósomáticas como las isquémicas del corazón, la hipertensión arterial y la úlcera péptica.

71. Se estima que un 30% de la población mayor de 15 años sufre algún trastorno neuropsiquiátrico, incluyendo alcoholismo (7% en población adulta masculina) y otras farmacodependencias. Las diferencias de esa prevalencia son importantes, por la mayor magnitud de estos problemas en la población más pobre.

72. Entre los niños menores de 15 años, la tasa de trastornos en la salud mental sería también importante, alrededor del 25%, incluyendo dislexia, disfunción central mínima, neurosis y retardo mental.

73. El tabaquismo sería causa de alrededor del 5% de todas las defunciones. Su prevalencia es de 21.6% en población adulta (2.4 a 1, relación hombres/mujeres) y de 14.9% entre los adolescentes, sin diferencias significativas por sexo. Para otras drogas, incluyendo el consumo habitual de opiáceos y tranquilizantes vendidos sin receta, las tasas están por debajo del 1%.

74. Los accidentes en su conjunto, incluyendo los de vehículos motorizados, los laborales y los domésticos constituyen la segunda o tercera causa de mortalidad general en la presente década (tasas similares a las de tumores malignos, alrededor de 50 x 100.000 habitantes), constituyen un 12% de las causas definidas de muerte.

75. Los accidentes de tránsito son sin duda los más importantes de estos y afectan fundamentalmente a la población de adolescentes y adultos jóvenes.

76. Los suicidios (mortalidad de 5 x 100.000 para 1992) constituyen el 9.7% de las causas definidas de muerte entre las mujeres de 15 a 24 años y el 5.7% entre los hombres de ese mismo grupo etáreo. Los homicidios (13 X 100.000 de mortalidad, 1992) y otras formas de violencia definidas como intervención legal y operaciones de guerra, causan el 12% de las defunciones de los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

77. Se estima que un 13 % de la población ecuatoriana tiene algún tipo de discapacidad o impedimento físico, sensorial, mental u de otra naturaleza, incluyendo congénitas y adquiridas, leves y graves.

78. Los accidentes y la violencia, así como las enfermedades crónico degenerativas son las causas más comunes de estas discapacidades.

Factores que afectan el estado de salud

79. El Ecuador atraviesa una etapa que podría considerarse como de heterogeneidad estructural y epidemiológica. Sin haber superado algunos problemas básicos como el déficit de servicios públicos especialmente de saneamiento ambiental (para 1991, la cobertura de agua potable era de 56.6% y de 31.2% en alcantarillado para toda la población, 29.0% de letrinización en el área rural) y otras condiciones económicas, sociales y políticas que inciden en altas tasas de desnutrición, mortalidad materna o infantil o de enfermedades infecciosas, recibe el impacto de nuevos riesgos ligados al desarrollo social, que por las deficiencias de la economía no pueden ser controlados adecuadamente.

80. El uso de químicos peligrosos en la industria, la artesanía la agricultura y otras ramas productivas, es una manifestación de aquello.

81. En el Ecuador los ríos reciben los desechos líquidos y sólidos de las ciudades y las industrias. Los ríos Pastaza, Napo, Aguarico y otros de la Amazonía están contaminado por desechos industriales, petróleo y basura. Los ríos Guayas, Machángara y Monjas están contaminados por desechos líquidos y sólidos provenientes de las ciudades de Guayaquil y Quito. Asimismo, debido a la explotación minera de la zona, los ríos de la provincia de El Oro tienen niveles de mercurio y cianuro mayores a los permitidos.

82. En Quito, el contenido de plomo del aire asciende al doble del límite máximo aceptable.

83. En cuanto a la recolección de desechos sólidos, el promedio nacional de recolección no supera el 40% de su producción. El problema más grave está en la ciudad de Guayaquil, donde la basura se recolecta tan solo en el 49% de los hogares en una población de un millón y medio de habitantes.

84. El Ecuador es considerado un país en alta actividad sísmica. Las zonas con mayor actividad sísmica incluyen la costa nor-occidental, el golfo de Guayaquil y la mayor parte de la plataforma interandina, aunque se han producido terremotos en todas las regiones del país.

85. Anualmente tienen lugar inundaciones en zonas agrícolas y pobladas de la costa. La gravedad y el alcance geográfico de las inundaciones dependen de la corriente fría y altamente salina de Humboldt, y del fenómeno del Niño, el cual se presenta en promedio cada seis años (la última vez afectó a las provincias de la costa en 1992).

86. Los deslaves han aumentado en la última década debido a la deforestación continua y al uso indebido de los suelos, y han dejado un promedio anual de 50 personas muertas. El uso indebido de los suelos y la explotación de canteras en la provincia de Azuay desencadenó un deslave gigantesco a fines de marzo de 1993 que represó los ríos Cuenca y Jadán, ocasionando la muerte de 35 personas y pérdidas multimillonarias en la agricultura, la industria y las carreteras. Las medidas preventivas tomadas evitaron un número mayor de muertos.

86. La mitad de la población ecuatoriana vive en condiciones precarias, y el ritmo de construcción no satisface la demanda cada vez mayor, de viviendas. Se construyen muchas viviendas con pisos de tierra, techos de asbesto y paredes de adobe o caña, el grado de hacinamiento es alto.

87. Según el censo de 1990 había 2.008.655 viviendas, de las cuales un porcentaje importante no disponía de los servicios básicos fundamentales: sin abastecimiento de agua, el 37,2%; ningún sistema de eliminación de aguas servidas, el 27,7%; sin recolección de basura, el 56,8%; ninguna disponibilidad de servicios higiénicos, el 25,8%; sin electricidad, el 22,3%, y sin ducha, el 52,4%.

88. En Quito y Guayaquil poco más del 30 y 70% de la población, respectivamente, vive en tugurios (alojamientos en zonas densamente pobladas de las ciudades con sistema de arriendo colectivo) y barrios urbanos marginales o suburbios (asentamientos en la periferia de las ciudades). Estos constituyen climas propicios para el desarrollo de la violencia y otros fenómenos urbanos con todas sus repercusiones.

89. La política de salud propuesta incluye el fortalecimiento de los servicios de salud, mediante la priorización de la atención primaria y el mejoramiento de los servicios hospitalarios. Las estrategias enunciadas por el Gobierno son la descentralización y regionalización de los servicios, el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), la capacitación y educación continua, la investigación y adopción de sistemas modernos de administración y gerencia. En general no se observan grandes cambios en los enunciados de la política de salud del Gobierno actual (1992-1996) respecto al período anterior (1988-1992).

90. La participación social y comunitaria se ha definido como una política prioritaria, sin embargo, el grado de participación social es escaso y consiste en trabajo físico y recursos financieros provenientes de la población, destinados a la construcción de unidades de atención o servicios básicos de salud.

91. Los servicios de salud se organizan en tres grandes áreas: pública, privada con y sin fines de lucro, y no formal o popular. El sector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el Instituto Nacional del Niño y la Familia y el Ministerio de Bienestar Social, entre otras instituciones.

92. En 1991 había 2.695 establecimientos de salud, de los cuales el 51,7% pertenecía al Ministerio de Salud Pública, el 34,1% al IESS y al Seguro Social Campesino, y el 14,2% a otras instituciones del sector.

93. Los establecimientos con servicios de internación hospitalaria constituyen el 13,3% del total de las unidades operativas de salud en el país e incluyen hospitales generales, especializados y cantonales y clínicas particulares. El 86,7% de las unidades corresponden a subcentros y puestos de salud, y a dispensarios médicos.

94. El 73,7% de los establecimientos con servicios de internación se encuentran en el área urbana, mientras que de los que no ofrecen internación, el 52,9% están en el área urbana y el 47,1% en la rural.

95. Las instituciones más importantes según el número de camas disponibles son el Ministerio de Salud Pública con 7.637 (44,0%), la Junta de Beneficencia de Guayaquil con 2.881 (16,6%) y el Seguro Social con 1.699 camas (9,8%). En 1991 había 17.324 camas, de las cuales el 29,6% correspondía a las Fuerzas Armadas y Policía, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y el sector privado.

96. En 1991 había 11,3 médicos; 3,6 enfermeras y 1,5 odontólogos por 10.000 habitantes. El 60% del personal de salud se encontraba en las provincias de Guayas y Pichincha, y el 90% se concentraba en las áreas urbanas del país.

97. El 67,4% de los médicos, el 68,1 de los odontólogos, el 68,2 de los enfermeros y el 70,1% de los obstetras se concentraban en las provincias de Pichincha y Guayas.

98. La formación anual de profesionales de la salud en el período 1980-1990 muestra una tendencia decreciente, altos porcentajes de deserción en medicina (17,5%), odontología (20,0%), enfermería (18,4%) y obstetricia (27,6%), así como bajos porcentajes de culminación de los estudios en medicina (23,7%), odontología (26,8%), enfermería (19,3%) y obstetricia (15,7%).

99. La vigencia de un modelo de atención curativa, así como la limitación de recursos presupuestarios, incidió en la calidad del proceso educativo y condujo a la formación de recursos humanos orientados a la práctica asistencial hospitalaria. El desfase que existe en el país entre la oferta y la demanda de recursos humanos se demuestra al constatar que en la década de los años ochenta, de 1.000 aspirantes a médicos egresaron solo 245, y únicamente 75 obtuvieron un cargo permanente en entidades tanto públicas como privadas del sector.

100. El sector estatal, la seguridad social y la junta de beneficencia cubren en conjunto al 67% de la población ecuatoriana, especialmente en lo que se refiere a la atención hospitalaria. El Ministerio de Salud Pública cubre el 50% de la población, la Seguridad Social al 10%, la Junta de Beneficencia al 7% y varias entidades privadas al 3%; el 30% restante no recibe atención médica formal.

101. En 1991 se produjeron 49,7 egresos por 1.000 habitantes, y había 1,6 camas por 1.000 habitantes, cifra que se mantuvo estable desde 1988. El porcentaje de ocupación de camas en 1991 fue de 53,0%, lo que representa una disminución respecto a 1990 (57,4%). El promedio de días de estancia descendió de 7,0 en 1990 a 6,2 en 1991, y la tasa de defunciones hospitalarias por 1.000 habitantes se mantuvo en 0,9 desde 1987.

102. En total de consultas ambulatorias otorgadas por el Ministerio de Salud Pública disminuyó de 7.812.575 en 1990 a 7.382.575 en 1991, y las consultas de emergencia aumentaron de 888.568 en 1990 a 901.913 en 1991. Se realizaron 77.278 intervenciones quirúrgicas en 1990 y 68.254 en 1991.

103. En 1991 se asistieron en instituciones de salud 67.882 partos. En 1994 se logró aumentar la cobertura de vacunación a niveles de eficacia. La cobertura de las mujeres embarazadas con vacunación antitetánica fue del 16,6% en 1990, 18,8% en 1991 y 19,1% en 1992.

104. En la década de los ochenta se produjo un crecimiento explosivo de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud: en 1992 eran 160, de las cuales 48 (32,9%) se crearon en 1989. Las actividades realizadas por estas instituciones se dirigen básicamente al desarrollo comunitario, a la promoción de la mujer, a la atención de salud, a la investigación y a la capacitación, áreas en las que se han acumulado importantes experiencias que podrían apoyar el desarrollo de un sistema nacional de salud.

105. En general, las acciones que desempeñan las organizaciones no gubernamentales son autónomas, y apenas el 15% tienen relación con el trabajo que desempeña el Ministerio. Se están realizando intentos para coordinar las actividades de las organizaciones no gubernamentales con el fin de fortalecer el sector salud y racionalizar los recursos.

106. La estructura del gasto nacional en salud corresponde a instituciones oficiales y semiautónomas que brindan atención de salud; existen una serie de instituciones autónomas que realizan actividades de salud, cuyo gasto no se conoce con exactitud.

107. El presupuesto destinado a los sectores sociales en relación con el PIB fue de 5,05% en el período 1980-1990, con una tendencia hacia la disminución, puesto que esa relación era del 5,8% en 1980 y del 4,7% en 1990. En 1990, el gasto estatal en salud representó apenas el 1,30% del PIB.

108. El presupuesto del Ministerio de Salud Pública para el ejercicio fiscal 1993 ascendió a US\$ 91.939.962, que representó el 4% del presupuesto general del Estado. La fijación de este rubro presupuestario entrañó una disminución muy importante (la más grande en toda la historia del país), ya que el presupuesto asignado para salud en 1990 correspondió al 7,6% del presupuesto general del Estado, es decir que se produjo una disminución del 47,4% en relación con 1990. El 90% del monto asignado en 1992 se destinó al pago de salarios y a limitados gastos de operación; solo el 10% se utilizó en obras de inversión.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

109. Asistencia técnica directa en los procesos de reforma sanitaria en el marco de la modernización del estado, fortaleciendo el papel rector del Ministerio de Salud, la descentralización política-administrativa, el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y la participación social, focalizando acciones en grupos prioritarios, áreas demostrativas y aplicando enfoques de riesgo, de género, de administración estratégica local, metodologías de investigación/acción y pedagógicas de reflexión/acción que faciliten el cambio esperado, con el objeto de elevar la calidad de la atención, mediante la rehabilitación y acreditación de servicio de salud, y formulación e implementación de estándares de calidad.

110. Apoyo a la formulación de leyes e instrumentos jurídico legales y de carácter técnico-administrativo y operativo que permita poner en práctica la reforma sanitaria del sector.

111. Operacionalización del concepto de la cooperación técnica entre países como marco para la identificación nacional de necesidades y de medidas resolutivas que puedan ser abordadas por este mecanismo cooperativo con la debida formulación y ejecución de acuerdos y convenios.

112. Cooperación Técnica en el desarrollo de municipios saludables con los Consejos Municipales y la concertación y participación de las instituciones de salud, académicas y ONG's de desarrollo científico y técnico en proyectos de alcance nacional en la formación y utilización de los recursos humanos en salud y en los procesos de información, educación y comunicación social, destacando las acciones en grupos prioritarios, comunidades indígenas y zonas fronterizas.

113. Reorientar el apoyo al desarrollo de los recursos humanos en salud mediante la consolidación del pensamiento estratégico como base del quehacer en salud en el contexto de la reforma sanitaria y como mecanismo para implementar políticas de concertación social, de formación y educación permanente al personal de salud.

114. Apoyo al desarrollo sectorial e interinstitucional de acciones que eleven la cobertura y la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento en el contexto del desarrollo ambientalmente sostenible.

115. Promoción, difusión y distribución selectiva de materiales técnicos, didácticos y de tecnología, utilizando los centros de documentación y redes de información existentes, en apoyo al desempeño del personal de salud y desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios especialmente a nivel local.

116. Apoyo técnico directo en el control de enfermedades y problemas de salud prioritarios, enfatizando en el manejo clínico epidemiológico gerencial, así como

en el cumplimiento de los compromisos asumidos con la Cooperación Andina en Salud (CAS), coordinando esfuerzos interagenciales con organismos de cooperación externa, intergubernamentales y con otras instituciones internacionales.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Salud en el desarrollo humano: Políticas públicas y de salud; Apoyo de gestión para el desarrollo nacional de la salud; Cooperación técnica entre países; Preparativos para desastres y emergencias; Información biomédica y de salud.

2. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud (FASBASE); Organización de servicios de salud basados en atención primaria; Desarrollo de recursos humanos; Medicamentos esenciales; Calidad de atención y tecnología en salud.

3. Promoción y protección de salud: Salud familiar y comunitaria; Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria.

4. Desarrollo y protección del ambiente: Salud ambiental; Mejoramiento institucional de la EP APG.

5. Prevención y control de enfermedades: Paludismo y otras enfermedades tropicales; Tuberculosis e infecciones respiratorias agudas; Salud pública veterinaria; VIH/SIDA; Control de enfermedades no transmisibles.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: EVALUACION DE LA SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS**PROPOSITO**

Promover el liderazgo del MSP, IESS y otras instituciones relevantes dentro del sector salud con una mayor capacitación de sus funcionarios en epidemiología para mejorar la gestión en el desarrollo de los SILOS y en la atención, especialmente de poblaciones de escasos recursos, marginados, indígenas, mujeres, madres y niños.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estarán funcionando correctamente los sistemas de vigilancia especializados para accidentes y salud laboral, basados en centros centinelas.

2. Se tendrá capacitado al personal de áreas de salud y de las maestrías de salud pública en epidemiología aplicada a los servicios y en vigilancia no convencional, especialmente para el diagnóstico y control de la Malaria, además del alcoholismo y violencia en población indígena.

PROYECTO 2: ANALISIS Y DESARROLLO DE POLITICAS DE SALUD**PROPOSITO**

Contribuir al establecimiento de un sistema permanente de revisión y formulación de políticas, planes y normas sectoriales de salud, y legislación que favorezcan la prestación de servicios de salud a toda la población del país y el ejercicio del derecho a la salud en un marco de relaciones más equitativas entre los sexos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer un sistema nacional de salud que armonice las acciones de diferentes sectores ciudadanos a fin de dar cumplimiento al creciente derecho a la salud; y disponer de desarrollo complementario en las áreas de recursos humanos, tecnología, gestión, derechos de los usuarios y organización sectorial.

2. Contar con un nuevo modelo de atención a la salud y una propuesta de financiamiento donde concurren el aporte estatal, el aporte de usuarios y de patronos.

1. Se habrá desarrollado al menos un evento nacional de capacitación por año con la participación del personal del MSP, IESS, universidades, de la Escuela de Salud Pública de Liverpool y la Cooperación Francesa, para promover una mejor gestión en el sector salud focalizada a los grupos de mayor riesgo mediante el mejor uso de la epidemiología.

1. Habrá un sistema de vigilancia para accidentes y otro para salud laboral en la provincia de Pichincha que proporcionarán información semestral recopilada en 20 centros centinelas para cada sistema.

1. Se habrán capacitado en Epidemiología Aplicada a los servicios a 60 funcionarios de 30 áreas de salud con altos índices de pobreza; estará ejecutándose satisfactoriamente la vigilancia alternativa de la malaria en el cantón Eloy Alfaro en Esmeraldas; asimismo se dará asesoría técnica directa en un módulo de Epidemiología a los postgrados de Quito, Loja y Portoviejo.

1. En 1997 más del 50% de las instituciones del sector funcionando en base a un sistema integral de planificación y de legislación de conducción sectorial.

2. Establecimiento de un sistema permanente de revisión y formulación de políticas, planes y normas sectoriales de salud y legislación que favorezcan la prestación de servicios de salud a toda la población del país y el ejercicio del derecho a la salud en un marco de relaciones más equitativas entre los sexos.

1. En 1997 desarrollo de un 60% de una propuesta de marco legal que defina la organización y funcionamiento del sistema nacional de salud.

2. En 1997, estudio detallado de cinco componentes claves del sistema de salud y propuesta de rediseño integral para posibilitar su funcionamiento eficiente y eficaz.

1. En 1997 estudio terminado del Plan de Salud Integral, con sus programas básicos y complementarios y de salud pública, a ser aplicado a nivel nacional, y la correspondiente propuesta de financiamiento a través de un Fondo Nacional de Salud.

Objetivos

3. Disponer de un conjunto de adecuaciones e innovaciones de los procesos técnico administrativos y estructuras que eleven la eficiencia y eficacia de los programas de salud del seguro social.

4. Consolidar el proceso de integración de la perspectiva de género en salud que favorezca el fortalecimiento institucional y el desarrollo en salud con equidad.

PROYECTO 3: PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE

PROPOSITO

Contribuir a el aumento de cobertura y calidad de los servicios de agua potable y saneamiento (APS), mediante mayor participación del sector privado en su prestación, logrando un desarrollo ambientalmente sostenible y a la implementación del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores (PLANSAT).

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá cooperado con el MSP en la implementación de acciones del Programa de Control y Vigilancia de la Calidad del Agua de Consumo Humano.

2. Se habrán cooperado con los organismos operadores de sistemas de agua potable, en la implementación de acciones del Programa de Control de Pérdidas y Uso Eficiente del Agua.

3. Se habrá cooperado con la CAAM y Municipios en la implementación del programa de contaminación ambiental con actividades de control de calidad del aire.

4. Se habrá cooperado con el MSP, IEES y la CMSO en actividades de Atención Primaria de Salud de los Trabajadores (APST), como parte de la implementación del PLANSAT.

Indicadores

1. Plan de desarrollo institucional para el Departamento Médico Social del IEES, presentado, y desarrollo de tres áreas estratégicas en 1997.

1. En 1997 incorporación de la perspectiva de género en 30% de las áreas prioritarias y programas de salud sensibilizando, capacitando a técnicos/as y personal operativo.

2. En 1997, realizado un estudio propositivo de políticas públicas en salud desde la perspectiva de género.

1. Incremento para 1997, del 20% en la cobertura y calidad de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento (APS) y de Atención Primaria Salud de los Trabajadores (APST).

1. En 1997, realizándose acciones del Programa de Control y Vigilancia de la Calidad del Agua, en 60% de los sistemas urbanos.

2. En 1997, ejecutándose acciones del Programa de Control y Vigilancia de la Calidad del Agua en 30% de los sistemas rurales.

1. En 1997, realizándose acciones del Programa de Control de Pérdidas y Uso Eficiente del Agua, en 50% de los sistemas urbanos de agua potable.

2. En 1997, disminución del 20% de las pérdidas de agua en los sistemas urbanos.

1. En 1997, ejecutándose actividades de Control de Calidad del aire en las ciudades de más de 400.000 habitantes.

1. Incremento para 1997, del 20% en la cobertura de Servicios de Atención Primaria de Salud de los Trabajadores (APST).

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 4: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES****PROPOSITO**

Mejorar la capacidad operativa nacional en áreas problemas y desarrollar actividades prioritarias en salud a través del intercambio y transferencia de conocimientos y recursos entre países, particularmente fronterizos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Contar con mecanismos que puedan integrar efectivamente la CTP a los proyectos y actividades en desarrollo, así como la capacidad nacional para recibir y satisfacer solicitudes de cooperación y definir áreas prioritarias de CTP para desarrollar programas concretos de cooperación con ONGs y universidades.

2. Apoyar la creación de un "Fondo para el CTP", que permita fortalecer el sistema y financiar los gastos nacionales de contrapartes para desarrollo de proyectos específicos.

3. Al finalizar el bienio se habrá logrado la ejecución de 4 proyectos fronterizos CTP para ampliar cobertura por lo menos en vacunación, atención materno infantil, y control de enfermedades transmisibles, y propiciar intercambio de personal para fortalecimiento de la infraestructura en salud.

PROYECTO 5: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**PROPOSITO**

Contribuir en forma efectiva a la definición sectorial concertada de una política de desarrollo de recursos humanos que incluya e implemente propuestas de formación, capacitación y educación permanente; investigación; así como incorporación de sistemas de administración acordes a los nuevos requerimientos que impone la modernización sectorial para el personal de salud con el fin de asegurar una mejor gestión de este recurso.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Al finalizar el bienio 1996-97 se habrá impulsado en la formación y utilizadora de los recursos humanos la organización de una red nacional de intercambio teórico-práctico, de carácter multi-institucional e intersectorial.

1. Establecimiento y operación de un sistema permanente de cooperación que facilite en 1997 la identificación e intercambio de asistencia de uno o más países, preferentemente en el área andina.

1. Disponer de un plan de acción integral que contenga propuesta de intercambio, especificando las correspondientes ofertas y demanda de cooperación.

1. Estudio realizado sobre el marco legal que defina la creación y operación del Fondo en 1997.

1. Al fin del bienio más del 70% de los servicios de salud fronterizos prestarán una atención materno infantil integrada y de calidad, en función de la ejecución de 4 proyectos.

1. En 1997 un equipo multi-institucional actuando críticamente con una comprensión avanzada de la problemática de los recursos humanos en función de la demanda y de sus medidas de intervención.

1. En 1997 definida una red nacional de intercambio a través de Grupo Interinstitucional con representación de instituciones formadoras de recursos, prestadoras de servicios, y asociaciones gremiales y sindicales.

2. En 1997, un estudio para la integración curricular de pregrado y postgrado en el país.

Objetivos

2. Al finalizar el bienio 1996-97 se habrá estimulado la organización e implementación de sistemas de educación permanente descentralizados.

3. En el período 1996-1997 se habrá consolidado en el MSP la aplicación del enfoque estratégico en administración de recursos humanos promoviendo la asignación de responsabilidades directas a sus áreas de salud.

4. En el período 1996-1997 se habrá implementado un sistema de información de recursos humanos que incluya datos base para planificación, manejo administrativo y evaluación-supervisión del recurso humano del MSP.

5. En el período 1996-1997 se habrá estimulado el desarrollo de la investigación aplicada al área de los recursos humanos con énfasis en el conocimiento de la situación nacional, sus implicaciones y proyección como base para la definición de políticas nacionales orientadas al desarrollo del recurso humano en salud.

6. Impulsar la organización de una red nacional de intercambio teórico, práctico en formación de recursos humanos de carácter multi-institucional e intersectorial.

PROYECTO 6: NUTRICION, INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

PROPOSITO

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de nutrición de la población ecuatoriana particularmente de los grupos con mayor riesgo biológico y social, identificando a la desnutrición energético-protéica, a las deficiencias de micronutrientes y a las enfermedades crónicas no transmisibles asociados con la mala nutrición, como los tres problemas críticos del país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Para fines del bienio 96-97, el Proyecto de Inversión Integrado para la prevención y control de las deficiencias de vitamina A, hierro y yodo, estará implementando en el 80% de las áreas prioritarios con sus cuatro estrategias de intervención: fortificación, suplementación, diversificación dietética y comunicación social.

Indicadores

1. En 1997 desarrollándose en más del 60% de las áreas prioritarias en forma sistematizada el plan de educación permanente para el MSP: planta central, direcciones provinciales y áreas prioritarias.

1. En 1997, el 80% de los sistemas de manejo descentralizado de: Reclutamiento, selección, nombramiento y contratación, evaluación del desempeño y estímulos e incentivos del personal MSP elaborado.

1. En 1997 desarrollo en un 80% de la propuesta nacional de un sistema de información de recursos humanos de manejo descentralizado.

1. 1997 ejecutadas y difundidos los resultados de investigaciones: "Análisis de la práctica profesional en salud", "Enseñanza de la salud pública en el Ecuador", y "Necesidades y demanda de recursos humanos", conforme lineamientos de la investigación aplicada a los Recursos Humanos.

1. Grupo interinstitucional conformado con representación de instituciones formadoras de recursos, prestadoras de servicios y asociaciones gremiales y sindicales.

2. Contar con una propuesta curricular integrada para pregrado y postgrado en el país.

1. A finales del bienio se habrán cumplido al menos el 80% de las metas y objetivos del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PLANAN). (OEP: HP5.1)

1. A finales de 1996, el 90% de las áreas prioritarias del país estarán implementando las cuatro estrategias básicas de intervención del Proyecto: fortificación de alimentos, suplementación, diversificación dietética y comunicación social.

Objetivos

2. Actividades específicas de alimentación y nutrición incorporadas a finales del bienio 96-97 en las estrategias y actividades de promoción de la salud que se realiza a nivel local.

3. Contenidos, objetivos y consideraciones alimentario nutricionales definidos y formulados para su incorporación a finales de 1997 en las políticas, planes y programas de desarrollo nacionales y sectoriales.

PROYECTO 7: SALUD FAMILIAR COMUNITARIA Y ASPECTOS DE POBLACION**PROPOSITO**

Contribuir a mejorar las condiciones de salud y vida de grupos vulnerables de mujeres, niños, adolescentes y personas de la tercera edad mediante acciones integrales de atención a la salud familiar comunitaria y aspectos de población, así como de higiene del trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Al finalizar el bienio 1996-1997, 10 áreas de salud demostrativas ofreciendo atención integral familiar/comunitaria y aspectos de población y de salud de los trabajadores con enfoques estratégico local, de riesgo de género y aplicando criterios de calidad, eficiencia y eficacia.

2. Al finalizar el bienio, la atención de la salud familiar comunitaria en aspectos de población y de salud del trabajador desarrollándose en función de normas técnico-operativas con enfoque integral en la mayoría de la unidades de salud.

PROYECTO 8: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Promover acciones de prevención, fomento, control, atención y rehabilitación de las principales enfermedades que por su incidencia o mortalidad en el país constituyen un problema de salud pública en el país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá contribuido a la reducción de la mortalidad infantil mediante la vacunación de los menores de un año BCG, DPT, Antisarampionosa y Antipoliomielítica oral a nivel nacional y TT a mujeres en edad fértil en áreas de riesgo; y colaborado en la erradicación de la Oncocercosis como parte del plan regional; y mantenido al Ecuador dentro de los países que han eliminado la Lepra. Se habrá apoyado la eliminación de la Rabia urbana y reducción de la Fiebre Aftosa.

Indicadores

1. A finales de 1997, 80% de las áreas prioritarias del país habrán incorporado contenidos específicos de nutrición y alimentación en sus actividades y estrategias de promoción de la salud a nivel local.

1. A finales de 1997 al menos 4 sectores (agricultura, educación, planificación y economía) habrán definido y formulado contenidos, objetivos y consideraciones alimentario-nutricionales en sus políticas, planes y programas sectoriales.

1. Incremento del 20% en 1997 de las coberturas y calidad de atención en salud de la mujer, la niñez, adolescencia, tercera edad y trabajadores.

1. En 1997 más del 80% de las diez áreas demostrativas funcionando y brindando atención en salud con enfoques y criterios integradores, que eleven la calidad de los servicios en salud familiar comunitaria y aspectos de población.

1. En 1997 más del 70% de los servicios de salud familiar comunitaria y aspectos de población normatizados técnicamente.

1. Al final del período se estarán llevando a efecto satisfactoriamente acciones de prevención, fomento, control, atención y rehabilitación en las principales enfermedades que por su incidencia o mortalidad constituyen un problema de salud pública para el país.

1. Al final de 1997 se habrán obtenido coberturas de vacunación del 80% con DPT3 y OPV3; 90% con BCG y AS en menores de un año; vacunación con TT2 en el grupo de NEF en 49 cantones de riesgo para TNN y aquellos que se incluyan posteriormente. El 80% de los casos de enfermedades inmunoprevenibles erradicables estarán oportunamente notificados y adecuadamente investigados con información básica y acciones de control de acuerdo a criterios de vigilancia establecidos.

Objetivos

2. Se habrá apoyado al control de la Malaria y el Dengue y a la capacidad de respuesta nacional y comunitaria en la prevención y atención de estas enfermedades.
3. Se habrá promovido la investigación diagnóstica y de tratamiento de las enfermedades tropicales, Tuberculosis, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas, IRA y Diarréicas Agudas.
4. Se habrá apoyado los esfuerzos de prevención de la infección por el HIV y reducción del impacto personal y social del VIH/SIDA a través de la movilización social y la unificación de los esfuerzos nacionales e internacionales contra la infección.
5. Se habrá apoyado al esfuerzo nacional en el control de la Teniasis/Cisticercosis, Brucelosis y Tuberculosis Bovina; calidad y la inocuidad de los alimentos.

Indicadores

2. Al final de 1997 se tendría bajo tratamiento más del 90% las áreas endémicas de Oncocercosis en el país.
 3. Al final de 1997 se habrá apoyado al estudio del 70% de los contactos de Lepra y al tratamiento del total de los enfermos detectados.
 4. Al final de 1997 se habrán desarrollado campañas de vacunación intensiva antirrábica canina en cinco ciudades del país.
 5. Al final de 1997 se habrá apoyado a la reducción de la Fiebre Aftosa a través de la operativización de estrategias diferenciales de control sanitario en las cinco provincias del litoral y en las áreas binacionales de frontera, en el contexto del Proyecto Andino.
1. Al final del período se tendrá en plena capacidad diagnóstica al Laboratorio Nacional de Referencia para Dengue en el INHMT de Guayaquil, para la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad; y se habrá descentralizado el programa nacional de control de la Malaria en las cuatro provincias de mayor incidencia.
1. Al final del período se habrá contribuido para el mejoramiento de la investigación diagnóstica y de tratamiento de estas enfermedades en el 80% de las áreas de mayor riesgo en el bienio 1996-97.
1. Al final del período se habrá capacitado a cinco mil profesionales del sector salud y educación; y de estos el 80% brindará educación sobre prevención y control del VIH.
 2. Al final del período se contará con informes epidemiológicos del país por provincias con una periodicidad cuatrimestral, basados en los datos obtenidos de los puestos centinelas y de las encuestas de infectados.
 3. Al final del período se habrá capacitado adecuadamente al 70% del personal que brinda atención médica y social a las personas infectadas.
1. Se habrá apoyado al programa de control de Teniasis/Cisticercosis en la ejecución de sus acciones en Manabí, Loja, Cañar y Azuay, entre enero de 1996 y diciembre de 1997.
 2. Se habrá cooperado con el Ministerio de Agricultura en el fortalecimiento del programa de fincas libres de brucelosis y tuberculosis en las áreas binacionales de convenio: Carchi, Imbabura, Loja y El Oro.
 3. Al final del período se habrá contribuido al fortalecimiento del programa integrado de protección de alimentos y se tendrá implementado el sistema de vigilancia epidemiológica de la ETAS.

Objetivos

6. Se habrá mejorado la confirmación por laboratorio de las enfermedades transmisibles de mayor repercusión epidemiológica en el país con énfasis en las zonas fronterizas.

PROYECTO 9: LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Promover hábitos y estilos de vida saludables en la población general, fomentando la constitución de Municipios Saludables y en grupos identificados de mayor riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá apoyado la incorporación al movimiento regional de Municipios Saludables, dos Municipios del Ecuador.

2. Se habrá contribuido al reforzamiento de las actividades de control de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión, Fiebre Reumática, Cáncer de Cuello Uterino y Diabetes Mellitus a nivel nacional.

3. Se habrá promovido el desarrollo de acciones masivas de prevención de las caries dentales mediante la aplicación del programa nacional de fluoración de la sal y la institucionalización de la Atención Primaria Bucodental y se habrán integrado los programas de Atención Primaria en Odontología a los pre y postgrados.

4. Estará en proceso de actualización el diagnóstico nacional de discapacidades y se habrán realizado acciones para reforzar los servicios de atención a este grupo de población.

5. Se habrá procurado establecer y poner en funcionamiento el sistema de vigilancia epidemiológica de accidentes y violencia en la provincia de Pichincha.

6. Se estará desarrollando el sistema de Atención Primaria en Salud Mental en áreas prioritarias y se habrán reforzado las actividades de promoción antitabáquica y antialcoholismo a nivel nacional.

Indicadores

1. Al final del período en los laboratorios de referencia nacional se habrá logrado el mejoramiento del diagnóstico microbiológico de las enfermedades transmisibles de mayor riesgo.

1. Al final del período estará incorporado el país al movimiento de municipios saludables de la región y se estará promoviendo acciones de prevención en poblaciones indígenas, ancianos y discapacitados en coordinación con el MSP, IEISS, y ONGs, así como en Salud Mental y fomentando la prevención del abuso de sustancias y evitar accidentes.

1. Al final de período se habrá apoyado la incorporación al movimiento de Municipio Saludable, el Municipio de Rumihahui, Quito o Cuenca.

1. Al final del período se habrá reforzado la ejecución en todo el país de las nuevas Normas Nacionales de Hipertensión, Fiebre Reumática y Diabetes Mellitus, tanto para el MSP como para el IEISS.

1. Al final del período el programa de Fluoración de la Sal se habrá aplicado en por lo menos el 50% de las 80 áreas priorizadas por el país.

1. Número de proyectos en el área de rehabilitación/20 unidades que cuenta con servicios de rehabilitación, entre enero de 1996 y diciembre de 1997.

1. Al final del período se habrá apoyado al funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de accidentes y violencia en 20 hospitales centinelas en la provincia de Pichincha.

1. Hasta fines del período estará funcionando adecuadamente el programa de Salud Mental en 10 áreas prioritarias, de las Provincias de Pichincha, Guayas y Azuay.

Objetivos

PROYECTO 10: DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo el rol rector del MSP, en base a la Reforma Sectorial, a los Sistemas Locales de Salud, y al mejoramiento de los servicios de mayor complejidad, con la integración de los niveles y una adecuada coordinación de las diferentes instituciones del sector.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Hasta finalizar el bienio, las áreas prioritarias y todos los servicios de los hospitales de primer nivel de referencia, estarán ejecutando sus actividades en base a la programación local, con enfoque de riesgo y de género, aplicando los principios de administración estratégica y de garantía de calidad, y dando especial énfasis al trabajo de enfermería.

2. Hasta finalizar el período se habrán conformado los comités interinstitucionales de acreditación a nivel nacional y de acreditación interna en los hospitales, y áreas de salud prioritarias.

3. Hasta finalizar el período se habrá establecido el diagnóstico sobre la situación de las normas legales que determinan la reforma del sector.

4. Hasta finalizar el bienio, se habrá formulado el programa descentralizado de mantenimiento de equipos médicos e infraestructura de los hospitales de atención secundaria y terciaria estarán funcionando de manera descentralizada.

5. Hasta finalizar el período, se habrán incorporado las ONGs, municipios, Seguro Social y otras instituciones en las áreas de salud (SILOS) y se habrá desarrollado el enfoque pluricultural de Salud Indígena en las áreas prioritarias.

Indicadores

1. En 1997, el Sistema Nacional de Salud operando en base a una propuesta de reforma sectorial formalizada mediante acuerdos interinstitucionales.

2. En 1997, el 50% de los servicios de salud del MSP funcionando en red de manera descentralizada.

1. En 1997, el 80% de las áreas prioritarias ejecutando acciones basadas en programación local, con enfoque de riesgo y de género, aplicando los principios de administración estratégica y de garantía de calidad.

2. En 1997, el 80% de los hospitales cantonales (de primer nivel) ejecutando acciones basadas en los principios de administración estratégica y de garantía de calidad.

3. En 1997, más de 50% de los servicios de salud de las áreas prioritarias y hospitales demostrativos ejecutando acciones de enfermería de conformidad con el plan integrado de intervención (servicio, docencia y gremio).

1. En 1997, un comité nacional interinstitucional de acreditación funcionando de manera permanente.

2. En 1997, un comité interno de acreditación conformado en el 30% de los hospitales del sector público.

3. En 1997, el 20% de las áreas de salud prioritarias estarán acreditadas en todos sus servicios.

1. En 1997, se habrá estudiado por lo menos 3 sistemas administrativos en relación a la propuesta de reforma del sector.

1. En 1997, el 50% de los hospitales de atención secundaria y terciaria del MSP aplicando las normas de mantenimiento.

2. En el 50% de los hospitales de atención secundaria y terciaria del MSP funcionando en forma descentralizada.

1. En 1997, 10 áreas de salud funcionando como SILOS, integrando al MSP, ONGs, Municipio, IESS y otras instituciones.

2. En 1997, 5 áreas de salud funcionando con enfoque de pluricultural de Salud Indígena.

Objetivos

6. Al finalizar el bienio, se habrá institucionalizada la metodología de educación permanente en gerencia y administración de servicios, unificando a las diferentes instituciones y ONGs del sector.

7. Al finalizar el bienio, se habrá implementado el SINAFSA, (Sistema Nacional de Atención Farmacoterapéutica) en las unidades del MSP, favoreciendo el abastecimiento regular de medicamentos y la armonización del registro y control sanitario.

PROYECTO 11: PREPARATIVOS PARA DESASTRES**PROPOSITO**

Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad del país ante desastres naturales mediante el fortalecimiento de instituciones involucradas en el tema, la capacitación técnica de su personal en la prevención-mitigación y respuesta sanitaria a desastres, y la conformación de redes operativas intra e intersectoriales para afrontar situaciones de emergencia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Al terminar el bienio 1996-97 se habrá dispuesto de un cuadro de recursos humanos calificados para afrontar la problemática sanitaria de desastres.

2. Al término del bienio 1996-97 se tendrá un cuadro de profesionales capacitados en medicina de emergencias en el país formados en post-gradados universitarios, y ampliado la experiencia a otras disciplinas.

3. Al finalizar el bienio se dispondrá de hospitales evaluados con diagnósticos de vulnerabilidad estructural y no-estructural concluidos y publicados, y con planes operativos para desastres validados; contándose con un modelo aprobado de encuesta de vulnerabilidad para seleccionar hospitales de alto riesgo.

4. Al término del bienio se dispondrá en el PARLANDINO de un conjunto estructurado de iniciativas parlamentarias para prevención y atención de desastres en la subregión.

Indicadores

1. En 1997, 4 centros regionales de apoyo a la educación permanente en administración, gerencia y otros aspectos de salud funcionando de manera integrada con universidades, ONGs e IESS, en coordinación con el MSP.

1. Al finalizar 1997, el SINAFSA funcionando integralmente en el 30% de las unidades del Sistema Nacional de Salud.

2. Al finalizar 1997, el 60% de unidades operativas prioritarias (áreas de salud y hospitales) efectuando un manejo racional del medicamento y de sus stocks.

1. Disponibilidad para 1997 de un plan sectorial para desastres, y consolidación de la capacidad operativa para respuesta a desastres en los 10 más importantes hospitales del país, con estudios técnicos de mitigación física y funcional en ocho de los mismos.

1. 100 personas tecnificadas en medidas de prevención, mitigación, respuesta sanitaria a desastres y protección de infraestructura de salud, a fines de 1997.

1. 20 médicos residentes y 10 docentes universitarios capacitados a fines de 1997.

1. Ocho hospitales con estudios de vulnerabilidad física y funcional y 10 con planes de desastres validados para fines de 1997.

1. Estudio básico para Legislación sobre Desastres aplicable a países del Area Andina, a fines de 1997.

Objetivos

5. En el bienio se habrán consolidado, al interior de la Cooperación Andina en Salud, los mecanismos legales y operativos para la cooperación fronteriza para prevención y atención de desastres en la subregión.

PROYECTO 12: APOYO AL DESARROLLO, GESTIONES Y COORDINACION DE LOS PROGRAMAS EN LOS PAISES

PROPOSITO

Proveer apoyo gerencial, técnico y administrativo para la entrega de cooperación técnica requerida por el desarrollo de la salud del país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adecuación de la organización y funcionamiento de la Representación en función de los cometidos técnicos y administrativos determinados por la OEPP 1995-1998.

2. Se habrá perfeccionado la prestación de la cooperación científico-técnica, para fortalecer la generación de ideas, apertura de nuevas áreas e impulso a la articulación de actividades.

3. Se habrá desarrollado una capacidad de identificación y análisis del proceso sociopolítico y escenarios para caracterizar su peso y dirección, y determinación de respuestas oportunas y eficientes que respalden las acciones de los actores nacionales para el cumplimiento de las metas de salud.

Indicadores

1. Convenios de cooperación sanitaria en ejecución en fronteras en el campo de desastres entre Colombia-Ecuador, Chile-Perú y Perú-Bolivia, a fines de 1997.

1. En 1997 más del 80% de las actividades de cooperación técnica-administrativas ejecutadas en el marco del programa de cooperación técnica.

1. Estructuración y funcionamiento de la PWR en 1997 en base a los enfoques técnico-programáticos de 4 áreas de trabajo definidas y sus correspondientes líneas de acción.

2. Capacitación permanente al final de 1997 de más del 50% del personal técnico y administrativo de PWR.

1. Incremento en 1997 de un 20% de los recursos técnicos-financieros extrapresupuestarios para dar respuesta a las demandas multiinstitucionales del sector salud.

1. En 1997 actuando permanentemente en la formulación y ejecución de medidas de intervención oportuna para la solución apropiada de problemas de salud prioritarios.

2. Sistematizado en 1997 la presentación de informes de coyuntura que faciliten el proceso de toma de decisiones conduzcan al cumplimiento de las metas de salud.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,022,400	32.0	1,161,300	32.8	1,282,300	33.0
POLITICA PUBLICA Y SALUD	64,600	2.0	74,700	2.1	86,300	2.2
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	64,600	2.0	74,700	2.1	86,300	2.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	599,400	18.8	695,500	19.7	768,600	19.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	599,400	18.8	695,500	19.7	768,600	19.8
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	290,700	9.1	312,800	8.8	337,000	8.7
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	290,700	9.1	312,800	8.8	337,000	8.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	67,700	2.1	78,300	2.2	90,400	2.3
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	67,700	2.1	78,300	2.2	90,400	2.3
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,045,400	32.8	1,138,500	32.2	1,243,000	32.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	944,700	29.6	1,032,500	29.2	1,130,900	29.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	944,700	29.6	1,032,500	29.2	1,130,900	29.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	100,700	3.2	106,000	3.0	112,100	2.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	100,700	3.2	106,000	3.0	112,100	2.9
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	289,800	9.2	325,200	9.2	365,900	9.4
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	167,500	5.3	183,800	5.2	202,600	5.2
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	167,500	5.3	183,800	5.2	202,600	5.2

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
<u>MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL</u>	18,300	.6	21,200	.6	24,400	.6	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	18,300	.6	21,200	.6	24,400	.6
<u>NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO</u>	104,000	3.3	120,200	3.4	138,900	3.6	
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	104,000	3.3	120,200	3.4	138,900	3.6
<u>V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</u>	388,600	12.2	413,700	11.7	441,000	11.4	
<u>HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE</u>	388,600	12.2	413,700	11.7	441,000	11.4	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	388,600	12.2	413,700	11.7	441,000	11.4
<u>VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES</u>	440,600	13.8	499,700	14.1	545,000	14.1	
<u>CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</u>	398,600	12.5	452,100	12.8	490,900	12.7	
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	398,600	12.5	452,100	12.8	490,900	12.7
<u>CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</u>	42,000	1.3	47,600	1.3	54,100	1.4	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	42,000	1.3	47,600	1.3	54,100	1.4
<u>GRAN TOTAL</u>	3,186,800	100.0	3,538,400	100.0	3,877,200	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	423,400	6.7	221,900	7.3	93,000	3.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD	114,500	1.8	221,900	7.3	93,000	3.2
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	114,500	1.8	221,900	7.3	93,000	3.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	308,900	4.9	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	20,300	.3	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	288,600	4.6	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	3,334,900	53.7	2,800,000	92.7	2,800,000	96.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	2,574,700	41.4	2,800,000	92.7	2,800,000	96.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	2,574,700	41.4	2,800,000	92.7	2,800,000	96.8
MEDICAMENTOS ESENCIALES	625,200	10.1	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	625,200	10.1	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	135,000	2.2	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	135,000	2.2	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	141,700	2.3	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	141,700	2.3	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	141,700	2.3	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	1,454,300	23.4	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	1,454,300	23.4	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 1,454,300	23.4	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	863,100	13.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	863,100	13.9	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 298,600	4.8	0	-	0	-
SIDA	GPA 564,500	9.1	0	-	0	-
GRAN TOTAL	6,217,400	100.0	3,021,900	100.0	2,893,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PUESTO PROF.	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
			PUESTO LOCAL	CANTIDAD \$							
1994-1995											
OPS - PR	978,400	2	0	496,600	80,000	40,900	10,000	58,400	8,500	0	284,000
OMS - WR	2,208,400	4	4	952,500	146,100	69,800	186,000	300,800	56,000	11,400	485,800
TOTAL	3,186,800	6	4	1,449,100	226,100	110,700	196,000	359,200	64,500	11,400	769,800
% DEL TOTAL	100.0			45.3	7.1	3.5	6.2	11.3	2.0	.4	24.2
1996-1997											
OPS - PR	1,069,600	2	0	531,900	80,000	42,000	10,000	67,500	9,800	0	328,400
OMS - WR	2,468,800	4	4	1,059,900	157,300	85,600	150,000	345,300	67,600	13,200	589,900
TOTAL	3,538,400	6	4	1,591,800	237,300	127,600	160,000	412,800	77,400	13,200	918,300
% DEL TOTAL	100.0			44.9	6.7	3.6	4.5	11.7	2.2	.4	26.0
1998-1999											
OPS - PR	1,170,300	2	0	563,000	80,000	48,700	10,000	78,000	11,400	0	379,200
OMS - WR	2,706,900	4	4	1,126,500	157,300	99,000	150,000	399,000	78,100	15,200	681,800
TOTAL	3,877,200	6	4	1,689,500	237,300	147,700	160,000	477,000	89,500	15,200	1,061,000
% DEL TOTAL	100.0			43.6	6.1	3.8	4.1	12.3	2.3	.4	27.4

EL SALVADOR

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Tomando en cuenta las cifras preliminares del Censo de población y Vivienda, realizado en 1992, la tasa de crecimiento poblacional estimada de 2.8% y considerando un saldo migratorio nulo, la población proyectada para los años 1996 y 1997 es de 5.441.338 y 5.750.318 habitantes; dentro una superficie territorial de 19,614.7 km² tendremos una densidad de 277 y 293 habitantes por km², respectivamente. Se presenta un rápido crecimiento de la población urbana de manera que esta constituye hoy en día casi el 50% de la población total del país, tendencia que se mantendrá progresiva para los próximos años. Este crecimiento poblacional urbano es muy importante en el Área Metropolitana de San Salvador que absorbe el 30% de la población total del país y reporta una tasa de crecimiento promedio anual de 3.6%, si las condiciones actuales en esta área urbana se mantienen, para 1997, tendremos una densidad de 3.175 habitantes por km².

2. La tasa Global de Fecundidad, en mujeres de 15 a 44 años, ha bajado de 4.17 en el período 1983-88 a 3.85 hijos por mujer en el período 1988-93, el Área Metropolitana de San Salvador tiene una TGF de 2.69, mientras que en el área rural del país es de 4.96. La mayor TGF se observa en los grupos de mayor pobreza y marginalidad social con 5.62 hijos por mujer. Las posibilidades reales de que la fecundidad continúe descendiendo para 1996-97 no son muy evidentes por que las mujeres que se encuentran en riesgo de embarazo no planeado se encuentran principalmente en los estratos de población en pobreza y en el área rural.

3. La tasa de mortalidad general calculada para 1990 es de 5.3 por mil habitantes y en los grupos poblacionales de desplazados se ha encontrado una tasa de 21 por mil; como principales causas se encuentran las enfermedades transmisibles, afecciones del aparato circulatorio y causas externas con fuerte tendencia al incremento a partir de los 15 años de edad y en ambos sexos. La tasa de mortalidad infantil y de menores de 5 años por mil nacidos vivos, descendieron de 52 y 16 en 1983-88 a 41 y 12 en el quinquenio 1988-93. En 1992, en las zonas exconflitivas se estimó una mortalidad infantil de 73.1 por mil nacidos vivos. Observando la gran heterogeneidad que afecta a estos indicadores de mortalidad su mayor impacto tenderá a focalizarse en los grupos poblacionales en bajas condiciones socioeconómicas.

4. La alta movilidad espacial interna y externa es una de las principales características de la población. Se estima que más de la tercera parte de las familias salvadoreñas tienen, en los Estados Unidos, un promedio de 2.47 parientes y se acepta que en ese país se encuentran alrededor de un millón de salvadoreños. Los desplazamientos dentro del país al no corresponderse con una mejora en las condiciones socioeconómicas, esas poblaciones van a engrosar de manera significativa el grupo en pobreza extrema. Se espera que el retorno progresivo de los salvadoreños en Estados Unidos, existan repercusiones sociales importantes en la población económicamente activa, la competencia por fuentes de trabajo, aspectos salariales, mayor urbanización y una sobredemanda en los servicios públicos.

Indicadores del estado de salud

5. Al inicio de la década la esperanza de vida fue de 63.5 años, en los hombres 59.8 y en las mujeres 67.2. La tasa de natalidad para 1992 fue de 32 nacidos vivos por mil habitantes.

6. Parte del descenso de la mortalidad infantil se debería a un decremento paulatino de las enfermedades transmisibles, las cuales van cediendo el primer lugar a las muertes por causas perinatales. La mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad tiene como principales causas a las infecciones intestinales, las neumonías y a las causas externas.

7. La tasa de mortalidad materna en 1993 fue de 1.19 por mil nacidos vivos, cuyo 67% corresponde a mujeres provenientes del área rural. La estructura de las muertes maternas corresponde en primer lugar a hemorragias, seguido de toxemias y sepsis.

8. Para 1992, la tasa de mortalidad de personas en la tercera edad fue de 55 por mil del grupo de 65 a más años de edad; 60.5 para los hombres y 50.5 por mil para las mujeres. Entre las causas, las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar, por encima de las enfermedades transmisibles.

9. La desnutrición proteico energética continúa siendo prevalente (50.1%) en la infancia, la desnutrición moderada y grave alcanza a 15.2% de los niños menores de 5 años, los cuales también presentan carencias específicas entre ellas: deficiencia de vitamina A en el 36%. En niños escolares el retardo en el crecimiento (talla/edad) es del 30% y en ellos también se encuentra deficiencia de Yodo en el 24.8%.

10. La población urbana dispone de agua en el 96.2%, con 77% de origen subterráneo, y la población rural en un 18.6% con un 80% de fuentes superficiales.

11. Respecto a la eliminación de excretas 81 municipios son atendidos con alcantarillado por ANDA, los restantes 181 municipios carecen de este servicio; el 92.2% de la población urbana dispone de servicios para la eliminación de excretas. El 59.2% de la población rural dispone de letrinas y fosas sépticas.

12. Las relaciones del personal de salud del MSPAS, por 10,000 habitantes representan: personal médico 5; la categoría de odontólogos es 0.4; las categorías enfermera y auxiliar de enfermería 3.0 y 4.1, respectivamente. La dotación de camas hospitalarias es de 8.585, o sea, 17.0 por 10,000 habitantes. El 64% son del MSPAS, 17% del ISSS, 19% privados y autónomos.

13. La malaria presenta un descenso progresivo en los últimos diez años, el IPA registrado en 1994 es de 0.6 por 1000 habitantes. El rociamiento selectivo en áreas de transmisión persistente, la detección oportuna y administración inmediata de medicamentos curativos, la aplicación de larvicidas, la eliminación de criaderos y fundamentales la participación de la comunidad, constituyen las bases de actual control.

14. El dengue clásico presenta una tasa de 15.0 por 100 mil habitantes. En 1990 se registró un tasa de 45.0. Los virus hasta ahora circulantes son DEN I, DEN II, y DEN IV. La infestación de casas por *A.aegypti*, en época seca es de 45% y de 68% en época lluviosa.

15. La prevalencia de infección por *T.cruzi* en humanos es de 20.5%, estimándose que las personas infectadas llegan a 1,150,000, ubicadas particularmente entre las 660 y 1000 metros sobre el nivel del mar. La infestación de casas por triatominos varía desde 26.3% en áreas urbanas hasta 100% en áreas rurales. El principal reservorio doméstico es el perro con una infección del 21.5%. En donantes de sangre se tiene una infección de 5% a 14%.

16. En este último año el país ha sido declarado libre del virus salvaje de la poliomielitis. El agente causante de la difteria fue aislado por última vez en 1987. Las coberturas de vacunación en niños menores de un año hasta octubre de 1994, son: DPT3, 89%; OPV3, 89%; Antisarampionosa, 82%; BCG, 80% y Toxoide Tetánico en mujeres en edad fértil 78%. Las tasas de enfermedades inmunoprevenibles por 100,000 habitantes son: Tétanos neonatal, 0.04; Tétanos en Adulto 0.10; Tosferina, 0.2; Tuberculosis, 43 por 100,000 habitantes. No se notificaron casos de Poliomielitis, Difteria, ni Sarampión, durante 1994.

17. Desde el 16 de agosto de 1991, el cólera se difundió en todo el país. El número de casos acumulados a noviembre 1994 es 24,741, lo que significa una prevalencia acumulada de 471.3 por 100,000, con una letalidad de 0.5%. Los principales mecanismos de transmisión son: consumo de bebidas fuera de la casa, consumo de alimentos de venta ambulante y el consumo de verduras crudas.

18. En el período 1985-94 se han notificado 817 casos y 770 VIH+, resultando una prevalencia de VIH+/SIDA acumulada de 30.2 por cien mil habitantes, el 75.0% son hombres y el 25.0% mujeres, razón hombre-mujer de 3.1. La categoría de transmisión predominante es la heterosexual en 65.0%, mientras que la transmisión por transfusión sanguínea es 1%, y la perinatal 2%. Hasta 1994 los casos en niños menores de 4 años es 0.7% del total de casos registrados. La prevalencia de VIH+ en trabajadores del sexo es 2.2%, en reclusos 0.6%; en donantes de sangre es de 0.11%, en mujeres en edad fértil 0.52, en parturientas 0.26, y en enfermos con tuberculosis el 3%.

Factores que afectan el estado de salud

19. La política nacional de desarrollo ha sufrido un cambio de orientación. Durante el quinquenio anterior (1989-94) la gestión gubernamental priorizó los acuerdos de paz y la recuperación económica del país. A pesar de las circunstancias de tránsito a la paz y la democracia, se lograron impresionantes progresos en muchos indicadores sanitarios.

20. El Gobierno actual ha fijado como prioridades para el siguiente quinquenio (1994-1999) la consolidación de las reformas económicas, la modernización del Estado y el desarrollo de los sectores sociales. Este nuevo énfasis ha significado apreciables ganancias para el sector salud, que ha visto incrementada su disponibilidad de recursos presupuestales y su acceso a cantidades sustanciales de financiamiento externo, el que fácilmente superarán los 100 millones de dólares para este segundo quinquenio, especialmente para reforma sectorial. La reforma sectorial, especialmente en lo que respecta a la eficiencia del sistema nacional de salud, determinará el impacto de los recursos agregados al sector salud.

21. La economía salvadoreña ha tenido un crecimiento positivo en los últimos años, el PIB creció de 4.6 en 1992 a 5.0 en 1993 y la inflación descendió de 12.1 en 1993 a 9.7 en el primer semestre de 1994. Es importante el aporte a la economía nacional de las divisas provenientes de salvadoreños viviendo en el exterior que en 1993 fue de US\$823 millones y que en el primer semestre de 1994 es de US\$ 519 millones. No obstante, no se presentan signos de mejora en la situación de los estratos más pobres de la población y los programas de compensación no alcanzan a cubrir todos los problemas derivados del desempleo, subempleo y marginalidad socioeconómica. Las remesas familiares recibidas son dirigidas al consumo y a la alimentación en un 85%.

22. Dentro los aspectos poblacionales se enfrentan dos grandes problemas: su rápido crecimiento y su desordenada distribución espacial, con una excesiva concentración urbana. Los principales problemas de salud en ciudades derivan de la desarticulación de la familia, el hacinamiento, tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, violencia, accidentes.

23. El déficit de viviendas se estima en alrededor de 43.8% y del total de viviendas el 38.6% están calificadas como malas. Los materiales predominantes son: mixto 12%, bajareque 45%, adobe 32%, madera 4% y, latas, cartón materiales de deshecho 7%.

24. El analfabetismo, en el grupo etáreo de 10 a 65 años, es de 23%, y por cada analfabeto en el área metropolitana existen 5 analfabetos en el área rural. De cada 100 niños que ingresan al primer grado 32 llegan al sexto grado en el área urbana y solo 6 en el área rural.

25. Actualmente sólo el 13% del territorio nacional posee una cobertura vegetal formada por bosques y matorrales y de estos 2% se consideran bosques originales, esto ocasiona que las dos terceras partes de los suelos sufran de severa erosión, con la consiguiente falta de reposición de la capa freática y los problemas de disponibilidad de agua.

26. Las aguas superficiales y subterráneas están expuestas a contaminación por la descarga directa de las aguas negras domésticas y desechos industriales y también por que los desechos sólidos de las ciudades y pueblos, depositados inconvenientemente son arrastrados por vientos y lluvias hasta los cuerpos de agua más cercanos.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

27. Salud en el desarrollo: Los Acuerdos alcanzados en Chapultepec posibilitaron un ambiente participativo de paz y la puesta en marcha del Plan de Reconstrucción Nacional facilitó recursos dirigidos a la reconstrucción del país.

28. La ejecución del Plan de Emergencia y Mantenimiento de Servicios de Salud en Áreas de Concentración, permitió asistencia médica, atención odontológica, atención de emergencias y servicios especializados a excombatientes, contribuyendo a la consolidación de la paz.

29. La iniciativa de salud en Centroamérica, firmada por el país, en sus diferentes fases, expresa el compromiso existente para enfocar las acciones de salud desde un punto de vista integral y vinculada al desarrollo.

30. El proyecto "Trifinio" muestra la voluntad de llegar con acciones de salud a los conjuntos poblacionales fronterizos dentro una acción concertada con Guatemala y Honduras, articulando la salud dentro del conjunto de acciones establecidas para el desarrollo económico y social del llamado Triángulo del Norte.

31. La ejecución del Curso para Gerentes en Salud, permitió la capacitación de un cuadro de profesionales de nivel de mando intermedio que permite orientar la eficiencia de los procesos por unidad de producción y la búsqueda de mejoras en la calidad de las prestaciones en salud.

32. La conclusión del Análisis de los Procesos de Inversión en Ambiente y Salud permite contar actualmente con la información necesaria para el financiamiento de las inversiones para la ampliación de coberturas en ambiente y salud como ejes del desarrollo.

33. La puesta en marcha del Proyecto para el Desarrollo de la Autogestión Comunitaria permitirá dinamizar la organización de los Sistemas Locales de Salud, hacer efectiva la participación social, producir un efecto real de descentralización y el fortalecimiento de la capacidad de conducción y rectoría del MSPAS.

34. En los niveles de alta decisión en salud así como en algunos niveles locales se ha incorporado el enfoque de género para efectuar análisis de situación de salud, establecer prioridades y focalizar los recursos.

35. Desarrollo de sistemas locales de salud: La infraestructura sanitaria se encuentra regionalizada en 5 regiones sanitarias. Región Occidental, que comprende los departamentos de Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate; Región Central, con 2 departamentos: Chalatenango y La Libertad; Región Metropolitana, abarca el departamento de San Salvador; Región Paracentral, con los departamentos de Cuscatlán, La Paz, Cabañas y San Vicente; Región Oriental, cubre los departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión.

36. En la actualidad existe el firme propósito de llegar a una organización departamental de la administración de salud, conformando catorce Direcciones Departamentales de Salud, esto permitirá una descentralización del poder y un mayor acercamiento de las soluciones y recursos a los problemas.

37. Para desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud el MSPAS, viene organizándose en torno a los Sistemas Locales de Salud que se conceptualiza como una estrategia operacional de descentralización y participación comunitaria en el proceso de toma de decisiones.

38. Se tienen conformados los SILOS de Ilabasco, Juayúa, Apopa y Soyapango; y se han oficializado los SILOS de Nueva Concepción y Chalatenango.

39. Promoción y protección de la salud: Está en pleno desarrollo el Programa de Salud Comunitaria, como un esfuerzo para la promoción y el desarrollo humano. Dentro este lineamiento la Educación en Salud se constituye en el apoyo técnico que involucra a la población organizada para que actúe en la transformación de las condiciones ambientales, formas de vida colectiva y patrones de conducta nocivos para su salud.

40. También se ha conformado un grupo de cinco periodistas que participaron en varias reuniones internacionales sobre Periodismo y Salud buscando facilitar procesos participativos y de motivación.

41. En la actualidad se está impulsando el movimiento sobre Municipios Saludables, concretamente ya se cuenta con el Municipio de Santa Ana, al Occidente del país, trabajando dentro este enfoque. Existen otros dos municipios con los cuales se realizaron consultas y existe la disposición explícita.

42. Desarrollo y protección del ambiente: Se cuenta con la Secretaría del Medio Ambiente y otras instituciones ambientalistas que están logrando una mayor concordancia entre la formulación de políticas y la operación de las intervenciones en salud ambiental con la información y los análisis correspondientes sobre riesgos ambientales y daños a la salud.

43. La capacidad de vigilancia de factores ambientales potencialmente peligrosos y sobre sus consecuencias en la salud se continúa desarrollando con el fortalecimiento de la red de laboratorios estatales, a los cuales se integran otros autónomos y privados. Todo esto permite una mayor dinámica en el proceso información-acción y alienta la investigación.

44. Prevención y control de enfermedades: Los análisis de situación de salud en los niveles locales se han incorporado como ejes para identificar los grupos de población más afectados, establecer la programación local y hacer efectiva la participación social.

45. Se cuenta con equipos epidemiológicos interinstitucionales a nivel nacional y equipos locales de investigación y control de brotes.

46. Existe un Sistema de Vigilancia Epidemiológico unificado entre las principales instituciones del sector que incorpora enfermedades transmisibles y no transmisibles más prevalentes.

47. Se han incrementado las coberturas de vacunación y se está consolidando la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis, así como se han iniciado las actividades para eliminar el sarampión y el tétanos neonatal.

48. Los esfuerzos para el cumplimiento del compromiso para eliminar la transmisión transfusional de la infección por T. cruzi, así como la lepra, están logrando un mejor conocimiento de la situación y acciones concretas para avanzar en ese cometido.

49. En la actualidad se cuenta con un laboratorio de producción de vacunas antirrábicas con proyección para alcanzar la autosuficiencia en ese biológico e impulsar nuevamente las acciones para eliminar la rabia urbana.

50. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud: El contexto de la salud y el desarrollo ha sido modificado por cambios de orientación política, especialmente: (i) la prioridad asignada por el gobierno al desarrollo social; (ii) segundo, el fortalecimiento del proceso nacional de modernización del Estado, dentro del cual se ubica la reforma del sector salud; (iii) tercero, los acuerdos subregionales que dan una mayor fuerza a la integración del área centroamericana.

51. La reforma sectorial, con un fuerte énfasis en la eficiente utilización de recursos, se constituye en el eje de la política nacional de salud. El Ministerio se presta a modificar sustantivamente la organización del sistema nacional de salud y el esquema de regionalización existente, abriendo espacios para una mayor descentralización efectiva y participación de actores locales del ámbito político y social.

52. El Supremo Gobierno de la Nación, mediante el Plan de Gobierno 1994 - 1999, señala como principal objetivo político al Desarrollo Humano Integral para los salvadoreños en su conjunto. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha conceptualizado a la salud como un producto social que deriva de la interacción de los diferentes actores sociales salvadoreños desde los estatales, instituciones públicas, ONG's, hasta el sector privado; cada uno de ellos cumpliendo su rol en la determinación del nivel y estructura de salud de la población.

53. La Política General de Salud establece como estrategias básicas a modernización del sector, la atención de las necesidades básicas de la salud de la población en su conjunto, a la integralidad de la atención y la focalización y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, todo ello dentro un marco de humanización de la atención y participación social.

54. Asimismo el Ministerio de Salud coordina la cooperación que diversos gobiernos y Agencias Bi y Multilaterales proporcionan al país en el área de la salud, concentrando esfuerzos en programas y grupos prioritarios.

55. Los lineamientos para la realización de acciones en salud establecen los siguientes criterios:

56. Participación y no competencia para determinar las prioridades, la distribución justa y utilización eficiente de los recursos.

57. Clara definición de los niveles de atención para resolver los problemas de salud en forma integral.

58. Incorporar el enfoque de género en el desarrollo de actividades de prevención, promoción y atención en el campo de la salud.

59. Jerarquización del primer nivel de atención, caracterizados por recursos descentralizados y aplicación focalizada.

60. Saneamiento ambiental y ordenamiento del medio con criterio de sostenibilidad.

61. Promoción de la salud para desarrollar la autoresponsabilidad por la salud individual y comunitaria.

62. Prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles en base a factores protectores y de riesgo.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud.

63. El Supremo Gobierno a través de las Autoridades de Salud, tiene el propósito de efectuar una profunda reorganización y modernización del sector salud para: 1) Favorecer el acceso de toda la población a los servicios de salud, 2) incrementar el capital humano en base a su mejor nutrición, salud y capacitación tecnológica, 3) estimular la participación social y de las poblaciones objetivo en el control social. Su prioridad está dirigida a reducir significativamente la mortalidad infantil y materna, mediante un mayor acceso de la mujer embarazada a la atención por personal calificado y una mayor atención a los niños con desnutrición.

64. Se prioriza la autogestión estratégica local, descentralizada, con enfoque de género y constituida por la normatización de los servicios de salud, el desarrollo de los recursos humanos, la consolidación de los sistemas de información

gerencial, mayor capacidad resolutive de los servicios locales, las intervenciones para disminuir las deficiencias nutricionales específica y la desnutrición protéico calórica.

65. El reordenamiento y protección ambiental, la disponibilidad de agua en cantidad y calidad adecuadas tanto a nivel urbano como en el medio rural, así como elevar la capacidad de gerencia local, reciben particular atención dentro del plan de salud. Se incluye el microambiente de trabajo y los preparativos frente a desastres naturales o tecnológicos.

66. La promoción de la Salud para el mejoramiento de las condiciones de salud individual y colectiva tendrá un fuerte impulso a través de la educación, información, comunicación social, participación social y el desarrollo de municipios saludables.

67. El enfoque epidemiológico integral y descentralizado del plan de salud permite un vigoroso desarrollo de la epidemiología, particularmente en los análisis de situación de salud y vigilancia epidemiológica, para orientar las soluciones hacia los factores de riesgo y factores protectores.

68. También dentro de las prioridades se encuentran las acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles prevalentes (Dengue, malaria, enfermedad de chagas, cólera, SIDA, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, rabia y otras zoonosis), poniéndose un mayor énfasis en las enfermedades prevenibles por vacunación.

69. Las claras repercusiones en la salud individual y colectiva ocasionadas por la violencia intrafamiliar y delincuencial, configuran la urgente necesidad de intervenir eficazmente frente al problema, por ello se incluye el desarrollo y/o fortalecimiento de los movimientos sociales para prevenir y atender a la violencia dentro un enfoque integral, intersectorial y participativo.

ESTRATEGIA DE LA COOPERACION TECNICA

70. La Representación privilegiará la movilización de recursos como una forma de: (i) atraer recursos externos en apoyo a los recursos del sector, especialmente dirigidos a transformaciones institucionales para mejorar la cobertura en condiciones de equidad; y (ii) incrementar la eficiencia institucional para incrementar la capacidad de los sistemas de salud de cumplir con sus metas de cobertura.

71. Los recursos de cooperación, especialmente aquellos que tienen que ver con el desarrollo de sistemas y servicios y con la situación de salud y sus tendencias focalizarán su atención en el apoyo a la definición de políticas, planes y estrategias como elementos centrales de orientación del proceso de cambio para alcanzar coberturas equitativas, eficaces y eficientes.

72. En relación a la reforma sectorial y a programas dirigidos a satisfacer las necesidades de los grupos postergados, la cooperación técnica promoverá y participará en proyectos de investigación operativa en materia de experiencias de cambio que tengan el potencial de acelerar los procesos de cambio.

73. En el marco de la modernización institucional, se dará énfasis a la difusión de información y los mecanismos para facilitar un rápido acceso a fuentes de información que faciliten el fortalecimiento de los servicios de salud y la transformación sectorial.

74. La capacitación seguirá siendo un componente esencial de la cooperación, privilegiando programas sustentados en los problemas asociados con los procesos de cambio y en lo posible ejecutados en el propio ambiente y procesos de trabajo.

75. Se fortalecerá la cooperación técnica entre países, especialmente en campos críticos de la transformación sectorial, tales como descentralización y participación social. En este sentido también se dará énfasis a los programas colaborativos interpaíses asociados o que faciliten la integración del área.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Apoyo a la definición de orientaciones políticas y estrategias sobre los procesos de transformación sectorial.

2. Apoyo al Ministerio y a otros órganos del estado, especialmente a la asamblea legislativa, en el desarrollo de legislación en salud en perspectiva nacional y de la integración centroamericana.

3. Apoyo nacional para la integración de redes centroamericanas de información en campos de actividad prioritaria.

4. Desarrollar la capacidad institucional de análisis de situación (demografía, salud, economía, condiciones sociales, etc.) y sus tendencias.

5. Promoción del enfoque de género en todos los niveles de decisión del sistema de salud.

6. Apoyo a los procesos de cambio institucional por subsector (Ministerio, ISSS, ANDA, universidades), en el marco de la política de modernización sectorial. Fortalecimiento de los municipios saludables, en el marco del desarrollo de sistemas locales de salud. Apoyo a los procesos de formación y capacitación del recurso humano, incluso promotores de salud. Apoyo al desarrollo local, especialmente en la aplicación de la canasta básica, como estrategia de acceso rápido de servicios de primer nivel a toda la población postergada.

7. Fomentar la capacidad de análisis sobre el uso racional de medicamentos en las instituciones de cada subsector (MSPAS, ISSS, Sanidad Militar). Control de calidad pre y post registro. Implementación del sistema automatizado de registro de medicamentos.

8. Promoción en salud, a través de la educación, información, comunicación social, participación social y estilos de vida.

9. Apoyo a la priorización nacional de áreas como dengue, malaria, chagas, cólera, SIDA, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica, rabia y zoonosis. Énfasis en las enfermedades prevenibles por vacunación.

10. Fortalecer el control de riesgos ocupacionales y ambientales en estrecha relación con los programas de salud empresarial del seguro social. Fortalecer la capacidad del país en la prevención, mitigación y preparación para enfrentar condiciones de desastre.

11. Fortalecimiento institucional para incrementar la cobertura de agua potable, con énfasis en la población de mayor riesgo.

12. Desarrollo, seguimiento y evaluación de políticas y planes intersectoriales de alimentación y nutrición.

13. Desarrollo de nuevos modelos de atención reproductiva con participación de gobiernos municipales y la comunidad.

14. Desarrollar la capacidad de respuesta de la cooperación técnica OPS/OMS, de acuerdo a las condiciones del entorno.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SALUD EN EL DESARROLLO

PROPOSITO

Apoyar el desarrollo del sector salud, en el contexto de la modernización del estado y de la integración centroamericana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Políticas y estrategias nacionales para el desarrollo de un sistema nacional de salud formulados y en proceso de ejecución.

2. Coordinación efectiva de factores institucionales, civiles y políticos en los procesos de reforma sectorial.

3. Coordinación efectiva de las agencias de cooperación técnica en el marco de la reforma sectorial.

4. Un proceso de consultas permanente con el Ministerio de Salud Pública y con otras entidades del estado, especialmente el congreso nacional, sobre temas de la salud y el desarrollo que tienen implicaciones en el proceso de integración de Centro América.

5. Prorización de las inversiones en salud y medio ambiente en función de la optimización de la salud en el desarrollo y los temas asociados con la integración centroamericana.

1. Política de reforma sectorial definida y procesos de cambio iniciado.

2. Eventos formales de coordinación intersectorial e interagencial.

3. Creciente uso de una Red de Información Centroamericana, en un mínimo de dos campos relevantes de la salud (v.g. Biotecnología y precios de medicamentos).

4. Foros y proyectos de Ley en salud y campos afines en los que participa activamente el congreso.

1. Organismo inter-institucional de coordinación política integrado y en operación.

2. Comisiones equipos de trabajo institucional conformados y operando.

3. Plan nacional de reforma y planes institucionales de desarrollo institucional adoptados y en ejecución.

4. Plan de ejecución del Proyecto para el Desarrollo de la Autogestión Comunitaria adoptado y en ejecución.

1. Principios adoptados en la política especialmente en lo que se refiere a la equidad y a los aportes de la salud en la integración del área.

1. Eventos de coordinación realizados.

2. Decisiones coordinadas tomadas.

3. Decisiones tomadas ejecutadas en el plano operativo.

1. Eventos y acciones con proyección subregional.

2. Acciones que involucran la participación de otros órganos del estado (Poderes Legislativo y Judicial).

3. Decisiones tomadas en relación con temas que inciden en la integración.

1. Nuevos proyectos de inversión en salud y medio ambiente.

Objetivos

PROYECTO 2: DESARROLLO DEL SISTEMA Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Ampliar la cobertura de los servicios de salud, con énfasis en la población de mayor riesgo relativo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Proyecto de reforma Institucional en el Ministerio de Salud y en el Seguro Social adoptados y en proceso de ejecución (articulados a la reforma sectorial).

2. Rol del Nivel Central del Ministerio fortalecido en la rectoría del sector salud.

3. Sistemas Locales de salud fortalecidos en su capacidad resolutive.

4. Organización descentralizada y nuevos métodos para asegurar una eficiente/eficaz gestión administrativa y clínica, en operación.

5. Proceso de desarrollo institucional en el instituto salvadoreño de seguridad social en pleno desarrollo, enmarcado en la política de reforma sectorial.

6. Capacidad de respuesta de las instituciones hospitalarias nacionales, desarrollada y fortalecida para hacerle frente a las situaciones de desastre.

7. Información sobre prevención y mitigación de desastres al alcance y utilizada por las universidades y la población en general.

Indicadores

1. Reforma sectorial en proceso de ejecución.

2. Participación de las instituciones del sector en la reforma del Sistema Nacional de Salud.

3. Roles redefinidos para los componentes del Sistema Nacional de Salud (rectoría, gestión local, roles de las principales instituciones del sector).

1. Planes de acción adoptados.

2. Cumplimiento de objetivos y metas contenidas en los planes.

1. Funciones de planificación, monitoreo y control fortalecidas funciones operativas trasladadas a nivel local.

1. Un número igual o inferior al 10% de los usuarios en las áreas de influencia respectiva buscan solución a sus necesidades de salud en otros niveles del sistema.

1. Nueva Organización, a nivel central, regional y local.

2. La nueva organización institucionaliza la descentralización y la participación social.

3. Ley Orgánica de los Sistemas Locales de Salud.

4. Sistema de gestión, incluyendo gerentes en posiciones claves trabajando a dedicación exclusiva.

5. Nuevos métodos de gestión.

1. 60 Nuevos modelos de prestación de servicios (basados en clínicas comunales) creados y operando durante el período.

2. Nuevos Sistemas Operativos operando (medicamentos, gestión, etc.)

3. Proyectos de prestación de servicios conjuntos con el MSPAS.

1. Estudios y planes para la prevención y mitigación de riesgos y desastres elaborados en 23 hospitales del país.

1. Cursos impartidos a 15 profesores universitarios.

2. Dos jornadas alusivas al Día Mundial de la Reducción de los Desastres Naturales.

ObjetivosIndicadores

8. Planes de Emergencia para enfrentar los desastres elaborados a nivel local con la participación intersectorial en todos los Departamentos.

PROYECTO 3: MEDICAMENTOS ESENCIALES**PROPOSITO**

Mejorar la calidad y el acceso de los medicamentos esenciales a toda la población y de manera particular a los sectores de menores ingresos relativos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Información procesada y analizada en forma sistemática para introducir correctivos sobre uso racional de medicamentos.

2. Legislación revisada y cambios graduales efectuados (visión nacional y de integración del área).

3. Formulario revisado a la luz de los patrones de utilización de las unidades locales.

4. Eficiencia del registro sanitario de medicamentos y productos afines incrementada.

PROYECTO 4: RECURSOS HUMANOS**PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad de los recursos humanos en salud, para apoyar la transformación del modelo de atención y la función rectora del Ministerio de Salud en el marco de la modernización del sector.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodología del análisis del desempeño del Equipo Local de Salud implementada para mejorar la calidad en la prestación de los servicios.

1. Diez jornadas de coordinación para la formulación de planes realizadas.

2. Diez proyectos de organización local formulados.

1. Cambio en los patrones de uso de medicamentos.

2. Control mejorado en varios niveles del sistema de salud.

1. SIM instalado y operando en la mayoría de las unidades locales (SIM es un programa computacional desarrollado por OPS y usado ya en varias instituciones).

2. Cambios en los patrones de uso de medicamentos (análisis comparativos / históricos).

1. Eventos de discusión sobre legislación en medicamentos conducidos.

2. Proyectos de Ley discutidos y/o aprobados.

1. Cambios en el contenido del cuadro básico de medicamentos.

1. SIAMED en operación.

2. Productos bajo control efectivo.

1. Capacidad Resolutiva y gerencial mejorada en las instituciones del sector salud, con énfasis en el nivel local para finales de 1997.

1. 10 procesos de análisis del desempeño operando; 3 iniciados en 1995, fortalecidos; 3 iniciados en 1996 y 4 en 1997.

2. Resultados de la evaluación de 6 de los procesos anteriormente mencionados.

Objetivos

2. Proceso de educación permanente fortalecido en los diferentes niveles de la red de servicios de salud, orientado a incrementar la capacidad gerencial y congruente con las políticas nacionales de salud.

3. Desarrollo de políticas y estrategias de recursos humanos en salud apoyado técnicamente y consistente con el proceso de reforma del sector.

4. Formación de personal de salud coherente con las necesidades reales de la población, la tecnología apropiada y los recursos disponibles.

5. Información bibliográfica sobre temas de salud en general y sobre recursos humanos en particular, pertinente y actualizada, disponible en todos los niveles del sistema de salud.

6. Enseñanza de la salud pública fortalecida en los niveles técnicos y de pregrado y promocionada a nivel de post-grado.

PROYECTO 5: EVALUACION DE LA SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS

PROPOSITO

Fortalecer las acciones dirigidas a garantizar el acceso a la atención de salud focalizando las acciones en grupos de riesgo y la búsqueda de la equidad de oportunidades, en base a indicadores epidemiológicos que permitan la reorientación del sector salud y la optimización de sus recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodología de análisis de la situación de salud aplicándose en los niveles local, departamental y nacional.

Indicadores

1. Planes de educación permanente formulados, desarrollados y evaluados participativamente en los diferentes niveles de servicios de salud.

2. Capacidad resolutive y gerencial mejorada en los equipos de salud a nivel local en al menos cuatro departamentos prioritarios designados por el Ministerio de Salud.

1. Autoridades de salud involucradas en el proceso de desarrollo de políticas de recursos humanos.

2. Grupos de trabajo constituidos por el sector formador y empleador funcionando en apoyo al desarrollo de una política de recursos humanos dentro de la reforma del sector salud.

1. Procesos de integración docente-asistencial promovidos y apoyados técnicamente.

2. Participación de la Universidad de El Salvador y de otras instituciones formadoras a nivel superior, en actividades de investigación, formación y capacitación en los servicios de salud.

1. 100% de cobertura de la Red Nacional de Información y Documentación en Salud (RENIDS) y del Sistema de Información y Documentación en Recursos Humanos en Salud (SIDORHS).

2. 100% de cobertura a nivel regional con el Programa de Libros de Texto.

1. Incorporación de contenidos de administración y gerencia estratégica en los programas de formación y capacitación de RHS.

2. Existencia de un grupo de trabajo conformado por representantes de entidades, públicas y privadas, de formación superior y de prestación de servicios, definiendo líneas de acción para la enseñanza de salud pública a nivel de post-grado.

1. Al cabo del bienio 1996 - 1997: la formulación, monitoría y evaluación de los programas de salud en los servicios Locales de Salud dependientes del MSPAS estarán basados en el análisis de la situación de salud y de sus tendencias.

1. Servicios Locales de Salud que cuentan con personal médico estable formulan y evalúan los programas de salud en base a análisis de situación de salud y tendencias con factores y grupos de riesgo identificados.

Objetivos

2. Vigilancia epidemiológica local orientada a la identificación de factores y grupos de riesgo.

3. Capacidad de monitoría y evaluación del impacto de las acciones de salud desarrollada a nivel local y departamental.

4. Recursos humanos a nivel local y departamental aplicando el método epidemiológico para la monitoría, evaluación y gerencia de los servicios de salud.

5. Información epidemiológica pertinente compartida a nivel interfronterizo y centroamericano.

PROYECTO 6: PROMOCION DE LA SALUD**PROPOSITO**

Fortalecer acciones para desarrollar estilos de vida saludables, autocuidado, control y prevención de problemas de salud crónicos y la lucha contra la violencia, estimulando y apoyando tanto políticas como estrategias dirigidas a reducir los riesgos socioambientales y psicosociales, privilegiando la promoción, protección de la salud y la participación social.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Servicios de salud a nivel local, departamental y nacional realizando acciones de promoción y protección de la salud.

2. Servicios Locales de Salud difundiendo información sobre factores socioambientales y psicosociales protectores y de riesgo para la salud de la población.

3. Acciones multisectoriales y pluriinstitucionales realizándose en municipios seleccionados dentro el enfoque de Municipios saludables.

4. Recursos humanos a nivel local y departamental aplicando métodos y técnicas para la promoción y protección de la salud mental, la vigilancia y control de las enfermedades crónicas y el envejecimiento saludable.

5. Servicios de salud a nivel local, departamental y nacional realizando acciones de promoción y protección de la salud.

Indicadores

1. Los gerentes de salud departamental efectúan evaluación de impacto de las acciones de salud en base a instrumentos epidemiológicos.

1. Información epidemiológica pertinente y concertada es compartida a nivel interfronterizo y centroamericano.

1. Al cabo de 1997, Servicios locales de salud están aplicando el método epidemiológico para la evaluación de intervenciones en salud.

1. En el bienio 1996-1997, las áreas de población fronteriza se encuentran realizando evaluaciones, análisis e intervenciones en salud en forma interfronteriza.

1. Los servicios Locales de Salud dependientes del MSPAS están efectuando acciones para fomentar actitudes y prácticas saludables basados en el análisis de la situación de salud y de sus tendencias.

1. El 80% de los Servicios de Salud a nivel local y el 100% de los de nivel departamental realizando acciones de promoción y protección de la salud.

1. Seis Municipios trabajando dentro del enfoque de Municipios saludables.

1. Comisiones intersectoriales conformadas y trabajando en los 6 municipios saludables.

1. Normas disponibles y aplicándose en salud mental y vigilancia y control de enfermedades crónicas y tercera edad.

1. Servicios de Salud a nivel local y de los de nivel departamental realizan acciones de promoción y protección de la salud.

Objetivos

PROYECTO 7: CONTROL DE ENFERMEDADES

PROPOSITO

Consolidar los avances en el control y prevención de las enfermedades transmisibles, zoonosis y salud animal, de acuerdo con su vulnerabilidad tecnológica, manejo y protección ambiental, estilos de vida saludables y factibilidad de eliminación con los recursos técnicos disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Servicios Locales de Salud fortalecidos para la vigilancia epidemiológica y la ejecución de medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles.
2. Acciones para la eliminación de la infección transfusional por T.cruzi, lepra y rabia urbana, ejecutándose en todos los servicios de salud.
3. Cobertura y efectividad de las acciones de prevención, vigilancia y control incrementadas para reducir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.
4. Equipos epidemiológicos a nivel local y departamental trabajando en forma interinstitucional e intersectorial para el control de brotes epidémicos.
5. Capacidad del sector salud desarrollada para la vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, leishmaniasis) y la aplicación de los cuatro lineamientos de la Estrategia Global para el control de la Malaria.
6. Sangre Segura distribuyéndose a nivel de bancos de sangre de todo el país.
7. Redes nacionales, regionales y departamentales de laboratorios desarrolladas para la vigilancia de enfermedades transmisibles.
8. Caracterización de las zoonosis prevalentes en el país incluyendo la fauna nociva.
9. Capacidad de los servicios locales de salud desarrollada para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos.

Indicadores

1. Situación nacional de las enfermedades transmisibles mejorada respecto al anterior bienio en base a acciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad nacional para realizar la prevención, control y eliminación de enfermedades específicas.
 2. Situación nacional de las zoonosis prevalentes mejorada respecto al bienio anterior avanzando en la eliminación de la rabia canina urbana y la erradicación de la tuberculosis bovina, así como se estarán efectuando acciones de protección de alimentos.
1. Los Servicios de Salud del MSPAS, ISSS, ANTEL, Bienestar Magisterial, ONG's y Sanidad Militar, realizando vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles.
1. Los Servicios de Salud del MSPAS, ISSS, ANTEL, Bienestar Magisterial, Sanidad Militar y ONG's, realizando acciones para eliminar la infección transfusional por T cruzi, lepra y rabia urbana.
1. Cobertura nacional incrementada en un 35% respecto al anterior bienio y efectividad del 85% al cabo del presente, en el control de tuberculosis, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.
1. Los Servicios Locales de Salud con equipos epidemiológicos capacitados en el control de brotes epidemiológicos.
1. Los Servicios de Salud del MSPAS, ISSS, ANTEL, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar, realizando vigilancia y control del dengue y leishmaniasis, y aplicando los cuatro lineamientos de la estrategia global para el control de la Malaria.
1. Los bancos de sangre del país cuentan con normas para la entrega de sangre segura.
1. Los laboratorios del MSPAS, ISSS, ANTEL, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar, se encuentran integrados en redes para la vigilancia de enfermedades transmisibles.
1. Situación epidemiológica de la rabia, tuberculosis bovina y brucelosis establecida en el país.
1. Servicios de salud del país realizando vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 8: MUJER, SALUD Y DESARROLLO****PROPOSITO**

Se modifica la incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar, con énfasis en las mujeres del grupo de 12 a 49 años, a través de planes, programas y actividades en los niveles normativos del sector salud y en comunidades seleccionadas, con participación-coordinación del estado y sociedad civil.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Organizaciones de mujeres fortalecidas y redes a nivel comunitario, previniendo y atendiendo la violencia intrafamiliar hacia la mujer.

2. Mecanismos de registro, procedimiento y análisis de datos sobre violencia intrafamiliar, propuestas para su incorporación al sistema nacional de información en salud.

3. Se inicia la construcción de propuestas de políticas nacionales de salud y servicios a nivel local para prevenir y atender la violencia intrafamiliar hacia la mujer, en coordinación con los diferentes actores sociales.

4. Apoyo a propuestas y modificaciones, para adecuar la legislación vigente y enfrentar eficientemente la violencia intrafamiliar.

5. Existe un sistema de gerencia para el proyecto a nivel nacional y los mecanismos de monitoreo y evaluación en el marco del programa Mujer, Salud y Desarrollo.

1. Se incrementa en un 50% el acceso de las mujeres a servicios de prevención y atención de la violencia intrafamiliar en localidades seleccionadas en período 1995 - 1997.

2. Se reduce en un 30% la prevalencia e incidencia de violencia intrafamiliar, en las mujeres de 12 a 49 años, en las localidades señaladas, en el período 1995-1998.

1. Existe constituido al menos un grupo de autoayuda por año, a partir de 1996, hasta 1997, para la atención de víctimas de violencia en localidades seleccionadas.

2. Existe al menos una organización comunal desarrollando acciones de prevención y capacitación de la violencia intrafamiliar al finalizar el año de 1998..

3. Existencia de una red comunitaria de mujeres y hombres para la prevención de la violencia intrafamiliar, funcionando a partir de 1996, en las localidades seleccionadas:

1. Hoja de entrada y salida con las variables sobre violencia intrafamiliar incorporadas al sistema de información a nivel local en 1996.

2. Dos técnicos por país capacitados para incorporar en los registros nacionales. Los casos de violencia intrafamiliar.

1. Al menos un servicio de salud previniendo y atendiendo la violencia intrafamiliar hacia la mujer a partir del segundo año del proyecto.

2. Programa de acción comunitaria elaborado concertadamente a nivel comunitario a inicios de 1996.

3. Modelo de atención aprobado por los diferentes actores sociales durante 1996.

4. Equipo de multiplicadores formado a nivel comunitario segundo año proyecto.

1. Formular, presentar y divulgar, propuestas y modificaciones de adecuación de la legislación vigente sobre la violencia intrafamiliar, con coordinación con ONG's y gobierno.

2. El 100% de las y los integrantes de las comisiones de mujeres legisladoras capacitadas a finales de 1996.

1. Coordinaciones y contrapartes definidas a nivel local en los 7 países.

Objetivos

PROYECTO 9: ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO

PROPOSITO

Impulsar el desarrollo de medidas para el control de los factores de riesgo en el medio ambiente, como complemento a la atención integral de la salud, mediante el reordenamiento y protección ambiental, la disponibilidad de agua en calidad y cantidades adecuadas, así como elevar la capacidad gerencial local, ampliar y fortalecer la vigilancia y medidas de control de vertidos y desechos sólidos de origen doméstico, industrial y agroindustrial y otros riesgos de origen químico; y la implementación de preparativos para desastres naturales y tecnológicos.

1. Capacidad de las instituciones nacionales comprometidas con el manejo de los recursos hídricos, fortalecida en los aspectos de desarrollo tecnológico, fortalecimiento de sistemas administrativos y establecimiento de normas.

2. Servicios de saneamiento ambiental (dotación de agua, recolección y disposición de residuos sólidos) fortalecidos y disponibles a nivel nacional, especialmente en el área rural y peri-urbana.

3. Personal de las distintas instituciones conexas al medio ambiente y al entorno laboral capacitado para garantizar mejores índices de salud ocupacional.

4. Instancias que permitan la discusión y formulación de planes y conjuntos (gobierno/patronos/empleados) que garanticen mejores índices de salud ocupacional establecidas.

PROYECTO 10: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

PROPOSITO

Apoyar los esfuerzos nacionales para mantener eliminado el virus silvestre de la poliomielitis del país, consolidar los avances en la eliminación del sarampión y tétanos neonatal, así como elevar coberturas de vacunación en Difteria, Coqueluche y Tuberculosis.

Indicadores

1. Factores de riesgo en el medio ambiente como cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento urbano y rural, cobertura de los sistemas de vigilancia y control de la calidad del agua de consumo humano y otros factores ambientales, y cobertura de servicios de recolección y disposición de residuos sólidos.

1. Programa de educación y capacitación funcionando con la participación del personal de las diferentes instituciones.

2. Procedimientos organizativos evidenciando la eficiencia administrativa a nivel regional y local.

3. Normas de calidad ambiental formuladas y adoptadas en el país.

4. Sistema de vigilancia de la calidad ambiental establecido.

5. Existencia de un Plan Maestro con participación intersectorial para la protección, conservación y manejo de los recursos hídricos.

1. Incremento en la cobertura y calidad de servicios de saneamiento ambiental a la población, en particular las áreas rurales y peri-urbanas.

2. Sistemas de monitoreo de la calidad de agua establecidos.

1. Evidencias físicas de las jornadas de capacitación.

2. Investigaciones en el área de higiene del trabajo.

1. Actas y convenios suscritos en las reuniones entre los diferentes sectores identificados.

2. Planes de acción concertados, dirigidos a mejorar el ambiente laboral y disminuir la contaminación del medio ambiente.

1. Actividades del PAI ejecutándose en todos los servicios de salud del país apoyados por recursos técnico - administrativos eficientes.

ObjetivosIndicadores**RESULTADOS ESPERADOS**

1. Virus salvaje de la Poliomielitis se mantiene eliminado del país.
2. Información epidemiológica mostrando avances en la eliminación del sarampión y tétanos neonatal.
3. Vacunación con DPT y BCG con altas coberturas en menores de un año.

PROYECTO 11: ALIMENTACION Y NUTRICION**PROPOSITO**

Contribuir a la reducción de las deficiencias de macro y micronutrientes en zonas y poblaciones de riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Actividades de alimentación y nutrición definidas y ejecutándose para zonas y poblaciones de riesgo.
2. Alimentos fortificados con micronutrientes de acuerdo a reglamento y normas establecidas.
3. Formación y capacitación de funcionarios nacionales, en las áreas de alimentación y nutrición.
4. Capacidad técnica de los servicios de atención integral del menor de 5 años, fortalecida.

PROYECTO 12: SALUD DE LA MUJER Y DEL NIÑO Y PLANIFICACION DE LA FAMILIA**PROPOSITO**

Contribuir a mejorar la cobertura y calidad de los servicios institucionales de salud reproductiva con énfasis en actividades preventivas en áreas geográficas con altas tasas de mortalidad materna e infantil.

1. País cumpliendo con el 100% de los indicadores de eliminación.

1. Coberturas de vacunación por encima del 85% en niños de un año y mujeres en edad fértil.

2. Vigilancia epidemiológica en base a los indicadores de eliminación.

1. Coberturas de vacunación por encima del 85% en todos los municipios.

1. Dos proyectos formulados y desarrollándose en comunidades de El Trifinio, municipios del área norte del Departamento de Santa Ana.

2. Dos alimentos fortificados analizados, disponibles en el mercado nacional.

3. Funcionarios de zonas seleccionadas capacitados, incorporados a procesos de trabajo sobre seguridad alimentaria y en acciones preventivas en nutrición del niño menor de 5 años.

1. Estrategia de seguridad alimentaria y nutricional incorporada en Plan Nacional de Acción Intersectorial para la Alimentación y la Nutrición.

1. Normas técnicas y programas de capacitación para fortificación de salud y azúcar con yodo y vitamina "A" actualizados.

1. Funcionarios inscritos en cursos propuestos por el INCAP y profesionales de salud capacitados.

1. 100% del personal operativo responsable de las actividades de vigilancia de crecimiento, desarrollo y alimentación del niño, capacitado.

1. Normas y protocolos para atención de principales emergencias y complicaciones obstétricas y perinatales implementados.

2. Establecimientos y recursos comunales de 2 zonas de salud del país equipados para atender a población en riesgo.

3. Personal responsable de la atención en 10 establecimientos de salud de las regiones Occidental y Oriental de Salud capacitados para la atención de la emergencia obstétrica y perinatal.

Objetivos

Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Capacidad de resolución de los servicios de salud dirigidos al menor de 5 años, adolescente y a la mujer desarrollada de acuerdo a las funciones asignadas en la red.

2. Proceso de educación permanente para personal institucional y de la comunidad sobre atención de embarazada de bajo riesgo y manejo de las principales patologías y complicaciones obstétricas en ejecución y detección, referencia y traslado oportuno de pacientes.

3. Recursos y grupos de la comunidad capacitados en riesgo reproductivo, autocuidado de la salud, identificación e interpretación de signos y síntomas de las emergencias y complicaciones obstétricas.

PROYECTO 13: SIDA

PROPOSITO

Interrumpir la cadena de transmisión del VIH, a través del desarrollo de acciones de prevención de las vías de transmisión sexual; perinatal, sangre y hemoderivados, en la población general, además de reducir el impacto de la enfermedad en los infectados y las comunidades.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Promoción, educación sobre la prevención y control de las ETS/SIDA ejecutado en grupos de padres de familia y adolescentes y mujeres en edad fértil.

2. Promoción sobre la prevención y control de las ETS/SIDA, a través de los medios masivos de comunicación (afiches, vallas, panfletos, radio y T.V.)

3. Controles de calidad periódicos en Los Bancos de Sangre, realizado por la Red Nacional de Bancos de Sangre.

1. 100% de los establecimientos y recursos tradicionales de la comunidad dotados de equipo y materiales necesarios para la atención en salud reproductiva según normas y de acuerdo a niveles de complejidad.

2. Programa de salud reproductiva implementado.

1. 100% de personal institucional responsable de la atención materna perinatal capacitado en la atención de las embarazadas de bajo riesgo y sobre diagnóstico y manejo de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna.

2. 100% de supervisores específicos y promotores rurales de salud de las áreas geográficas de los servicios capacitados en riesgo reproductivo.

3. 100% de parteras empíricas no capacitadas incorporadas al programa de capacitación de parteras.

1. 80% embarazadas, parturientas y puerperas, con factores de riesgo y/o complicaciones en comunidades del proyecto, detectadas y referidas a la Red de Servicios.

1. Disminución en la incidencia de VIH(+)

1. Disminución en el número de adolescentes (hombres y mujeres) infectados por VIH.

2. Disminución en el número de casos de SIDA por transmisión perinatal.

1. Número de afiches, vallas, panfletos, cuñas diseñadas y publicadas.

1. Mantener la Seroprevalencia de VIH(+) en donantes de sangre abajo de 0.11%.

2. Bancos de Sangre tamizando con pruebas anti VIH el 100% de la sangre a transfundir.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 14: DESARROLLO Y GESTION DE POLITICAS Y PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD****PROPOSITO**

Mejorar la capacidad de respuesta de la cooperación técnica, de acuerdo a las condiciones del entorno y a los requerimientos específicos del país.

1. Un sistema de evaluación del desempeño institucional y profesional y un sistema de evaluación de producción, rendimientos, recursos y costos, ambos sustentados en el programa de cooperación técnica (APB y PTC's) aplicado en la Representación. Acciones selectivas de desarrollo del recurso humano, basados en los resultados de la aplicación de los dos sistemas anteriores.

2. Utilización eficiente de los recursos nacionales y externos destinados al sector.

3. Coordinación de la cooperación externa para el cumplimiento de las políticas y programas considerados prioritarios para elevar el nivel de salud de la población. Promover la recopilación y difusión de información científica y técnica en el campo de salud.

4. Cooperación técnica oportuna y eficiente en base a las prioridades nacionales y orientaciones estratégicas de la Organización.

1. Acciones de salud integral desarrollándose en los sectores de población más postergados.

PROYECTO 15: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Fortalecer la cooperación con otros países, principalmente en relación al proceso de la integración centroamericana a través de acciones coordinadas y concertadas en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Iniciativas de fronteras solidarias fortalecidas mediante el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y la capacitación realizada para la formulación de planes de acción para la organización y ejecución de programas colaborativos.

2. Acuerdos de colaboración sobre experiencias de descentralización desarrollados por lo menos con un país de la región.

1. Procesos de gestión desarrollándose en todos los niveles.

1. Perfiles de desempeño individual, por proyecto e institucional definidos cuatrimestral y anualmente.

2. Conducción de eventos regulares de evaluación cuatrimestral, asociadas con iniciativas individuales y colectivas para corregir los problemas identificados y complementados con acciones formales de capacitación cuando ello sea pertinente.

1. Capacidad de gestión mejorada en comparación con el bienio anterior.

1. Recursos nacionales y externos movilizados y orientados al desarrollo de los procesos de gestión. Centros de Documentación a nivel nacional establecidos en un 80% de instituciones del sector. Instrumentos de difusión elaborados.

1. Acuerdos interpaíses en proceso de ejecución.

2. Eventos de planificación conjunta realizados por lo menos una vez cada año.

1. Acuerdo sobre un sistema de información epidemiológica con dos países adoptado y en proceso de operación.

2. Planes de acción elaborados y en proceso de ejecución (para la organización/ejecución de programas colaborativos).

1. Acuerdo para el intercambio de experiencias (políticas, legislación, procesos, tecnología, etc.) de descentralización establecido al menos con un país de la región.

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	936,000	36.5	1,112,600	39.0	1,248,700	39.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
POLITICA PUBLICA Y SALUD	0	-	34,700	1.2	40,100	1.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	0	-	34,700	1.2	40,100	1.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	833,200	32.4	959,600	33.7	1,072,000	34.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	833,200	32.4	959,600	33.7	1,072,000	34.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	42,600	1.7	48,700	1.7	56,200	1.8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	42,600	1.7	48,700	1.7	56,200	1.8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	60,200	2.4	69,600	2.4	80,400	2.6
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	60,200	2.4	69,600	2.4	80,400	2.6
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	831,300	32.5	880,400	30.9	957,000	30.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	762,700	29.8	772,800	27.1	832,700	26.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	762,700	29.8	772,800	27.1	832,700	26.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	68,600	2.7	78,600	2.8	90,800	2.9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	68,600	2.7	78,600	2.8	90,800	2.9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
MEDICAMENTOS ESENCIALES	0	-	29,000	1.0	33,500	1.1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
MEDICAMENTOS ESENCIALES	0	-	29,000	1.0	33,500	1.1

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. <u>PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</u>	43,900	1.7	48,300	1.7	53,900	1.7
<u>SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.</u>	43,900	1.7	48,300	1.7	53,900	1.7
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA-DE FAMILIA	WCH	43,900	48,300	1.7	53,900	1.7
V. <u>PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</u>	384,700	15.0	414,900	14.5	453,000	14.4
<u>HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE</u>	384,700	15.0	414,900	14.5	453,000	14.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	384,700	414,900	14.5	453,000	14.4
VI. <u>PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES</u>	364,200	14.3	396,400	13.9	436,100	13.8
<u>CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</u>	304,200	11.9	329,400	11.5	360,500	11.4
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	304,200	329,400	11.5	360,500	11.4
<u>CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</u>	38,000	1.5	42,500	1.5	48,200	1.5
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	38,000	42,500	1.5	48,200	1.5
<u>SALUD PUBLICA VETERINARIA</u>	22,000	.9	24,500	.9	27,400	.9
ZONOSIS	ZNS	22,000	24,500	.9	27,400	.9
GRAN TOTAL	2,560,100	100.0	2,852,600	100.0	3,148,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	35,300	1.0	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	11,100	.3	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	11,100	.3	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	24,200	.7	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	15,000	.4	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	9,200	.3	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,951,500	54.3	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,910,500	53.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	1,910,500	53.2	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	41,000	1.1	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	41,000	1.1	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	158,100	4.4	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	158,100	4.4	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	158,100	4.4	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	319,300	8.9	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	319,300	8.9	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	319,300	8.9	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,134,200	31.4	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,129,300	31.3	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 238,200	6.6	0	-	0	-
SIDA	GPA 522,100	14.5	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 353,700	9.8	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 15,300	.4	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,900	.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 4,900	.1	0	-	0	-
GRAN TOTAL	3,598,400	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	1,129,400	2	1	502,500	22,800	72,900	40,000	225,600	80,400	0	185,200
OMS - WR	1,430,700	3	3	755,400	41,700	46,300	96,000	78,200	114,600	0	298,500
TOTAL	2,560,100	5	4	1,257,900	64,500	119,200	136,000	303,800	195,000	0	483,700
% DEL TOTAL	100.0			49.1	2.5	4.7	5.3	11.9	7.6	.0	18.9
1996-1997											
OPS - PR	1,266,500	2	1	550,000	22,800	84,400	42,000	265,900	98,200	0	203,200
OMS - WR	1,586,100	3	3	827,500	49,500	55,200	80,000	85,200	132,100	0	356,600
TOTAL	2,852,600	5	4	1,377,500	72,300	139,600	122,000	351,100	230,300	0	559,800
% DEL TOTAL	100.0			48.3	2.5	4.9	4.3	12.3	8.1	.0	19.6
1998-1999											
OPS - PR	1,405,300	2	1	587,400	22,800	97,600	42,000	307,300	113,500	0	234,700
OMS - WR	1,743,400	3	3	886,800	49,500	63,900	80,000	98,400	152,700	0	412,100
TOTAL	3,148,700	5	4	1,474,200	72,300	161,500	122,000	405,700	266,200	0	646,800
% DEL TOTAL	100.0			46.8	2.3	5.1	3.9	12.9	8.5	.0	20.5



GUAYANA FRANCESA, GUADALUPE Y MARTINICA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Martinica, Guadalupe y Guayana Francesa son regiones y departamentos franceses. La población en 1992 fue de 387.000, 360.000 y 150.000 habitantes, respectivamente; la población en el estado continental de Guayana Francesa está concentrada a lo largo de las planicies costeras. Si bien un alto porcentaje de la población de Guayana Francesa y Guadalupe, al igual que los países vecinos de habla inglesa, es menor de 15 años (30%), se ha mantenido la tendencia de Martinica a una población de mayor edad, con 12% de la población por encima de los 60 años. Si bien las tasas de mortalidad en los tres departamentos son muy similares (un promedio de 6 por 1000 habitantes), las tasas de natalidad difieren considerablemente entre 31 por 1000 habitantes en Guayana Francesa y 19 por 1000 habitantes en Martinica en 1992. En forma similar, la mortalidad infantil continúa siendo alta en Guayana Francesa (24,6 por 1000 habitantes), registrando Martinica una tasa de 8,6 por 1000 en 1991.

2. Estos departamentos presentan modelos de mortalidad similares a Francia y los demás países del Caribe de habla inglesa, siendo las causas principales de defunción las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores y los accidentes. La mortalidad perinatal y el SIDA también son motivo de preocupación.

3. Se dispone de poca información sobre los modelos de morbilidad. La malaria resistente a la cloroquina está en aumento, pero se reconoce que el dengue es endémico en Guayana Francesa, donde la diabetes y la hipertensión son también causas principales de morbilidad, y el alcoholismo es uno de los principales factores contribuyentes al alto porcentaje de ingresos en hospitales.

Factores que afectan el estado de salud

4. Los tres departamentos comparten problemas sociales similares, incluidos el desempleo y el desarrollo de asentamientos marginales en las afueras de los centros urbanos y las zonas rurales más remotas. Además de servir a su propia población, Guadalupe administra los servicios de salud en la Isla de Saint Martín y Guayana Francesa en la Isla de Saint Laura du Maroni.

5. A raíz de la ley de 1982, los servicios de salud se han descentralizado a las regiones, reteniendo el Estado (a nivel del gobierno central) la responsabilidad de los fondos de seguro social, los hospitales públicos, la higiene del medio (incluida la lucha antivectorial), la salud mental, el abuso del alcohol y de drogas, las epidemias y la salud de la población estudiantil.

6. Los servicios de atención primaria de salud están a cargo de médicos privados generales en todos los departamentos, y los dispensarios de salud pública son esencialmente responsables de la atención preventiva básica. Los servicios hospitalarios están a cargo de una variedad de instituciones públicas y privadas,

con la mayoría de los especialistas terciarios en los Centros Hospitalarios Regionales en Fort de France (Martinica) y Pointe a Pitre (Guadalupe). Los servicios de urgencias médicas en Martinica y Guadalupe han desarrollado cierto nivel de especialización y ofrecen servicios integrados multisectoriales a la población de las islas y los estados vecinos.

7. El programa para la lucha contra el SIDA está muy desarrollado en los departamentos insulares, con considerable participación del sector no gubernamental en los esfuerzos preventivos y un programa modelo para el tratamiento de personas infectadas con el VIH en el hospital principal de Martinica. El laboratorio y los servicios terapéuticos para el control del cáncer de cuello uterino han sido los puntos de concentración de la cooperación técnica a los países en el Caribe Oriental. El éxito de estos programas sirve como índice de las posibilidades de mayor CTP entre los estados del Caribe de habla francesa y habla inglesa.

8. Aunque los servicios de salud están bien atendidos por especialistas, queda la necesidad de asegurar que se adiestre un número suficiente de personas en salud pública y se brinden oportunidades a profesionales de tener contacto con los centros de alta especialización en América del Norte y Francia.

9. Se han realizado considerables esfuerzos para introducir la estrategia de promoción de la salud en cualquiera de los programas de salud, y uno de los retos es producir módulos educativos y de modificación de la conducta para la población que habla créole.

10. Como en los otros países, se han aplicado estrategias para controlar los gastos de salud. Al reasignar los presupuestos del sector de la salud de sus departamentos, se deben tomar en cuenta los criterios demográficos y de salud, al igual que las diferencias en el personal médico y paramédico. Guayana Francesa continuará enfrentándose con niveles específicos de desafío para servir a una población en rápido aumento y mejorar el estado de salud para alcanzar el nivel de los territorios insulares.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

11. Las estrategias de la OPS/OMS para proporcionar cooperación técnica serían apoyar la participación del personal sanitario de los territorios franceses dentro de las actividades de salud del Caribe de habla inglesa y facilitar encuentros entre los representantes de salud de Francia y los Países Bajos en Saint Martin y Suriname.

12. En el área de promoción de la salud, la cooperación técnica consistirá en ayudar con la preparación de materiales educativos pertinentes desde el punto de vista cultural, específicamente para la población de inmigrantes.

13. El adiestramiento por medio de becas será el principal pilar de la estrategia, y se ofrecerá en áreas escogidas no disponibles localmente, facilitándose la cooperación técnica con países vecinos del Caribe de habla inglesa para mejorar la cobertura de los servicios de atención secundaria. Se utilizará en mayor grado la experiencia técnica disponible en los departamentos franceses en forma de asesores, docentes e investigadores.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Mejorar las aptitudes del personal de salud.
2. Mejorar la cooperación en materia de servicios de salud e investigación en salud con países del Caribe de habla inglesa.
3. Mejorar la capacidad de promover la salud orientada a grupos marginados.
4. Mejorar la atención de salud maternoinfantil en la Guayana Francesa.
5. Mejorar el estado de salud de la población en Saint Maarten.
6. Ampliar la cobertura del programa de prevención y control del SIDA.

Objetivos

PROYECTO 1: DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Aumentar las semejanzas entre el sistema de salud de Guayana Francesa y sus vecinos.

RESULTADO ESPERADO

1. Se habrán formado recursos humanos.
2. Aumentará la cooperación con el resto del Caribe.
3. Se habrán elaborado proyectos de cooperación técnica.
4. Se apoyará la promoción de la salud.

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

1. La información sanitaria habitualmente requerida por la OPS/OMS estará disponible cuando se solicite.
2. Para 1997 se establecerá un mínimo de un (1) programa de salud común o conjunto con la CE.

1. Se adiestrará a un mínimo de dos personas por año en temas de salud pública.

1. En 1996 y 1997 los especialistas médicos y los investigadores habrán elaborado proyectos conjuntos de investigación con sus contrapartes en el Caribe de habla inglesa y serán presentados a la OPS y otros organismos en 1996 y 1997.

1. Se habrá elaborado e iniciado en 1997 un mínimo de un proyecto de CTP en sistemas de salud entre las comunidades francesa y holandesa de Saint Marteen o entre Guayana Francesa y Suriname.

2. Para fines de 1996 se habrá formulado y puesto en marcha un proyecto en apoyo de los servicios comunes de la CE y la CTP.

1. Para 1996 se traducirá al francés la Carta de Promoción de la Salud.

2. Para 1996 y 1997 se habrá enviado información a las autoridades francesas sobre las iniciativas pertinentes de promoción de la salud en los países de habla inglesa.

3. En 1996 se distribuirá información de salud en créole a los departamentos franceses.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	169,000	100.0	183,800	100.0	200,000	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	169,000	100.0	183,800	100.0	200,000	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	169,000	100.0	183,800	100.0	200,000	100.0
GRAN TOTAL	169,000	100.0	183,800	100.0	200,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$		CANTIDAD	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OMS - WR	169,000	0	0	14,200	8,300	9,100	36,000	6,100	4,500	0	90,800
TOTAL	169,000	0	0	14,200	8,300	9,100	36,000	6,100	4,500	0	90,800
% DEL TOTAL	100.0			8.4	4.9	5.4	21.3	3.6	2.7	.0	53.7
1996-1997											
OMS - WR	183,800	0	0	0	21,000	9,200	60,000	40,500	9,200	0	43,900
TOTAL	183,800	0	0	0	21,000	9,200	60,000	40,500	9,200	0	43,900
% DEL TOTAL	100.0			.0	11.4	5.0	32.7	22.0	5.0	.0	23.9
1998-1999											
OMS - WR	200,000	0	0	0	21,000	10,700	60,000	46,800	10,700	0	50,800
TOTAL	200,000	0	0	0	21,000	10,700	60,000	46,800	10,700	0	50,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	10.5	5.4	29.9	23.4	5.4	.0	25.4

GRANADA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. El censo de 1991 indicó que Granada, la Pequeña Martinica y Carriacou contaban con 94.806 habitantes, registrando un aumento respecto de 1981, cuando la población ascendía a 89.088.
2. La población es joven, siendo 13,1% menores de 5 años y 38,4% menores de 15 años. Las personas de 65 años de edad y más representan 7,9% de la población. Los hombres superan en número a las mujeres en cada grupo de edad hasta los 30 años, pero hay un excedente de mujeres en todas las edades de ahí en adelante, de modo que éstas constituyen 50,8% de la población y representan 60,6% de la tercera edad (65 años y más).

Indicadores del estado de salud

3. En 1991, la tasa bruta de natalidad fue de 25,5. Las tasas brutas de natalidad descendieron 38% desde 1960, pero la disminución entre 1981 y 1991 fue de 9,2%. La tasa general de fecundidad mostró un aumento de 5,4% entre 1981 (117,84) y 1991 (124,19). El número total de nacidos vivos disminuyó durante el período 1985 a 1991 en un 20,3%, con una disminución aún mayor (34,0%) en el número de partos de mujeres adolescentes, convalidando la hipótesis de que la fecundidad adolescente disminuyó a una tasa más rápida que la fecundidad general. La tasa bruta de mortalidad descendió entre 1970 (7,9/1000) y 1981 (6,9/1000), pero registró un aumento en 1991 (7,3/1000 habitantes). La esperanza de vida al nacer fue de 66,7 años y 73,1 años para los hombres y las mujeres, respectivamente, en 1980.
4. La tasa de mortalidad infantil fluctuó entre 1988 (21,5/1000), 1989 (12,5/1000), 1990 (24,2/1000) y 1991 (10,7/1000). En 1992 fue de 15,5/1000 nacidos vivos.
5. Las principales causas de mortalidad general en 1992 fueron la diabetes mellitus, las enfermedades de la circulación pulmonar, el infarto miocárdico agudo, la bronquitis, el enfisema y las enfermedades hipertensivas. En el grupo de 0 a 5 años de edad, las enfermedades perinatales, la neumonía y la gastroenteritis son las causas principales de muerte. El número de bebés de bajo peso al nacer varía entre 5 y 9 por ciento.

Factores que afectan el estado de salud

6. La economía de Granada se basa principalmente en la agricultura y el turismo. El producto interno bruto creció a un ritmo superior a 5% para el período 1986 a 1990. Sin embargo, el crecimiento se desaceleró en 1991 cuando la economía sólo se expandió en un 3% y el crecimiento fue negativo en 1992. El ingreso per cápita se estimó en US\$ 107,7 en 1991, pero declinó más de 20% en 1992. Las dificultades económicas en 1992 orillaron a la adopción de un programa de ajuste estructural que recalca la reducción del gasto público y propiciaba un excedente en la cuenta corriente. Estas medidas han afectado a todos los sectores del desarrollo,

entre ellos el de la salud, y han creado dificultades con respecto a los aspectos de recursos humanos. Un ejemplo de esto es el Hospital Hillsborough, ahora refaccionado, que no puede prestar una cobertura adecuada a Carriacou y la Pequeña Martinica debido a la falta de recursos financieros y humanos.

7. La higiene del medio continúa siendo un motivo de preocupación, especialmente en lo que respecta al desecho de las aguas de alcantarillado, que afecta al ambiente marino costero, de vital importancia para la economía de Granada. El Gobierno ha intentado resolver este problema mediante la instalación de sistemas adecuados de alcantarillado en la ciudad, pero aún se desconoce la magnitud del problema de contaminación de los ríos y arroyos con los plaguicidas provenientes de la escorrentía de las tierras agrícolas. La eliminación de los desechos sólidos y peligrosos, en particular en las zonas agrícolas, se ha identificado como uno de los problemas más graves. El análisis de los sistemas en 1992 apuntó a las deficiencias de los sistemas de recolección al igual que a la ausencia de un vertedero sanitario. La protección alimentaria y la manipulación de alimentos por los vendedores ambulantes y los manipuladores de alimentos en las instituciones grandes continúa siendo motivo de preocupación. Los esfuerzos se ven obstaculizados por lo inadecuado de la legislación y la escasez de personal adiestrado.

8. El sistema de salud continúa manteniendo su cobertura por medio de una red de centros de salud y hospitales de remisión de pacientes. La prestación de la atención de la salud en el Hospital St. Georges sigue siendo una preocupación, no sólo en la infraestructura física sino además en la administración general y la disponibilidad y el mantenimiento de los equipos.

9. Se han realizado estudios de previos de factibilidad sobre las instalaciones y la recuperación de los costos del Hospital St. Georges, pero aún no se han tomado decisiones. La importancia de planificar y programar dentro de los parámetros económicos actuales es crucial para la ampliación y calidad de los servicios que se prestarán a nivel hospitalario y comunitario.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

10. Salud en el desarrollo humano: El Ministerio de Salud ha formulado una política sanitaria que apoya la meta de salud para todos y se ha comprometido a aumentar los servicios de salud basados en la atención primaria. El gobierno ha aceptado plenamente las metas y objetivos de la iniciativa CCH. Anteriormente se ha elaborado un plan de salud con políticas relativas a los diversos sectores de la salud.

11. Desarrollo de los sistemas de salud: El acceso a la atención de salud se ofrece por medio de servicios de atención primaria y secundaria. Se han formado equipos de salud a nivel de distrito y se administran programas como enfermedades crónicas, ETS y salud materno-infantil. Se ha instalado un sistema de información comunitaria que se encuentra en pleno funcionamiento. Existe un plan nacional de preparativos para casos de desastre. Se ha realizado adiestramiento localmente y en el exterior en ciertas áreas para apoyar los servicios de salud.

12. Promoción y protección de la salud: Los representantes de Granada participaron en la elaboración de la Carta del Caribe de Promoción de la Salud, seguida de su difusión y la sensibilización del público a nivel nacional. Los programas de salud se han concentrado en la prevención de la diabetes, la hipertensión y el cáncer del cuello uterino. Han continuado los programas relacionados con la prevención y el control de ETS y SIDA.

13. Protección y desarrollo ambiental: Se han abordado los servicios básicos de saneamiento por medio del proyecto de tratamiento de residuos sólidos de la OECS. Se han instalado sistemas de alcantarillado en St. Georges. Se han realizado estudios sobre la eliminación de desechos sólidos y peligrosos, incluidos los desechos de la agricultura.

14. Prevención y control de enfermedades: Existe un sistema de vigilancia para las enfermedades infecciosas como las ETS, el SIDA, el sarampión y la poliomielitis con asistencia del CAREC. El programa ampliado de inmunización sigue vigente. El programa de ETS y SIDA ha estado funcionando a nivel comunitario. Se ha introducido un proyecto piloto en la lucha antivectorial integrada, con participación de la comunidad. Granada forma parte del proyecto del cáncer de cuello uterino.

15. Planes y prioridades para el desarrollo nacional: El Ministerio de Salud tiene la autoridad central para la salud de los habitantes de Granada. El gobierno tiene un compromiso declarado con el enfoque de atención primaria de salud, la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (con sus siete áreas prioritarias) y las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para 1995-1998. Con estas prioridades los programas que se han identificado son: Desarrollo de los servicios de salud; Promoción de la salud; Higiene del medio

16. El ministerio se propone ofrecer servicios de salud eficaces y eficientes por medio del desarrollo de recursos humanos, especialmente en el área de gestión para personal de salud de más antigüedad, a partir de los servicios de salud hospitalarios y comunitarios. Para mejorar la disponibilidad del acceso a los servicios, el Ministerio iniciará un programa para fortalecer el sistema de atención primaria de salud con descentralización de los servicios y la ampliación de los equipos de salud, apoyados por un sistema confiable de información sanitaria.

17. El Ministerio sabe perfectamente que las enfermedades crónicas y de otro tipo que padece la población están agotando los recursos y podrían prevenirse en gran medida. Por ello, se propone integrar los enfoques de promoción de la salud en programas que incluyan educación del público y sensibilización de la ciudadanía.

18. El Gobierno continuará utilizando los esfuerzos regionales en apoyo a los servicios y programas de salud en todas las áreas, especialmente en las relacionadas con la vigilancia, el diagnóstico, el tratamiento de rehabilitación de casos específicos predeterminados. En particular, compartir los servicios entre los países de la OECS por medio de la oficina propuesta de salud de la OECS.

19. En el área de protección y desarrollo ambiental, el gobierno seguirá velando por que el ambiente físico no se destruya debido a las actividades de desarrollo, y hará cumplir los reglamentos para mantener un medio saneado, con control de la contaminación y saludable, fortaleciendo los esfuerzos nacionales en la coordinación y gestión de las iniciativas ambientales.

20. El gobierno reafirma su compromiso con los preparativos para casos de desastre, incluido el diseño de los edificios basado en las normas estructurales recomendadas en el Código Uniforme de Construcción del Caribe (CUBIC).

21. El gobierno desea seguir elaborando un sistema de información sanitaria funcional y computadorizado que apoye las decisiones de gestión relacionadas con salud para todos.

22. El gobierno continuará colaborando con los esfuerzos compatibles con las estrategias de la OMS por medio de la movilización de recursos financieros, humanos y de otro tipo de organizaciones locales, en el exterior y ONG con miras a la prevención y el control del SIDA.

23. Se utilizará un enfoque multisectorial y multidisciplinario para impedir y controlar el abuso de sustancias tóxicas, especialmente entre los jóvenes, además de la prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación.

24. El gobierno continuará otorgando prioridad a la prestación de servicios de salud a grupos vulnerables y de alto riesgo como los pobres, los niños, las madres embarazadas y en período de lactancia, los ancianos, los enfermos crónicos, los drogadictos y las personas discapacitadas.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

25. Las áreas prioritarias para la cooperación técnica de la OPS durante el bienio (1996-1997) son las siete áreas prioritarias de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y las orientaciones estratégicas y programáticas (1996-1997). El fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y la higiene del medio han incorporado las otras prioridades de salud del país.

26. En el fortalecimiento de los sistemas de salud, se operacionalizará el plan de gestión para la institución y se ampliarán los equipos de salud de distrito y los sistemas de información sanitaria. Los enfoques funcionales que se utilizarán son la formulación de políticas, planes y normas y el adiestramiento para el personal de nivel hospitalario y comunitario. La calidad de los servicios de salud materno-infantil y el desarrollo de los servicios de salud para adolescentes y la protección de los alimentos se procurarán por medio de los enfoques funcionales de las políticas, los planes y las normas y el adiestramiento.

27. El adiestramiento será necesario para abordar las necesidades de recursos humanos del sistema de salud en aspectos como salud mental, promoción de la salud, manejo de residuos sólidos y movilización de recursos para los programas del SIDA.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Fortalecer la ejecución del plan básico de residuos sólidos y vertederos sanitarios.

2. Aumentar la cobertura de agua potable y alcantarillado.

3. Ampliación del programa de lucha antivectorial.

4. Fortalecimiento de la gestión en todos los niveles del sistema de atención de salud.

5. Desarrollo de un plan estratégico de salud con el fortalecimiento del proceso de planificación.
6. Adiestramiento del personal de salud en determinadas áreas para apoyar los servicios de salud.
7. Apoyar el desarrollo de un programa de promoción de la salud con énfasis en el modo de vida respecto del SIDA, la hipertensión, la diabetes y el cáncer del cuello uterino.
8. Fortalecer la movilización de los recursos para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
9. Establecimiento de equipos de salud en los servicios comunitarios y fortalecimiento de la participación de la comunidad.
10. Adiestramiento en promoción de la salud.

11. Uso de los medios de comunicación en la promoción de la salud.
12. Fortalecimiento de los servicios de salud para jóvenes y adolescentes.
13. Fortalecimiento del programa de protección de alimentos.
14. Fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria.
15. Fortalecimiento del programa comunitario de salud mental.
16. Fortalecimiento del programa de vigilancia de las enfermedades transmisibles.
17. Mejorar la calidad de los servicios de SMI.
18. Fortalecimiento de los programas de preparativos para casos de desastre.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Mayor eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecimiento de los equipos de salud.
2. Adiestramiento de recursos humanos.
3. Aumento de la capacidad de planificación y gestión sanitaria.
4. Fortalecimiento de los Sistemas de Información Sanitaria.
5. Fortalecimiento de la administración del Hospital St. Georges.
6. Mejoramiento de la organización y gestión de la administración central.

1. Establecimiento de metas para los servicios en los niveles de atención primaria y secundaria para 1997.

2. Aumento de 5% en la productividad de ciertos recursos humanos en 1997, por comparación con 1995.

1. Los equipos estarán funcionando en todas las áreas definidas a nivel de distrito para 1996.

2. Todos los equipos estarán adiestrados para hacer planes conjuntamente y administrar el programa de distrito para 1996.

3. Total puesta en práctica de las estrategias para mejorar la participación comunitaria.

1. Se adiestrará a personal nacional en ciertas áreas para responder a nuevas demandas y mantener los beneficios actuales obtenidos en los servicios de salud: Preparativos para casos de desastre; Enfermería de salud pública; Administración de enfermería; Educación sanitaria; Nutrición; Higiene del medio; Epidemiología; Farmacia, 1996-1997.

1. La mitad (50%) de los directores de programas estarán adiestrados en planificación detallada y uso del marco lógico para 1996.

1. Sistema de información sanitaria instalado en el Hospital General y personal adiestrado para 1997.

1. Adiestramiento del personal jerárquico y de nivel medio en aptitudes de gestión para 1996.

2. El módulo clínico de gestión de los sistemas de información estará en funcionamiento para 1996.

1. Realización de ejercicios para la formación de equipos para los grupos de personal de salud en 1996 y 1997.

2. Adiestramiento de médicos y enfermeras de los niveles de atención primaria y secundaria en planificación y programación para 1997.

Objetivos

7. Apoyo del programa de vigilancia del PAI.
8. Reprogramación de los servicios de SMI.
9. Mejoramiento de los servicios de salud del adolescente.

PROYECTO 2: PROMOCION DE LA SALUD

PROPOSITO

Adopción de modos de vida más sanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Promoción del concepto de promoción de la salud.
2. Fortalecimiento del programa de control de cáncer del cuello uterino.
3. Elaboración de planes y programas de salud mental.
4. Aumento de la capacidad para la movilización de recursos.
5. Fortalecimiento del uso de los medios masivos de comunicación en la promoción de la salud.

Indicadores

1. Eliminación del sarampión certificada para 1996.
1. Utilización de la estrategia de SMI para desarrollar planes y programas para el personal en 1996 y 1997.
1. Terminación del análisis de la situación de los servicios de salud del adolescente para 1996.
2. Definición del programa nacional de salud de los adolescentes y sus políticas para 1996.
3. Programa de salud de los adolescentes puesto en marcha para 1997.
1. Un aumento del 10% del tratamiento de las personas con trastornos psiquiátricos o de salud mental a nivel comunitario en 1997, por comparación con 1995.
2. Aumento de un 10% de las mujeres sometidas a pruebas de detección de cáncer del cuello uterino en 1997, por comparación con 1995.
1. Realización de la consulta nacional sobre promoción de la salud para 1996.
2. Todos los trabajadores de salud serán educados para comprender las consecuencias de la promoción de la salud en su trabajo para 1996.
1. Programa nacional con metas detalladas para 1996 y comienzo de su puesta en marcha.
2. Ejecución del programa nacional sobre control del cáncer para 1997.
1. Elaboración del enfoque programático de salud mental e identificación de las necesidades de adiestramiento de recursos humanos para 1996.
1. Se adiestrará a personal nacional en lo relativo a la movilización de recursos por medio de las ONG, en 1996 y 1997.
1. Se adiestrará a personal nacional en el uso de los medios masivos de comunicación para promoción de la salud y la comunicación social para 1997.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 3: SALUD AMBIENTAL**

PROPOSITO

Mejoramiento de las condiciones ambientales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ampliación del programa integrado de lucha antivectorial.
2. Mejoramiento de la capacidad de vigilancia de la calidad del agua.
3. Mejoras en la protección de alimentos.
4. Mejoramiento en el manejo de residuos sólidos.

1. Ninguna acumulación visible de residuos sólidos en St. Georges y ciertas áreas para 1996.
 2. Reducción de los índices de ciertos vectores para 1996.
 3. Agua potable al alcance del 90% de la población en forma permanente para 1997.
 4. En 1997 no se repetirán los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos observado durante 1997.
1. Ampliación de la asistencia técnica para el proyecto integrado de lucha antivectorial a otras cinco comunidades para 1997.
1. Se adiestrará a personal nacional en calidad del agua y gestión de recursos, reutilización de aguas servidas y tecnologías para eliminación de desechos en zonas costeras para 1996 y 1997.
 2. Establecimiento de los programas de evaluación de los riesgos de contaminación y de agua potable para 1996 y 1997.
1. Elaboración de la política de protección de alimentos e iniciación del programa para manipuladores de alimentos para 1996 y 1997.
1. Puesta en marcha del plan general de residuos sólidos y adiestramiento de personal nacional para 1997.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	129,800	78.1	131,700	73.9	140,000	72.7
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	129,800	78.1	131,700	73.9	140,000	72.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	129,800	78.1	131,700	73.9	140,000	72.7
UAH						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	8,800	5.3	27,900	15.6	31,400	16.3
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	8,800	5.3	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	8,800	5.3	0	-	0	-
WCH						
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	27,900	15.6	31,400	16.3
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	0	-	27,900	15.6	31,400	16.3
MED						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	27,500	16.6	18,700	10.5	21,200	11.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	27,500	16.6	18,700	10.5	21,200	11.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	27,500	16.6	18,700	10.5	21,200	11.0
CWS						
GRAN TOTAL	166,100	100.0	178,300	100.0	192,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	124,700	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	114,800	92.1	0	-	0	-
SIDA	GPA 114,800	92.1	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	9,900	7.9	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 9,900	7.9	0	-	0	-
GRAN TOTAL	124,700	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	166,100	0	0	1,300	16,700	10,500	78,000	27,600	19,000	0	13,000
TOTAL	166,100	0	0	1,300	16,700	10,500	78,000	27,600	19,000	0	13,000
% DEL TOTAL	100.0			.8	10.1	6.3	47.0	16.6	11.4	.0	7.8
1996-1997											
OPS - PR	178,300	0	0	0	22,000	11,600	66,000	38,300	15,500	0	24,900
TOTAL	178,300	0	0	0	22,000	11,600	66,000	38,300	15,500	0	24,900
% DEL TOTAL	100.0			.0	12.3	6.5	37.0	21.5	8.7	.0	14.0
1998-1999											
OPS - PR	192,600	0	0	0	22,000	13,400	66,000	44,300	18,100	0	28,800
TOTAL	192,600	0	0	0	22,000	13,400	66,000	44,300	18,100	0	28,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	11.4	7.0	34.2	23.0	9.4	.0	15.0



()



GUATEMALA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población de Guatemala estimada para 1996 es de 10.977,807 habitantes, con predominio de la población rural, (67%) y con alto grado de dispersión. La población indígena constituye el 41.9%, habla 23 lenguas y numerosos dialectos, además, registra un alto grado de monolingüismo. Los menores de 15 años constituyen 45% de la población. El grupo de mujeres en edad fértil corresponde al 21% de la población total. La tasa global de fecundidad (5.3 hijos por mujer), la natalidad (38 por mil) y el crecimiento vegetativo de la población (3% anual), se ubican dentro de las mayores de Latinoamérica.

2. Se calcula en 900,000.00 la población indígena que anualmente migra temporalmente del altiplano a las fincas de la costa sur en busca de trabajo durante las épocas de cosecha.

Indicadores del estado de salud

3. Estudios publicados por PNUD en 1994, sobre el Índice de Desarrollo Humano (IDH), colocan al país, en la posición 108 del total y lo ubican dentro del grupo de países, con bajo desarrollo humano.

4. La situación de salud de Guatemala, muestra menos progreso en sus indicadores que la mayoría de países de América Latina. En 1992, la esperanza de vida al nacer, fue de 62.41 años para los hombres y de 67.33 años para las mujeres.

5. El 62% de las madres, no tiene atención prenatal y una de cada siete recibe vacuna antitetánica. Según las estadísticas el 70% de los nacimientos, se atiende por comadronas. Este porcentaje es mayor en las áreas rurales mayas.

6. La tasa de mortalidad general es de 10 por mil habitantes, la de mortalidad infantil de 54 por mil nacidos vivos y la de mortalidad materna de 10.2 por diez mil nacidos vivos. El bajo nivel de salud, revelado por los indicadores anteriores, es 50% más acentuado, en los grupos de población, con predominio indígena de áreas rurales y en condiciones de pobreza.

7. Estudios recientes de OIM, encontraron tasas de mortalidad infantil de 120 por mil nacidos vivos, en áreas situadas al norte del departamento del Quiché (Ixacán e Ixil).

8. Las tasas más altas de mortalidad, se registraron en los menores de 5 años (cuyo peso proporcional con relación a la mortalidad total fue 44%) y de 65 y más años (19.5% de mortalidad proporcional). Las principales causas de muerte en 1992 fueron: Enfermedades respiratorias (69.90 x 100,000); enfermedades infecciosas intestinales (45.33 x 100,000); deficiencias nutricionales (34.7 x 100,000).

9. Para ese mismo año, estas patologías fueron además, las principales causas de consulta en los servicios de salud.

10. En 1994 se reportaron en menores de un año las coberturas de vacunación siguientes: polio 73%, sarampión 66%, BCG 70%, DPT 71% y IT en 15% de las

embarazadas. No se ha notificado polio paralítica por poliovirus salvaje desde septiembre de 1990, ni difteria desde 1991. Las coberturas han mostrado tendencias fluctuantes debido a huelgas que han interrumpido la continuidad de los programas. Tuberculosis, malaria, dengue, oncocercosis, tuvieron importancia creciente entre grupos de mayor precariedad. Sin embargo, los programas pertinentes podrían atenuar su propagación en los próximos años. El Cólera, ha tenido incremento sostenido de la frecuencia de casos explicable por la persistencia de sus factores de riesgo ambientales. Sin embargo, la letalidad ha ido descendiendo conforme han mejorado el acceso y la calidad del tratamiento (rehidratación). El SIDA, pese al subregistro de pacientes, ha exhibido avances significativos.

11. La situación alimentaria nutricional se ha reflejado en la prevalencia de desnutrición del 33.6% de los niños entre 6 y 36 meses, y daño crónico del 37.4% de escolares expresado en talla reducida. Se agregan las deficiencias específicas de Hierro, Vitamina A y Yodo, que afectan a los grupos vulnerables incluidos los escolares y los adolescentes.

Factores que afectan el estado de salud

12. La tercera parte de población se considera económicamente activa. Los niveles de pobreza y extrema pobreza, de 80% y 60% respectivamente, (INE/PNUD Perfil de la Pobreza en Guatemala. Encuesta Nacional Socio-demográfica 1989), se han duplicado en la última década.

13. Persisten factores de discriminación de la mujer y de los grupos indígenas en la distribución de bienes y servicios.

14. La población en extrema pobreza en Guatemala, (sin acceso a la canasta básica de alimentos) es clasificada por grupos de riesgo: migrantes, refugiados, retornados, desplazados, población en cinturones de miseria, niños de la calle, viudas y huérfanos. Esto afecta particularmente a las mujeres, los niños, la familia maya y la familia del campesino asalariado.

15. La pobreza está extendida en todo el país, sin embargo, es posible identificar municipios que albergan a la población mas necesitada: 76 de ellos considerados como de primera prioridad y 63 como segunda prioridad; en las Regiones VII (Huehuetenango y Quiché), VI (San Marcos, Totonicapán, Sololá), II (Alta y Baja Verapaz), V (Chimaltenango y Escuintla) y en áreas urbano marginales, principalmente de la capital.

16. El conflicto armado, que lleva ya 34 años, está próximo a su conclusión, lo que permite visualizar, un período de construcción del proceso de paz, en el cual, el cumplimiento de una vigorosa agenda social, pueda crear condiciones para desarrollar esfuerzos concertados con el fin de mejorar la salud.

17. Solamente un 42% de las viviendas poseen agua y 46% letrinas, coexistiendo con un alto déficit habitacional general (en calidad y cantidad) lo que determina alta morbi-mortalidad por infecciones de transmisión hídrica.

18. Se considera que apenas un 5% de las aguas servidas reciben algún tratamiento. La disposición de los desechos sólidos es deficitaria, la capital produce 1,000 toneladas diarias que se disponen sin ningún tratamiento. Las cabeceras

municipales carecen de sistema de aseo urbano. En el área metropolitana se ha incrementado el deterioro ambiental por el exceso de contaminantes producidos por el sector industrial. La situación de debilidad institucional es crítica y merece mención especial.

19. Para cubrir la población con acciones de salud, el país cuenta con 50,000 personas que incluyen a personal de formación en salud, al administrativo y al voluntario.

20. Para 1993 el mercado farmacéutico local era de US\$143.7 millones según estimaciones de la industria local de este monto el 21.3% correspondió a adquisición del sector público (MSPAS e IGSS). De los datos anteriores se podría inferir que el gasto en medicamentos por habitante corresponde a US\$14.6. Sin embargo, hay grandes sectores de la población que aún no tienen acceso a medicamentos.

21. Aunque se ha notado mejoría en la calidad de los alimentos expendidos y consumidos la adulteración de los alimentos continúa siendo un serio problema, y constituye la causa principal del 65% del rechazo por análisis físico-químico.

22. En 1994 se notificaron 12 casos de rabia humana (1.2 por millón) y 237 casos de rabia en perros, (2.1 por diez mil perros).

23. El laboratorio productor del Ministerio de Salud interrumpió la elaboración de vacuna antirrábica, porque sus condiciones no aseguraban la calidad del producto.

24. El laboratorio de diagnóstico, se encuentra en condiciones precarias lo que, afecta en forma negativa la vigilancia epidemiológica de la rabia y la calidad de los diagnósticos individuales.

25. En 1994 se reportaron 32681 casos de Malaria y 4,324 casos de Dengue. Además, se constató en relación a esta última enfermedad, la circulación de los serotipos 1, 2 y 4. La llegada al Istmo Centroamericano del serotipo 3, plantea para Guatemala, un mayor riesgo potencial de presentación de formas clínicas severas. No se cuenta con un laboratorio para el aislamiento e identificación viral y estudios seroepidemiológicos.

26. Aproximadamente el 40% de la población carece de acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos es muy deficitaria. El promedio anual, de consultas médicas por habitante, es de 0.5 cifra que indica un nivel bajo de utilización de los servicios existentes.

27. El presupuesto del Ministerio de Salud en 1993 fue 8.3% del gasto público y el 1.2% del PIB, proporción inferior a la mayoría de los países de América Central. El gasto per cápita es de US\$8 anuales, de los cuales 60% se orienta a la asistencia hospitalaria; el 40% a los centros y puestos de salud. En promedio se gasta US\$1.6 anual por persona en atención primaria. Humanos y financieros del sector muestran una alta concentración en las áreas urbanas, especialmente en la región metropolitana, el 70% del presupuesto es para funcionamiento. Los recursos del Ministerio de Salud, se complementan con la contribución de agencias bilaterales multilaterales y organismos no gubernamentales, cuyo monto equivale a más de la mitad, del monto destinado a las actividades de atención primaria y preventiva.

28. El sector público de Guatemala, cuenta con aproximadamente 10,000 camas en hospitales instalados, (8,200 en 36 hospitales corresponden al Ministerio de Salud).

29. La inversión patrimonial sólo del Ministerio, se puede calcular en unos US\$600 millones, cifra que se incrementa aún más, cuando incluimos los Centros y Puestos de Salud del territorio nacional.

30. La insuficiente atención a la conservación de los bienes, ha resultado en obsolescencia y deterioro en su planta física, instalación y equipo. Los recursos, personal y financiero, no son suficientes para dar mantenimiento adecuado y a pesar de los logros positivos de los últimos años para mejorar la organización de los servicios de Ingeniería y Mantenimiento, la asignación para mantenimiento no sobrepasa el 2% del presupuesto operacional del Ministerio.

31. Esta información pone de relieve el atraso del país, en materia de política social. Las principales limitantes, que afectan la eficiencia del sector salud son: a) Inequidad del sistema (el 40% de la población no tiene acceso a los servicios básicos); b) concentración del poder en el nivel central y escasa eficiencia operativa de las principales instituciones del sector y baja capacidad gerencial; c) ineficiente distribución y manejo de los recursos financieros del sector público; d) modelo agotado de atención de salud.

32. Deben señalarse algunos logros en el último bienio que han indicado una preocupación del sector por fortalecer su capacidad de conducción y gerencia de la salud en el país.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

33. Salud en el Desarrollo Humano: Está en proceso de ejecución la Reforma Sectorial en donde se plantea cambios de tipo estructural a la salud, teniendo como marco de referencia la modernización y descentralización del Estado. La democratización de la prestación de los servicios mediante un balance entre lo público y privado. La vinculación de la salud al desarrollo social y sostenible producción social de la salud y reforma del sector de agua y saneamiento.

34. En el proceso de Reforma Sectorial, si bien se han realizado y se están proponiendo cambios en el nivel central de las instituciones que conforman el Sector Salud, se propicia la estrategia de comenzar las acciones a nivel de los distritos y Areas de Salud, a fin de que se sea la sociedad civil, la que efectivamente participe en los procesos de cambio, garantizando su democratización y sostenibilidad.

35. Desarrollo de Sistemas de Salud: El país y el Gobierno Nacional, a través de las autoridades de salud, han reafirmado que la atención primaria, es la estrategia fundamental para la extensión de la cobertura de servicios y los sistemas locales de salud, la táctica organizacional y operativa para su implementación.

36. Es así, como en este contexto, se están definiendo las canastas o paquetes básicos de entrega de servicios de salud, contemplando incluso el aporte de la medicina tradicional, a fin de focalizar los recursos e impactar en la situación de salud, siendo esta la premisa que sustenta la readecuación del modelo de atención en Guatemala.

37. Promoción y Protección de la Salud: Las actividades de promoción y protección de la salud son incipientes en el país; se realizan utilizando esquemas tradicionales principalmente a través de charlas a nivel de los servicios de

salud. Algunas acciones específicas como las jornadas de vacunación y el control del cólera, conllevan acciones de promoción que trascienden a la comunidad utilizando algunos medios de comunicación masiva, la elaboración y distribución de afiches y la participación de promotores de la salud; en algunos casos se cuenta con la participación de las municipalidades y de la escuela. El desarrollo de estas acciones depende en gran parte de iniciativas locales y de la existencia de fondos externos para su realización.

38. Hay importantes acciones de promoción ejecutadas en la comunidad sobre aspectos de nutrición e higiene conducidas por ONG's internacionales, la asociación pro-bienestar de la familia de Guatemala (APROFAM), la Comisión Nacional de Promoción de Lactancia Materna (CONAPLAM), UNICEF, el programa de Salud Escolar, el programa de Alimentación y Nutrición Escolar, el Sistema de Mejoramiento y adecuación curricular en las escuelas (SIMAC) etc. todos los cuales, probablemente continuarán y vigorizarán su participación durante los próximos años en apoyo del proceso de pacificación que se vislumbra.

39. La operacionalización de la Reforma Sectorial y el fortalecimiento de los SILOS, abren oportunidades para la planificación y desarrollo coordinado de acciones de promoción de la salud entre diversos sectores a nivel local. Para ello se requiere fortalecer la capacidad de liderazgo de las municipalidades como ente coordinador y facilitador de recursos para esta promoción; así mismo, la capacidad del personal de salud para orientar en relación a los contenidos técnicos; y a entidades locales como son la escuela, organizaciones civiles, iglesia, ONGs y medios de comunicación proveerles los contenidos básicos y lineamientos metodológicos para que puedan ejercer una función de transferencia hacia la población.

40. Desarrollo y Protección del Ambiente: El incremento en requerimientos de servicios de saneamiento básico llegará a un punto crítico. Paralelamente se continuarán sumando instituciones y recursos al sector; es el caso de ONGs, fondos de compensación social, tercer sector, municipios, agencias externas de apoyo, etc. incrementando el desorden sectorial actual. La situación crítica se verá exacerbada por alteraciones climatológicas asociadas al fenómeno del niño verificado para el período 1995-1996. El sector deberá reformarse, formular políticas y reorganizarse para gerenciar procesos sostenidos de extensión de cobertura, preservación y rehabilitación de la infraestructura existente y provisión de servicios.

41. Existen tendencias a asumir los conceptos fundamentales del desarrollo sostenible. Sobresalen los compromisos de la alianza centroamericana para el desarrollo sostenible y las iniciativas del BID y el BIRF, promocionando planes de acción ambiental. La propuesta de fortalecimiento de la capacidad nacional de salud y ambiente en el desarrollo sostenible apoyada por la OPS, deberá integrarse a estas iniciativas.

42. Prevención y Control de Enfermedades: Las enfermedades transmisibles continuarán siendo uno de los principales flagelos a la salud de Guatemala. Como una respuesta a las necesidades del sector salud, dentro del área de Prevención y Control de Enfermedades, se propone apoyar la extensión de cobertura del diagnóstico de las principales enfermedades transmisibles, incluidas las que están emergiendo en la región (TB, VIH, Dengue, esta última considerando el mayor riesgo en los próximos años de tener formas hemorrágicas por la reciente aparición del Dengue III en Nicaragua), a través del adiestramiento de recursos humanos y del reforzamiento de la infraestructura de los laboratorios. Así mismo, para dar

respuestas más racionales y concentradas en los grupos que más lo requieran, se pretende aumentar la capacidad de generar y analizar información, principalmente por medio de la capacitación en epidemiología del personal institucional y comunitario. Estas actividades servirán de base para un sistema de vigilancia epidemiológica más efectivo que permita la selección de estrategias de control y tratamiento y en las cuales se espera que a través de la promoción y educación participen diferentes sectores de la sociedad. En el caso de control, las enfermedades transmitidas por vector las actividades serán orientadas hacia el fortalecimiento del proceso de descentralización de los programas hacia los servicios generales de salud y a la adopción o adaptación de estrategias apropiadas a la situación local que sean de bajo costo y efectivas para limitar la morbilidad severa y la mortalidad por dichas enfermedades. En este sentido se apoyarán iniciativas regionales para el control del dengue, de las leishmaniasis y de la hemotransmisión de la enfermedad de Chagas, Hepatitis, VIH, Malaria, etc.

43. Planes y Prioridades para el Desarrollo Nacional en Salud: La agenda de Gobierno 1994-1995 destaca varias estrategias entre ellas la de combate a la pobreza como "una modalidad de atención local, a través de acciones específicas, en las cuales el desarrollo de la persona y la comunidad son el centro fundamental de la acción del Estado". Así mismo, enfatiza la estrategia de descentralización para promover mayor equidad al captar la heterogeneidad de la población, tanto en términos de necesidades como de acceso a los servicios. La desconcentración de recursos y acciones, por su parte, se liga a la búsqueda de formas más eficientes de gestión y al impulso de una mayor participación social. Las autoridades actuales, reafirman que la ejecución y consolidación de esta agenda de desarrollo, seguirá siendo la política rectora del Sector Salud en el próximo Bienio.

44. La agenda da un valor especial al respeto y promoción de la diversidad de tradiciones, religiones y culturas, base de la organización original de las comunidades que adquiere significado especial, en el desarrollo del modelo de salud, particularmente para lograr la extensión de cobertura.

45. La agenda señala preponderantemente la salud y plantea que el Gobierno orientará sus esfuerzos, a erradicar las causas básicas de los daños a la situación de salud, con la finalidad de ampliar la cobertura con la población; a enfocar la acción del sector en los programas preventivos de salud; la asistencia primaria de salud y los programas de educación familiar para la salud; a aumentar la eficiencia del sistema de salud para mejorar los servicios a la población y asegurar que éste sea financieramente sustentable en el largo plazo; y a mejorar la calidad de los servicios.

46. Con relación a la ampliación y mejoramiento de los servicios de agua potable y saneamiento ambiental, señala que éstos forman parte integral y son un pilar importante en la estrategia de salud preventiva y de combate a la pobreza, debido a que su deficiencia es una de las causas principales de la morbilidad y mortalidad infantil.

47. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social define como principal objetivo: disminuir la persistencia de la enfermedad y de la muerte por causas prevenibles y controlables, mediante el desarrollo de un modelo de salud caracterizado por la equidad, la actualización constante, la autosostenibilidad y el manejo de un enfoque preventivo y epidemiológico; así como ser descentralizado, participativo y culturalmente adaptado.

48. Como objetivos específicos señala; a) Mejorar la capacidad de conducción del MSPAS; b) extender la cobertura de servicios básicos de atención a las personas

y al medio ambiente; c) mejorar la capacidad resolutoria y la calidad de los servicios; d) incrementar el financiamiento del sector y promover el uso eficiente de la inversión social como compensador de la pobreza; e) fortalecer la capacidad gerencial y de gestión del sector, a nivel nacional, regional y local; f) desarrollar el proceso de coordinación nacional y de participación social; g) desarrollar la capacidad y formación de recursos humanos; h) impulsar la descentralización y desconcentración del MSPAS, del sector salud y de los sectores de apoyo; i) fortalecer el enfoque étnico intercultural en atención a la salud y el medio ambiente.

49. La descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud, el desarrollo del modelo de salud basado en el autocuidado familiar con participación social y comunitaria; el desarrollo de los recursos humanos; la movilización de recursos financieros y el establecimiento de las bases para consolidar el sistema nacional de salud son los caminos para llegar a los objetivos.

50. Existe conciencia en el país que para obtener la más amplia cobertura y satisfacción de necesidades básicas de salud de la población, se requiere la reorganización sectorial. Para ello, se cuenta con el apoyo financiero del BID y el apoyo técnico de OPS/OMS que por una parte, propugnan la integración de los procesos políticos de reforma del Estado que se están llevando a cabo en el país; y por otra, difunden la táctica de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), sobre la base de la división político-administrativa del país, de tal forma que dichos sistemas se constituyan en parte integrante del gobierno local.

51. El Programa Sectorial de Salud (PSS), se presenta como una alternativa de respuesta a los problemas del sector pues orienta la transformación del actual modelo de atención a través del fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, como estrategia que contribuya a racionalizar la extensión de cobertura con servicios y programas básicos de salud.

52. El PSS define 6 áreas programáticas: Salud de la Mujer, Salud del Niño, Salud del Adulto, Mejoramiento Nutricional, Prevención y Control de Enfermedades y Saneamiento Ambiental. Cada una de estas áreas programáticas tiene líneas definidas de intervención.

53. El ámbito del PSS es nacional, programado a desarrollarse en dos etapas. La primera, comprende la reorganización de ocho departamentos del país y será realizada en tres fases: 1995 (Alta Verapaz, Chiquimula y Escuintla); 1996 (Huehuetenango, Quiché y San Marcos); y 1997 (Jutiapa y Suchitepéquez).

54. Las prioridades para la cooperación al país, en el Bienio 96-97, comprenden la reforma del Sector Salud, tanto a nivel de la conducción sectorial global, como a nivel del mejoramiento de la capacidad operativa local, para fortalecer las funciones de los servicios de salud, en sus tareas habituales y en su función de orientar y contribuir a la producción social de la salud. Incluye también, el control y eliminación de algunas enfermedades transmisibles de relevancia social y económica, tales como: Tuberculosis, Malaria, Sarampión, Dengue, Oncocercosis, Lepra, Brucelosis y Tuberculosis bovina etc. Abarca así mismo, las actividades de promoción y protección de la salud, orientadas a desarrollar condiciones en el ambiente y en el estilo de vida que favorezcan la salud de las personas. La prioridad de cooperación, está centrada también, en las acciones de protección al medio ambiente y de mejoramiento de los servicios de saneamiento básico. El desarrollo de recursos humanos institucionales y comunitarios con especial interés, en la formación de técnicos y auxiliares de manera descentralizada, es otro aspecto fundamental.

55. La cooperación técnica, para llevar adelante los compromisos del país, comprendidos en la Iniciativa de Salud Centroamericana, Fase III y apoyar el papel, que debe jugar la salud en el proceso de paz y desarrollo, figura entre las áreas prioritarias.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

56. Movilización de recursos: La OPS seguirá cooperando con el gobierno en la movilización de una amplia gama de recursos en el marco de los procesos de integración y la iniciativa de salud de Centroamérica y de los procesos nacionales de lucha contra la pobreza y consolidación de la paz. Es así como se tratará de continuar con la movilización de recursos de la OMS/ICO y gobiernos nórdicos (ASDI) PASCAP/DANIDA e italiano (desarrollo integral y humano) y de México (convenios bilaterales) para apoyar las iniciativas que contribuyan a garantizar un incremento en la capacidad operativa y respuesta local. Así mismo se tratarán los esfuerzos políticos necesarios para canalizar los recursos provenientes de los préstamos del banco mundial y del banco interamericano para apoyar los procesos de la reforma sectorial en salud y agua, y saneamiento a un costo efectivo alto.

57. Diseminación de Información: Especial énfasis se dará a la cooperación en desarrollar la capacidad de análisis de la situación de salud y sus tendencias, y de epidemiología práctica para intervenir oportunamente y eficazmente en las solución de los problemas de salud pública de alto impacto social y epidemiológico. Se apoyará al país en la implantación de los sistema de información siglo y cuaje en la red de establecimientos de las áreas de salud para facilitar los procesos de decisión-acción de la gestión sanitaria.

58. Adiestramiento: En el contexto de la reforma sectorial el campo de los recursos humanos requiere y necesita especial atención de la cooperación de la OPS, para apoyar a las autoridades de salud en la definición del marco de referencia del desarrollo de los recursos humanos en el contexto de la reforma sectorial y la formulación de la política y el plan de desarrollo de recursos humanos en la agenda de salud 1996-2000. También la cooperación apoyará el desarrollo y consolidación de la escuela de salud pública y epidemiología de la Universidad de San Carlos como Centro Nacional de Pensamiento e Investigación, para impulsar los cambios estructurales de la salud en Guatemala. a) Se brindará apoyo a los procesos de formación y capacitación de técnicos y auxiliares para la extensión de cobertura con base a la estrategia de atención primaria, a la capacitación y educación continua de la comunidad y otros actores sociales para vincular la salud al desarrollo local.

59. Desarrollo de Políticas, Planes y Normas: La agenda de desarrollo para Guatemala en el período 1996-2000 estará orientada por aquellos procesos que conduzcan a la eliminación de la pobreza en que se encuentra el 80% de población mediante la formulación y ejecución de políticas, planes y programas, que garanticen un desarrollo sostenible y humano. En este contexto la cooperación técnica se orientará a apoyar a las autoridades de salud, de otros sectores y poderes del estado en lograr vincular a la salud en la agenda política de desarrollo, en discusiones y orientaciones de los recursos macroeconómicos, en legislaciones de alto impacto social y en procesos de reforma, modernización y descentralización del estado.

60. Cooperación Técnica Directa: La OPS/GUT continuará consolidando el proceso de desconcentración de la cooperación (CTD) a nivel de las áreas y distritos -SILOS- a fin de ser concordantes con los procesos nacionales de descentralización y

democratización de la salud y de garantizar una entrega de la cooperación mas directa, oportuna y que responda a las necesidades reales de la comunidad.

61. Promoción de la investigación: La cooperación técnica apoyara dos tipos de investigación, aquella orientada a la búsqueda de nuevas formas de organización y administración en los servicios de salud y aquella investigación operativa que contribuya a la identificación y desarrollo de tecnología apropiadas para el control y erradicación de enfermedades de alto impacto social y epidemiología a un costo eficiencia y efecto acordes con el desarrollo local de Guatemala.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. El proceso de construcción de la paz en Guatemala requiere eliminar progresivamente las causas de inequidad que han originado el conflicto interno y estimular la participación efectiva de la sociedad en su conjunto. Las autoridades de salud, convencidas que la salud puede promover un trabajo conjunto que permita sobrepasar diferencias ideológicas, construir la paz e impulsar el desarrollo: requieren la participación de la cooperación técnica de la OPS/GUT, en promover la valoración de la salud dentro del ámbito político económico para la resolución de las causas que originan la inequidad. Apoyar la formulación de políticas que permitan la aplicación de modelos de salud mas justos que permitan el ejercicio de los derechos y responsabilidades de los guatemaltecos; la participación de la salud en programas de combate a la pobreza; las inversiones en ambiente y salud (país) y la incorporación de la población indigna y de la mujer en los procesos decisorios.

2. Dentro de la tendencia mundial a la globalización y la conformación de bloques que promuevan la unión de esfuerzos entre los países, los gobiernos centroamericanos han iniciado acciones a través del SICA. Sin embargo estas deben complementarse con la generación de respuestas acordes con las necesidades de salud a nivel nacional y regional que tiendan a la elaboración de un pensamiento común para que viabilice la solución de su problemática. Por otra parte en la reunión de la IX RESSCA se acordó definir bases para la preparación de la fase III de la iniciativa de salud centroamericana y se elaboro una agenda de trabajo para los próximos 5 años. Dentro de este contexto se ha señalado como prioridad nacional. a) Revisar y fortalecer los mecanismos de coordinación de las iniciativas de salud en centroamérica. b) Contar con políticas macroeconómicas y sociales en el marco de la integración centroamericana. c) Apoyar al parlamento centroamericano. d) Fortalecer los trabajos conjuntos en los sistemas locales interfronterizos. e) Incorporar la atención en salud en los planes que surjan de la alianza centroamericana para el desarrollo humano sostenible.

3. El proceso de reforma sectorial para un cambio estructural de la salud en Guatemala cuyo período de ejecución 95-2000, implica una serie de cambios que impactan en: las políticas y planes de salud; en la organización y gestión de sistemas, instituciones y servicios de salud del ministerio de salud, instituto guatemalteco de seguridad social, sector privado, militar y ONGs; en el financiamiento y en el desarrollo de los recursos humanos en la reeducación del modelo de salud y del modelo de atención, en la descentralización y fortalecimiento de los sistemas locales, mayor participación social en el proceso de producción social de la salud. Tiene como propósito la modernización del sector salud y el fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutive del nivel local mediante las estrategias de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud (silos), constituye la principal prioridad nacional para hacer efectiva la participación social, focalizar los servicios en problemas de mayor impacto

social y epidemiológico en los grupos prioritarios, integrar los programas de promoción de la salud, los de protección del medio ambiente y los de control de enfermedades en modelos de atención integrada, diferenciados conforme los requerimientos de la heterogeneidad étnica y socio-cultural que caracteriza el país, con el propósito de incrementar la cobertura, mejorar el impacto de salud en el desarrollo y lograr la equidad. Los requerimientos de cooperación a la OPS en el proceso de reforma sectorial durante 1996-1997 se orientan a los diferentes actores sociales comprometidos con la reforma sectorial en aspectos relacionados con: desarrollo de servicios de salud, recursos humanos, financiamiento, medicamentos y servicios clínicos de diagnóstico y terapéuticos; coordinación intersectorial y con otros poderes del estado; desarrollo de sistemas de información, capacidad de liderazgo y gestión sectorial y desarrollo de silos; desarrollo de estrategias de atención y descentralización; incremento de la capacidad de gestión para situación de desastres.

4. Las autoridades nacionales de salud están conscientes de la necesidad de contar con recurso humano institucional y comunitario/voluntario adecuado para la implementación consolidación y sustentación del proceso de reforma sectorial. Tienen especial interés en promover la formación de técnicos y personal auxiliar en forma descentralizada y la de capacitar al personal institucional y la comunidad en contenidos básicos prioritarios para que participen activamente en la promoción y construcción social de la salud. Además se ha tipificado la necesidad de crear una masa crítica de alto nivel con participación de las instituciones formadoras y prestadoras de servicios, para la conducción del desarrollo de la salud públicamediante un nuevo esfuerzo de una escuela nacional de salud pública. Los requerimientos de cooperación de OPS/oms durante 1996/97 se centran en el desarrollo de políticas, planes y programas de formación, capacitación y utilización del recurso humano para la salud, dentro del marco de la reforma del sector, con un enfoque prospectivo, estratégico, descentralizado y de desarrollo humano. En el uso de metodologías de enseñanza aprendizaje con la estrategia de estudio-trabajo, la problematización y la investigación reflexión acción en el desarrollo y uso de instrumentos de información que mejoren la administración del recurso humano. Así mismo para el desarrollo de la escuela nacional de salud pública, movilizand la cooperación técnica entre países, que permita la administración de conocimientos y aportar técnicos de alto nivel para la conducción y el desarrollo integral de la salud del país. También se requiere cooperación técnica para el desarrollo y consolidación de la red nacional de centros de documentación e información bibliográfica que fortalecen el desarrollo del recurso humano.

5. Reestructuración del sistema de vigilancia epidemiológica, y de información en salud para su mejor utilización a nivel local en el análisis de situación de salud para la gestión, planificación y teniendo en consideración los factores políticos, sociales, económicos y culturales que afectan la situación de salud.

6. Fortalecimiento de la capacidad del sector para el desarrollo de las políticas sanitarias que focalicen la atención en los problemas prioritarios y en los grupos de mayor riesgo que constituyen la mayoría de la población guatemalteca para conducir procesos intersectoriales de promoción de la salud y de estilo de vida saludables.

7. Mejoramiento de la capacidad técnica y gerencial del sector para garantizar a los grupos de mayor riesgo, principalmente a la mujer, al niño(a) y a la población desarraigada, una adecuada alimentación y nutrición.

8. Fortalecimiento de la capacidad nacional para extender la cobertura del control de alimentos introduciendo actividades de protección de alimentos en los programas regulares de las áreas y distritos de salud.

9. Reforma del sector agua y saneamiento para conducir procesos sostenidos de inversiones orientados a la extensión de coberturas, preservación y rehabilitación de infraestructura existente y provisión de servicios. La cooperación de la OPS/GUT ha sido requerida en los siguientes campos: a) Formulación de políticas sectoriales. b) Gestión de recursos para el proceso de reforma e inversiones. c) Uso de tecnologías adecuadas.

10. Fortalecimiento de la capacidad del sector ambiente y salud a fin de integrar estos elementos al proceso de desarrollo nacional sostenible tal como está planteado en los convenios suscritos por Guatemala en la CNUMAD y la alianza Centroamericana para el desarrollo sostenible. La cooperación de la OPS/GUT ha sido requerida en los siguientes campos: a) Abogacía de la salud y ambiente en el proceso de desarrollo nacional sostenible. b) Participación informada de la población en la gestión de salud ambiental. c) Evaluación del impacto ambiental con valoración para la salud humana. d) Vigilancia ambiental y epidemiológica.

11. Las líneas de acción programáticas prioritarias en el control de enfermedades se encuentran en concordancia con los problemas de salud prioritarios por su magnitud o trascendencia, como son: control y/o eliminación de enfermedades inmunoprevenibles por vacunas y mantenimiento de coberturas que tengan impactos con costos administrativos aceptables; continuar con la vigilancia y prevención de las enfermedades diarreicas (incluyendo el cólera); y transmitidas por alimentos; consolida la eliminación de la lepra y oncocercosis; y el control de las infecciones respiratorias agudas.

12. Continuar con el desarrollo de un programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino.

13. Promover la eliminación de rabia canina, tuberculosis y brucelosis bovina, así como la infección del humano.

14. Continuar con las actividades de control y prevención de la infección por el virus del HIV y SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: APOYO AL DESARROLLO, GESTION Y COORDINACION DE LOS PROGRAMAS EN EL PAIS

PROPOSITO

Conducción y entrega de la cooperación técnica para apoyar al país en la reforma sectorial, a controlar los factores de riesgos de los problemas de salud pública de alto impacto positivo, social, y epidemiológico; propiciar políticas de salud que la integran al proceso de desarrollo sostenible y humano; fortalecer los procesos nacionales de análisis y gestión de los servicios de salud; y descentralización de la cooperación técnica de las áreas prioritarias; y de desarrollo administrativo de la representación para apoyar la entrega de la cooperación y su efectiva descentralización.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Integración de la cooperación técnica en función de las políticas nacionales y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS.

2. Orientación y movilización de los recursos de cooperación técnica hacia los procesos de desarrollo nacional de salud, focalizados y funcionando descentralizadamente, teniendo como finalidad el complemento de las políticas de desarrollo sostenible y humano y de acuerdo al planteamiento de la estrategia de atención primaria y al desarrollo de los sistemas locales de salud.

3. Capacidad técnica y administrativa de la representación fortalecida y adecuada a los requerimiento de la cooperación descentralizada y la utilización óptima de los recursos asignados.

1. Política nacional de salud 1996-2000 conduciendo la vinculación de la salud en el desarrollo integral y humano para luchar contra la pobreza y consolidar la paz, a finales de 1996.

2. Areas de salud de la reforma sectorial con capacidad operativa y de respuestas a los problemas de salud pública de alto impacto social, social político y epidemiológico, a finales de 1997.

3. Programa de cooperación técnica que integre los aportes de los diferentes componentes técnicos en función del proceso de reforma sectorial y descentralización político y administrativa durante el bienio.

1. Programas anuales y cuatrimestrales formulados, ejecutados y evaluados, durante el bienio.

1. Estrategia de cooperación formulada y periódicamente reevaluada, durante el bienio.

1. Oficinas de la OPS/GUT en Huehuetenango, Quiché, Escuintla, Alta Verapaz, y Chiquimula entregando cooperación técnica en forma desconcentrada en los distritos o sistemas locales de salud a finales de 1996.

2. Sistemas administrativos y financieros de la PWR rediseñados y automatizados para apoyar la entrega desconcentrada de la cooperación técnica a finales de 1996.

3. Personal administrativo de PWR capacitado para administrar eficientemente los sistemas administrativos, a finales de 1996.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 2: SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO****PROPOSITO**

Construir sustantivamente el proceso de consolidación de la paz y de reconciliación nacional, vinculando la salud al desarrollo económico y social a fin de lograr el desarrollo sostenible y humano para impactar en la situación de pobreza en que se encuentra el 80% de la población guatemalteca, mediante la vigilancia y participación sobre las políticas macroeconómicas y sociales en Guatemala y en Centroamérica en el marco de la ISCA; la formulación y gestión de políticas, planes y proyectos, el fortalecimiento de la coordinación sectorial y con otros poderes del estado, la participación de la sociedad civil organizada y entre ella prioritariamente la mujer y la población indígena durante el período 1996-1997.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La salud vinculada y participando en los programas de combate a la pobreza en el marco del proceso de consolidación de la paz y reconciliación nacional.

2. Marco político, metodología e instrumental definido para vigilar e intervenir sobre las políticas macroeconómicas y sociales a nivel de Guatemala y como aporte a Centroamérica en el marco de la iniciativa de salud (ISCA) a finales de 1996.

3. Sector salud de los municipios apoyados con la cooperación técnica desconcentrada y el proyecto mujer, salud y desarrollo incorporan en los consejos técnicos a representantes de las organizaciones de mujeres y población maya para el diseño del modelo de atención, la prevención y atención de la violencia intrafamiliar e integrar la información sobre estos grupos al sistema nacional de información en salud para 1997.

1. Incremento de la participación del gasto en salud a un 2% en el producto interno bruto a finales de 1997.
2. Plan de desarrollo económico y social 1996-2000 elaborado con alto contenido social y priorización estratégica de salud a finales de 1996.

3. Organizaciones de los pueblos mayas y grupos de mujeres participando en la construcción del modelo de atención en los departamentos de la zona de paz a finales de 1997.

1. Proyectos formulados y ejecutados de carácter autogestionario y participativo por parte de la sociedad civil que vinculen a la salud a los programas de lucha contra la pobreza en las áreas de paz (ZONAPAZ), a finales de 1996.

2. Proyecto de vigilancia y planificación de la salud para la población migrante y mujer indígena ejecutado y evaluado a finales de 1997).

1. Funcionarios del sector salud y finanzas capacitados en el marco metodológico e instrumental (macrofina, microfina, ASIS/SIGLO) a finales de 1996.

2. Propuestas de leyes relacionadas con la salud presentadas, en debate y aprobadas a nivel del poder legislativo en Guatemala y del parlacen a finales de 1997.

3. Grupo conductor de la salud capacitado en aspectos gerenciales y económicos a finales de 1996.

1. Ocho cabeceras municipales contando con personal institucional sensibilizado para modificar la atención de la salud reproductiva de la mujer indígena, la atención a la mujer agredida en los servicios de salud y la población maya, a finales del bienio.

2. Nueve acuerdos de coordinación y trabajo conjunto entre mujeres e indígenas con los servicios de salud, a finales de 1996.

3. Ensayo de la incorporación de la propuesta sobre registro de la violencia en una área de salud, a finales de 1996.

4. Propuesta de ley de violencia intrafamiliar divulgada y promovida a nivel del congreso, a finales del bienio.

5. Producción de una serie radial, para el nivel local, un video de género y etnia, y material sobre salud de la mujer, durante 1996.

6. Ocho consejos de salud de la mujer indígena reconocidas y legitimadas localmente, a finales del bienio.

Objetivos

PROYECTO 3: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Vincular a la salud en procesos políticos y técnicos de la integración centroamericana, reevaluando los actuales mecanismos de coordinación entre los diferentes sectores de la salud de centroamérica, apoyando políticamente y movilizando recursos para la ISCA, desarrollando sistemas comunes de la vigilancia y regulación de la salud, y la elaboración y ejecución de proyectos a nivel de sistemas locales fronterizos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistemas de vigilancia y regulación de la salud operando en los SILOS interfronterizos con México, Belice, El Salvador y Honduras en aspectos relacionados con el control y prevención de enfermedades transmisibles, inocuidad de alimentos y productos alimenticios y manejo sanitario de desechos.

2. Incorporación del componente salud de Guatemala en la alianza centroamericana para desarrollo humano y sostenible mediante el replanteamiento y fortalecimiento de los mecanismos de participación en la SICA, la RESSCA, la III fase de la ISCA y PARLACEN.

PROYECTO 4: INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS

PROPOSITO

Fortalecer la capacidad nacional en aspectos relacionados con la vigilancia y epidemiología práctica, que permitan conocer e intervenir en los cambios de la situación de salud y condiciones de vida, prestando especial atención al 80% de la población guatemalteca en situación de pobreza.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Distritos y áreas de salud (SILOS) prioritarios con capacidad de vigilar e intervenir en los cambios de la situación de salud y condiciones de vida de la población en situación de pobreza a finales de 1997.

Indicadores

1. Plan de salud 1995-2000 de Guatemala formulado concordante política y programáticamente con los lineamientos dados por la III ISCA, al finalizar 1996.

2. Enfermedades de alto impacto social y epidemiológico controladas en los SILOS interfronterizos de Guatemala con México, Belice, Salvador y Honduras al finalizar 1996.

1. Análisis de situación de salud realizado en los SILOS interfronterizos al finalizar 1996.

2. Cuatro planes de acción interfronterizos formulados y en ejecución a finales de 1997.

3. Sistemas de vigilancia y regulación funcionando en los SILOS interfronterizos a finales de 1997.

1. Cartera de proyectos elaborada para la III fase de la ISCA a principios de 1996.

2. Propuestas elaboradas y presentadas formalmente por el gobierno guatemalteco sobre alternativas para vincular a Guatemala-sector en la alianza centroamericana para el desarrollo humano y sostenible, a finales de 1996.

1. Vigilancia e intervenciones realizadas para erradicar el polio, eliminar la lepra, control de la rabia humana y canina, erradicar la oncocercosis, control de la malaria y dengue, control y prevención del SIDA, control y prevención del SIDA, control y prevención del cáncer cérvico uterino, ira y diarreas a finales de 1996.

1. Módulos de salud y epidemiología del sistema de información para la gestión local, diseñados e implementados en la red de servicios de los distritos de las áreas de salud prioritarias a finales de 1997.

2. Sistema de vigilancia de la salud rediseñado e implementado en las áreas de salud prioritarias a finales de 1996.

3. Análisis de situación de salud, elaborados en los distritos de las áreas de salud prioritarias a finales de 1996.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 5: ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA****PROPOSITO**

Desarrollar la capacidad operativa y respuesta local -sistemas locales de salud- a los problemas de alto impacto social y epidemiológico en grupos prioritarios de población, en especial a pobres, marginados, indígenas, mujeres, madres y niños; mediante el análisis y desarrollo de propuestas de organización y financiamiento de sistemas, servicios e instituciones de salud (administración estratégica), desarrollo del sistema de información para la gestión local (SIGLO), y del sistema de información gerencial (cuaje), mejorar el mantenimiento en todos los establecimientos de la red de servicios de las áreas de salud; desarrollar un modelo de atención integral en Escuintla, Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Quiché y San Marcos; preparación y desarrollo de planes de atención en situaciones de desastre y mejorar la calidad de la atención en toda la red de servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Las áreas de salud de Escuintla, Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Quiché y San Marcos (áreas prioritarias), funcionando como sistemas locales de salud (administración estratégica, atención integral a población prioritaria, amplia participación social), al finalizar 1997.

2. Ministerio de salud organizado y con capacidad rectora del proceso de producción social de la salud en aspectos relacionados con la definición de políticas, planes y mecanismos estratégicos de vigilancia y regulación en salud al final de 1997.

1. Las áreas de salud de Escuintla, Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango y Quiché funcionando descentralizadamente, con incremento significativo en la cobertura de programas prioritarios (vacunación, agua y saneamiento, materno infantil), canastas básicas de servicios definidas y entregadas a la comunidad, e incremento en un 60% del presupuesto en funcionamiento e inversión, al finalizar 1997.

1. Sistema de información para la gestión local (SIGLO), versión 1.0, Implantado en la red de establecimiento de las áreas de salud prioritarias, al finalizar 1996.

2. Siglo versión 2.0 implantado en Huehuetango, Quiché y en el hospital San Juan de Dios, Arabela y Pedro Betancourth al finalizar 1997.

3. Sistema de información gerencial implantado y utilizando en los procesos de administración estratégica en los establecimientos de la red de servicios de salud de las áreas prioritarias de salud al finalizar 1997.

4. Modelos de respuesta social organizada para la producción de la salud definidos en las áreas prioritarias al finalizar 1997.

5. Modelos de atención readecuados y definidos localmente en las áreas de salud prioritarias al finalizar 1997.

1. Ministerio de salud reorganizado en todos sus niveles de gestión a finales de 1997.

2. Sistema de planificación redefinido e implementado en las áreas de salud prioritarias a finales de 1996.

3. Sistema de regulación de la salud diseñado e implementado en las áreas prioritarias de salud a finales de 1997.

4. Código sanitario aprobado, legalmente reglamentado e implementado en las áreas de salud prioritarias a finales de 1997.

5. Líderes del sector salud capacitados en aspectos relacionados con la conducción y gerencia sectorial, a finales de 1996.

Objetivos

3. Red social y de servicios articulando la medicina tradicional y occidental y asegurando la atención integral y diferenciada a la salud de la población maya en las cuatro áreas de descentralización de la cooperación técnica.

PROYECTO 6: RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

PROPOSITO

Lograr el desarrollo descentralizado de los recursos humanos de salud, basados en el análisis permanente de la situación de salud y el nuevo modelo de salud, con la participación de todos los actores sociales para fortalecer la capacidad de respuesta a las necesidades locales de salud, principalmente en las ocho áreas de salud que están incluidas en el programa de la reforma sectorial.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Recurso humano formado y capacitado de las áreas de salud de la reforma sectorial en base a las necesidades detectadas en los procesos de desarrollo y transformación de los servicios.

2. La metodología de educación permanente, análisis de situación de salud y análisis del desempeño del equipo de salud, utilizándose en los procesos de cualificación de personal y transformación de los servicios.

3. Instituciones formadoras del sector público de salud formando recurso humano necesario para la transformación del sector salud.

4. La escuela de salud pública en proceso de desarrollo y favoreciendo la coordinación y transformación de las entidades formadoras y prestadoras del servicio del sector salud.

Indicadores

1. Formas de atención innovadoras que articulen la medicina tradicional en los servicios definidas en cada área de cooperación descentralizada para finales de 1997.

2. Documentación y publicación de las experiencias exitosas y las innovadoras durante 1996 y 1997.

3. Población maya participando en la definición del modelo de atención dentro del contexto de los silos en las cuatro áreas de descentralización de la cooperación técnica durante 1997.

1. Perfiles de distribución cualitativa y cuantitativa de recursos humanos de las áreas prioritarias adecuados con las necesidades comparándolos con los perfiles actuales, a finales de 1997.

2. Programa de educación permanente en todas las áreas prioritarias, a finales de 1997.

3. El sistema de administración de personal desconcentrado funcionando en las áreas prioritarias, a finales de 1997.

4. Recurso humano comunitario/voluntario (municipalidades, maestros de educación, ONGs, etc), participando en programas de promoción y construcción social de la salud, a finales de 1997.

1. Las ocho áreas de salud del programa de reforma sectorial tiene planes y programas en ejecución de formación y capacitación de su recurso humano institucional y voluntario con especial énfasis en administración estratégica, salud ambiental, políticas y planificación de salud, epidemiología, medicamentos, preparativos de desastres, mantenimiento, información, etnia y género, alimentación y nutrición, para diciembre de 1997.

1. El 30% del recurso humano del sector público de salud participando en procesos de cualificación y desarrollo, usando la metodología de educación permanente, análisis de situación de salud y análisis del desempeño del equipo de salud para finales de 1997.

1. El 50% de las instituciones formadoras del sector público de salud, han revisado y adecuado el currículum a los lineamientos y necesidades de la reforma del sector salud para finales de 1997.

1. Programas de formación avanzada en salud pública y epidemiología, administración estratégica y salud ambiental en ejecución para finales de 1997.

2. Participación multi-institucional del sector salud en el cuerpo docente e investigador de la escuela de salud pública para 1997.

Objetivos

5. El subsistema de información de recursos humanos del siglo usándose para la administración del personal.

6. La red nacional de centros de documentación e información bibliográfica funcionando.

PROYECTO 7: MEDICAMENTOS ESENCIALES**PROPOSITO**

Establecimiento de un programa nacional de medicamentos esenciales que tenga como marco la política farmacéutica nacional y que coordine los aspectos relacionados con la legislación, acceso a medicamentos eficaces, seguros y de calidad, y que garantice servicios farmacéuticos en el nivel nacional y local, y en uso racional de los medicamentos por los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Propuestas de legislación de medicamentos actualizadas y presentadas a las autoridades de salud.

2. Medicamentos eficaces, seguros y de calidad disponibles y definición de un listado de medicamentos a que accedan las personas que acuden a los servicios de salud.

3. Servicios farmacéuticos nacionales y locales normados y efectuando una gestión de medicamentos acorde a los componentes de selección, suministros y uso racional del medicamento.

Indicadores

1. El 50% de las áreas de salud teniendo en uso el modulo de información de recursos humanos del siglo que apoya la administración del personal de salud para finales de 1997.

1. El 50% de las áreas de salud contando con la información y documentación adecuada sobre salud y desarrollo de recursos humanos para finales 1997.

2. El 80% de los responsables locales de los centros de documentación e información bibliográfica, participando en reuniones de capacitación, coordinación y desarrollo de la red nacional para finales de 1997.

1. Programa nacional de medicamentos establecido al finalizar 1997.

2. Disponibilidad de medicamentos esenciales en los establecimientos de la red de servicios de las áreas de salud de la reforma sectorial a finales de 1997.

1. Reglamento de registro y control de medicamentos elaborado, a finales de 1996.

2. Reglamento de servicios farmacéuticos nacionales y locales elaborado, a finales de 1996.

3. Reglamento de funcionamiento del programa nacional de medicamentos elaborado, a finales de 1996.

1. Listado de medicamentos acorde a morbilidad elaborado por niveles de atención en 1997 en las áreas prioritarias.

2. Criterios de selección desde la etapa del registro, elaborados para finales de 1996.

1. Programas locales de medicamentos funcionando en las áreas prioritarias de la reforma sectorial durante 1996-1997.

2. Servicios farmacéuticos nacionales coordinando con el nivel local, a finales de 1997.

3. Normas elaboradas y revisadas a finales de 1996.

Objetivos

PROYECTO 8: SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

PROPOSITO

Políticas sanitarias implementadas por instituciones nacionales, bajo la conducción del sector salud, mediante el desarrollo de acciones de promoción de salud y estilos de vida saludables para todo ciudadano, focalizando en los problemas prioritarios del niño, mujer, trabajador migrante y población indígena.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El personal de salud responsable de las acciones de promoción de salud a nivel local y central, con capacidad para promover y conducir acciones de promoción de la salud y estilos de vida saludables.

2. Consejos municipales con capacidad para liderar acciones locales encaminadas a solventar los principales problemas de salud de su municipio promoviendo una cultura de ambiente y estilos de vida saludables.

3. Funcionarios del sector educativo de las áreas prioritarias de salud con capacidad para promover acciones de promoción de la salud y estilos de vida saludable con participación de escolares, maestros y padres de familia.

Indicadores

1. 50% de las instituciones locales - escuela, municipalidad, medios de comunicación y salud - de los distritos prioritarios de las áreas de el Quiché, Huehuetenango, Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz - cuatro por área - desarrollando en forma concertada acciones de promoción de la salud y estilos de vida saludables, a finales de 1997.

2. Diez alcaldías de los distritos y áreas de salud prioritarios liberando acciones de promoción de la salud en su municipio a finales de 1997.

3. Objetivos y contenidos educativos sobre salud y estilos de vida saludables incorporados en las currícula de estudios del nivel preprimario y primario a fines de 1997.

4. 40% de medios de comunicación nacional y de las áreas priorizadas, prensa, radio, tv - divulgando periódicamente información sobre salud y estilos de vida saludables a finales de 1997.

1. Cinco funcionarios de salud responsables de la promoción de la salud en las áreas prioritarias el Quiché, Huehuetenango, Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz, desarrollando acciones de promoción de la salud con la participación de otras instituciones, a finales de 1996.

2. El 100% de personal de promoción de la salud, de la dirección general de servicios de salud -DGSS-, implementando mecanismos adecuados para promover la producción y utilización de información sobre salud a ser difundida/transferida a la población a finales de 1997.

1. Diez municipalidades de las áreas prioritarias de salud recibiendo para su estudio y análisis, información periódica sobre aspectos de promoción de salud y estilos de vida saludable, a partir de 1996.

2. Los consejos de diez municipalidades de las áreas de salud prioritarias con capacidad para tomar decisiones sobre acciones para prevenir los principales problemas de salud de su municipio, al final de 1997.

3. Diez municipios de las áreas prioritarias desarrollando proyectos de promoción de la salud mediante la acción concertada de diversas instituciones y actores sociales, al final de 1997.

1. 30% de funcionarios de las escuelas de los distritos prioritarios recibiendo periódicamente información sobre promoción de salud para su estudio, análisis y aplicación en el ambiente escolar; a fines de 1996.

2. 60% de escuelas de los distritos prioritarios desarrollando acciones de promoción de salud y estilos de vida saludables a finales de 1997.

Objetivos

4. Personal idóneo de los medios de comunicación masiva participando en acciones de concientización y motivación sobre su rol en la promoción de la salud y estilos de vida saludables.

PROYECTO 9: ALIMENTACION Y NUTRICION**PROPOSITO**

Instituciones nacionales y grupos comunitarios con capacidad técnica para la toma de decisiones y el desarrollo de acciones tendientes a mejorar el estado nutricional y la seguridad alimentaria de poblaciones a riesgo en las áreas priorizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Personal de salud local de las áreas prioritarias de el Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz, Escuintla y Chiquimula capacitado sobre aspectos de control, tratamiento y vigilancia de la desnutrición proteínica energética, hipovitaminosis a, anemias y deficiencias de yodo.

2. Instituciones a nivel local de los sectores salud, agropecuario, educación y planificación con equipos técnicos capacitados en aspectos de seguridad alimentaria nutricional, en las áreas prioritarias.

3. Promotores comunitarios - de salud, agrícolas y sociales - de los distritos prioritarios de el Quiché y Huehuetenango capacitados para facilitar el abordaje del problema alimentario nutricional de su comunidad.

Indicadores

1. 40% de medios de comunicación masiva nacional participando en actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables a finales de 1997.

2. Cantidad y tipo de material informativo sobre promoción de la salud y estilos de vida saludable enviado a los medios de comunicación masiva, hasta finales de 1997.

1. 50% de personal de los distritos de salud priorizados de el Quiché, Huehuetenango, Escuintla, Alta Verapaz y Chiquimula controlando, tratando y vigilando adecuadamente las deficiencias nutricionales específicas, a finales de 1996.

2. 50% de instituciones a nivel local de los sectores de salud, educación, agrícola y planificación desarrollando, en forma coordinada, acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria nutricional familiar y comunitaria en distritos de salud prioritarios de Huehuetenango, Chiquimula y el Quiché, a finales de 1997.

1. Todo el material necesario para la capacitación de personal de salud en control, tratamiento y vigilancia de las deficiencias nutricionales específicas, elaboradas y validadas a mediados de 1996.

2. Cinco "equipos focales" responsables del desarrollo y seguimiento de los procesos de capacitación sobre control, tratamiento y vigilancia de las deficiencias nutricionales en las áreas prioritarias, formados y capacitados a finales de 1996.

3. 80% de personal de salud, del nivel hospitalario y servicios de salud de las áreas prioritarias, participando en experiencias de aprendizaje sobre control, tratamiento y vigilancia de las deficiencias nutricionales específicas, hasta finales de 1997.

1. Veinticinco funcionarios de las áreas de el Quiché, Huehuetenango y Chiquimula participaron en tutoriales teórico-prácticos sobre aspectos de seguridad alimentaria nutricional, hasta finales de 1997.

1. Metodología para la capacitación de promotores comunitarios en el abordaje del problema alimentario nutricional comunitario, elaborada y validada a mediados de 1996.

2. 30% de las ONG e instituciones gubernamentales de Huehuetenango y el Quiché capacitando a promotores comunitarios en el abordaje del problema alimentario nutricional, durante 1996 y 1997.

3. Ochenta promotores comunitarios capacitados como facilitadores para el abordaje del problema alimentario nutricional, a finales de 1997.

Objetivos

4. Planes/proyectos de seguridad alimentaria nutricional local en desarrollo, en comunidades de distritos prioritarios de Huehuetenango, Chiquimula y el Quiché con el apoyo concertado de recursos comunitarios, de instituciones locales, de proyectos bilaterales y de fondos de compensación social.

PROYECTO 10: INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

PROPOSITO

Lograr que se importen, exporten, expendan y se consuman alimentos de buena calidad, sin adulteración y libres de contaminación química y microbiológica, a través de una correcta manipulación de alimentos y un adecuado sistema de vigilancia y control.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Legislación mejorada con aportes técnicos sobre calidad de alimentos y plaguicidas.

2. Personal de las instituciones de control de alimentos en el mspas y otros ministerios e instituciones fortalecido en su capacidad técnica.

3. Actividades de protección de alimentos incorporadas e implementadas en la programación de las áreas y distritos prioritarios de salud.

4. Personal de salud capacitado para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las ETA e intoxicación por plaguicidas .

Indicadores

1. Cuatro metodologías participativas y toma de decisiones a nivel local/comunitario, documentadas a inicios de 1996.

2. Veinté proyectos comunitarios en alimentación y nutrición desarrollados en las áreas de el Quiché y Huehuetenango con fondos de compensación social hasta finales de 1997.

3. Cuatro comites de desarrollo local coordinan el desarrollo de planes locales de seguridad alimentaria nutricional en comunidades de Quiché y Huehuetenango, a finales de 1997.

1. 70% de las muestras de alimentos analizadas cumplen con los requerimientos de calidad microbiológica, físico-química y de contaminantes a finales de 1997.

2. 90% de harina, azúcar y sal fortificado, 50% dentro de los límites legales, a finales de 1997.

3. 200 Distritos de salud tienen protección de alimentos incorporado en su programación local para 1998.

1. Existencia de proyectos de legislación que faciliten las actividades en protección de alimentos y la coordinación interinstitucional, a finales de 1997.

1. Capacidad técnica adecuada para registro e inspección de alimentos a nivel central mspas, mediante sistemas computarizados a finales de 1997.

2. Cinco áreas de salud con capacidad técnica para manejar un sistema de información y seguimiento de actividades de protección de alimentos, a finales de 1997.

1. 100% de planes de acción integrados elaborados e implementados a nivel de distritos prioritarios de salud a finales de 1997.

1. Sistema de vigilancia epidemiológica de las ETA implementado en 5 áreas de salud, a finales de 1997.

2. Presencia en la DGSS de un sistema actualizado y funcionando de intoxicación por plaguicidas.

Objetivos

5. Recurso humano institucional de diferentes sectores capacitados sobre higiene y manipulación de alimentos y manejo de plaguicidas en las áreas de salud prioritarias.

PROYECTO 11: SANEAMIENTO BASICO**PROPOSITO**

Incremento de las coberturas de servicios de saneamiento básico. Incluye: a) extensión de coberturas; b) rehabilitación y preservación de la infraestructura existente; c) provisión de servicios adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programa nacional de inversiones en ambiente y salud establecido.
2. Proceso de reorganización de las instituciones del sector agua y saneamiento implementado.
3. Instituciones nacionales con capacidad para el uso de tecnologías apropiadas de tratamiento de aguas residuales y desinfección de agua.
4. Vigilancia de calidad de agua de bebida establecida en el país.

PROYECTO 12: CALIDAD AMBIENTAL**PROPOSITO**

Incremento de la capacidad del sector ambiente y salud para la gestión ambiental en el marco del desarrollo sostenible, incluye: a) evaluación y control de riesgos ambientales; b) normatividad de calidad ambiental; c) participación informada de la población.

Indicadores

1. 400 funcionarios del nivel institucional capacitado antes de 1998.
 2. 600 expendedores de agroquímicos capacitados antes de 1998.
 3. 5,000 manipuladores de alimentos capacitados a nivel nacional antes de 1998.
-
1. Rehabilitación de servicios de agua para 200,000 personas en cabeceras municipales y áreas rurales para 1997.
 2. Extensión de coberturas para 500,000 personas con agua y saneamiento en cabeceras municipales y áreas rurales para 1997.
 3. 40% de las cabeceras municipales con manejo de residuos sólidos, para 1997.
 4. 50% de las nuevas plantas de tratamiento de aguas residuales, implementan lagunas de oxidación, para 1997.
 5. Cloración de agua en el 75% de las cabeceras municipales para 1997.
-
1. Fondo de preinversiones operativo en 1997.
-
1. Recursos para el proyecto de reorganización disponible para 1996.
 2. Programa de reorganización en ejecución para 1997.
-
1. Personal de INFOM preparando proyección de lagunas de oxidación en 1997.
 2. Personal institucional y municipal capacitado en desinfección para 1997.
-
1. Vigilancia de calidad de agua conducida por el MSPAS en los 22 departamentos de Guatemala para 1997.
-
1. Consideraciones de salud y ambiente involucradas en el proceso de desarrollo nacional, especialmente en las acciones derivadas de la alianza centroamericana para el desarrollo sostenible.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Personal institucional capacitado para conducir acciones de evaluación y control de riesgos ambientales para la salud.
2. Personal del nivel local capacitado para conducir acciones de control de riesgos ambientales para la salud.
3. Mecanismos de participación informada de la población en control de riesgos ambientales para la salud preparados e implementados.

PROYECTOS 13: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Desarrollar e implementar políticas para reforzar la capacidad resolutive de los sistemas locales de salud para que asuman la responsabilidad de ejecutar actividades de prevención, control, eliminación y/o erradicación de enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, tuberculosis, malaria y otras enfermedades transmitida por vectores, lepra y SIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducción de la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, manteniendo y alcanzando coberturas superiores al 95% en niños menores de 1 año y en mujeres en edad fértil en los municipios de riesgo.
2. Personal de salud del nivel local capacitado en el manejo de los casos de ira y personal comunitario capacitado para desarrollar acciones de salud comunitaria.
3. Personal responsable de la salud materno infantil, del nivel central y local capacitado en la utilización de instrumentos y procedimiento de análisis, planificación, monitoreo y evaluación de las actividades de prevención, control, eliminación o erradicación de las enfermedades transmisibles.

Indicadores

1. Programa de fortalecimiento de capacidad apoyado por ECO/CEPIS/OC implementado en 1996.

1. Proyectos de control de contaminación de aire por combustión de biomasa en el interior de las viviendas implementados en Quiché y Huehuetenango en 1997.

1. Población participando en manejo de riesgos ambientales para la salud en el Quiché y Huehuetenango para 1997.

1. Eliminar el sarampión y tétano neonatal al final del bienio.

2. Eliminar la lepra y oncocercosis, en el país, al final del bienio.

3. Disminuir las tasas de morbilidad en un 50% y mortalidad de las infecciones respiratorias, a finales de 1997.

4. Disminuir la tasa de morbilidad de malaria en un 80%, la de tuberculosis en un 60%.

5. Disminuir la tasa de mortalidad de enfermedades diarreicas en un 40%.

1. Cobertura de vacunación en los niños menores de un año con OPV superiores al 95% en cada municipio, al final del bienio.

2. Vacunación institucional con TT en la mujer embarazada a su primer contacto con los servicios de salud.

3. Vacunación del 100% de mujeres en edad fértil en municipios de riesgo de TNN.

4. 95% de los niños menores de 15 años esten vacunados con la vacuna antisarampionosa al final del bienio.

1. 75% de personal de salud este capacitado con su enfoque integral en IRA y otras afecciones de la niñez, en el país, al final del bienio.

1. Instrumentos y procedimientos elaborados para facilitar la gerencia de la atención materno infantil, durante el bienio.

2. Información sobre ced-cólera disponibles a nivel local para asis y toma de decisiones, al final de 1996.

Objetivos

4. Personal de salud del nivel local capacitado en el manejo de casos de ced-cólera, personal comunitario, para desarrollar acciones de salud comunitaria.

5. Actividades de prevención, educación e información, así como asistencia y control de las personas infectadas por VIH/SIDA, implementadas en los servicios de salud pública y privados; educación pública y privada.

6. Equipos locales con capacidad de gestión para diagnosticar y tratar los casos registrados de tuberculosis.

7. Equipos locales con capacidad para diagnosticar, tratar los casos de malaria y a su vez analizar e interpretar los datos registrados.

8. Eliminar la oncocercosis en todas las áreas endémicas a través del establecimiento del programa de distribución de ivermectina (mectizan) en los niveles locales.

9. Eliminación de la lepra como problema de salud pública.

Indicadores

1. 60% de los promotores de salud comunitario y comadronas del país capacitadas en aspectos de atención a ced de manera integral, durante el bienio.

2. 90% del personal de salud del país capacitado con el enfoque integral de ced, durante el año 1997.

1. Cobertura en todo el país de actividades de información, educación y capacitación en coordinación con el programa nacional, al final del bienio.

2. 80% de instituciones, OGS y ONGs a nivel nacional en coordinación con el programa nacional del SIDA, durante el bienio.

3. 75% de personal de salud en materno infantil público y privado y en medicina tradicional adiestrado, durante el bienio.

4. 100% de bancos de sangre públicos y privados a nivel nacional en coordinación con la comisión de bancos de sangre y el PNS, durante el bienio.

5. Mejor disposición del personal de salud público y privado y población en general, para aceptación de personas infectadas VIH/SIDA.

6. 60% de instituciones reportaron casos de VIH/SIDA al programa nacional de SANIDA, durante el bienio.

1. 100% del personal de los servicios locales con capacidad para tratar los casos de tuberculosis, al final del bienio.

1. 90% del personal del nivel local capacitado en epidemiología, medidas de control y tratamiento de la malaria, en 1997.

1. Cobertura con ivermectina al 95% de las áreas endémicas durante el año 1996, 1997 y 1998.

1. Proporción de casos multibacilares registrados y sometidos a tratamiento con MDT.

2. Proporción de casos que han completado el tratamiento con MDT durante el año.

3. Reducción de la prevalencia de casos durante el año.

4. Proporción de formas multibacilares entre los casos detectados durante el año.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 14: LUCHA CONTRA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Apoyar el arranque de los programas promocionales y preventivos de enfermedades no transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de programas de salud mental comunitario.
2. Desarrollo de programas promocional y preventivo de cáncer cérvico uterino así mismo el sistema de registro de casos y definiciones.

PROYECTO 15: SALUD PUBLICA VETERINARIA

PROPOSITO

Favorecer el desarrollo de un proceso de gestión nacional que permita mejorar las condiciones destinadas a la eliminación de la rabia humana y canina; el control y la posterior erradicación de la brucelosis y tuberculosis bovinas; la prevención para que Guatemala continúe libre de fiebre aftosa.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoramiento del funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológico de la rabia.

5. Proporción de niños (0-10 años), entre los casos nuevos detectados durante el año.

6. Proporción de discapacidades entre los casos nuevos detectados durante el año.

1. Conocer la tasa de incidencia de los casos de cáncer en el PIAS al final del bienio.

2. Que todos los pacientes de salud mental sean atendidos en una área específica.

1. Aplicación del programa de salud mental en 3 municipios de un área prioritaria al final del bienio.

1. Existencia de un programa nacional de prevención y control de cáncer cérvico uterino, al finalizar el año 1996.

1. Disminuir en 90% los casos de rabia en personas y animales, al final del bienio.

2. Aumentar en un 60% del número de perros vacunados al final del bienio.

3. Disminuir en un 30% la prevalencia de brucelosis y tuberculosis en el ganado al final del bienio.

4. Ausencia de fiebre aftosa en Guatemala.

1. Disponibilidad actualizada de información sobre ocurrencia semanal de rabia en personas durante 1996.

2. Disponibilidad actualizada de información sobre ocurrencia semanal de rabia en animales domésticos en el año 1997.

3. 24 Talleres de vigilancia epidemiológica de rabia en el país al final del bienio.

4. Seminario nacional sobre vigilancia epidemiológica de la rabia en 1996.

5. 100% de personas con criterios uniformes sobre el control de focos en el país al final del bienio.

ObjetivosIndicadores

2. Mejoramiento de la educación sanitaria de la comunidad destinada a lograr su participación activa en el programa de combate de la rabia.

1. 64 Charlas a maestros y escolares sobre como combatir la rabia en el país al final del bienio.

2. 200 Charlas a grupos comunitarios sobre como combatir la rabia en el país al final del bienio.

3. 100% Personas capacitadas para la notificación de focos en el país durante el bienio.

4. 120 Personas adiestradas en técnicas de vacunación en el país en el bienio.

3. Mejoramiento de la coordinación interinstitucional para el combate de la rabia.

1. Que se haga efectivo el funcionamiento del convenio existente entre los ministerios de salud y agricultura para el combate de la rabia al final del bienio.

2. Cuatro reuniones de la comisión nacional de zoonosis en el país al final del bienio.

3. 100% del personal del ministerio de agricultura que participen en la vigilancia epidemiológica de la rabia al final del bienio.

4. Mejoramiento de la calidad del diagnóstico del laboratorio de rabia de la DGSS.

1. Disponibilidad de reactivos necesarios.

2. Disponibilidad de un microscopio de inmunofluorescencia y un congelador en buenas condiciones de funcionamiento 1996.

3. Capacitación de dos personas en técnicas de diagnóstico en 1996.

4. 30% de muestras enviadas a INNPAZ para el monitoreo del diagnóstico de laboratorio.

5. Reducción del riesgo de contraer brucelosis y tuberculosis bovinas por el hombre mediante la eliminación de estas enfermedades de ganado.

1. 100% de veterinarios estatales y de la práctica privada, capacitados con los criterios sobre la aplicación de normas y procedimientos para el combate de la brucelosis y tuberculosis bovinas al final del bienio.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,888,300	43.5	2,136,400	44.0	2,231,400	42.6
POLITICA PUBLICA Y SALUD	25,100	.6	127,200	2.6	147,000	2.8
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	0	-	69,400	1.4	80,200	1.5
	25,100	.6	57,800	1.2	66,800	1.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,248,400	28.7	1,461,000	30.1	1,476,200	28.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	1,248,400	28.7	1,461,000	30.1	1,476,200	28.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	481,800	11.1	394,500	8.1	430,500	8.2
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	421,600	9.7	394,500	8.1	430,500	8.2
	60,200	1.4	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	133,000	3.1	153,700	3.2	177,700	3.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	133,000	3.1	153,700	3.2	177,700	3.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	990,800	22.7	880,100	18.1	974,500	18.6
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	781,000	17.9	656,700	13.5	719,700	13.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	781,000	17.9	656,700	13.5	719,700	13.7
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	124,900	2.9	142,500	2.9	161,200	3.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	124,900	2.9	142,500	2.9	161,200	3.1
MEDICAMENTOS ESENCIALES	84,900	1.9	80,900	1.7	93,600	1.8
MEDICAMENTOS ESENCIALES	84,900	1.9	80,900	1.7	93,600	1.8

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	405,100	9.3	545,500	11.2	601,900	11.5
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	131,600	3.0	170,200	3.5	191,800	3.7
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	131,600	3.0	170,200	3.5	191,800	3.7
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	273,500	6.3	375,300	7.7	410,100	7.8
ALIMENTACION Y NUTRICION INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	273,500	6.3	290,300	6.0	314,300	6.0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	498,600	11.4	590,900	12.1	649,400	12.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	498,600	11.4	590,900	12.1	649,400	12.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	415,800	9.5	477,200	9.8	521,200	10.0
	82,800	1.9	113,700	2.3	128,200	2.4
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	574,000	13.1	705,300	14.6	778,200	14.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	484,400	11.1	591,300	12.2	649,300	12.4
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA. OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	62,300	1.4	48,300	1.0	55,800	1.1
	422,100	9.7	543,000	11.2	593,500	11.3
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	54,000	1.2	56,600	1.2	63,300	1.2
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	54,000	1.2	56,600	1.2	63,300	1.2
SALUD PUBLICA VETERINARIA	35,600	.8	57,400	1.2	65,600	1.3
ZOONOSIS	35,600	.8	57,400	1.2	65,600	1.3
GRAN TOTAL	4,356,800	100.0	4,858,200	100.0	5,235,400	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	888,600	17.0	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	142,300	2.7	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 142,300	2.7	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	721,800	13.8	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 715,000	13.7	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 6,800	.1	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	24,500	.5	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 24,500	.5	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	2,310,300	44.4	571,400	100.0	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	2,193,700	42.2	571,400	100.0	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 2,193,700	42.2	571,400	100.0	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	116,600	2.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV 116,600	2.2	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	211,300	4.1	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	211,300	4.1	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 211,300	4.1	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	417,400	8.0	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	417,400	8.0	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	33,700	.6	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	383,700	7.4	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,384,400	26.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,384,400	26.5	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	189,300	3.6	0	-	0	-
SIDA	690,000	13.2	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	438,800	8.4	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	66,300	1.3	0	-	0	-
GRAN TOTAL	5,212,000	100.0	571,400	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	3,637,700	4	12	1,370,000	229,700	59,800	150,000	525,300	199,400	0	1,095,500
OMS - WR	719,100	2	1	461,600	48,700	18,900	32,000	56,600	35,900	0	65,400
TOTAL	4,356,800	6	13	1,831,600	278,400	78,700	190,000	581,900	235,300	0	1,160,900
% DEL TOTAL	100.0			42.0	6.4	1.8	4.4	13.4	5.4	.0	26.6
1996-1997											
OPS - PR	3,964,400	5	11	1,484,200	146,400	101,300	110,300	584,200	225,500	0	1,312,500
OMS - WR	893,800	2	1	508,200	48,000	29,400	40,000	23,400	61,500	0	183,300
TOTAL	4,858,200	7	12	1,992,400	194,400	130,700	150,300	607,600	287,000	0	1,495,800
% DEL TOTAL	100.0			41.0	4.0	2.7	3.1	12.5	5.9	.0	30.8
1998-1999											
OPS - PR	4,260,700	4	11	1,434,300	146,400	116,800	110,300	675,600	260,400	0	1,516,900
OMS - WR	974,700	2	1	543,000	48,000	33,900	40,000	27,000	71,100	0	211,700
TOTAL	5,235,400	6	12	1,977,300	194,400	150,700	150,300	702,600	331,500	0	1,728,600
% DEL TOTAL	100.0			37.8	3.7	2.9	2.9	13.4	6.3	.0	33.0

GUYANA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población total de Guyana se estimaba en 730.000 habitantes (50,8% de sexo femenino, 49,2% de sexo masculino) en 1993. Este total ha descendido respecto a la cifra de 758.619 habitantes en 1980 como resultado de una gran emigración, principalmente a América del Norte y a la región del Caribe.

2. La composición étnica es diversa: los habitantes de ascendencia africana constituyen el 35,6% de la población, los de ascendencia india el 49,5%, y los de ascendencia portuguesa, china, amerindia y mixta el 15% restante. De este último grupo, se estima que el número de amerindios (concentrados en las regiones 1, 2, 7, 8 y 9) asciende a 49.713, es decir, constituyen el 6,81% de la población total.

3. Debido a la geografía de Guyana, la distribución demográfica es muy desigual. Alrededor de 7/8 de la población total viven en un tramo de unos 300 km del litoral —cuya longitud es de 430 km— en aldeas de diferentes tamaños con 2000 a 20.000 habitantes. Se observa una acusada concentración demográfica en Linden, pueblo minero mediterráneo, pero el resto vive en pequeñas comunidades dispersas en zonas ribereñas y en las sabanas del interior del país. Además, la falta de migración en gran escala de las zonas rurales a las urbanas y de crecimiento de la población urbana en los últimos años indica que el número de habitantes que residen en las ciudades —que en 1993 representaban el 31% del total— ha permanecido bastante estable.

4. La estructura etaria de la población también ha mostrado poca fluctuación desde 1985. Las últimas cifras, correspondientes a 1993, revelan que los niños menores de 15 años constituyen el 34,9% de la población total, la población económicamente activa (de 15 a 64 años de edad) representa el 61,2% (porcentaje que supera el 52,8% registrado en 1985) y las personas de 65 años o más el 3,9% (en 1985 el porcentaje ascendía a 4,7%).

Indicadores del estado de salud

5. Según los datos oficiales, la tasa bruta de natalidad de Guyana fue de 26,5 por 1000, en tanto que la tasa bruta de mortalidad ascendió a 6,7 por 1000 en 1993. Ambas cifras se han mantenido prácticamente sin variaciones durante los últimos nueve años, lo cual significa que la tasa de crecimiento vegetativo de la población de Guyana en el período 1985-93 ha sido de 17 por 1000, o sea, de 1,7% por año. La tasa de fecundidad total registra una estabilidad similar, ya que ha variado sólo de 2,8 a 3,1 niños por cada mujer de 15 años o más. La esperanza de vida, sin embargo, ha mostrado mucha más variabilidad. Ha descendido de 70 años en 1985 a 64,0 en 1993, registrando un punto bajo de 63 en 1986 y en 1987. No se han compilado cifras desglosadas por sexos desde 1987, año en que la encuesta de GUYREDEM calculó una esperanza de vida de 70,8 años para las mujeres y de 65,8 años para los hombres.

6. La mortalidad infantil ha seguido un perfil similar: de 43,9 por 1000 en 1985, se elevó a 49 en 1987, recuperándose a 42,9 en 1992 y, según los informes, registró un valor de 34,9 por 1000 en 1993.

7. El número total de defunciones registradas en 1988 fue de 4021; 4879 en 1990 y 3853 en 1992.

8. Las diez causas principales de mortalidad fueron las mismas en los tres años, sin presentarse tampoco muchas variaciones en el orden de las mismas. Las enfermedades cerebrovasculares siguen ocupando el primer lugar, la cardiopatía isquémica se mantiene en segundo lugar y otros accidentes en décimo lugar en los tres años.

9. Se puso en evidencia además que, con una sola excepción (infecciones intestinales), todas las causas de mortalidad corresponden a enfermedades no transmisibles. Se han encontrado asimismo vínculos obvios entre algunas causas: en particular, las enfermedades cerebrovasculares y las relacionadas con la hipertensión pueden considerarse, para todos los efectos prácticos, una misma entidad.

10. Además, en algunos casos, la causa más frecuente de mortalidad de un grupo dado radica en una sola enfermedad. La diabetes mellitus, por ejemplo, es indudablemente la causa más importante de mortalidad en el grupo de "enfermedades endocrinas y metabólicas, trastornos del sistema inmunitario".

11. Con respecto a los datos de morbilidad, las diez enfermedades más frecuentes notificadas en 1993 fueron la caries dental, la malaria, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, la hipertensión, las helmintiasis, la diabetes mellitus, la artritis reumatoide, los accidentes y traumatismos, y la sarna. Se dispone de datos sobre variaciones cronológicas de la incidencia de malaria y, en grado mucho más limitado, sobre las enfermedades diarreicas. El número de casos de malaria ha mostrado una tendencia ascendente desde 1984, año en que sólo se notificaron 3006 casos, en tanto que en 1993 hubo 33.172 casos. El número de casos de diarrea descendió de 22.510 en 1992 a 11.354 en 1993, tras la introducción del programa de control de enfermedades diarreicas en 1991 y su fortalecimiento después del brote del cólera de 1992. Sin embargo, hay una variación importante para éstas y otras enfermedades principales en los diferentes grupos de edad y regiones. Los primeros casos diagnosticados de SIDA se notificaron en 1987. En 1993, el total de casos informados ascendía a 496, de los cuales 354 fueron hombres y 142 mujeres. De los 160 casos informados en 1992, el 78,8% eran personas heterosexuales. El número de casos femeninos ha aumentado rápidamente. En todos los años, el grupo más afectado es el de 20 a 35 años de edad.

Factores que afectan el estado de salud

12. Existen problemas generalizados de saneamiento básico, sobre todo en ciertas partes de Georgetown, donde los nuevos programas de vivienda, las fábricas, las instituciones comerciales y las industrias se han desarrollado sin cumplir con el plan de urbanización. No se han mejorado los servicios existentes, como alcantarillado, desagüe y recolección y eliminación de residuos sólidos, ni se han ampliado para satisfacer las nuevas necesidades que impone ese tipo de desarrollo. Por el contrario, prevalece el abastecimiento insuficiente de agua de mala

calidad, el estancamiento de las aguas residuales en los canales de drenaje, el vertimiento indiscriminado de residuos sólidos en los canales y en los parapetos callejeros, creando de esa manera un ambiente insalubre. Por ejemplo, se han puesto en marcha algunos programas de vivienda sin contar con sistemas adecuados de alcantarillado, y las fosas sépticas y las letrinas de pozo son el único medio para la evacuación de las aguas negras. Lamentablemente, la ubicación de estas fosas y letrinas no siempre respeta la distancia recomendada respecto al abastecimiento de agua, lo que constituye un peligro real de contaminación. Peor aún es la situación de los ocupantes ilegales de terrenos, muchos de los cuales no tienen ningún medio higiénico para la evacuación de desechos. La cantidad real y las características internas de las viviendas son también aspectos evidentes e importantes del entorno físico, que pueden tener repercusiones significativas en el estado de salud: el hacinamiento de los edificios fomenta el contagio de enfermedades de obstrucción pulmonar y de otras enfermedades transmisibles, y también crean un ambiente más estresante para las personas que las habitan. En Guyana, la dotación actual de viviendas es insuficiente, y esto ha alentado la expansión de zonas de ocupación ilegal a lo largo del litoral y del malecón del Canal Lamaha en Georgetown y ha dejado en el desamparo a muchas personas que no cuentan con los medios para adquirir algo mejor. Si bien el gobierno ha iniciado un programa de construcción masiva de viviendas, la demanda excede con creces el volumen de fondos o recursos disponibles para atacar rápidamente este problema.

13. Guyana está aplicando un Programa de Reactivación Económica (ERP) basado en las normas proporcionadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y respaldado por organismos internacionales de financiamiento como el BID, el Banco Mundial y la ACDI. Este ajuste estructural se orienta a transformar la economía dominada por el Estado en un sistema más orientado al mercado. Como resultado de estas medidas se logró un crecimiento económico constante desde 1989; el PIB real aumentó 8,3% en 1993 y, según las estimaciones, registrará otro aumento de 8% en 1994. El nivel de desempleo en 1993 se calculó en un 11,7%. Sin embargo, los indicadores de desarrollo humano para 1993 (preparados por el PNUD) indican que, en general, Guyana presenta una situación más desfavorable que las de sus países caribeños vecinos. El PNB per cápita es de apenas US\$ 297. Guyana sigue siendo uno de los países más endeudados del mundo, registrando una deuda de US\$ 2.100 millones, lo que significa que el 49,5% de las erogaciones actuales del Estado deben destinarse al servicio de la deuda.

14. El sector público, y específicamente el sector de la salud, se ven seriamente afectados por estos factores. Existe una aguda escasez de personal debido a los bajos sueldos y a las condiciones inadecuadas de empleo, lo que da lugar a una falta de liderazgo dentro del sector público para conducir el proceso de reforma administrativa. La escasez también se extiende a los suministros y al equipo. Los pocos recursos existentes no se emplean de la manera más eficiente y las estructuras organizativas del sector de la salud son inapropiadas para la prestación de los servicios. Se calcula que hay un 60% de puestos vacantes en el sector público.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

15. Salud en el desarrollo humano: El gobierno reconoce la importancia de la salud como elemento esencial para el desarrollo socioeconómico del país. Es por ello por lo que el Ministerio de Salud recibe la segunda partida en importancia (después de la que corresponde a la educación) del presupuesto nacional. El

gobierno considera que esta asignación presupuestaria es una inversión en capital humano para fomentar el desarrollo económico. El gobierno, con apoyo de los organismos internacionales de financiamiento, ha establecido un Programa de Mejoramiento de las Repercusiones Sociales (SIMAP) con el objeto de satisfacer las necesidades de los sectores más vulnerables de la población, como las mujeres y los niños. También está haciendo mucho hincapié en el alivio de la pobreza y en la mejora de la calidad de vida de los habitantes menos privilegiados. La inversión en salud es un aspecto importante de este proceso de desarrollo.

16. Desarrollo de los sistemas de salud: Son varias las instituciones, organizaciones, organismos e individuos que participan en la atención de salud. Cabe mencionar a los ministerios (sobre todo los de Salud, Obras Públicas, Comunicaciones y Desarrollo Regional y Trabajo); otras dependencias del gobierno (como GAHEF, que se está integrando al Ministerio de Salud); empresas paraestatales (como GUYSUCCO, LINMINE); el Plan Nacional de Seguros; organizaciones no gubernamentales; la iniciativa privada, y organismos donantes internacionales.

17. Se prestan servicios a cinco niveles diferentes en el sector público de Guyana: puestos de salud de nivel I, que se dedican a la promoción de la salud, proporcionan atención preventiva y cierta atención curativa; centros de salud de nivel II, que se dedican a la promoción de la salud y proporcionan atención curativa y de rehabilitación; hospitales de distrito de nivel III, que prestan servicios básicos a pacientes hospitalizados y en consulta externa y servicios de diagnóstico selectivos; hospitales regionales de nivel IV, que prestan servicios generales a pacientes hospitalizados y en consulta externa, así como servicios de diagnóstico y de especialistas en obstetricia, ginecología, medicina general, cirugía general y pediatría; y hospitales nacionales de referencia y especializados de nivel V, que proporcionan una amplia gama de servicios de referencia de diagnóstico y de especialistas a pacientes hospitalizados y en consulta externa.

18. Actualmente, varios problemas serios afectan la operación de este sistema, entre otros: Número insuficiente y formación deficiente del personal de atención de salud. Mala administración de los recursos y falta de responsabilización. Mantenimiento inadecuado de las instalaciones y equipo de atención de salud. Sistemas de información sanitaria con datos limitados y mal utilizado para la administración de los servicios de salud. Escasez de fondos para la prestación de servicios de salud. Sistema ineficiente para la administración de medicamentos y suministros médicos.

19. Promoción y protección de la salud: La promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el fomento de un modo de vida sano, la colaboración intersectorial y la participación comunitaria, elementos que revisten gran importancia en el enfoque de atención primaria de salud (APS) tendrán repercusiones muy significativa en el estado de la salud a largo plazo. Sin embargo, deben abordarse en primer lugar las limitaciones específicas del sistema de salud. Los administradores de programas no aprovechan en su totalidad la educación sanitaria, no se da la debida importancia a la educación en materia de salud en las escuelas y el personal de atención de salud no está adecuadamente orientado o capacitado para educar en cuestiones de salud.

20. La colaboración intersectorial, aspecto esencial del enfoque de promoción de la salud, debe fortalecerse sobre todo al nivel normativo del sector público en relación con la repercusión en la salud de los proyectos de desarrollo socioeconómico, como la minería industrial. Además, fue muy limitada la

participación de la comunidad en lo que se refiere a respaldar la solución de los problemas de salud, que incluyen aspectos relacionados con la nutrición, las enfermedades no transmisibles y la violencia.

21. Protección y desarrollo ambiental: El gobierno está preocupado con este tema y recientemente ha aprobado una política de protección ambiental y un plan para evitar el deterioro del medio ambiente en el proceso de desarrollo económico. Esto es particularmente pertinente a la evolución de la silvicultura y la minería en el país, campos en los cuales organismos locales e internacionales han expresado sus inquietudes en lo que respecta a la ecología. El deterioro de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento es causa de gran preocupación para el gobierno, por lo que ha recurrido a fuertes préstamos para inversión financiera otorgados por organismos internacionales de financiamiento (como el BID) para rehabilitarlos y ampliarlos. Los servicios de higiene del medio son deficientes pese a que cada vez más se reconoce la importancia de mantener las condiciones sanitarias del entorno físico. Las principales limitaciones son la falta de coordinación entre los organismos que se ocupan de la higiene del medio, la falta de prioridad para este ámbito en el Ministerio de Salud, la acusada escasez de personal especializado en higiene del medio y una legislación atrasada en esta materia.

22. Prevención y control de enfermedades: Los datos sobre morbilidad recolectados son reflejo de los programas de prevención y control de enfermedades que han puesto en práctica los servicios de salud del gobierno, que se ocupan de cuestiones cruciales como lucha antivectorial (en especial con relación a la malaria), tuberculosis, nutrición, ETS y SIDA, salud materno-infantil, salud mental, servicios bucodentales y la prevención y el control de los problemas de salud prevalentes (como enfermedades diarreicas, diabetes e hipertensión). Prestan estos servicios una red de hospitales y centros de salud que no cuentan con personal, suministros ni equipo suficientes. Es necesario mejorar la calidad de la atención hospitalaria y de los centros de salud mediante sistemas administrativos adecuados, normas más estrictas de atención y más suministros y equipo. En lo que respecta a estos problemas, se ha hecho más hincapié en la curación y rehabilitación de las personas afectadas. Es menester insistir más en los aspectos de la promoción y la prevención de los problemas de salud, fomentando un cambio de modo de vida, sobre todo de las personas que están en mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades de transmisión sexual.

Planes y prioridades para el desarrollo sanitario nacional

23. En el proyecto del Plan Nacional de Salud de Guyana (1995-2000), el Ministerio de Salud ha identificado varias áreas prioritarias que deben abordarse para fortalecer el sistema de atención de salud. Uno de los aspectos principales es reforzar y ampliar la atención primaria de salud mediante la definición de la estructura organizativa del programa y los sistemas empleados para llevarlo a cabo; la definición de los servicios que van a prestarse (incluidas las estrategias por emplear y la calidad de los servicios); la obtención de recursos humanos y financieros para la prestación de los programas; la participación de las comunidades en este enfoque de APS; y la definición de los sistemas para vigilar y evaluar la prestación de estos servicios.

24. Se mejorarán además los servicios de atención secundaria de salud a efectos de contar con un sistema de atención hospitalaria más eficiente y eficaz. Para ello habrá que definir la distribución óptima de las instalaciones; elaborar y poner en práctica planes estratégicos para todos los hospitales; lograr una administración hospitalaria eficiente; establecer y hacer cumplir normas adecuadas de atención, contratación y capacitación de personal idóneo para el trabajo que se va a realizar; y mejorar las actitudes del personal hacia los clientes.

25. Se dará considerable prioridad al fortalecimiento de la gestión general del sector de la salud, lo que incluirá la formación de personas con capacidad de dirección en todos los niveles del sistema, el reforzamiento de la estructura organizativa del ministerio, con base en una evaluación del actual sistema regionalizado de prestación de servicios de salud, y una mejor colaboración entre los sectores de la salud del ámbito público y privado. Se pondrán en práctica, además, mecanismos para velar por que las personas encargadas de la gestión tengan el grado necesario de autoridad.

26. Se dará la debida importancia al desarrollo de recursos humanos mediante la preparación y ejecución de un plan de formación y dotación de personal para el sector público, considerándose asimismo las cuestiones de sueldos y salarios, condiciones de empleo y actitud en el trabajo.

27. Se racionalizarán los sistemas de información sanitaria mediante el mejoramiento de la recopilación de datos y los procedimientos de presentación de informes, el fortalecimiento de la unidad de estadística sanitaria, la utilización de los datos para la toma de decisiones y la retroinformación a quienes generan los datos. Se dará consideración al transporte, las comunicaciones y las instalaciones mediante la evaluación de las necesidades en estas áreas y una mejor dotación y mantenimiento de esos activos.

28. Otras áreas prioritarias serán el mejoramiento de la gestión del suministro de medicamentos, la promulgación y actualización de leyes en materia de salud para respaldar la prestación de servicios del sector. Por último, se mejorará el financiamiento del sector de la salud planificando la asignación y la utilización más eficientes de los recursos financieros en tanto se examinan otras estrategias de financiamiento del sector.

Áreas prioritarias nacionales para la cooperación técnica:

29. El gobierno está dispuesto a aceptar financiamiento externo para atender todos los aspectos de los planes y prioridades para desarrollar el sistema nacional de salud. En este momento, los organismos externos de financiamiento (como la CEE, el BID, la ACDI y la ODA) han otorgado considerable asistencia financiera para el fortalecimiento de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento en las comunidades urbanas y rurales. El gobierno de Japón, el BID y el Banco Mundial también han indicado su interés en financiar los proyectos para mejorar los servicios hospitalarios, los SILOS y la administración central del Ministerio de Salud. La Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) ha proporcionado US\$ 300,000 para la ejecución de la fase II (1992-1995) del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y se han obtenido buenos resultados en lo que respecta al nivel de cobertura de las enfermedades consideradas en dicho programa. Además, el Programa Mundial sobre el SIDA ha prestado apoyo continuo al programa de SIDA y ETS durante los últimos nueve años y seguramente continuará haciéndolo. El FNUAP ha prometido US\$ 300.000 para respaldar un programa de salud reproductiva para Guyana.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

30. La OPS/OMS empleará una combinación de estrategias para lograr esta cooperación técnica. Se destacará la formulación de políticas, normas y procedimientos y su aplicación. Se impartirá capacitación en el servicio y se otorgarán becas para resolver la escasez de recursos humanos capacitados. En este sentido, se dará alta prioridad a la capacitación de administradores y supervisores a efectos de mejorar los sistemas de gestión. Se perfeccionará también el diseño de los programas de estudios y se mejorará la metodología didáctica para la formación de profesionales de la salud. Otra de las estrategias básicas será la colaboración con organismos del gobierno para la movilización de recursos a efectos de ejecutar los proyectos conforme a las prioridades nacionales. Se realizarán investigaciones operativas y se emplearán los resultados de las mismas para crear servicios y capacitar al personal. Cabe mencionar también un importante enfoque estratégico: la divulgación de información y la educación del público para informar, dotar de capacidad y movilizar a las comunidades a efectos de promover y mantener su propia salud. Como parte del programa de cooperación técnica se proveerán suministros y equipo con el fin de introducir tecnologías sostenibles. En todas las áreas del programa se ofrecerán y ampliarán oportunidades de cooperación técnica entre países para beneficio mutuo de Guyana y los países participantes.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Ampliar la cobertura de los servicios de higiene del medio en todo el territorio de Guyana, centrándose en ciertos aspectos del saneamiento básico y de la calidad del medio ambiente.
2. Facilitar la planificación, ejecución y evaluación del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en Guyana.

3. Mejorar el servicio epidemiológico a nivel central y local para mejorar la vigilancia y reducir la morbilidad asociada con determinadas enfermedades transmisibles.

4. Reducir la morbilidad asociada con la malaria, el dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores, como la leishmaniasis, mediante la provisión de medios para el diagnóstico inmediato y el tratamiento de la enfermedad y la promoción de actividades que impidan su propagación.

5. Formular un programa integrado de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

6. Desarrollar recursos didácticos y de investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud y en el Ministerio de Salud.

7. Respaldar la ejecución del Plan Nacional de Acción para la Alimentación y la Nutrición, haciendo especial hincapié en el fortalecimiento de la capacidad para formular y poner en práctica un programa integrado de inocuidad de los alimentos, programas de salud pública veterinaria que tengan por objeto el control y la erradicación de las zoonosis prevalentes y programas orientados a mejorar la nutrición infantil en las zonas de alto riesgo.

8. Mejorar la planificación, ejecución y evaluación de los programas de SMI/PF.

9. Fortalecer la capacidad de gestión del Ministerio de Salud a los niveles central, hospitalario y regional.

10. Establecer proyectos de cooperación técnica entre Guyana y otros países para que puedan aprender de las experiencias de Guyana y proporcionar apoyo al desarrollo de los servicios de salud de Guyana.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SERVICIOS DE HIGIENE DEL MEDIO

PROPOSITO

Ampliar la cobertura de los servicios de higiene del medio en todo el territorio de Guyana, centrándose en ciertos aspectos del saneamiento básico y de la calidad del medio ambiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán fortalecido los sistemas de abastecimiento de agua mediante la formulación y ejecución de proyectos financiados por la OPS/OMS y organismos externos.

2. Se habrán establecido mejores sistemas de alcantarillado o evacuación de excretas en determinadas comunidades pequeñas mediante la formulación y ejecución de proyectos financiados por la OPS/OMS y organismos externos.

3. Se habrá mejorado el tratamiento de residuos sólidos en determinadas comunidades mediante la formulación y ejecución de proyectos financiados por organismos externos y la OPS/OMS.

1. Ciertas comunidades rurales habrán aceptado y estarán empleando el abastecimiento de agua y se habrá puesto en marcha un programa para mejorar la gestión del abastecimiento de agua en zonas rurales.

2. Se habrán mejorado las instalaciones de alcantarillado y evacuación de excretas en ciertos poblados y zonas rurales, con base en los criterios establecidos.

3. Se habrá mejorado el tratamiento de residuos sólidos en Georgetown y ciertos poblados, con base en los criterios establecidos.

4. Se habrá fortalecido la capacidad del personal de seguridad e higiene del trabajo para administrar el programa y se habrá mejorado la salud de los trabajadores mediante la constitución de comités de higiene y seguridad en determinadas industrias y mediante la puesta en marcha de proyectos de salud de los trabajadores en ciertas zonas.

5. Se habrá fortalecido la gestión de servicios de higiene del medio a nivel central y regional.

6. Se habrán puesto en marcha sistemas de gestión dentro de la administración pública para controlar los desechos peligrosos.

1. Para diciembre de 1997 se habrán puesto en marcha 6 proyectos de abastecimiento de agua.

2. Para diciembre de 1997, 10 comunidades rurales tendrán acceso al suministro permanente de agua de buena calidad.

3. Para diciembre de 1997 se habrán concluido los programas de capacitación y se habrán mejorado los sistemas de abastecimiento de agua.

1. Para diciembre de 1997 estarán en ejecución 5 proyectos de alcantarillado o evacuación de excretas.

2. Para fines de 1997 se estarán empleando letrinas de pozo mejoradas con ventilación como medio principal de evacuación de excretas.

3. Estarán en funcionamiento organismos que se encargarán de los proyectos de alcantarillado o evacuación de excretas en todos los poblados.

1. Para diciembre de 1997 estarán en ejecución 3 proyectos de tratamiento de residuos sólidos.

2. Para fines de 1997 se eliminará en condiciones sanitarias el 80% de los residuos sólidos generados en Georgetown y en poblados.

Objetivos

4. Se habrá mejorado la salud de los trabajadores mediante la formulación y ejecución de proyectos financiados por la OPS/OMS y externamente en el ámbito de la higiene y seguridad del trabajo en ciertas comunidades pequeñas.

5. Estarán en marcha programas de salud de los trabajadores en todo el territorio de Guyana.

6. Se habrá mejorado la capacidad de vigilancia y control del Ministerio del Trabajo.

7. Se habrá mejorado la vigilancia y el control de la higiene del medio a nivel central y regional.

8. Se habrá mejorado la evaluación y el control de materiales peligrosos.

PROYECTO 2: PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO SANITARIO NACIONAL**PROPOSITO**

Facilitar la planificación, ejecución y evaluación del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en Guyana.

1. Se habrá ejecutado de manera eficiente el programa de cooperación técnica de la OPS/OMS de acuerdo con las prioridades acordadas, utilizando el proceso de planificación, programación, ejecución y evaluación de la OPS/OMS.

2. Se habrá promovido la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC) y se habrán elaborado proyectos viables en el marco de la misma, con el debido respaldo para captar fondos para estos proyectos.

Indicadores

1. Para fines de 1997 estarán en ejecución 3 proyectos relacionados con la salud de los trabajadores en poblados y zonas rurales.

1. Para fines de 1977 se habrán establecido y estarán funcionando comités de higiene y seguridad en el 80% de los lugares de trabajo.

1. Para diciembre de 1997 se habrá instalado y se estará utilizando el sistema de información para la planificación, ejecución y evaluación de programas de higiene y seguridad del trabajo.

1. Para finales de 1997 se habrán establecido y estarán desempeñando sus funciones los oficiales regionales de higiene del medio en todas las regiones.

2. Para fines de 1977 se habrá completado en un 100% y estará en funcionamiento la estructura de personal de higiene del medio del Ministerio de Salud.

3. Para diciembre de 1977, el Ministerio de Salud estará utilizando el sistema de información sobre higiene del medio para dirigir los servicios en ese campo.

1. Para fines de 1977 se habrá establecido el organismo o la unidad encargada del control de desechos peligrosos.

2. Para diciembre de 1977 se habrán instaurado y se estarán utilizando sistemas de gestión para la evaluación y el control de materiales peligrosos.

1. Se habrá ejecutado de manera eficiente el programa de cooperación técnica de la OPS/OMS, proyectándose el carácter internacional de la organización.

1. Se habrán ejecutado las actividades del APB programadas para 1996-97, justificando plenamente todo cambio efectuado.

2. Se habrán planificado y llevado a cabo las reuniones de programación para el bienio.

3. Se habrán remitido las evaluaciones DE ctp, de acuerdo con lo programado.

4. El personal del gobierno se habrá familiarizado perfectamente y estará participando en el proceso de programación.

1. Se habrá proporcionado apoyo de consultores toda vez que fuese necesario para la formulación de proyectos en el marco de la iniciativa de CSC en 1996-97.

Objetivos

3. Se habrá logrado respaldo eficiente y eficaz al programa de cooperación técnica de la OPS/OMS para Guyana mediante la simplificación de procedimientos administrativos y la capacitación de personal en cantidad suficiente para la ejecución del programa.

4. Se habrá establecido un centro de documentación y referencia de alta calidad que podrán utilizar estudiantes, profesionales de la salud y particulares interesados en la excelencia técnica.

5. La OPS/OMS mantendrá un perfil destacado en su carácter de organización internacional de la salud empeñada en mejorar los servicios de salud en Guyana.

PROYECTO 3: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS EPIDEMIOLOGICOS

PROPOSITO

Mejorar el servicio epidemiológico a nivel central y local para mejorar la vigilancia y reducir la morbilidad asociada con enfermedades transmisibles específicas.

Indicadores

2. El sector de la salud habrá utilizado las metas y objetivos de la iniciativa de CSC para orientar el proceso de planificación.

3. Se habrán presentado los proyectos en el marco de la iniciativa de CSC a los organismos pertinentes para solicitar financiamiento.

4. Se habrán proporcionado fondos en el marco del programa de cooperación intensificada de la OMS en materia de salud para respaldar todos los programas previos y la legislación referente a la salud.

1. Se habrán presentado oportunamente los informes de contabilidad y otros informes durante el bienio.

2. Se habrá mantenido el FFMS para contar con datos exactos.

3. Se habrá ampliado la red de área local para agilizar el acceso a la información.

4. Se habrán utilizado los documentos de APB/PTC para orientar las funciones administrativas, a fin de que los programas se ejecuten oportunamente.

5. Se contará con personal muy motivado e informado.

1. Se habrán catalogado todos los libros utilizando MICROISIS.

2. Cada vez más personas estarán utilizando las instalaciones.

3. El centro de documentación presentará exhibiciones con temas relacionados con la salud.

4. Se publicarán boletines mensuales sobre artículos o documentos nuevos.

1. Se divulgará información a través los medios de comunicación por lo menos una vez al mes o cuando suceda algo de interés periódico.

2. El guyanés promedio sabrá qué es la OPS y qué está haciendo.

3. Se habrá puesto en marcha un programa de difusión para fomentar la excelencia periodística.

1. Se habrán mejorado los servicios de vigilancia epidemiológica a nivel central y regional y se habrá reducido la morbilidad provocada por enfermedades transmisibles específicas.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá establecido un sistema de vigilancia, análisis y uso de los datos sobre enfermedades transmisibles específicas a nivel central y regional.

2. Se habrá mejorado la capacidad de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en los sistemas locales de salud (SILOS).

3. Se habrá mejorado la capacidad de vigilancia, diagnóstico y tratamiento del cólera y otras enfermedades diarreicas agudas.

4. La población estará más informada y concientizada y podrá facilitarse la modificación del comportamiento con el objeto de reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles.

PROYECTO 4: MANEJO Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

PROPOSITO

Reducir la morbimortalidad asociada con la malaria, el dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores, como la leishmaniasis, mediante la provisión de medios para el diagnóstico inmediato y el tratamiento de la enfermedad y la promoción de actividades que impidan su propagación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá capacitado a un grupo básico de oficiales de control de vectores en la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores.

1. Para fines de 1997 se habrán formulado y distribuido a los servicios locales de salud directrices sobre normas y procedimientos para la vigilancia de enfermedades transmisibles.

2. Para fines de 1997 se habrá preparado y distribuido un boletín epidemiológico anual utilizando los datos recogidos por los trabajadores de la salud a nivel central y regional.

3. Para fines de 1997 se habrán preparado y se estarán utilizando perfiles de enfermedades transmisibles, por lo menos en tres regiones, para mejorar la gestión de los programas.

1. Para fines de 1997 estarán en funcionamiento laboratorios de diagnóstico y se habrán formado trabajadores de la salud para tratar la tuberculosis, por lo menos en tres regiones.

2. Para fines de 1997 se habrán recopilado y analizado datos sobre la incidencia y prevalencia de tuberculosis, por lo menos en tres regiones del país.

1. Para fines de 1997 se estarán recolectando, analizando y utilizando regularmente datos sobre casos de diarrea aguda y presuntos casos de cólera, por lo menos en las regiones I y II, para planificar estrategias de intervención.

1. Para fines de 1977 se producirá y distribuirá información impresa y en medios electrónicos sobre enfermedades transmisibles.

2. Se habrán comparado los datos de un estudio de CAP emprendido en 1997 y de un estudio de 1994 para medir el impacto logrado.

1. Se habrán reducido los índices de infestación por Aedes aegypti y Culex quinquefasciatus.

2. Se habrá reducido la morbimortalidad asociada con epidemias de dengue y los efectos negativos en la salud de la filariasis y otras enfermedades transmitidas por vectores.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará trabajando un grupo básico de oficiales de control de vectores que podrán hacer las veces de facilitadores e instructores, a nivel central y local de los servicios de salud.

Objetivos

2. Se habrá logrado y mantenido la participación comunitaria en la reducción y el control de índices de Aedes aegypti y Culex quinquefasciatus, por lo menos en tres regiones.

3. Se habrán elaborado, distribuido y evaluado, por lo menos en tres regiones del país, materiales de comunicación dirigidos a difundir conocimientos sobre las enfermedades transmitidas por vectores y a fomentar cambios positivos de comportamiento en relación con el ambiente.

4. Estará en funcionamiento, por lo menos en cuatro regiones, un mejor sistema de vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades y se habrá logrado la participación activa de personal del sector privado de la salud.

5. Se habrán establecido en los servicios locales de salud y estarán en funcionamiento mejores instalaciones para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades transmitidas por vectores, especialmente la malaria, la filarías, el dengue y la fiebre hemorrágica, por lo menos en cinco regiones.

6. Se habrán establecido mejores instalaciones de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en la región IX.

PROYECTO 5: ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Formular un programa integrado de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá desarrollado y probado una metodología para el control de enfermedades crónicas no transmisibles orientado a reducir los riesgos de contraerlas y a proteger a los grupos de alto riesgo.

2. Se habrá puesto en marcha un sistema de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles por lo menos en una región del país.

Indicadores

1. Para fines de 1997 se habrán formado grupos comunitarios activamente involucrados en la reducción de fuentes.

1. Para 1997 se habrán elaborado y distribuido materiales educativos, manteniéndose las actividades de promoción de la salud conforme a las necesidades identificadas en la encuesta de CAP llevada a cabo en 1994.

1. Para 1997 se habrá capacitado al 60% de los trabajadores de la salud en las regiones I, II, VII y IX, quienes estarán trabajando en la vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades.

1. Para 1997 se habrá capacitado al 60% de los trabajadores de la salud de las regiones I, II, VII y IX en el diagnóstico clínico y el tratamiento de la malaria.

2. Para 1997 se habrá capacitado al 30% de los médicos del sector privado en el diagnóstico clínico y la metodología de vigilancia del dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores.

1. Para 1997 se habrán establecido y estarán en funcionamiento instalaciones de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en la región IX.

1. Se habrá establecido un programa integrado de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

1. Antes de septiembre de 1996 se habrá presentado y tratado con las autoridades regionales y centrales una metodología.

2. Para fines de 1996 se habrá ejecutado el 50% del programa de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles en determinadas regiones, en el marco del cual se dará atención intensiva a los grupos de alto riesgo mediante educación sanitaria, tratamiento y seguimiento.

1. Para fines de 1996 se habrá establecido y probado, por lo menos en una región del país, el 50% de las normas y los procedimientos para la recolección de datos.

2. Para fines de 1996 se habrá preparado y distribuido a las unidades de salud el 70% de las directrices sobre normas y procedimientos de vigilancia.

Objetivos

3. Se habrá formulado un programa de intervención estratégica en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles —sobre todo las cardiovasculares (hipertensión, etc.), la diabetes, el cáncer de mama y el de cuello uterino— que dé alta prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida, al fomento de modos de vida sanos y a la participación de la comunidad.

4. Se habrá establecido un programa nacional de educación sanitaria en relación con el programa de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles

5. Se habrá logrado la participación social en la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles.

PROYECTO 6: FORMACION DE RECURSOS HUMANOS**PROPOSITO**

Desarrollar recursos didácticos y de investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud y en el Ministerio de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán desarrollado las condiciones apropiadas para las clases prácticas, los estudios de laboratorio y la investigación multidisciplinaria de orientación comunitaria en ciertos programas de formación en la Facultad de Ciencias de la Salud.

Indicadores

1. Para fines de 1997 se habrá formulado en algunas regiones del país el 70% de un programa de intervención mediante la investigación sobre acciones vinculadas a las enfermedades crónicas no transmisibles.

2. Para fines de 1996 se habrá establecido el 70% de un programa de intervención de educación sanitaria y se habrán elaborado materiales que destaquen la importancia de la buena nutrición, el ejercicio y otros elementos de un modo de vida sano.

3. Para fines de 1996 se habrán entregado y explicado al 80% de los trabajadores de la salud y miembros clave de la comunidad materiales que destaquen la importancia de la buena nutrición, el ejercicio y otros elementos de un modo de vida sano.

4. Para fines de 1997 se habrá desarrollado el 85% de la información y capacitación necesaria de los trabajadores de la salud, estudiantes de medicina y miembros de la comunidad en relación con los conocimientos actuales sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido un programa nacional sistemático de educación sanitaria a través de la televisión, la radio y la prensa.

2. Para fines de 1997, el sistema nacional de educación nacional habrá comunicado y proporcionado, en un 70%, conocimientos sobre el programa de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles a través de profesores y personal sanitario a estudiantes de nivel primario, secundario y universitario.

1. Para fines de 1996 se habrá desarrollado la metodología para promover la participación social.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido, en un 70%, un programa de intervención mediante recursos multidisciplinarios e intersectoriales con participación comunitaria.

1. Se habrá fortalecido la capacidad didáctica y de investigación en la Facultad de Ciencias de la Salud y en el Ministerio de Salud en los campos prioritarios.

1. Para fines de 1997 se habrán organizado y equipado adecuadamente algunos laboratorios en la Facultad de Ciencias de la Salud.

2. Para fines de 1997 estarán participando todos los programas de la Facultad de Ciencias de la Salud en proyectos de investigación multidisciplinaria de orientación comunitaria.

Objetivos

2. Se habrán formado instructores en varios programas de capacitación.
3. Se habrá establecido el programa de posgrado en pediatría en la carrera de Medicina.
4. Se habrán desarrollado y actualizado programas de tecnología médica y farmacia en la Facultad de Ciencias de la Salud.
5. Se habrán capacitado tecnólogos de todo el país en inmunología básica y pruebas para el diagnóstico de trastornos de la coagulación sanguínea, leucemia, linfoma y anemia hemolítica.
6. Se habrá puesto en práctica un sistema de control de calidad en las secciones de química sanguínea y hematología de los laboratorios médicos del país.

PROYECTO 7: ALIMENTACION Y NUTRICION

PROPOSITO

Respalda la ejecución del Plan Nacional de Acción para la Alimentación y la Nutrición haciendo especial hincapié en el fortalecimiento de la capacidad para formular y poner en práctica un programa integrado de inocuidad de los alimentos, programas de salud pública veterinaria que tengan por objeto el control y la erradicación de las zoonosis prevalentes y programas orientados a mejorar la nutrición infantil en las zonas de alto riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán ejecutado los componentes clave del plan de inocuidad de los alimentos; es decir, estará operando a nivel nacional la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos; se habrá acrecentado la capacidad de análisis de laboratorio e inspección alimentaria, y se habrá divulgado información sobre el procesamiento seguro y la correcta manipulación de los alimentos.

Indicadores

1. Para fines de 1997 se habrá formado el 70% de los instructores en ciencias de la salud en cuanto a los aspectos más importantes del proceso de enseñanza/aprendizaje.
2. Para 1997 se habrá formado el 50% de los instructores de enfermería en cuanto a los aspectos más importantes del proceso de enseñanza.
1. Para fines de 1996 se habrá aprobado y ejecutado el plan.
2. Para 1997 se habrán incorporado al plan tres médicos locales.
1. Se estará dando apoyo didáctico directo en hematología, inmunología, química fisiológica y orgánica, patología química y otros cursos en los ciclos académicos de 1996 y 1997.
1. Para 1997 se habrá capacitado al 100% de los tecnólogos del laboratorio médico central del Hospital Público de Georgetown y al 70% de los tecnólogos del resto del país en inmunología básica y pruebas para el diagnóstico de trastornos de la coagulación sanguínea, leucemia, linfomas y anemias hemolíticas.
1. Para 1997 se habrá capacitado al 100% de los tecnólogos del laboratorio médico central del Hospital Público de Georgetown en control de calidad.
2. Para 1997 estará en funcionamiento un programa/sistema de garantía de calidad interna en las secciones de química sanguínea y hematología del laboratorio médico central del Hospital Público de Georgetown.

1. Se habrá puesto en práctica el Plan Nacional de Acción para la Alimentación y la Nutrición haciendo especial hincapié en la inocuidad de los alimentos, en el control y erradicación de las zoonosis prevalentes y en el mejoramiento de la nutrición infantil en las zonas de alto riesgo.

1. Para diciembre de 1966 se habrá capacitado al personal sanitario de las regiones costeras en la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y en los procedimientos normalizados de presentación de informes sobre las mismas.
2. Para diciembre de 1977 se estarán preparando regularmente y utilizando informes anuales y especiales de vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos.

Objetivos

2. Se habrá ampliado la cobertura operativa de los sistemas de vigilancia de la tuberculosis bovina y la fiebre aftosa y se contará con información para la toma de decisiones oportuna sobre las medidas de control que se deben adoptar.

3. Se habrá fortalecido la capacidad para planificar y ejecutar programas de control de tuberculosis bovina, rabia y fiebre aftosa.

4. Se habrá desarrollado y puesto en práctica la metodología para la intervención comunitaria a efectos de mejorar la nutrición infantil.

5. Se habrá reforzado la capacidad para evaluar, analizar y vigilar la situación de la nutrición y utilizar los resultados para la toma de decisiones a nivel nacional y regional.

Indicadores

3. Para fines de 1997 se habrán impartido cursos de capacitación en el sistema APPCC en el 50% de las principales empresas procesadoras de alimentos.

4. Para diciembre de 1996 se habrá adquirido el equipo y suministros para la inspección analítica y los servicios de vigilancia.

5. Para diciembre de 1997 se habrán preparado y divulgado a través de los medios de comunicación y organizaciones comunitarias materiales informativos y educativos para el público.

1. Para fines de 1997 se habrá realizado la vigilancia de la tuberculosis en los mataderos de todo el país.

2. Para diciembre de 1997 se habrán iniciado las pruebas en el ganado en las regiones 2, 3, 4 y 5.

3. Para diciembre de 1996 estarán en marcha las actividades de vigilancia de la fiebre aftosa en la región 9.

4. Se estarán preparando informes de vigilancia y se estará utilizando la información regularmente para la planificación de medidas de control.

1. Para diciembre de 1996 se habrá capacitado al personal de veterinaria de salud pública en la planificación y ejecución de programas de control de tuberculosis bovina y fiebre aftosa en las zonas designadas.

2. Para diciembre de 1996 se habrán adquirido existencias de vacuna antirrábica para el ganado bovino y el personal veterinario.

1. Para fines de 1997 se habrá desarrollado la metodología y se habrá puesto en práctica el programa de intervención en 2 comunidades de alto riesgo.

1. Para diciembre de 1996 se habrá capacitado al personal de los organismos pertinentes en el análisis de datos y en la presentación y difusión de información.

2. Para diciembre de 1997 se habrá capacitado a planificadores y personal técnico del gobierno y de ONG en la interpretación y el uso de los datos para evaluar el impacto de las políticas y programas actuales y propuestos en la nutrición de los hogares vulnerables.

3. Para diciembre de 1997 se habrán organizado talleres anuales para los responsables de la política y los planificadores y representantes de los medios de comunicación a nivel nacional y regional para crear conciencia y explicar los problemas de la alimentación y la nutrición y sus causas.

Objetivos

PROYECTO 8: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejorar la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud materno infantil.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá adoptado el sistema de información perinatal en el Hospital Público de Georgetown y se estará empleando la información en la toma de decisiones.
2. Se habrá fortalecido la capacidad de los equipos de salud y organizaciones comunitarias para planificar y ejecutar programas educativos para una maternidad sin riesgos.
3. Se habrá divulgado información sobre las acciones necesarias para mejorar la salud materno infantil mediante programas de educación del público.
4. Se habrán adiestrado personal sanitario a nivel regional y de los centros de salud en la interpretación y el aprovechamiento de datos sobre SMI/PF y en la planificación y administración de mejores servicios de SMI/PF.

PROYECTO 9: DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Fortalecer la capacidad de gestión del Ministerio de Salud a los niveles central, hospitalario y regional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los administradores de servicios de salud habrán adquirido los conocimientos y aptitudes para trabajar en equipo y estarán recibiendo asistencia para utilizar la información en la toma de decisiones acordes con las políticas prescritas.

Indicadores

1. Se habrá mejorado la planificación, ejecución y evaluación de determinados programas de salud materno infantil aprovechando los datos para la toma de decisiones, aplicando normas y procedimientos apropiados para la prestación de los servicios y poniendo en práctica programas de educación del público.

1. Para fines de 1996 se habrá capacitado al personal médico y de enfermería en la recolección, análisis y uso de la información.

2. Para fines de 1996 se habrá evaluado dos veces, a fin de determinar el nivel de mejoramiento, la calidad y la eficacia de la atención perinatal en esta institución.

1. Para finales de 1997 se habrán impartido programas de capacitación para trabajadores de la salud y representantes de organizaciones comunitarias en las regiones 3, 4, 10 y 1.

1. Para fines de 1997 se habrán formulado mensajes educativos sobre salud materno infantil; se habrán puesto a prueba, producido y distribuido los materiales educativos como parte de los programas de educación de la comunidad.

1. Para finales de 1996 se habrá impartido el programa de formación de instructores (supervisores regionales).

2. Para finales de 1997 se habrán impartido talleres para personal sanitario en 4 regiones.

3. Para diciembre de 1997 se habrán celebrado reuniones de revisión/planificación utilizando datos sobre SMI/PF en la toma de decisiones.

1. Se habrá fortalecido la capacidad de gestión mediante el trabajo de equipo, mejoras en el proceso de planificación de la salud, desarrollo de sistemas en el Hospital Público de Georgetown, utilización de los datos para la toma de decisiones a nivel central y local y mejor ejecución de los programas de educación sanitaria.

1. Para diciembre de 1997, los administradores estarán empleando bases de datos para las evaluaciones y la toma de decisiones.

2. Para diciembre de 1997, los administradores estarán planificando su trabajo en equipo y sobre el terreno, colaborando en la ejecución de programas.

Objetivos

2. Se habrá fortalecido la unidad de planificación de conformidad con el Plan Nacional de Salud y se habrá prestado asistencia a los directores en la supervisión y evaluación de resultados prácticos, así como en la formulación de planes.

3. El Hospital Público de Georgetown habrá contratado a un administrador con experiencia y se habrán establecido sistemas administrativos para facilitar la asignación de responsabilidades y el control de los programas.

4. Se habrá mejorado la capacidad de los SILOS para prestar los servicios necesarios.

5. Las personas que acuden a centros de salud y comunitarios estarán recibiendo información audiovisual de alta calidad sobre una serie de enfermedades prevenibles.

PROYECTO 10: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Establecer proyectos de cooperación técnica entre Guyana y otros países para que puedan aprender de las experiencias de Guyana y proporcionar apoyo al desarrollo de los servicios de salud de Guyana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se mantendrá el acuerdo establecido entre Guyana y Cuba para fortalecer los servicios de salud de Guyana en las áreas prioritarias.

2. Se habrá formulado y ejecutado el programa de cooperación técnica entre Suriname y Guyana orientado a las áreas prioritarias definidas por los dos países.

Indicadores

1. Para 1996, la unidad de planificación habrá establecido relaciones de trabajo con los directores ayudándoles a supervisar y modificar sus programas de trabajo.

2. Para 1997, la unidad de planificación habrá asistido a los directores en la actualización estratégica de sus programas en el contexto del Plan Nacional de Salud y en la ampliación del plan quinquenal.

1. Para diciembre de 1996 se habrá impartido capacitación a los administradores de hospitales (se habrá nombrado y capacitado a un administrador).

2. Para diciembre de 1997 se habrán puesto en práctica sistemas de información para la gestión.

3. Para diciembre de 1997 se estarán celebrando reuniones en las que se asignará a los administradores y jefes de departamento la responsabilidad y la autoridad para tomar medidas correctivas.

1. Para 1997, los SILOS contarán con mecanismos fiables de recolección y procesamiento de datos, y de planificación y toma de decisiones.

2. Para diciembre de 1997, la toma de decisiones de los SILOS incluirá consultas con la comunidad.

3. Para diciembre de 1997, los SILOS habrán establecido relaciones con el Ministerio de Salud en lo referente a cambios de prioridades.

1. Para diciembre de 1997, los centros de salud habrán incrementado la educación sanitaria en un 400%.

2. Para 1997, en conjunción con el MS y la OPS, los centros de salud habrán colaborado en la elaboración de material educativo audiovisual apropiado para cualquier situación especial que se presente en Guyana.

1. Se habrán establecido programas de cooperación técnica continuos entre Guyana y países dispuestos a colaborar en el proceso de fomento de la salud (por ejemplo, Cuba, Venezuela, Brasil, Suriname, etc.)

1. Para 1997 se habrán fortalecido componentes cruciales de los servicios de salud en Guyana con apoyo cubano.

1. Para diciembre de 1997 se habrá formulado y ejecutado el programa de cooperación técnica entre Guyana y Suriname.

Objetivos

3. Se habrán establecido mecanismos de planificación conjunta y se habrán ejecutado programas de lucha antivectorial para las regiones fronterizas con la participación de Guyana, Venezuela y Brasil.

4. Se habrá ampliado el proceso de cooperación técnica entre Guyana y otros países para fomentar el intercambio mutuo de experiencias y el desarrollo de sistemas nacionales de salud.

Indicadores

1. Para diciembre de 1997 se habrá establecido la colaboración entre estos países para la lucha antivectorial en las regiones fronterizas.

1. Para diciembre de 1997 se habrá ampliado el proyecto de cooperación técnica entre Guyana y al menos otro país (por ejemplo, Jamaica).

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	531,300	34.1	626,300	35.9	694,600	36.2	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	474,000	30.4	560,100	32.1	618,000	32.2	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	474,000	30.4	560,100	32.1	618,000	32.2
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	57,300	3.7	66,200	3.8	76,600	4.0	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	57,300	3.7	66,200	3.8	76,600	4.0
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	465,100	29.8	454,100	25.9	488,900	25.5	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	360,500	23.1	343,700	19.6	368,400	19.2	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	360,500	23.1	343,700	19.6	368,400	19.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	104,600	6.7	110,400	6.3	120,500	6.3	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	104,600	6.7	110,400	6.3	120,500	6.3
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	118,400	7.6	133,400	7.6	148,200	7.7	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	56,200	3.6	66,900	3.8	74,500	3.9	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	56,200	3.6	66,900	3.8	74,500	3.9
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	62,200	4.0	66,500	3.8	73,700	3.8	
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	62,200	4.0	66,500	3.8	73,700	3.8
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	337,700	21.7	350,900	20.0	376,800	19.6	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	337,700	21.7	350,900	20.0	376,800	19.6	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	337,700	21.7	350,900	20.0	376,800	19.6

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	106,700	6.8	185,700	10.6	211,000	11.0	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	106,700	6.8	116,400	6.6	130,900	6.8	
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	106,700	6.8	116,400	6.6	130,900	6.8
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		0	-	69,300	4.0	80,100	4.2
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	0	-	69,300	4.0	80,100	4.2
GRAN TOTAL	1,559,200	100.0	1,750,400	100.0	1,919,500	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	20,900	4.1	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	20,900	4.1	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	20,900	4.1	0	-	0
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	22,900	4.5	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	22,900	4.5	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	22,900	4.5	0	-	0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	102,100	19.9	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	102,100	19.9	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	102,100	19.9	0	-	0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	367,400	71.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	366,300	71.3	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	VID	208,000	40.5	0	-	0
SIDA	GPA	158,300	30.8	0	-	0
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,100	.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	1,100	.2	0	-	0
GRAN TOTAL	513,300	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	413,400	1	0	235,600	8,300	15,100	16,000	18,000	31,200	0	89,200
OMS - WR	1,145,800	2	4	508,500	90,400	28,300	96,000	82,100	108,300	0	232,200
TOTAL	1,559,200	3	4	744,100	98,700	43,400	112,000	100,100	139,500	0	321,400
% DEL TOTAL	100.0			47.8	6.3	2.8	7.2	6.4	8.9	.0	20.6
1996-1997											
OPS - PR	547,100	1	0	304,700	8,500	25,700	12,000	42,800	59,200	0	94,200
OMS - WR	1,203,300	2	4	592,200	63,500	17,100	97,700	139,200	117,800	0	175,800
TOTAL	1,750,400	3	4	896,900	72,000	42,800	109,700	182,000	177,000	0	270,000
% DEL TOTAL	100.0			51.3	4.1	2.4	6.3	10.4	10.1	.0	15.4
1998-1999											
OPS - PR	602,800	1	0	325,700	8,500	29,800	12,000	49,400	68,500	0	108,900
OMS - WR	1,316,700	2	4	635,500	63,500	19,800	97,700	160,800	136,200	0	203,200
TOTAL	1,919,500	3	4	961,200	72,000	49,600	109,700	210,200	204,700	0	312,100
% DEL TOTAL	100.0			49.9	3.8	2.6	5.7	11.0	10.7	.0	16.3

HAITI

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Se estima que la población actual de Haití supera los 7 millones de habitantes, cifra que en 1982 era de 5 millones. El valor estimado de la tasa de crecimiento medio anual asciende a 2% (FNUAP). El 68,5% de la población vive en zonas rurales, cuya densidad demográfica aproximada es de 820 habitantes por kilómetro cuadrado de tierra cultivable. Esta tasa de urbanización es veloz; la ciudad de Puerto Príncipe, cuyas zonas marginales crecen a una tasa anual igual a 8,6%, alcanzará los 2 millones de habitantes en el año 2000. Durante 1992 y 1993 se registró un movimiento emigratorio de grandes proporciones, que se detuvo hacia fines de 1994 tras la restauración del gobierno constitucional. La tasa bruta de natalidad es de alrededor de 36 por 1.000 habitantes; se descubrió que sólo 10% de las mujeres recurren a algún método anticonceptivo moderno. Los niños menores de 15 años constituyen 40% de la población, mientras que 17% tienen menos de 5 años. Los ancianos (es decir, los mayores de 64 años) constituyen un 5% de la población.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida al nacer fue de alrededor de 55 años durante el período 1985-1990. La tasa bruta de mortalidad es de 13 por 1.000 habitantes; por otra parte, se calcula que la mortalidad infantil asciende a 94 por 1.000 nacidos vivos, si bien distintos estudios ubican a dicha tasa entre 35 y más de 200 por 1.000, según el grupo socioeconómico estudiado y sus posibilidades de acceso a la atención médica. Los datos que arrojó la encuesta sobre mortalidad materna realizada en 1991 indican una tasa de mortalidad de 4,5 por 1.000 nacidos vivos.

3. Las causas principales de mortalidad infantil son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la malnutrición. Se han notificado casos de malnutrición crónica (detención del crecimiento) en un tercio de la población infantil; además, 17% de los recién nacidos pesan menos de 2,5 kg al nacer. La tasa de incidencia de la tuberculosis en Haití, que asciende a 5 por 1.000 habitantes, es una de las más elevadas del mundo. Este problema se ha visto muy agravado por la aparición de la correlación entre el SIDA y la tuberculosis. Desde su descubrimiento en 1981, el SIDA se ha transformado en un problema de salud pública junto con las demás enfermedades de transmisión sexual. Los datos arrojados por las encuestas realizadas en 1993 y 1994 indican que en las zonas urbanas, entre el 7% y el 10% de la población sexualmente activa es seropositiva al VIH, mientras que en las zonas rurales la tasa de personas seropositivas está aumentando (2 a 5%).

Factores que afectan el estado de salud

4. Tres años de crisis política han empeorado las condiciones económicas del país. Con una tasa de desempleo muy elevada y un PNB anual per cápita de \$228, Haití es uno de los países más pobres del mundo. Los agricultores tienen un ingreso anual estimado de menos de \$100, mientras que en la capital, la tasa de desempleo oficial para la población activa ha aumentado a más de 50%. Hay un gran analfabetismo, cuyas tasas para la población adulta ascienden a 62,7% para los varones y 67% para las mujeres (UNESCO, 1990). En 1993, sólo tenía acceso al agua potable 55% de la población en las zonas urbanas y 33% en las zonas rurales.

Apenas 16% de la población rural cuenta con letrinas, frente a 43% en las zonas urbanas. Según el PNUD, en 1992 el índice de desarrollo humano ascendió a 0,354, y Haití se ubicó en el 137º lugar entre los 173 países enumerados por dicho programa.

5. Cerca de 660 establecimientos, administrados por el gobierno o el sector privado, constituyen la base institucional para los servicios médicos nacionales. Con frecuencia, el Hospital Universitario del Estado (HUEH), ubicado en la capital, ve colmada su capacidad, mientras que muchos nosocomios rurales, aun los que tienen un nivel relativamente bajo de camas con respecto a sus zonas de captación, no alcanzan tasas de ocupación de 50%. El número de profesionales de la salud es sumamente limitado: 1,6 médicos, 0,2 dentistas, 1,3 enfermeras, 3,7 auxiliares y 6 matronas por 10.000 habitantes.

6. En 1994, alrededor de 60% de la población tenía acceso geográfico a la atención moderna. Entre 1991 y 1994 el sector público estuvo casi paralizado, pero el no gubernamental, beneficiario de la asistencia humanitaria, permaneció en situación estable y siguió prestando servicios a un segmento creciente de la población por conducto de sus instituciones y programas de salud comunitarios.

7. En las zonas rurales y las áreas urbanas marginales, prácticamente todo el mundo recurre a los curanderos tradicionales, sean parteras, herbolarios o sacerdotes de vudú. Además, hay miles de "picuristas" que aplican inyecciones de medicina alopatía (una forma de medicina indígena).

8. De los indicadores de los servicios de atención primaria de salud APS se desprende que una de cada dos embarazadas realiza por lo menos dos consultas prenatales. La mitad de los partos es atendida por equipos con capacitación moderna (30% por personal médico profesional y 20% por parteras tradicionales con conocimientos básicos perfeccionados e instrumental para cortar el cordón umbilical). La vacunación infantil recibió un gran impulso al amparo de un programa ampliado de inmunización, pero la cobertura correspondiente cayó abruptamente tras el golpe militar de septiembre de 1991. Se calculó que la cobertura de vacunación completa ascendió a 30% en 1991 y a 35% en 1993. En agosto de 1994 se declaró erradicada la poliomielitis paralítica; por otra parte, los casos de tétanos neonatal han disminuido en forma pronunciada desde 1985.

9. El gobierno reconoce que es necesario dar prioridad a la cobertura suministrada por sus servicios de salud, aumentándola. En la actualidad, las asignaciones presupuestarias y de personal siguen favoreciendo a los servicios terapéuticos urbanos. Hogar de 20% de la población de Haití, la ciudad de Puerto Príncipe recibe generalmente más de 60% del presupuesto sanitario, y es atendida por la mitad del personal dedicado al cuidado de la salud. El presupuesto de 1990-1991 del Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) ascendió a unos 189 millones de gourdes, cifra que representa 15% del presupuesto total del gobierno y 1,3% del PIB del país. Por lo general, más de 90% del presupuesto se ha dedicado al pago de salarios, sin dejar cabida para los gastos operativos.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

10. Salud en el desarrollo humano: Al cabo de tres años de crisis, el sector sanitario quedó destrozado. La cobertura universal de la población y su acceso a la atención sanitaria constituyen un objetivo a largo plazo. Durante el bienio,

el concepto de la salud como indicador y objetivo del desarrollo humano tendrá una importancia fundamental para tratar las principales cuestiones sanitarias. La reforma del sector de la salud será una de las principales prioridades para poner al país en mejores condiciones de analizar y formular políticas y planes sanitarios, que deben integrarse en las estrategias nacionales de desarrollo humano y ser compatibles con ellas. En tal sentido, y sin olvidar que la salud no sólo es un indicador, sino además un objetivo del desarrollo humano, las iniciativas dirigidas a garantizar el acceso universal de la población a la atención sanitaria deberán procurar y garantizar la participación de todos los grupos y de todas las instituciones gubernamentales.

11. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Las instituciones del gobierno y las organizaciones no gubernamentales (ONG) se reparten en partes aproximadamente iguales la tarea de brindar servicios sanitarios a la población haitiana. La creciente participación de los organismos bilaterales y multilaterales, incluidas las ONG, en la financiación del sector sanitario plantea el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud para toda la población, sin desmedro de su calidad y eficiencia. Un elemento clave para afrontar dicho reto es el proceso de descentralización introducido por el gobierno constitucional, que ya se está llevando a la práctica y que sirve de base para el establecimiento de servicios sanitarios a nivel local. Habrá que considerar otras cuestiones afines, como la investigación de los sistemas sanitarios para adquirir y registrar experiencia a partir del proceso de descentralización, la capacitación del personal para mantener la calidad y niveles adecuados de productividad en los servicios sanitarios, el fortalecimiento de la capacidad del país en relación con la gestión de desastres y, por último, la necesidad de movilizar los recursos nacionales e internacionales que se precisarán para mantener y aumentar la cobertura sanitaria de la población.

12. Promoción y protección de salud: A las capas de la población sumidas en la pobreza y afectadas por niveles graves de desempleo las tienen sin cuidado las cuestiones relacionadas con el comportamiento (tanto individual como comunitario) y el modo de vida, los factores de riesgo relacionados con las enfermedades (la pobreza y la malnutrición), la demografía y el cambio social. El reto más importante es el de la ampliación de la cobertura de los servicios sanitarios esenciales (curativos y preventivos). Sin embargo, dentro de las iniciativas preventivas que tienen por objeto la preservación de la salud, las actividades de promoción de la salud dirigidas a alentar las actitudes y prácticas sanas son un asunto prioritario, cuyo objetivo es el de desarrollar una cultura sanitaria, tanto en las zonas urbanas como rurales.

13. Desarrollo y protección del ambiente: Durante los dos últimos años, la infraestructura y los servicios de higiene del medio sufrieron en términos de calidad, cobertura y deterioro físico por falta de financiación y apoyo técnico sostenidos. Se recolecta menos del 30% de los desechos sólidos producidos en la capital, y sólo 35% de la población tiene acceso a los servicios de suministro de agua. Con la reapertura de Haití al turismo internacional, están dadas todas las condiciones para facilitar la entrada del cólera al país. Se prestará atención a las medidas de ordenamiento del medio dirigidas a garantizar el suministro de agua potable salubre y servicios de saneamiento adecuados. Se establecerán contactos con el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y otras fuentes de capital, a fin de obtener los mayores recursos necesarios para rehabilitar y ampliar la infraestructura y los servicios de higiene del medio.

14. Prevención y control de enfermedades: El reto principal del bienio se plantea en relación con las enfermedades transmisibles tradicionales como la diarrea, las

enfermedades transmitidas por los alimentos, las infecciones respiratorias agudas y la malaria, además de los renovados problemas del SIDA y la tuberculosis, y las enfermedades prevenibles mediante vacunas. Para controlar dichas enfermedades y evitar su propagación se mantendrán y fortalecerán los programas respectivos. Se hará hincapié en mantener al país libre de poliomielitis y erradicar el sarampión y el tétanos neonatal.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

15. En los ejercicios nacionales de planificación quedaron consagrados los principios de la atención primaria de salud, surgidos a partir de la reunión de Alma-Ata (1978). En 1982, el MSPP publicó un importantísimo documento sobre políticas, denominado "Nuevas orientaciones", en el que se reafirma el concepto de la salud como derecho individual y se aboga por la reforma del sistema de prestaciones sanitarias, que implica la planificación e identificación de programas prioritarios para los grupos más vulnerables, el mejoramiento de la toma de decisiones y la eficiencia por medio de la gestión descentralizada, y el aliento a las comunidades para que compartan las responsabilidades por la salud de sus miembros.

16. El último programa y presupuesto nacional para el desarrollo de los servicios sanitarios (1987-1991) contiene dos elementos principales, de los cuales el primero es la mejora y ampliación de los establecimientos sanitarios para facilitar el acceso a los servicios y la descentralización de la toma de decisiones. Por su parte, el segundo elemento es la definición de siete programas sanitarios prioritarios: el control de las enfermedades diarreicas; un programa ampliado de inmunización; un programa de nutrición para niños menores de cinco años; una mejor atención materno-infantil y mejores servicios de planificación familiar; el control de las enfermedades endémicas (malaria); el control de la tuberculosis; y la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo el SIDA. Con posterioridad la lepra, las infecciones respiratorias agudas y la prevención de la ceguera se incluyeron con fines específicos en el método de los programas prioritarios que se ha detallado.

17. El programa de control de enfermedades diarreicas consta de tres elementos principales: la rehidratación por vía oral, el fomento de la lactancia materna, y el agua potable y el saneamiento.

18. Desde 1979, el gobierno ha seguido las pautas de la OMS para el Programa Ampliado de inmunización (PAI) y en 1985 lanzó oficialmente un plan nacional. El objetivo del Programa es la inmunización universal, incluida la erradicación del sarampión y la eliminación del tétanos neonatal.

19. Se está aumentando la vigilancia de la nutrición para la detección temprana de problemas, habiéndose adoptado en todos los programas, como herramienta de vigilancia, una gráfica donde se indica el camino al crecimiento sano. Existe acuerdo en torno a la idea de que para orientar un programa integrado de nutrición se debe tener una comprensión más cabal de la malnutrición y sus factores determinantes.

20. Hacia fines de 1990 se puso en marcha una iniciativa para presentar un programa integrado de salud materno-infantil centrado en la cobertura y calidad de la atención mediante el enfoque de riesgo. Los objetivos del programa de salud materno-infantil consideraban la reducción de la mortalidad tanto infantil como

materna y el aumento del porcentaje de parejas que recurren a algún método anticonceptivo moderno. Desde 1993 se viene desarrollando y ensayando el método amplio de atención del "niño enfermo".

21. Una de las enfermedades endémicas graves que mayor preocupación causan es la malaria, porque, de hecho, por lo menos el 60% de la población habita en zonas maláricas. Con el apoyo del PNUD, el control de dicha enfermedad se está incorporando en los servicios de atención primaria de salud, y se está llevando a la práctica en forma descentralizada; así, la atención se centra ante todo en el diagnóstico y tratamiento adecuados, a los que luego les sigue el análisis epidemiológico de los datos disponibles.

22. En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA es objeto de especial preocupación. Se respetarán los objetivos y estrategias que se adoptaron desde 1988, a fin de: a) reducir el contagio sexual y perinatal; b) contar con una reserva de sangre libre de riesgos; c) definir, manejar y tratar los casos en forma estandarizada; favorecer la investigación sobre la transmisión de la enfermedad; d) reducir los efectos sociales y económicos del SIDA en las comunidades haitianas; e) fortalecer la vigilancia epidemiológica y la investigación sobre la transmisión de la enfermedad; y f) reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Gran parte del programa de control está basada en campañas de información y educación para grupos específicos de alto riesgo, y en la capacitación para lograr un mejor tratamiento de los casos y un mayor apoyo psicosocial.

23. En relación con la tuberculosis, se intenta mejorar las tasas de tratamiento de casos y establecer un programa intensivo de detección y tratamiento de casos por medio de un sólido plan de quimioterapia a corto plazo basado en una red de instituciones privadas y públicas.

24. Todavía no se cuenta con programas oficiales de control para la lepra ni para las infecciones respiratorias agudas, pero se las está tratando como problemas sanitarios prioritarios.

25. Al igual que en otros países del Caribe donde la morbilidad y la mortalidad debidas a las enfermedades infecciosas están en disminución, también en Haití han cobrado mayor importancia el cáncer, la diabetes y la hipertensión. Al margen de las estrategias que se utilizan en las organizaciones no gubernamentales, no se ha adoptado ninguna estrategia oficial.

26. Casi todos los principales donantes externos participan, en distinto grado, en una o varias de las áreas de los programas prioritarios. Además, dentro de Haití, numerosas organizaciones no gubernamentales, de las cuales algunas son originarias del país mientras que otras están relacionadas con grupos del extranjero, están trabajando en las áreas prioritarias. Por estimarse que, solamente en el frente sanitario, hay más de 300 ONG en actividad, se está respondiendo en forma gradual a la necesidad de contar con mecanismos de coordinación más eficaces.

27. Se fortalecerá la cooperación entre el gobierno y varias organizaciones no gubernamentales. Ya han habido experiencias positivas en las que el gobierno contrató a ONG para que éstas se encarguen por completo de la gestión de instituciones sanitarias de propiedad estatal y del suministro de servicios sanitarios a grupos definidos de la población. Como parte de dichos convenios, las ONG se comprometen a llevar a la práctica los programas nacionales prioritarios de salud.

28. En 1991 la OPS/OMS formó una comisión sanitaria de coordinación interinstitucional, en la que están ampliamente representadas las autoridades nacionales, las ONG y los organismos donantes. En 1993 se creó un comité técnico dentro de dicha comisión; además, a partir de este comité se formaron varios grupos de trabajo específicos, en respuesta a las necesidades de las distintas prioridades nacionales (inmunización, tratamiento del niño enfermo, nutrición, prevención y control de las enfermedades transmisibles, salud reproductiva, agua y saneamiento) en cuanto a la planificación y puesta en práctica de programas.

29. Dichos comités reemplazan a las anteriores comisiones de coordinación interinstitucional y comparten el objetivo de supervisar las políticas generales, la programación, las actividades y las evaluaciones de cada área prioritaria nacional, recurriendo para ello a un método coordinado y multisectorial. Existe otro objetivo más, que es el de proporcionarles a los organismos donantes información sobre la puesta en práctica de la cooperación técnica; se espera que ello facilite las futuras movilizaciones de recursos.

30. Los planes para tratar las prioridades establecidas estarán basados en el proceso de descentralización, la capacitación, la movilización de recursos y la colaboración con las ONG a las que les cabe la responsabilidad del suministro de casi la mitad de los servicios sanitarios.

Prioridades nacionales para cooperación técnica

31. Se han identificado las siguientes prioridades sanitarias: Incorporación del control de la malaria y la tuberculosis en los servicios sanitarios generales, de acuerdo con la estrategia de atención primaria de salud; Prevención y control de las infecciones por el VIH y desarrollo de una estrategia general para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual; Aceleración del proceso de descentralización y fortalecimiento de la APS mediante el establecimiento de una unidad de salud comunitaria; Establecimiento y puesta en práctica de una política de medicamentos esenciales; Establecimiento de un sistema eficaz de información y vigilancia epidemiológica en apoyo del proceso de descentralización a nivel comunitario, departamental y nacional, en relación con las políticas y decisiones nacionales; Diseño e implementación de un plan de salud maternoinfantil amplio e integrado; Apoyo a nivel de gestión y administración para la reestructuración del Ministerio de Salud y la movilización de recursos en pro de un plan nacional de inversión en salud; Mejora del medio ambiente y gran aumento del suministro de agua salubre y la cobertura de saneamiento básico; Control de las enfermedades prevenibles mediante vacunas; Institucionalización de los mecanismos de coordinación multisectorial a nivel central y local para reducir los problemas de nutrición a nivel individual, del hogar y de la comunidad.

32. Con base en las principales prioridades identificadas, el gobierno ha decidido solicitar cooperación técnica en las siguientes áreas prioritarias:

33. Fortalecimiento institucional, apoyo a nivel de gestión y de administración para la reestructuración del Ministerio de Salud; Apoyo a la gestión del personal sanitario; Apoyo al proceso de descentralización en relación con la recopilación y el análisis de la información y la gestión de los sistemas y servicios sanitarios locales.

34. Análisis del sector de la salud y mayor desarrollo de las políticas e implementaciones que tienen por objeto el aumento de la eficiencia en la utilización de recursos y la identificación y movilización de un mayor nivel de recursos provenientes de fuentes nacionales e internacionales.

35. Apoyo al proceso de coordinación y, donde sea posible, integración de las diferentes instituciones que conforman el sector de la salud, incluidos el Ministerio de Salud, otras instituciones nacionales, las organizaciones no gubernamentales y la cooperación internacional, para lograr una mayor cobertura, una mejor calidad de los servicios y un mejor empleo de los recursos.

36. Fortalecimiento de la capacidad de análisis epidemiológico, para identificar causas, establecer sistemas de vigilancia fiables y hacer aportes al diseño de programas prioritarios, a fin de reducir, entre otros problemas, los siguientes: la mortalidad materna; las ETS y la infección por el VIH; el SIDA y otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la malaria; y la mortalidad infantil y perinatal; todo ello, centrándose además en los grupos vulnerables prioritarios.

37. Análisis de la fuerza laboral sanitaria (estructura, distribución, uso) y desarrollo de políticas nacionales para su formación y utilización.

38. Apoyo al establecimiento de políticas apropiadas y leyes adecuadas sobre medicamentos esenciales. Apoyo al suministro de medicamentos esenciales y otros insumos médicos; fomento de la fabricación local de productos genéricos y el empleo de plantas medicinales. Aliento a la utilización racional de medicamentos e insumos médicos. Apoyo a la capacitación de los trabajadores sanitarios en relación con los medicamentos esenciales y la farmacia en general.

39. Mejora del medio ambiente mediante un mayor suministro de agua potable y, en particular, de un mejor alcantarillado. Puesta en práctica de políticas nacionales relacionadas con la higiene del medio, incluidos los planes de capacitación y la introducción de la tecnología apropiada, el establecimiento de pautas y normas para la eliminación de residuos sólidos, y la coordinación del apoyo internacional al sector de la higiene del medio.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

40. Para prestar apoyo adecuado al plan nacional de desarrollo sanitario, la Organización utilizará su cooperación técnica para reforzar y seguir desarrollando las iniciativas nacionales en curso en pro de la descentralización de los servicios sanitarios y el aumento de la cobertura sanitaria, apoyar las actividades de capacitación y el desarrollo de los recursos humanos que se da como consecuencia de dichas actividades y, por último (pero no por ello menos importante), intensificar los esfuerzos dirigidos a la movilización de recursos dentro del marco del programa de emergencia del sistema de las Naciones Unidas para la recuperación económica de Haití (EERP).

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Análisis del sector sanitario, desarrollo de políticas, aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos existentes e identificación y

movilización de un mayor nivel de recursos provenientes de fuentes nacionales e internacionales, incluido la CTP.

2. Apoyo al proceso de descentralización en relación con la recopilación de datos, el análisis de la información y la gestión de sistemas sanitarios y servicios locales.

3. Apoyo al proceso de coordinación en la integración de las distintas instituciones que conforman el sector de la salud.

4. Mejora de la capacidad de gestión, financiación y planificación del sector y sus instituciones en cuanto al suministro de agua potable, el saneamiento, la eliminación de residuos sólidos y la protección de las fuentes de agua en las zonas urbanas y rurales.

5. Apoyo a la formulación de políticas sobre medicamentos esenciales, en relación con las leyes y reglamentos respectivos, la comercialización de productos y los medicamentos racionales.

6. Apoyo al desarrollo de políticas y programas en cuanto a la cuestiones relativas a la población, la salud reproductiva, la regulación de la fecundidad y la salud de los adolescentes y los niños.

7. Mejora del estado de nutrición de todos los grupos de población, fomento de la lactancia materna como estrategia importante para garantizar la nutrición en la niñez.

8. Establecimiento y mantenimiento de programas para la vacunación eficaz contra enfermedades de gran importancia para la salud pública.

9. Fortalecimiento de la capacidad local para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual, especialmente en los servicios de atención primaria.

10. Mejoramiento de la capacidad para detectar cambios en el surgimiento de enfermedades infecciosas y evaluar su posible repercusión en la salud pública, para poner en práctica medidas oportunas y eficaces de prevención y control.

11. Apoyo al desarrollo de las posibilidades nacionales en relación con la vigilancia epidemiológica, para la puesta en práctica de un sistema eficaz de información y vigilancia epidemiológica, en apoyo del proceso de descentralización a nivel comunitario, departamental y central, en relación con las políticas y decisiones nacionales.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMAS LOCALES DE SALUD

PROPOSITO

Fomentar el desarrollo del liderazgo y la capacidad de gestión en el Ministerio de Salud y las ONG para llevar a la práctica el proceso de descentralización y desarrollar sistemas locales de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán desarrollado y ensayado normas y procedimientos para el funcionamiento de los sistemas locales de salud.

2. Los miembros del personal sanitario (gerentes de departamentos) habrán recibido capacitación para la puesta en práctica del plan de salud en el marco de los sistemas locales de salud.

3. Se habrán desarrollado y ensayado normas y procedimientos para el funcionamiento de los sistemas locales de salud.

PROYECTO 2: ASUNTOS DE POBLACION

PROPOSITO

Promover el desarrollo de políticas y programas sobre cuestiones referidas a la población, la salud reproductiva, la regulación de la fecundidad y las inquietudes de los adolescentes y los niños; mejorar la coordinación de las actividades de promoción de la salud y los servicios de salud reproductiva.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá integrado un programa nacional amplio de salud materno-infantil y reproductiva (SMI/SR) en la actividad de las UCS en Haití.

1. Para 1997 se habrán establecido y puesto en funcionamiento unidades de salud comunitarias en los nueve departamentos.

1. Para principios de 1996 estarán en funcionamiento 20 sistemas locales de salud piloto (UCS). Para fines de dicho año se habrán preparado normas y procedimientos.

2. Para principios de 1997 se habrá iniciado la puesta en práctica de normas y procedimientos ampliados a escala de

1. Para fines de 1996, los gerentes y administradores sanitarios de los nueve departamentos habrán asistido, por lo menos, a un curso oficial sobre gestión.

1. Para principios de 1996 estarán en funcionamiento 20 sistemas locales de salud piloto (unidades comunitarias de salud, o UCS).

2. Para fines de 1996 se habrán preparado normas y procedimientos.

3. A principios de 1997, la puesta en práctica de normas y procedimientos se habrá ampliado.

1. Aumentar la calidad y cobertura del suministro de servicios del programa de SMI/SR en cada UCS, a fin de que, para 1997, dichos servicios estén siendo utilizados por 80% de la población como mínimo.

1. Para fines de 1997, en 12 UCS se habrá puesto en práctica un plan nacional de SMI/SR y se habrá publicado el manual de procedimientos correspondiente.

ObjetivosIndicadores

2. Se habrá desarrollado un sistema nacional de información sobre SMI/SR.

1. Para 1997 se habrá establecido en 12 UCS la vigilancia epidemiológica de las actividades relacionadas con la SMI/SR.

2. En 12 UCS se habrá establecido un comité de vigilancia sobre la mortalidad materna; todos esos comités estarán en funcionamiento.

3. Se habrá reforzado la capacidad institucional para la puesta en práctica y el suministro de servicios del programa de SMI/SR, especialmente a nivel local.

1. Para 1997, 12 UCS contarán con un manual sobre salud reproductiva, y lo estarán utilizando.

2. En 12 UCS se contará con medicamentos esenciales (incluidos los anticonceptivos), materiales y equipos para las actividades relacionadas con la SMI/SR.

3. A nivel de 12 UCS se habrán realizado actividades integrales de IEC relacionadas con la SMI/SR.

4. El personal sanitario local se habrá capacitado en las actividades relacionadas con la SMI/SR.

1. Para 1997, 80% de los trabajadores de los servicios sanitarios habrán recibido capacitación en 12 UCS.

2. Para 1997, en 12 UCS se habrán desarrollado y puesto en práctica las nuevas normas y los nuevos programas de estudio para la capacitación de parteras (proyecto OPS-SOE).

5. Se habrán movilizado recursos financieros extrapresupuestarios para el programa de SMI/SR.

1. Para 1996 se habrán renegociado y aprobado los proyectos extrapresupuestarios de SMI/SR (FNUAP y PNUD).

PROYECTO 3: ETS**PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad local para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente en relación con los servicios de atención primaria de la salud.

1. A fines de 1997, todas las WUKK de las unidades de salud comunitarias (SYLOS) estarán realizando actividades integrales para reducir las tendencias de la infección por el VIH utilizando el documento de referencia MTP2.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá desarrollado un programa integral relacionado con las ETS y el VIH, y se lo habrá integrado a las actividades de atención sanitaria a nivel de UCS.

1. Para 1997, 80% de las UCS de Haití estarán llevando a cabo actividades integradas en relación con las ETS y el VIH.

2. Se habrá desarrollado y puesto en práctica un sistema nacional de información sobre el método sindrómico de las ETS.

1. Para 1997, el sistema simplificado de vigilancia epidemiológica se estará utilizando en 90% de las UCS.

Objetivos

3. Se habrá mejorado el tratamiento de casos de ETS y estará funcionando la red de consultorios correspondiente.

4. Los proveedores de servicios sanitarios locales habrán recibido capacitación sobre el método de manejo sindrómico de las ETS, para la derivación de pacientes.

5. Se habrá mejorado la gestión de los programas locales sobre ETS.

PROYECTO 4: ABASTECIMIENTO DE AGUA Y RESIDUOS SOLIDOS

PROPOSITO

Ampliar el suministro de agua potable, la eliminación de excretas y los servicios de eliminación de residuos sólidos en el país, haciendo especial hincapié en las zonas urbanas marginales y las regiones rurales remotas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá adoptado y puesto en marcha un segundo plan nacional decenal de inversión en agua potable y saneamiento básico (plan N.).

2. Se habrá desarrollado la capacidad de gestión, financiera y de planificación de las instituciones nacionales en relación con el agua potable y el sector de saneamiento básico.

3. Se habrán protegido contra la contaminación animal y humana las cuencas de agua potable y los campos de estaciones de bombeo.

Indicadores

1. Para fines de 1997, por lo menos 70% de los pacientes de ETS habrán recibido tratamiento y asesoramiento adecuados en 90% de las UCS.

2. Para 1997, por lo menos 90% de las UCS contarán con una red de consultorios entre las instituciones sanitarias dedicadas al tratamiento de las ETS.

1. Por lo menos 70% de los proveedores de servicios sanitarios locales estarán en condiciones de describir los 4 síndromes principales de ETS.

2. Para 1997, se habrá preparado un manual en créole sobre las ETS, que se estará utilizando en 80% de las UCS.

1. Para fines de 1997, 80% de las UCS estarán utilizando indicadores de proceso para vigilar la puesta en práctica de los programas sobre ETS.

1. Los servicios de agua y saneamiento que sufrieron un deterioro tras el golpe de estado de septiembre de 1991 se repararán y fortalecerán, estableciéndose además el plan de inversión en medio ambiente y salud.

1. Para fines de 1996, el gobierno habrá aprobado un segundo plan nacional decenal de inversión en agua potable y saneamiento básico.

2. Para fines de 1997 se habrá concretado 20% del plan N.

1. Para fines de 1997, 60% del personal superior de las instituciones nacionales sectoriales habrá recibido capacitación en relación con las actividades de gestión, financieras y de planificación.

1. Para fines de 1997, todas las fuentes de agua potable y estaciones de bombeo contarán con protección desde el punto de vista del medio ambiente.

2. Para fines de 1996, se habrá establecido una red nacional de control de la calidad de las fuentes de agua y las aguas subterráneas.

Objetivos

4. En las zonas urbanas marginales y las regiones rurales remotas se habrán ampliado los servicios de agua potable y de saneamiento básico.

5. Los comités de agua rural (CAEP) se habrán reforzado e integrado en forma real en "unidades comunitarias de salud" (UCS).

PROYECTO 5: INMUNIZACION**PROPOSITO**

Lograr y mantener un nivel de cobertura del 80% en los niños de un año de edad, fortaleciendo el sistema de vigilancia para el control y la erradicación de las enfermedades prevenibles mediante vacunas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la planificación y puesta en práctica de las actividades de vacunación a nivel local.

2. Reforzar las instituciones sanitarias y descentralizar el PAI, impartiendo capacitación sobre las normas y procedimientos relativos a dicho programa al personal sanitario que trabaja a este nivel.

3. Reforzar el sistema de entrega de vacunas y materiales afines, así como el sistema de la cadena de frío en general.

4. Mantener al país libre de poliomielitis hasta que se certifique que el mundo está libre de dicha enfermedad.

Indicadores

1. Para fines de 1997, tanto la mitad de las zonas urbanas marginales como la mitad de las regiones rurales remotas contarán con servicios de agua potable y de saneamiento básico de buena calidad.

1. Para fines de 1996, 120 CAEP estarán dotadas de herramientas de plomería e integradas en UCS.

2. Para fines de 1997, se habrá impartido capacitación a 400 plomeros rurales y 500 operadores de cloración del agua.

1. Aplicación de las vacunas BCG, DTP3, antipoliomielítica (3a. dosis) y antisarampionosa a los niños menores de 1 año de edad, y de la TT2 a las mujeres en edad fecunda.

1. Número de establecimientos sanitarios dedicados a la aplicación diaria de vacunas para fines de 1997.

2. Cobertura para todo el país en lo que hace a las vacunas DTP3, antipoliomielítica (3a. dosis), antisarampionosa y BCG para los niños menores de 1 año.

1. Número de instituciones sanitarias responsables a las que, para fines de 1996, se habrá impartido capacitación sobre las normas y procedimientos relativos al PAI.

2. Número de establecimientos sanitarios que para fines de 1997 estarán utilizando la gráfica de vigilancia de la cobertura de vacunas recomendada por la OMS.

1. Número de unidades de almacenamiento y distribución (UAD) instaladas en todo el país para fines de 1996.

2. Número de instituciones sanitarias a las que dichas UAD abastecen de vacunas y materiales afines.

1. Número de casos de parálisis flácida notificados e investigados en los que se haya descartado que se trate de casos de poliomielitis.

Objetivos

5. Implantar el sistema de vigilancia epidemiológica del sarampión a fin de eliminar dicha enfermedad para el año 1995.

PROYECTO 6: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

PROPOSITO

Fortalecimiento de la capacidad nacional en relación con la vigilancia epidemiológica y el uso eficaz del sistema de información.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá desarrollado una metodología de análisis para la planificación sanitaria, mediante un sistema simplificado de vigilancia.

2. Se habrá reactivado el sistema de información para la gestión.

3. Se habrán establecido el análisis integrado de la vigilancia epidemiológica y el sistema de información para la gestión, para beneficio de epidemiólogos y administradores sanitarios.

4. A los trabajadores sanitarios nacionales y departamentales se les habrá impartido capacitación sobre los sistemas de información y el análisis epidemiológico, a los efectos de la planificación.

PROYECTO 7: TUBERCULOSIS

PROPOSITO

Prevención y control de la tuberculosis.

Indicadores

1. Número de casos de exantema y fiebre notificados para fines de 1997.

1. Para 1997 se habrá incorporado un sistema simplificado de información a nivel central en nueve (9) departamentos y 18 sistemas locales de salud, el cual será utilizado normalmente por todas las instituciones públicas y ONG registradas.

1. Para fines de 1996 se habrá puesto en práctica una metodología a nivel central y departamental.

2. Se estará publicando en forma periódica un boletín epidemiológico y un análisis de la situación sanitaria.

1. Para fines de 1996, el sistema de información para la gestión estará funcionando en la mitad de los departamentos.

1. Para principios de 1997 se habrá establecido un grupo para el análisis integrado de la información en la mitad de los departamentos.

1. Para 1997, todos los trabajadores sanitarios que ocupan un puesto de gestión habrán recibido capacitación sobre el análisis de los sistemas de información.

2. Para 1997, todos los epidemiólogos habrán recibido capacitación sobre el análisis epidemiológico, incluida la información sobre el PAI.

3. Para fines de 1996 se habrá integrado a la Facultad de Medicina un curso de 3 meses con otorgamiento de diploma.

1. Para 1997 se habrá logrado, como mínimo, una tasa de curación de 80% de los casos diagnosticados.

ObjetivosIndicadores**RESULTADOS ESPERADOS**

1. La vigilancia epidemiológica de la tuberculosis habrá aumentado y se habrá hecho extensiva a toda el área de la salud.

2. Se habrá perfeccionado la detección de casos y establecido la capacidad de seguimiento de los mismos.

3. Se mejorarán las posibilidades de gestión y evaluación del programa para la tuberculosis.

PROYECTO 8: MALNUTRICION MATERNOINFANTIL**PROPOSITO**

Reducir la malnutrición maternoinfantil y sus consecuencias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán mejorado las prácticas de alimentación de lactantes y niños.

2. Se habrá mejorado la atención nutricional durante el embarazo y la lactancia.

1. Para fines de 1996, a veintisiete (27) trabajadores sanitarios a nivel departamental se les habrá impartido capacitación sobre la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis.

2. Para fines de 1996, todo el personal institucional habrá recibido capacitación sobre la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis.

3. Para fines de 1996 se habrá finalizado en seis (6) unidades comunitarias de salud (UCS) la investigación sobre el abandono del tratamiento por parte de los pacientes de tuberculosis.

1. Para fines de 1996 se habrá finalizado la ampliación de 20% de la detección de casos.

2. Para fines de 1996 se habrá reforzado el seguimiento de casos en la totalidad de los centros de tuberculosis.

1. Para fines de 1996, todos los trabajadores sanitarios se habrán capacitado en la gestión de programas para la tuberculosis.

2. Para fines de 1996, el laboratorio central de micobacteriología estará en condiciones de realizar la prueba de resistencia de la tuberculosis a los medicamentos.

1. Para 1997 se habrán establecido, y estarán funcionando, una estrategia de comunicación relacionada con la nutrición, programas de estudios básicos sobre la nutrición y un sistema eficaz de información para la gestión relacionado con la nutrición.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido la duración media de la lactancia materna practicada en forma exclusiva.

2. Para fines de 1997, la duración media de la lactancia materna se habrá prolongado hasta los 24 meses de edad.

1. Para fines de 1997, la proporción de bebés nacidos con bajo peso se habrá reducido a 7,5%.

2. Para fines de 1977, la incidencia de la anemia en las mujeres embarazadas se habrá reducido a 30%.

Objetivos

3. Se habrán reducido en forma drástica las manifestaciones clínicas de la carencia de yodo.

4. Se habrán desarrollado metodologías para una planificación apropiada de la nutrición.

5. En los programas de asistencia alimentaria se habrán incorporado inquietudes relacionadas con la nutrición.

PROYECTO 9: MALARIA

PROPOSITO

Fortalecimiento de la capacidad de los servicios sanitarios generales para controlar la malaria como parte de la APS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán desarrollado, y estarán en funcionamiento, metodologías para el control de la malaria dentro de los servicios sanitarios generales.

2. Se habrán establecido normas y procedimientos epidemiológicos para la vigilancia de la malaria por parte de las instituciones sanitarias públicas y privadas (ONG).

3. Al personal sanitario se le habrá impartido capacitación para el control y la prevención de la malaria.

Indicadores

1. Para fines de 1997, la incidencia de bocio en los departamentos de alto riesgo se habrá reducido a menos de 5%.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido a nivel central y departamental, donde se lo utilizará y apreciará, un sistema de vigilancia de la nutrición para el establecimiento de políticas, la planificación y la evaluación.

1. Para fines de 1997, se habrán incluido objetivos relacionados con la nutrición en los planes de trabajo para 75% de los principales organismos de distribución de alimentos.

1. Para 1997, todas las instituciones de servicios generales de salud estarán prestando servicios de control de la malaria como parte de la APS.

1. Para fines de 1996 se habrá desarrollado y ensayado una metodología para ponerla en práctica en todas las instituciones.

1. Para 1996 se habrá establecido, y estará funcionando, una unidad técnica de malaria a nivel central.

2. Para fines de 1996, las nueve oficinas departamentales de salud estarán recopilando y difundiendo mensualmente datos epidemiológicos sobre la malaria.

1. Para 1996, por lo menos 95% de los trabajadores de los servicios sanitarios habrán recibido capacitación sobre el control y la prevención de la malaria con los servicios generales de salud.

2. Para 1997, la mitad de los epidemiólogos regionales habrá recibido capacitación especializada sobre la epidemiología de la malaria y otras enfermedades de transmitidas por vectores.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 10: MEDICAMENTOS ESENCIALES****PROPOSITO**

Lograr un aumento considerable de la calidad del sector farmacéutico, con repercusión directa sobre la facilidad de acceso a los medicamentos, la calidad de su prescripción y el empleo de las farmacoterapias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. A nivel central y departamental estará funcionando un servicio farmacéutico.
2. Habrá finalizado a nivel nacional la puesta en práctica de la política de medicamentos esenciales.
3. El programa de estudios de todos los trabajadores sanitarios se habrá actualizado a nivel farmacéutico.
4. Un sistema correcto de información sobre los medicamentos.
5. Aumento del grado en que se depende de los medicamentos importados.

PROYECTO 11: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA**PROPOSITO**

Proporcionar el apoyo necesario a las autoridades nacionales para el proceso de reestructuración y descentralización del Ministerio de Salud (MS), incluida la movilización de recursos.

1. Por lo menos la mitad de las instituciones sanitarias del país estará utilizando una lista aprobada de medicamentos esenciales y documentos técnicos afines.

1. Número de departamentos con un servicio farmacéutico establecido según las normas nacionales.
2. La existencia de un servicio de inspección sobre medicamentos importados, para 1996.

1. Más de 90% de las instituciones sanitarias contarán con una reserva equivalente a 80% de los medicamentos incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales correspondientes a su nivel.

1. Para fines de 1997 se habrán introducido y evaluado los programas de estudio actualizados.

1. La existencia de un sistema de información sobre medicamentos, para fines de 1997.
2. El número de cuestiones tratadas en el boletín de información sobre medicamentos durante este período de dos años (se han programado por lo menos 6).
3. La ausencia de publicidad televisiva poco ética sobre medicamentos.

1. Duplicación del nivel de compras de elementos de producción local en PROMESS al cabo de 2 años.

1. Para 1997, la estrategia de cooperación técnica y las necesidades de inversión sanitaria en el país se habrán revisado, ajustado y llevado a la práctica para cumplir con las prioridades sanitarias nacionales posteriores a la crisis.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán establecido una estrecha cooperación y un diálogo sobre políticas entre las autoridades sanitarias y la Representación de la OPS/OMS.
2. Se habrá fortalecido la función coordinadora de la OMS entre las organizaciones y los organismos no gubernamentales que desarrollan actividades en el sector de la salud.
3. Los profesionales nacionales de la salud tendrán acceso al banco de datos de la OPS/OMS.

PROYECTO 12: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Promover la cooperación técnica con la República Dominicana y el Caribe.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá celebrado un acuerdo entre la República Dominicana y las autoridades sanitarias.

Indicadores

1. La relación de trabajo entre la Representación de la OPS y las autoridades sanitarias.

1. Para fines de 1997 estará funcionando el comité sanitario interinstitucional, con participación de representantes del Ministerio de Planificación, de quienes se ocupan de cuestiones de la mujer y del medio ambiente, del Ministerio de Salud y de las organizaciones y organismos no gubernamentales.

1. Se tendrá acceso al banco de datos actualizado de la OPS/OMS, mapas incluidos, y a la documentación de la Representación de la OPS/OMS, por lo menos desde el Ministerio de Salud.

1. Se habrá celebrado un convenio con la República Dominicana para el control fronterizo de las enfermedades transmisibles.

1. Para 1977 se habrán llevado a la práctica actividades conjuntas en relación con la erradicación del sarampión y el control de la malaria y la rabia.

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,929,600	41.3	2,072,300	40.3	2,318,000	40.5
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	777,700	16.6	802,800	15.7	903,900	15.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 777,700	16.6	802,800	15.7	903,900	15.8
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	962,500	20.7	1,050,600	20.3	1,161,100	20.3
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 962,500	20.7	1,050,600	20.3	1,161,100	20.3
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	189,400	4.0	218,900	4.3	253,000	4.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 189,400	4.0	218,900	4.3	253,000	4.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	908,300	19.4	1,003,500	19.6	1,124,800	19.7
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	908,300	19.4	1,003,500	19.6	1,124,800	19.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 908,300	19.4	1,003,500	19.6	1,124,800	19.7
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	713,100	15.2	792,500	15.5	889,800	15.6
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	713,100	15.2	792,500	15.5	889,800	15.6
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 713,100	15.2	792,500	15.5	889,800	15.6
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	905,400	19.3	1,002,600	19.6	1,098,900	19.2
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	905,400	19.3	1,002,600	19.6	1,098,900	19.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 905,400	19.3	1,002,600	19.6	1,098,900	19.2
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	224,000	4.8	253,800	5.0	288,000	5.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	224,000	4.8	253,800	5.0	288,000	5.0
SIDA	GPA 224,000	4.8	253,800	5.0	288,000	5.0
GRAN TOTAL	4,680,400	100.0	5,124,700	100.0	5,719,500	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	12,443,700	65.9	2,500,000	81.3	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	12,443,700	65.9	2,500,000	81.3	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	10,400	0.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	12,433,300	65.8	2,500,000	81.3	0	-
CPS						
EHA						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,000	.*	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,000	.*	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	1,000	.*	0	-	0	-
UAH						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	2,952,600	15.6	576,500	18.7	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	2,952,600	15.6	576,500	18.7	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	2,952,600	15.6	576,500	18.7	0	-
WCH						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	3,512,200	18.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3,509,400	18.5	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	2,216,300	11.7	0	-	0	-
SIDA	803,100	4.2	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	490,000	2.6	0	-	0	-
VID						
GPA						
CTD						
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	2,800	.*	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	2,800	.*	0	-	0	-
NCD						
GRAN TOTAL	18,909,500	100.0	3,076,500	100.0	0	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	3,193,100	5	5	1,319,400	83,400	104,000	100,000	356,900	309,000	0	920,400
OMS - WR	1,487,300	2	1	468,200	116,800	0	40,000	485,200	207,400	0	169,700
TOTAL	4,680,400	7	6	1,787,600	200,200	104,000	140,000	842,100	516,400	0	1,090,100
% DEL TOTAL	100.0			38.2	4.3	2.2	3.0	18.0	11.0	.0	23.3
1996-1997											
OPS - PR	2,928,100	5	5	1,342,900	50,000	120,100	100,000	190,500	238,200	0	886,400
OMS - WR	2,196,600	2	1	490,600	150,200	0	40,000	784,400	357,600	0	373,800
TOTAL	5,124,700	7	6	1,833,500	200,200	120,100	140,000	974,900	595,800	0	1,260,200
% DEL TOTAL	100.0			35.9	3.9	2.3	2.7	19.0	11.6	.0	24.6
1998-1999											
OPS - PR	3,252,400	5	5	1,443,800	50,000	138,800	100,000	220,200	275,200	0	1,024,400
OMS - WR	2,467,100	2	1	525,400	150,200	0	40,000	906,400	413,200	0	431,900
TOTAL	5,719,500	7	6	1,969,200	200,200	138,800	140,000	1,126,600	688,400	0	1,456,300
% DEL TOTAL	100.0			34.5	3.5	2.4	2.4	19.7	12.0	.0	25.5

HONDURAS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población estimada para 1994, a partir de las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1988 es de 5,317,831 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 2.8%, una de las más elevadas del continente. Se estima que el 30% de la población reside en las dos principales ciudades: Tegucigalpa y San Pedro Sula y el 53% en poblados menores de 1,000 habitantes, el país actualmente tiene 25,533 caseríos y 3,742 aldeas, con una densidad de 47 habitantes por Km² lo que muestra una dispersión poblacional y un lento proceso de urbanización.

2. La estructura por edad de la población evidencia un predominio de los grupos jóvenes. Para 1994, según estimaciones del Censo Nacional de Población 3.4% son menores de 1 año, 12.9% pertenecen al grupo de 1 a 4 años y 27.9% de 5 a 14 años, lo que representa un total de 44.2% para los menores de 15 años. La población mayor de 65 años representa un 3.4% lo que aunado a la población menor de 15 años constituyen un 47.7% de la población dependiente. El 52.3% restante es la población de 15 a 64 años.

3. Las migraciones también repercuten en el tamaño y distribución de la población. En el censo de 1988 la tasa de migración internacional neta de Honduras arrojó más bien un saldo negativo (-1.4 por mil habitantes). La movilidad espacial interna para el último intervalo censal (1974-1988) se estimó en 20%; las zonas de mayor atracción fueron los departamentos de Cortés y Francisco Morazán, cuyo incremento intercensal relativo fue de 70.6% y 77.3% respectivamente, dada la ubicación de las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa en estos departamentos.

Indicadores del estado de salud

4. La mortalidad ha venido disminuyendo; la tasa bruta de mortalidad se estimó en 13.62 por 10 mil habitantes en el quinquenio 1970-75 y 6.2 para 1994. A pesar de que esta medida está influenciada por la estructura por edad de la población, la disminución de la mortalidad también se ve reflejada en la esperanza de vida al nacer que en el mismo período pasó de 54 a 67 años.

5. El aumento observado en la esperanza de vida al nacer, que para 1993 se estimó en 65 para hombres y 69 para mujeres, indica una disminución de la mortalidad. Esta disminución ha sido evidente tanto en la mortalidad de los niños menores de 5 años, como en el resto de las edades. Es así que en el grupo de menores de un año, la mortalidad bajó de 72.6 a 50 por mil nacidos vivos en el período 1980-1990 y en los niños de 1 a 4 años disminuyó de 7.3 por mil habitantes en el quinquenio 1980-1984 a 6.4 por mil en el siguiente quinquenio.

6. A partir del período 1965-69 se observa una importante disminución por enfermedades transmisibles en todos los grupos de edad. De 1965-69 a 1980-84, la mortalidad infantil bajó de 63.1 a 46.6 por mil nacidos vivos en los menores de un año, de 14.9 a 5.3 por mil habitantes en el grupo de 1-4 años y de 13.9 a 9.0 por mil habitantes en el grupo de 65 y más. En 1990 las enfermedades transmisibles representaron el 18.4% de las defunciones por causas definidas en hombres y el 22.2% en mujeres.

7. En ese mismo año, el 5.8% de las defunciones en hombres y el 11% en mujeres se atribuyeron a tumores malignos. La mortalidad por tumores malignos es más elevada en mujeres que en hombres, particularmente en el grupo de 45-64 años. En el quinquenio 1980-84, último para el cual se tienen datos, ocurrieron 103,0 defunciones por cien mil habitantes en hombres y 223.4 por cien mil mujeres, debidas a tumores.

8. Las causas externas, sin embargo, son más frecuentes en hombres. En 1990 representaron el 28% de todas las defunciones por causas definidas, lo que significa la primera causa de la muerte en este nexo. En las mujeres las causas externas representaron únicamente el 8.1% de las defunciones. En 1980-84, la tasa de mortalidad por cien mil habitantes por causas externas para el grupo de 14-55 años fue de 212.1 en hombres y de 26.7 en mujeres, para el grupo 45-64 fue de 273.8 en hombres y 41.3 en mujeres, y para el grupo de 65 años y más fue de 302.8 en hombres y 41.3 en mujeres.

9. En 1990, las enfermedades del aparato circulatorio aportaron el 23.1% de las defunciones por causas definidas en hombres de 65 años y más. En este grupo de edad, en 1980-84, 1964.3 defunciones por cien mil habitantes fueron atribuidas a enfermedades del aparato circulatorio. En el mismo quinquenio, por esta misma causa, ocurrieron 301.2 defunciones por cien mil habitantes en el grupo de 45-64 años.

10. Las encuestas de atención ambulatoria realizadas en 1988 y 1992 (correspondiente a una muestra del 5% de la demanda de atención en las UPS) identifica a las enfermedades infecciosas y parasitarias como la primera causa de demanda de atención, con un incremento de 13.3% a 17.2% en el período. La segunda causa de demanda lo constituyen las infecciones respiratorias agudas y las neumonías e influenza, que también presentaron incrementos de 10.8% a 15.0% y de 1.8% a 2.5% respectivamente. Las deficiencias de la nutrición y las anemias representaron la tercera causa de demanda y a su vez incrementos de 5.4% a 6.1%. La demanda por enfermedades del aparato urinario se incrementó de 2.1 a 2.9% y las infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo pasaron de 2.2% a 3.0%. Resulta claro que las enfermedades transmisibles representa el mayor peso de la demanda de atención ambulatoria.

11. La primera causa de egreso incluye a todas las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (42.9% y 45.0% en 1992 y 1993) respectivamente, seguida de las enfermedades transmisibles (25.8% en 1992, 34.7% en 1993). Los tumores ocupan la tercera causa de egreso en ambos años (3% y 2.8%) representando los de naturaleza maligna un 64% y 67.7%, los cánceres in situ (4.5 y 4.7%), los de evolución incierta (1.3 y 1.5%), y los de naturaleza no especificada (6.4 y 6.0), los benignos (23.3% y 20.2%). Luego, las que ocupan los siguientes lugares están representadas por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3.6%), deficiencias nutricionales (1.6%), infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo (1.4%), enfermedades del aparato urinario (0.9%), anemias (0.5%) y las enfermedades hipertensivas (0.5%).

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

12. Salud en el desarrollo humano: Aunque es notable la participación social en los problemas de salud tanto a nivel rural como urbano, la problemática social y económica repercute directamente en el estado de salud y el consumo de servicios.

Mientras por una parte se logran notables coberturas de vacunación por otra las "nuevas" epidemias de SIDA y Cólera muestran las flaquezas de la sociedad y del sistema. La población no tiene la confianza que debería en sus instituciones ejecutivas, legislativas o judiciales. Pero hay síntomas positivos para el trabajo como el hecho de algunos protagonistas válidos dentro de cada función.

13. Desarrollo de sistemas de y servicios de salud: La tendencia internacional a restringir el papel del estado y a reformar el sector salud en consecuencia ha llevado a la crisis financiera del sector estatal que no sólo ha paralizado la obra de infraestructura sino que ha congelado la provisión de personal.

14. Promoción y protección de salud: La participación de la población ha resultado notable en el proceso de establecer una nueva cultura de la salud en la que se analicen de manera propia problemas como la violencia y otros.

15. Desarrollo y protección del ambiente: El país ha establecido como desafío principal el abastecimiento de agua, eliminación de desechos y cuidado del medio.

16. Prevención y control de enfermedades: El control de las inmunoprevenibles, diarreicas, respiratorias y aquellas transmitidas por vectores y transmisión sexual constituye el objetivo principal de los servicios estatales de salud.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

17. El Gobierno ha identificado en su documento Honduras: Situación de Salud y Prioridades 1994-1997 las siguientes áreas prioritarias:

18. Extensión acelerada de la accesibilidad a los servicios: a) la reorganización efectiva de los servicios, en todos los niveles de atención; b) la revisión de la dotación, capacidad de resolución y modalidades de prestación de los diferentes servicios; c) la priorización de esfuerzos en el nivel local; d) el impulso de proyectos subregionales; e) apoyo al desarrollo de planes y programas nacionales especiales.

19. Organización del sistema: a) instrumentar un proceso de descentralización de las instituciones públicas de salud (Ministerio de Salud e Instituto Hondureño de Seguridad Social); b) fortalecer el nivel regional al transferirle recursos y responsabilidades; c) enfatizar el nivel local, bajo la concepción de la táctica de sistemas locales de salud.

20. Financiamiento: a) aplicar el sistema que rige en el IHSS y extenderlo aceleradamente al resto del país, de acuerdo a la ley respectiva; b) diseñar, concertar socialmente y poner en práctica el seguro nacional de salud; c) continuar con la aportación incrementada del Gobierno central; d) crear otras fuentes cuya modalidad estará determinada por el modelo económico que se instaure.

21. Desarrollo de los recursos humanos: a) la adecuación de los recursos humanos existentes en las instituciones, en todas sus instancias, funciones y responsabilidades; b) la revisión de los procesos regulares de formación de recursos humanos para la salud; c) el desarrollo de la sociedad civil de la ciudadanía como un todo en cuanto su interés y capacidad de análisis y de diálogo sobre los problemas de salud y de la entrega de servicios a la población.

22. Coordinación de la cooperación internacional.

23. Ambiente y salud.

24. Seguridad alimentaria: a) formulación y promoción de políticas de alimentación y nutrición; b) vigilancia alimentaria nutricional; c) comunicación social en alimentación, nutrición y orientación al consumidor; d) fortalecimiento de la gestión local para promoción de producción y consumo de alimentos a nivel familiar; e) tratamiento de deficiencias de la dieta.

25. Problemas críticos de urgente solución.

Propuesta de acción

26. Insumos Críticos: Política farmacéutica nacional, legislación y regulación, desarrollo de los servicios farmacéuticos en la red de servicios, promoción de la industria nacional/mercadeo de genéricos, promoción del uso racional, Información y comunicación social.

27. Capacidad de resolución de los hospitales y de la red de servicios: Lograr el máximo acceso a los servicios de salud, lograr la máxima eficacia del sistema de servicios de salud, lograr la mayor eficiencia social del sistema, democratizar la administración de las redes de servicios, fortalecer la articulación nacional entre las instituciones, fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud.

Estrategia conjunta

28. En la evaluación conjunta efectuada por el Gobierno y la Organización se convino en 5 recomendaciones que puntualizan las estrategias de la Organización discutidas con el Ministerio de Salud: a) que la cooperación técnica de la OPS a Honduras durante los próximos 4 años se oriente alrededor de un eje fundamental constituido por la propuesta de reforma del sector salud que resulte finalmente aprobada, y en la cual se persigue el incremento del acceso de la población a los servicios de salud, al funcionamiento descentralizado de los mismos y al desarrollo del nivel local; b) que al no existir un Plan Maestro de Inversiones del Sector Salud que defina las prioridades de cooperación internacional para las distintas fuentes, se dinamice la implementación del PIAS ajustado a las demandas y necesidades del Ministerio de Salud, como instrumento para dar coherencia a un Plan de Inversiones en salud que legitime el proyecto político de gobierno para el período 1994-1997; c) que se hagan esfuerzos para que la cooperación de la OPS/OMS sea el eje integrado de la colaboración que otras agencias prestan al Ministerio de Salud. La coordinación interagencial que se propone es más relevante en aquellos proyectos que son sujeto de la cooperación de varias agencias, los cuales, por lo general, responden en consecuencia a distintas prioridades e intereses; d) que los procesos señalados en las recomendaciones 1 y 2 se articulen con una estrategia renovada de desarrollo de recursos humanos que el Ministerio ha establecido como prioridad, bajo el supuesto de que cualquier propuesta de reforma del sector requiere de una concepción diferente del recurso humano, que es en última instancia el único que podrá llevar adelante dichas reformas; e) que se continúe con las líneas de cooperación propuestas tanto por la Organización en su documento de Orientaciones Estratégicas y Programáticas, como las del MSP en su documento Honduras: situación de salud y prioridades 1994-1997.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Lograr la mayor eficiencia social del sistema (salud en el desarrollo).
2. Lograr el máximo acceso a los servicios de salud y la máxima eficacia del sistema de servicios (desarrollo del sistema de salud).

3. Fortalecer la articulación nacional entre las instituciones para promoción y protección de la salud (promoción y protección).
4. Democratizar la administración de las redes de servicios (prevención y control de enfermedades).
5. Fortalecer la articulación nacional entre las instituciones para la protección del medio ambiente (agua y medio ambiente).

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SALUD Y PROTECCION AMBIENTAL**PROPOSITO**

Contribuir a mejorar la capacidad institucional y comunitaria de Honduras para manejar y resolver los problemas de salud ambiental que afectan a los habitantes urbanos y rurales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incrementada la capacitación para que el país avance hacia un aumento de la cobertura de los servicios de agua para consumo humano y eliminación adecuada de excretas y residuos sólidos y líquidos. Se espera que la calidad adecuada del agua quede apropiadamente garantizada.

2. Mejorada la capacidad de las entidades del sector para enfrentar y resolver los problemas de protección ambiental de Honduras. Se apoyará el desarrollo ambientalmente sostenible y la realización de esfuerzos para ampliar la vigilancia sobre problemas para la salud humana causados por la contaminación ambiental.

PROYECTO 2: PREVENCION PARA DESASTRES**PROPOSITO**

Contribuir a mejorar la capacidad institucional y comunitaria de Honduras para manejar las situaciones de emergencias o desastres en su relación con la salud humana y ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizados esfuerzos para mejorar la capacidad de las entidades pertinentes a efectos de prevenir y mitigar las repercusiones de los desastres, tanto naturales como tecnológicos.

1. Problemas de salud ambiental enfrentados con mayor eficiencia e integralidad.

1. Proyectos de infraestructura sanitaria realizados en el marco del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

2. Capacidad de gestión, planificación y autofinanciamiento más desarrolladas en las entidades que trabajan en el sector de salud ambiental.

1. Desarrollo tecnológico, investigación y adiestramiento de recursos humanos en lo referente a saneamiento básico y evaluación/control de riesgos ambientales, incluidos los de ambientes de trabajo.

2. Desarrollo institucional de las diversas entidades y organismos que administran los recursos relativos a salud ambiental.

3. Dada especial consideración y apoyo a las municipalidades, comunidades locales y OPDs.

1. Situaciones de emergencia manejadas con un grado más alto de preparación.

1. Fortalecimiento del sector salud para la prevención y mitigación de desastres.

2. Participación institucional y comunitaria significativa en el logro de mejores posibilidades de preparativos para casos de desastres.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 3: DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Incrementar la accesibilidad de la población a los servicios de salud mediante el desarrollo de SILOS enfatizando la equidad de las acciones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Impacto en los problemas de salud prioritarios que afectan a la población, en las 39 áreas de salud en equidad, eficiencia, eficacia, calidad y participación social.

PROYECTO 4: DISEMINACION DE INFORMACION CIENTIFICA Y TECNICA

PROPOSITO

Desarrollar las condiciones nacionales para organizar los servicios de información sanitaria que integran la Red de Información Documental de Salud de Honduras para lograr el acceso de los usuarios a las fuentes de información maximizando el uso de la tecnología y los recursos disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Red de Información Documental en Salud organizada y funcionando con sistemas automatizados.

1. Cobertura a grupos postergados
2. Mortalidad de grupos postergados.
3. Mortalidad de grupos priorizados.
4. Rechazo de pacientes.
5. ASIS participativo según condiciones de vida.
6. Análisis del acceso.

1. Coberturas de servicios en programas prioritarios.
2. Disminución de indicadores de mortalidad infantil y materna.
3. Mejoramiento de indicadores de calidad de atención.
4. Incremento de la producción de servicios en programas prioritarios.

1. Organización y automatización de los Centros de Información pertenecientes a la Red.
2. Normatización del funcionamiento de los Centros que integran la Red de acuerdo al nivel de complejidad.
3. Personal que labora en los Centros de la Red capacitado en la utilización de tecnología disponible para el manejo de la información.
4. Atención oportuna y efectiva a los usuarios de los centros que integran la Red de Información.

1. Centros de Documentación Regionales y del IHSS articulados y automatizados dentro de la Red.
2. Haber normatizado el funcionamiento de las Bibliotecas Hospitalarias y Centros de Documentación.
3. Personal de los Centros de Documentación Capacitados en la utilización y desarrollo de bases de datos.
4. Haber desarrollado en los centros de documentación complejos programas de educación al usuario.
5. Centros de Documentación Regionales equipados con hardware y con sistemas de comunicación efectivos.

Objetivos

2. Flujo de información científico-técnica establecido en el Centro de Documentación de la OPS y la Red de Información Documental en Salud.

3. Publicaciones científicas y no científicas difundidas a la comunidad nacional e internacional.

PROYECTO 5: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Disminuir la transmisión de enfermedades infecciosas de importancia en el país mediante medidas de prevención y control que incluyan la participación social.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollado estudios epidemiológicos sobre enfermedades infecciosas prioritarias.

2. Disminución de la tasa de incidencia de la tuberculosis.

Indicadores

1. Usuarios del CD/OPS y del Centro Coordinador Nacional capacitados en la búsqueda y recuperación de información.

2. Colecciones bibliográficas de los diferentes Centros de Documentación actualizadas.

3. Personal de los centros complejos de la Red capacitados en el uso de la metodología LILACS.

4. Cobertura de la demanda de información solicitada al CD/OPS y a los centros de información de la Red.

1. Edición de publicaciones científicas y no científicas producidas a nivel nacional.

2. Reuniones científicas desarrolladas con la participación de Investigadores Nacionales.

3. Publicaciones científicas y no científicas en salud difundidas a los Centros de Información de la Red.

1. Programa nacional diseñado, publicado y en proceso.

2. Incorporadas las actividades de vigilancia y control de enfermedades transmisibles en el 100% de las áreas.

1. Fortalecida la red de laboratorios en las áreas de mayor riesgo.

2. Fortalecida en el 100% de los Bancos de Sangre, el control de calidad de sangre donada para enfermedades infecciosas transmitidas por transfusiones.

3. El nivel central fortalecido para el desarrollo de estrategias integradas para el control de epidemias.

1. Tasa de incidencia disminuida a 40/100,000 habitantes.

Objetivos

PROYECTO 6: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

PROPOSITO

Aumentar la capacidad resolutiva de los SILOS para el control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV).

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecidas las actividades de vigilancia y control del nivel local.
2. Desarrollada la capacidad gerencia de las áreas de salud.
3. Incrementada la participación social.
4. Fortalecida la cooperación técnica, en la investigación y en la elaboración de proyectos.
5. Promovida y establecida la estratificación epidemiológica.

PROYECTO 7: CONTROL Y PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y EL SIDA

PROPOSITO

Prevenir y controlar la transmisión sexual del VIH y ETS y sus consecuencias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuida la transmisión por sangre y hemoderivados.

Indicadores

1. Incrementada la cobertura de atención de malaria, dengue y otras ETV.

1. 100% de las áreas epidemiológicamente prioritarias por malaria de equipo computarizado y procesando la información oportunamente.

1. Fortalecido el 50% de los administradores de las regiones.

1. Alcanzar el 85% de la participación de la comunidad en actividades de prevención y control.

1. Establecido el control de calidad de los Bancos de Sangre del país.

2. Realización de dos encuestas anuales de serología del dengue.

1. Identificadas el 100% de las áreas de mayor riesgo de malaria.

2. Ajustada en el 100% la información epidemiológica del Sistema Nacional de Información epidemiológica.

1. Programa nacional coordinado a través de Comité Interagencial.

1. 100% de los Bancos de Sangre provistos de reactivos para el control de enfermedades transmitidas por la sangre (SIDA, Hepatitis).

Objetivos

2. Disminuida la transmisión perinatal.

Indicadores

1. Aumento en cada año de 10% del uso del condón.
2. Incrementar el 20% de las coberturas en los centros educativos.
3. Incrementar cada año en un 10% la detección de sífilis y gonorrea en áreas prioritarias.
4. Incrementar en un 20% la cobertura de la atención de las mujeres en edad fértil.

PROYECTO 8: ZONOSIS**PROPOSITO**

Eliminar la rabia canina de los principales centros urbanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Actividades de vigilancia y control fortalecidas en las áreas prioritarias.

1. En el 100% de las áreas de riesgo desarrolladas actividades de vigilancia y control.

1. Incrementado en un 80% la cobertura de vacunación canina.

2. Ningún caso humano en el bienio.

3. El 100% de las áreas de riesgo provistas del biológico.

4. Los programas de zoonosis de Recursos Naturales y Salud trabajando conjuntamente en las áreas de riesgo.

5. Un programa de comunicación social en las áreas de mayor riesgo establecido.

PROYECTO 9: DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS**PROPOSITO**

Reorientar el desarrollo de los Recursos Humanos para la salud con miras a fortalecer cuanti y cualitativamente el proceso de reforma del sector y las estrategias nacionales de salud.

1. Desarrollo de procesos de educación permanente de todo el personal, con énfasis en el nivel local.

2. Formulación y desarrollo de planes nacionales de Recursos Humanos con base en necesidades de la población y las estrategias nacionales.

3. Desarrollo del conocimiento en salud pública en el marco de la reforma del sector salud.

4. Desarrollo de procesos de gestión de recursos humanos enfatizando la conducción de procesos educativos centrados en el trabajo y el análisis situacional.

5. Reformulación de la formación de personal profesional y técnico.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Contribución al desarrollo institucional del Ministerio de Salud a través de la reorientación de los procesos de gestión, formación y utilización del personal.

PROYECTO 10: INMUNIZACIONES

PROPOSITO

Fortalecer el programa sostenido de vacunación a través del mantenimiento de coberturas superiores al 95% y la vigilancia epidemiológica de la tósferina y meningitis tuberculosa, para contribuir al descenso de la mortalidad infantil en el marco de la modernización y descentralización de los servicios de salud y desarrollo de la epidemiología.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Lograr y mantener coberturas homogéneas a nivel nacional en todos los biológicos del PAI a través de las estrategias básicas de vacunación e incorporación de municipalidades en el marco de la atención primaria en salud y descentralización de los servicios.

Indicadores

1. Metodologías de educación permanente que parten de la identificación de necesidades implementada en todo el país.

2. Sistemas de monitoreo permanente de los procesos educativos en los servicios de las 8 Regiones de Salud.

3. Personal capacitado para la gestión de los servicios de salud, especialmente en administración y epidemiología en todas las Regiones de Salud.

4. Desarrollo curricular de todas las carreras de salud de nivel superior e intermedio.

5. Producción bibliográfica nacional incrementada.

1. 100% de regiones de salud con coberturas homogéneas superiores al 95% para DPT y BCG.

2. Tasa de incidencia de tósferina inferior a 1 por 100,000 habitantes.

3. Mantener en 0 la muerte por complicaciones de la tósferina.

4. 100% de hospitales aplicando BCG a recién nacidos.

5. Disminuir de 1 a .75 la mortalidad por meningitis TB en menores de 15 años.

6. Mantener la incidencia de meningitis TB inferior a 1 por 100,000 menores de 15 años.

1. 100% de municipios de las 9 regiones de salud con coberturas superiores al 95%.

2. Seguimiento al 100% de áreas de riesgo donde han implantado las estrategias básicas del PAI.

3. 100% de casos de tósferina y meningitis tuberculosa investigados, documentados y ejecutadas medidas de control.

4. Monitoreo del 100% de las áreas de riesgo por bajas coberturas y ocurrencias de casos de enfermedades inmunoprevenibles.

5. 100% de unidades frigoríficas de la Cadena de Frío funcionando.

6. En 37 municipios de riesgo por bajas coberturas incorporadas las alcaldías municipales en las actividades de vacunación.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 11: ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS Y LA ERRADICACION DE TTN Y SARAMPION****PROPOSITO**

Consolidar y mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis; eliminación del tétanos neonatal y sarampión.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidación a nivel nacional de la erradicación de la poliomielitis; eliminación del tétanos neonatal y sarampión.

PROYECTO 12: MEDICAMENTOS ESENCIALES**PROPOSITO**

Fomentar el acceso de medicamentos seguros, eficaces y de calidad adecuada a la población hondureña en general.

1. Mantener la tasa de Parálisis Flácida a nivel nacional de 1 por 100,000 menores de 15 años.
2. Mantener la tasa de incidencia de Tétanos Neonatal inferior a 1 por 1,000 nacidos vivos.
3. Disminuir la tasa de mortalidad por Tétanos Neonatal inferior a 0.02 por 1,000 nacidos vivos.
4. Mantener la tasa de incidencia por Sarampión inferior a 1 por 100,000 habitantes.
5. Mantener en 0 la mortalidad por complicaciones de Sarampión.
6. Mantener coberturas homogéneas a nivel nacional para Sabin y Sarampión superiores al 95% en población menores de un año.

1. Cumplimiento en un 100% de los cinco indicadores de vigilancia de la erradicación de la poliomielitis.
2. Cumplimiento 100 de los parámetros de vigilancia epidemiológica del tétanos neonatal cumplidos.
3. 100% de los parámetros de vigilancia epidemiológica cumplidos.
4. 100% de casos de sarampión con diagnóstico laboratorial.
5. El 90% de la población menor de 5 años a nivel nacional reciba una dosis adicional de vacuna sabin en dos jornadas nacionales de vacunación.
6. Laboratorio de virología dotado y equipado en un 100% para diagnóstico de enfermedades febriles eruptivas.
1. Automatización del Registro Sanitario.
2. Desarrollo de un programa permanente de inspección sanitaria de la industria farmacéutica nacional.
3. Establecimiento de un plan periódico de muestreo y análisis post-registro de medicamentos.
4. Implementación de un manual de normas y procedimientos actualizado y revisado del subsistema nacional de suministros.
5. Desarrollo de los servicios farmacéuticos hospitalarios y dentro del contexto de SILOS en el Ministerio de Salud Pública e IHSS.
6. Institucionalización de programas de capacitación permanente en medicamentos al equipo de salud y a la comunidad.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que la política farmacéutica sobre regulación sanitaria de medicamentos sea oficializada e implementada.

2. Que se elabore un plan de mejoramiento sobre Buenas Prácticas de Manufactura con la industria farmacéutica nacional.

3. Plan de control de psicotrópicos y estupefacientes implementado y coordinado entre la División de Farmacia, sectores gubernamentales, División de Salud Mental y otros.

4. Disponer de sistemas de suministro fortalecidos y reorientados a nivel de las instituciones de salud.

Indicadores

1. Comité Asesor Farmacológico de Registro Sanitario apoyando regularmente el proceso.

2. Que el Laboratorio Oficial disponga de un Manual de Buenas Prácticas de Laboratorio.

3. Política de regulación farmacéutica definida.

4. Sistema de información de registro sanitario funcionando.

1. Manual nacional de buenas prácticas de manufactura implementado.

2. Establecimiento de un plan de cooperación en inspección entre el MSP y Ministerio de Economía.

3. Personal del Departamento de Inspección Sanitaria Capacitado.

4. Plan de control y evaluación del funcionamiento de puestos de venta de medicamentos.

1. Reglamento de control de psicotrópicos y estupefacientes elaborado.

2. Programa de información sobre uso de psicotrópicos y estupefacientes elaborado.

3. Normas de prescripción de psicotrópicos y estupefacientes elaborado.

4. Investigaciones sobre uso de estupefacientes y psicotrópicos a nivel hospitalario desarrollado.

1. Inicio de un proceso de armonización de cuadros básicos institucionales.

2. Operativizar el proceso de adquisición de medicamentos vía la proveduría especial del Ministerio de Salud Pública.

3. Comités de Farmacia y Terapéutica regionales funcionando adecuadamente.

4. Servicios farmacéuticos desarrollados en las instituciones de salud.

5. Programa de educación continua en farmacoterapia institucionalizados a nivel de la red de servicios del país.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 13: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES****PROPOSITO**

Fortalecer la cooperación técnica entre Honduras y países caribeños y sudamericanos mediante la transferencia tecnológica y científica en áreas de interés mutuo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Transferencia cruzada de tecnologías y procesos para la atención e impacto en los problemas de salud.

1. Proyectos en ejecución.
2. Impacto en procesos tecnológicos.

PROYECTO 14: SALUD MATERNO INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**PROPOSITO**

Fortalecer la aplicación de estrategias de ataque que permitan disminuir la mortalidad materna e infantil y del adolescente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecido el proceso institucional para que el enfoque de riesgo reproductivo esté aplicándose en todas la UPS del Ministerio de Salud.

1. Tecnologías implantadas.
 2. Apropiación tecnológica.
 3. Sostenibilidad de procesos.
 4. Convenios de cooperación en curso.
-
1. Tasa de mortalidad materna de 145 por cien mil nacidos vivos o menos.
 2. Tasa de mortalidad infantil de 45 por mil nacidos vivos o menos.
 3. Disminuir la tasa de mortalidad neonatal en 30% de su valor actual.
 4. Incrementar la cobertura de planificación familiar a 20% o más.
 5. Disminuir la tasa de mortalidad específica por neumonía en 30% de su valor actual.
-
1. 100% de UPS aplicando las Normas de Atención Integral a la Mujer.
 2. 100% de parteras tradicionales activas capacitadas con metodología participativa y enfoque de riesgo.
 3. 10 hogares maternos funcionando.
 4. 100% de los hospitales estatales estarán aplicando tecnología post-parto y post-aborto.

Objetivos

2. Apoyada la capacidad técnica del Ministerio de Salud y las comunidades para que las Normas de Atención Integral al Niño Menor de Cinco Años estén aplicándose.

3. Haber apoyado al programa nacional para que el manejo estandarizado de casos de neumonía esté aplicándose a nivel institucional y comunitario.

4. Haber contribuido a que las estrategias de apoyo a la lactancia materna se estén aplicando a nivel institucional y comunitario.

5. Se habrán realizados los esfuerzos para que el país desarrolle una estrategia de ataque al problema de la salud de los adolescentes.

Indicadores

1. 50% de UPS del Ministerio de Salud estarán aplicando las Normas de Atención Integral al Niño a nivel institucional y comunitario.

2. Sistema regular de información del Ministerio de Salud habrá sido modificado para responder a la vigilancia de la tendencia del crecimiento y desarrollo del niño.

3. En todas las comunidades postergadas de cada UPS habrá promotores comunitarios participando en la vigilancia de crecimiento y desarrollo de sus niños.

1. En todas las UPS del Ministerio de Salud se estarán aplicando las Normas de Manejo Estandarizado de Casos de Neumonía.

2. En todas las comunidades postergadas de cada UPS habrán promotores comunitarios capacitados en manejo estandarizado de casos de neumonía.

3. En todos los hospitales se habrá disminuido la letalidad hospitalaria por neumonía en un 50% de su valor actual.

1. Prevalencia de lactancia materna exclusiva al sexto mes incrementada a 15%.

2. Todos los hospitales del estado estarán aplicando la iniciativa Hospital Amigos de los Niños.

3. En todas las UPS del Ministerio de Salud se estarán aplicando las Normas de Lactancia Materna.

1. Creado un programa oficial de salud del adolescente.

2. Dos clínicas de atención al adolescente funcionando.

3. Normas de Atención Integral al Adolescente Elaborada.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 15: SITUACION Y VIGILANCIA DE LA SALUD****PROPOSITO**

Desarrollar el análisis de la situación de salud y la vigilancia de la salud como base para la toma de decisiones en el nivel de Area Salud y Regional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la competencia nacional en materia de epidemiología en los servicios de salud.

2. Se habrá establecido un sistema de vigilancia de la salud, que incluya tanto la vigilancia epidemiológica como del impacto de políticas macro-económicas y de los costos de intervenciones de salud a nivel regional.

3. Colaboración con organismos nacionales para la formulación de una política de investigación en salud.

4. Incorporar el enfoque de género en los análisis de situación, políticas de investigación y formulación de políticas públicas.

PROYECTO 16: PROMOCION DE LA SALUD**PROPOSITO**

Fortalecer mecanismos de coordinación intersectorial para promover políticas saludables e implementar programas de protección de la salud, a nivel municipal y departamental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseminación de información y capacitación en promoción de la salud a actores y actrices sociales de las instancias políticas y técnicas dentro y fuera del sector salud.

1. Una Unidad de Análisis y Tendencias, a nivel central, coordinando a nivel Regional y de Area.

1. 39 Areas de Salud han desarrollado ASIS para 1996.

2. 39 Areas de Salud han estructurado un sistema de vigilancia epidemiológica para 1997.

1. Producción de información en las nueve regiones sanitarias del país.

1. Propuesta para política de investigación en salud elaborada.

1. Estadísticas de salud disponibles por sexo.

2. Un programa permanente de capacitación en género.

1. Instauración de un programa o comisión de protección de la salud que coordine esfuerzos inter-institucionales para 1997.

1. Los 19 departamentos habrán conducido discusiones intersectoriales sobre salud.

2. 50% de los municipios presentarán planes de salud.

Objetivos

2. Se habrá fortalecido instituciones que promuevan programas contra la violencia, particularmente violencia doméstica.

3. Apoyo a estrategias de comunicación social tendientes a promover estilos de vida saludables.

PROYECTO 17: GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE SALUD (NHP)

PROPOSITO

Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud Pública como Agencia Rectora dentro del país para lograr una estrecha colaboración en la cooperación del sector salud de manera interagencial e intersectorial.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Procesos de capacitación cumplido en el diseño de evaluación de proyectos en ejercicio.

Indicadores

1. Un documento de trabajo sobre la descripción del problema de la violencia en Honduras para 1996.

2. Estrategias de control para problemas de violencia en marcha para 1997.

1. Programa de comunicación social en marcha en 3 Regiones de Salud.

1. Proyectos específicos para prioridades nacionales de salud.

2. Plan de desarrollo de recursos humanos.

3. Procesos de coordinación de la cooperación externa.

1. Equipo de trabajo capacitado.

2. Documentos producidos.

3. Reuniones de seguimiento.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,262,500	41.3	1,309,700	40.0	1,457,300	40.3	
POLITICA PUBLICA Y SALUD	103,900	3.4	88,300	2.7	97,900	2.7	
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	51,600 52,300	1.7 1.7	30,500 57,800	.9 1.8	33,600 64,300	.9 1.8
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	668,400	21.9	712,800	21.8	797,400	22.0	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	CPS EHA	652,600 15,800	21.4 .5	694,600 18,200	21.2 .6	776,300 21,100	21.4 .6
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	452,600	14.8	465,100	14.2	511,800	14.2	
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HST HBI	315,500 137,100	10.3 4.5	321,600 143,500	9.8 4.4	350,500 161,300	9.7 4.5
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	37,600	1.2	43,500	1.3	50,200	1.4	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	37,600	1.2	43,500	1.3	50,200	1.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	763,800	24.9	784,700	24.0	855,600	23.8	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	635,100	20.7	611,800	18.7	666,100	18.5	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	635,100	20.7	611,800	18.7	666,100	18.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	128,700	4.2	139,200	4.3	151,500	4.2	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	128,700	4.2	139,200	4.3	151,500	4.2
MEDICAMENTOS ESENCIALES	0	-	33,700	1.0	38,000	1.1	
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	0	-	33,700	1.0	38,000	1.1

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	85,600	2.8	140,700	4.3	157,000	4.4
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	85,600	2.8	86,000	2.6	96,900	2.7
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	85,600	2.8	86,000	2.6	96,900	2.7
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	54,700	1.7	60,100	1.7
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	0	-	54,700	1.7	60,100	1.7
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	433,100	14.1	458,500	14.0	499,900	13.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	433,100	14.1	458,500	14.0	499,900	13.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	433,100	14.1	458,500	14.0	499,900	13.9
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	517,300	16.9	579,900	17.7	638,000	17.6
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	365,000	11.9	412,300	12.6	452,800	12.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	0	-	26,500	.8	30,700	.9
SIDA	0	-	23,100	.7	26,700	.7
TUBERCULOSIS	0	-	22,000	.7	25,400	.7
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	36,800	1.2	40,400	1.2	44,600	1.2
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	328,200	10.7	300,300	9.2	325,400	9.0
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	128,000	4.2	140,300	4.3	154,600	4.3
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	128,000	4.2	140,300	4.3	154,600	4.3
SALUD PUBLICA VETERINARIA	24,300	.8	27,300	.8	30,600	.8
ZONOSIS	24,300	.8	27,300	.8	30,600	.8
GRAN TOTAL	3,062,300	100.0	3,273,500	100.0	3,607,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	42,600	1.5	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	11,500	.4	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	11,500	.4	0	-	0	-
WHD						
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	21,700	.8	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	21,700	.8	0	-	0	-
EHA						
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	9,400	.3	0	-	0	-
TCC	9,400	.3	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	372,100	13.8	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	372,100	13.8	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	372,100	13.8	0	-	0	-
UAH						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	144,600	5.3	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	144,600	5.3	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	144,600	5.3	0	-	0	-
WCH						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	270,400	10.0	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	270,400	10.0	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	49,400	1.8	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	221,000	8.2	0	-	0	-
CWS						
ERA						

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,875,800	69.4	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,875,800	69.4	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 243,700	9.0	0	-	0	-
SIDA	GPA 678,800	25.1	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 859,600	31.8	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 93,700	3.5	0	-	0	-
GRAN TOTAL	2,705,500	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.		
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$		
1994-1995											
OPS - PR	2,125,100	3	5	775,800	133,500	71,100	106,000	369,700	257,100	0	411,900
OMS - WR	937,200	2	0	395,800	60,900	14,500	68,000	246,200	98,300	0	53,500
TOTAL	3,062,300	5	5	1,171,600	194,400	85,600	174,000	615,900	355,400	0	465,400
% DEL TOTAL	100.0			38.3	6.3	2.8	5.7	20.1	11.6	.0	15.2
1996-1997											
OPS - PR	2,331,700	3	6	784,800	175,700	70,800	136,000	371,500	193,800	0	599,100
OMS - WR	941,800	2	0	397,400	64,000	32,600	104,000	154,300	95,500	0	94,000
TOTAL	3,273,500	5	6	1,182,200	239,700	103,400	240,000	525,800	289,300	0	693,100
% DEL TOTAL	100.0			36.1	7.3	3.2	7.3	16.1	8.8	.0	21.2
1998-1999											
OPS - PR	2,581,200	3	6	842,200	175,700	81,800	136,000	429,300	223,800	0	692,400
OMS - WR	1,026,600	2	0	423,400	64,000	37,700	104,000	178,300	110,400	0	108,800
TOTAL	3,607,800	5	6	1,265,600	239,700	119,500	240,000	607,600	334,200	0	801,200
% DEL TOTAL	100.0			35.1	6.6	3.3	6.7	16.8	9.3	.0	22.2



JAMAICA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. A fines de 1993 la población estimada de Jamaica era de 2.482.900 habitantes, un incremento del 0,9% respecto del año anterior. En total se registró un aumento neto de 22.200 habitantes en 1993. Debido a la disminución causada por las defunciones, los movimientos externos netos y una disminución en el número de nacidos vivos, las tasas brutas de natalidad y de mortalidad para 1993 fueron de 23,2 y 5,6 por 1000, respectivamente.

2. Los problemas de subnotificación y registro insuficiente de casos subrayan la necesidad de tomar precauciones si se piensa utilizar estos datos como indicadores fidedignos de la natalidad y la mortalidad a nivel nacional.

3. Aproximadamente, 45% de la población es menor de 18 años. Las personas de 60 años y más representan 10,16% de la población. El índice de dependencia es de 726 por 1.000 personas en la población activa, cifra levemente inferior a la de 1992. Ello implica que la pirámide de población continúa estrechándose en su base y sugiere una fecundidad en descenso, además del envejecimiento de la población. Por lo tanto, se mantienen las mismas consecuencias en materia de políticas y programas.

Indicadores del estado de salud

4. En 1993 no se registraron epidemias importantes, y la incidencia de la mayoría de las enfermedades de notificación obligatoria en niños de corta edad continuó siendo baja para los adolescentes y la población de mayor edad. Las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, y las enfermedades crónicas siguieron siendo motivo de preocupación.

5. Las visitas por trastornos psiquiátricos aumentaron, pero no se registró aumento ni disminución de las enfermedades crónicas; por ejemplo, la cobertura para la poliomielitis en 1992 fue de 74,2% de la meta fijada. Esta cifra aumentó a 93,3% en 1993. En el caso del sarampión, la cobertura fue 63,3% de la meta en 1992 y 72,0% en 1993.

6. La tasa de malnutrición en los niños menores de tres años gravemente malnutridos permaneció al mismo nivel que en 1992, cuando la tasa preventiva de malnutrición fue de 8,6%. No obstante, el retraso del crecimiento pareció haber aumentado en este grupo.

7. Los datos de morbilidad indicaron que las complicaciones del embarazo ascendieron a 107,9 por 10.000 habitantes, seguidas de traumatismos e intoxicaciones (55,9), trastornos genitourinarios (27,0) y trastornos cardiovasculares (24,1). La tasa bruta de mortalidad fue de 5,6 por 1.000 para 1993.

8. En 1993 la esperanza de vida al nacer fue de 69,1 años para los hombres y 72,7 años para las mujeres. La cobertura de inmunización de las principales enfermedades de la infancia mejoró sensiblemente durante 1993. Por ejemplo, si bien la cobertura de la vacuna contra la poliomielitis en 1992 representó 74,2%

de la meta fijada, la misma aumentó a 93,3% en 1993. Respecto a la vacuna antisarampionosa, la cobertura fue de 63,3% de la meta en 1992 y 72,0% en 1993. La cobertura no solo recuperó el terreno perdido desde 1991, sino que en 1993 se logró por primera vez el 100% para la BCG.

9. Durante 1993, se notificó un total de 236 casos de SIDA (156 hombres y 80 mujeres), llevando a 699 el número de casos notificados de SIDA desde 1982. Los nuevos casos notificados en 1993 representaron un incremento de 174% respecto de 1992, cuando sólo se notificaron 86 casos. De estos casos, 462 (es decir, 69%) han fallecido, incluyéndose en esta cifra a 54 niños. La transmisión sigue siendo predominantemente heterosexual. El cáncer de mama y de cuello uterino se encuentran entre las causas principales de muerte en las mujeres. En un esfuerzo por contrarrestar esta situación, la Liga Jamaicana de Lucha contra el Cáncer es implacable en su tarea de detección y educación del público sobre las conductas de alto riesgo y la detección temprana con relación al cáncer. En 1993 la sociedad examinó a 7.302 pacientes, por comparación con 6.480 pacientes examinados en 1992. Se realizaron 1851 mamografías, más del doble de las efectuadas en 1992. Se diagnosticaron 23 casos de cáncer, es decir, 3 más que en 1992.

Factores que afectan el estado de salud

10. El financiamiento insuficiente de los servicios siguió constituyendo un problema dentro de los servicios de salud en 1994, a pesar de los aumentos presupuestarios. Esto se debió a la carencia de fondos suficientes para responder a las necesidades del sistema de prestación de asistencia sanitaria. Es significativo el aumento en el costo de las preparaciones farmacéuticas y otros productos básicos que contribuyeron a menguar el presupuesto. El tipo de cambio promedio pasó de US\$ 1,00 = JA\$ 22,96 en 1992 a US\$ 1,00 = JA\$ 25,68 en 1993 a US\$ 1,00 = JA\$ 33,2 en 1994, un aumento de la depreciación de 44,5%. No obstante, la política gubernamental de coparticipación y recuperación de los costos ha dado resultados bastante buenos y se ha permitido a los hospitales conservar para ellos los ingresos obtenidos por los servicios.

11. La escasez de recursos humanos siguió siendo un problema en 1993. Sin embargo, en ciertas áreas se contrató personal nuevo. Por ejemplo, por medio del Proyecto de Iniciativas del Sector de la Salud se introdujo la categoría de funcionario ejecutivo (CEO) dentro del personal administrativo. A excepción de uno, los funcionarios ejecutivos se desempeñaron solo en los hospitales incluidos en el Proyecto de Restauración de los Servicios de Salud.

12. La eliminación de los servicios de limpieza y portería en el Hospital de Spanish Town tuvo un efecto positivo, reduciéndose de ese modo los recursos humanos requeridos para estos servicios. Además, el grupo de enfermeras tituladas registró un aumento relativamente moderado de 7% en su contratación de personal. La preocupación por el número adecuado de personal de enfermería se mantiene, a pesar del 7% de aumento en la contratación de personal.

13. Los farmacéuticos y los inspectores de salud pública también se ven afectados por la escasez de recursos. Ello perjudica la prestación de los servicios ofrecidos por estos grupos. Aún persisten las enfermedades vinculadas a las malas condiciones ambientales. Sin embargo, es evidente que existe una mayor conciencia de la relación entre ambas, en el sentido de que el público a menudo se pronuncia en contra de condiciones ambientales como los sistemas de alcantarillado

deficientes que afectan a la salud de ciertas comunidades. No obstante, en algunas áreas el público también debe asumir responsabilidad por ciertas condiciones ambientales reprobables como la falta de árboles y la contaminación del aire. En este último caso, la quema de carbón es un factor coadyuvante. Se mantiene la necesidad de modos de vida menos extenuantes, como lo manifiesta la alta incidencia de los accidentes automovilísticos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos psiquiátricos y el abuso de las drogas y el alcohol. El gobierno introducirá pronto el uso de alcoholímetros de aliento con la finalidad de frenar la alta incidencia de accidentes automovilísticos debidos al abuso del alcohol.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas

14. Salud en el desarrollo humano. Las reformas del sector de salud continúan siendo una prioridad. Los intentos por abordar la salud en el desarrollo han incluido estrategias de atención primaria de salud que han procurado otorgar acceso a la asistencia sanitaria para los sectores más vulnerables de la población.

15. La reorganización del sector se ha intentado por medio de actividades e iniciativas como el Proyecto de Iniciativas del Sector de Salud, financiado por la AID y administrado por la OPS. Este es un ejemplo de cómo se pueden canalizar los fondos externos hacia la reorganización del sector. Un elemento importante de este proceso es la descentralización. El desarrollo de aptitudes de gestión es vital, por lo cual se ha ofrecido adiestramiento a nivel local. Fue importante para la reorganización de los servicios hospitalarios el establecimiento en 1993 del cargo de funcionario ejecutivo, el cual siguió en efecto durante 1994. También se ha puesto el acento en áreas como la gestión financiera para abordar la recuperación de costos en relación con los servicios hospitalarios. Se ha evaluado a las personas que no pueden abonar el costo y se ha obviado el pago de los honorarios correspondientes. Se continuó con las intervenciones para concentrar la acción en los grupos de alto riesgo. Un ejemplo es la intervención con respecto a la educación pública o la prevención de las ETS y el SIDA entre las prostitutas y los trabajadores comerciales informales que viajan al exterior con frecuencia.

16. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: Planificación y gestión: La necesidad de un sistema eficaz de información para la gestión es evidente, pues está incluida en el plan institucional para 1985-86 ya mencionado. Con el apoyo de la OPS, se ha ofrecido adiestramiento al personal sanitario en técnicas para computadorización de datos, y el adiestramiento necesitaría adquirir una mayor dimensión.

17. Promoción y protección de la salud: El Comité Intersectorial de Promoción de la Salud y Comunicación Social se ha encargado de promover la salud por medio de diversas estrategias para adoptar modos de vida sanos. También se sensibiliza al público en los temas del Día Mundial de la Salud y el Día Mundial Sin Tabaco en forma anual. El concepto de los modos de vida sanos se está promoviendo también como un medio de adoptar prácticas saludables que incluyen la salud mental.

18. El componente de mercadeo social del Proyecto de Iniciativas del Sector de la Salud también se ha centrado en promover mejores modos de vida y condiciones de vida.

19. Desarrollo y protección del ambiente: Se ha recalcado la protección y el desarrollo del ambiente por medio de una mayor conciencia del público sobre este tema, en especial a través de los medios de comunicación. El gobierno italiano ha dado su apoyo a un proyecto de saneamiento ambiental. La construcción de letrinas se identifica como un elemento clave de este proyecto.

20. También ha estado funcionando un proyecto de lucha antivectorial, y se ha conseguido asistencia técnica para el abastecimiento público de agua y saneamiento. Se consiguió apoyo para un proyecto de saneamiento ambiental en una comunidad urbana pobre. La salud de los trabajadores también ha sido un tema importante. Es necesario informar más al público sobre el tema.

21. Prevención y control de enfermedades: La vigilancia epidemiológica se ha identificado como un componente clave de la prevención y el control de las enfermedades.

22. En el área de ETS y SIDA, los programas de prevención y control se llevan a cabo esencialmente por medio de la educación pública. Se ha adiestrado al personal de salud en el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

23. El Ministerio de Salud tiene a su cargo la operación de los servicios gubernamentales de salud. El plan quinquenal 1990-95 llega a su término en marzo de 1995. La OPS está brindando su apoyo para un nuevo plan de salud para el período 1995-2000. Durante el período 1995-96, se ha redactado un plan institucional con la siguiente misión:

24. "Asegurar una atención de salud adecuada que contribuya al bienestar físico, social y emocional del pueblo jamaicano mediante la prestación y vigilancia de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación eficaces en función de los costos, para de esta manera mejorar o conservar la salud de la nación".

Las principales prioridades son:

25. Reforma del sector de la salud: a) Descentralización: El proceso de descentralización no se ha materializado según lo previsto. Una de las limitaciones es no contar con un plan de acción para la descentralización. Por lo tanto, el Proyecto de Iniciativas del Sector de la Salud (HSIP), financiado por la AID y administrado por la OPS, solo podrá lograr uno de los objetivos estratégicos para fines del proyecto. El objetivo será el fortalecimiento de los sistemas de gestión en los hospitales.

26. El fortalecimiento de los sistemas para la gestión y otros sistemas en los hospitales administrados por un funcionario ejecutivo es otro elemento prioritario necesario para brindar apoyo al área en la que se trabaja.

27. La recuperación de costos es otro componente clave del proyecto. El Ministerio de Salud ha implantado estrategias para el cobro de los servicios hospitalarios. Por ejemplo, se han eliminado ciertos servicios hospitalarios.

28. El traspaso de servicios es un área en la que el proyecto ha logrado avances importantes.

29. La participación del sector privado es otra área prioritaria clave en la reforma del sector de la salud. Es necesario asignar prioridad a la puesta en práctica y evaluación del sistema de prepago y fomentar las sociedades de los sectores público y privado para mejorar la generación de ingresos en los hospitales.

30. Contención de costos. Se han logrado avances en el área de racionalización de las preparaciones farmacéuticas en lo que se refiere a la contención de los costos.

31. Se están usando estrategias de mercadeo social en la reforma del sector de la salud para movilizar el apoyo del público y promover prácticas saludables.

32. Salud materno-infantil: Preparativos para casos de desastre; Énfasis en la atención primaria de salud; Protección del medio ambiente y promoción del desarrollo sostenible; Compromiso con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; Acceso a los servicios de asistencia sanitaria básica diagnósticos, curativos y de rehabilitación; Apoyo del cambio de valores y actitudes en cuanto a la percepción de los trabajadores sanitarios y una mayor productividad; Puesta en práctica de las estrategias para reformar el sector de la salud; Dedicación al desarrollo del sector de la salud por medio de la investigación y el fortalecimiento de asociaciones para la prestación de la atención sanitaria; Cooperación con organismos internacionales;

33. Las principales estrategias propuestas para alcanzar estas prioridades son la educación pública y la promoción de la salud, la colaboración intersectorial, el desarrollo de los recursos humanos, el manejo de la información, la descentralización y la reorganización de la sede, la vigilancia epidemiológica y la revisión de la legislación pertinente.

34. La educación pública se realizará en particular para aumentar la inmunización y mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la salud bucodental.

35. La promoción de la salud se concentrará en la prevención de las enfermedades y recalcará la vida familiar, la nutrición, la sexualidad, la seguridad en general, la resolución de conflictos, la protección del medio ambiente y prevención de ETS y el VIH. Se continuará con la colaboración intersectorial en áreas como nutrición e inocuidad de los alimentos por medio de los canales existentes como el Comité Nacional de Protección Alimentaria y el Comité Nacional de Coordinación sobre Alimentos, Nutrición e Higiene del Medio. También se identificarán nuevas áreas para las tareas de colaboración. Se fomentará por medio de la adhesión a las disposiciones legales que rigen la prestación de la atención sanitaria. Asimismo, se mejorará el manejo de la información.

Prioridades nacionales para la cooperación técnica

36. Habiendo analizado sus propios recursos y basándose en las prioridades esbozadas en el proyecto de plan para 1995-96, el Ministerio de Salud procura conseguir asistencia externa.

37. Se han obtenido fondos del gobierno italiano para la nutrición y la higiene del medio. Con ello se evalúa la lucha antivectorial, el manejo de los residuos sólidos, la vigilancia aprobada de la calidad del agua, el tratamiento de las aguas servidas y la evacuación sanitaria de las excretas.

38. El fortalecimiento de los Programas de Educación para la Vida Familiar y de Planificación Familiar fue posible gracias al FNUAP y la AID.

39. También se está brindando asistencia para el desarrollo de parte del BIRF/Banco Mundial, de acuerdo con la Ley Pública 480 de los EE.UU. Se ofrece asistencia al Ministerio de Salud para obras de infraestructura. El UNICEF está ofreciendo asistencia para la salud materno-infantil.

40. También se han atendido los siguientes rubros: Planificación y gestión; Salud de los trabajadores; Salud bucodental; Prevención de las enfermedades transmisibles; Prevención de las enfermedades no transmisibles, incluyendo la promoción de modos de vida sanos, la salud mental, la salud bucodental y la nutrición; Salud materno-infantil, incluida la eliminación del sarampión y la reducción de la orbilidad y la mortalidad

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

41. La cooperación técnica de la OPS/OMS en respuesta a estas prioridades nacionales requerirá actividades de difusión de información que se concentren en el uso de los medios de comunicación para informar al público sobre temas de actualidad; actividades de adiestramiento con énfasis en becas y participación en seminarios locales y en el exterior para el desarrollo de recursos humanos y el perfeccionamiento de la capacidad de dichos recursos en el sector de la salud; la movilización de las actividades facilitará la participación de las ONG, los líderes de la comunidad, los profesionales y otros organismos internacionales para aumentar el nivel de los recursos y la financiación externa para la puesta en marcha de proyectos y actividades; el desarrollo de normas, planes y políticas incluirá la prestación de asistencia a fin de que las partes interesadas colaboren para tomar estas medidas, incluidas legislación y reglamentación; y la investigación en áreas como prevención y epidemiología de la violencia se realizará en el bienio.

42. Se realizarán esfuerzos para promover la cooperación técnica entre los países por medio de un mayor diálogo entre los mismos y la identificación de los recursos apropiados para que Jamaica se convierta en beneficiaria de la iniciativa subregional.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Énfasis en los programas de APS para mantener e incrementar los logros obtenidos en el desarrollo de recursos humanos, recalcando específicamente: a) Reforma del sector de la salud: descentralización y recuperación de los costos; b) Desarrollo de la planificación y la gestión; c) Desarrollo de los recursos humanos; d) Salud bucodental; e) Prevención de las enfermedades transmisibles; f) Prevención de las enfermedades no transmisibles; g) Salud materno-infantil

2. Búsqueda de estrategias para proteger el ambiente y promover la salud para el desarrollo sostenible con énfasis en la vigilancia de la calidad del agua, el manejo de residuos sólidos, la eliminación de excretas, la lucha antivectorial y la salud de los trabajadores.

3. Dedicación al concepto de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

4. Asegurar el acceso del pueblo jamaicano a la asistencia sanitaria básica diagnóstica, curativa y de rehabilitación.

5. Apoyo a los esfuerzos nacionales para cambiar los valores y las actitudes.
6. Búsqueda de estrategias para reformar el sector de la salud.

7. Compromiso con el desarrollo del sector de la salud.
8. Cooperación con los organismos internacionales.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA

PROPOSITO

Fortalecer las unidades del Ministerio de Salud (MS) que tienen a su cargo el sector ambiental, a fin de mejorar la capacidad de vigilancia por medio del desarrollo de los recursos humanos, fundamental para la prestación de los servicios, e incentivar la colaboración intra e interinstitucional para la protección del medio ambiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorará la metodología de recolección, análisis y difusión de la información para la planificación y evaluación en el sector ambiental,

2. Adiestramiento del personal en técnicas de vigilancia y evaluación del medio ambiente, haciendo hincapié en los lugares de trabajo, la salud de los trabajadores y el manejo de los desechos.

3. Elaboración de políticas y normas para fijar parámetros uniformes de calidad del medio ambiente y como herramientas para mejorar el ordenamiento del medio ambiente.

4. Investigación orientada a medir y evaluar el impacto de los desechos en los ambientes receptores e identificación de técnicas de posible aplicación en intervenciones preventivas o correctivas.

1. Para fines de 1997, ECD contará con recursos humanos bien adiestrados para la ejecución de su mandato para la vigilancia del medio ambiente y contará con los equipos básicos para medir los principales parámetros de la calidad del medio ambiente.

1. Para fines de 1997 se habrán desarrollado y utilizado instrumentos apropiados de recolección de datos para la vigilancia de la calidad del medio ambiente en toda la isla de Jamaica.

2. Para fines de 1997 estará funcionando la aplicación y utilización de la tecnología de computación para el registro actualizado de la información ambiental por parte del MS, NRCA y los Departamentos de Salud.

3. Para fines de 1997 se habrá efectuado la incorporación y utilización de los datos ambientales en el proceso de ordenamiento del medio en todos los niveles del sistema sanitario.

1. Para fines de 1997 se habrán puesto en marcha los programas de adiestramiento para el personal en vigilancia ambiental, manejo del agua y de las aguas servidas, manejo de residuos sólidos, tóxicos y peligrosos, la evaluación y vigilancia del lugar de trabajo y evaluación de la salud de trabajadores.

2. Para fines de 1997 se habrá aplicado la tecnología apropiada para la vigilancia del medio ambiente luego de efectuado el adiestramiento correspondiente.

1. Para fines de 1997 se habrán dictado talleres y seminarios para el 50% del personal de salud ambiental sobre la revisión de las normas existentes. Para fines de 1997 se habrán formulado nuevas normas según lo exija la dinámica del medio ambiente.

1. Para fines de 1997 se habrá realizado la vigilancia y medición del impacto de los desechos en el aire, el agua y el suelo por NRCA, etc.

2. Para fines de 1997 se habrán recogido datos para una investigación científica sobre el impacto de los desechos en el medio ambiente para determinar: a) su efecto sobre la calidad del medio ambiente; b) la salud humana y la sanidad animal; c) medidas para la intervención preventiva o correctiva.

3. Para fines de 1997 se habrá alcanzado la colaboración intersectorial para la investigación y gestión de la calidad del medio ambiente.

ObjetivosIndicadores

5. Se sensibilizará al público para que proteja su ambiente.

1. Para fines de 1997 se habrán creado y puesto en marcha varios programas de educación pública para informar mejor al público sobre la importancia que tienen las relaciones cordiales entre las personas y su ambiente, haciendo hincapié en el manejo del agua y las aguas servidas, la eliminación de los residuos sólidos y el manejo de los desechos peligrosos.

2. Para fines de 1997, ECD habrá puesto en marcha programas de educación pública sobre la protección del medio ambiente.

6. Ampliación de la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico para asegurar que una proporción mayor de la población reciba agua de buena calidad y tenga acceso a sistemas adecuados de alcantarillado y eliminación de excretas.

1. Para fines de 1997 se habrán ampliado los sistemas de abastecimiento de agua para servir a comunidades que anteriormente carecían de estos servicios y además se mejorarán los servicios existentes.

2. Para fines de 1997 se habrán instalado sistemas adecuados de alcantarillado y eliminación de excretas para las poblaciones desatendidas.

3. Para fines de 1997 se habrán realizado esfuerzos concretos orientados a conseguir ayuda para mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento de parte del gobierno por medio de los organismos responsables de la calidad del medio ambiente.

4. Para fines de 1997 habrá aumentado la vigilancia para evaluar la situación en ese momento y la posible necesidad de mejorar los servicios de agua y saneamiento para toda la población insular.

7. Fortalecimiento de los organismos y las instituciones responsables del adiestramiento del personal de salud ambiental y de la prestación de los servicios de salud ambiental.

1. Para fines de 1997 se entregará la documentación y los equipos para las instituciones y organismos responsables del adiestramiento del personal de salud ambiental.

2. Para fines de 1997 se otorgarán becas para permitir el adiestramiento avanzado del personal en las especialidades conforme lo indique el Ministerio de Salud.

3. Para fines de 1997, el 50% del personal de salud habrá asistido a conferencias, talleres, seminarios y otros encuentros que abordan los temas pertinentes de salud ambiental.

PROYECTO 2: SALUD MENTAL

Mejorar la prestación de los servicios de salud mental.

1. Existirán mejores sistemas de gestión para la prestación de los servicios de salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora de la gestión de servicios comunitarios de salud mental.

1. Para 1997 se habrán elaborado y distribuido manuales de procedimiento a todos los municipios (parishes).

Objetivos

2. Para 1997 habrán mejorado las aptitudes de atención a los pacientes de las enfermeras, los médicos y otros integrantes del personal de salud mental.

3. Mejoras en la administración del Hospital de Bellevue.

4. Mejoramiento de las capacidades en recursos humanos de los servicios comunitarios de salud mental.

PROYECTO 3: PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA

PROPÓSITO

Reducción de la violencia y desarrollo de comunidades sanas

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaboración de planes para el crecimiento de comunidades sanas.

2. Establecimiento de normas para comunidades sanas.

3. Mejoras en las aptitudes de resolución de conflictos en el personal docente de las escuelas primarias.

PROYECTO 4: RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

PROPÓSITO

Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud para la formación de los recursos humanos, la planificación de los recursos humanos necesarios, la capacidad de adiestramiento de las instituciones terciarias y la planificación por programas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer la planificación de los recursos humanos dentro de los organismos regionales del MS.

Indicadores

1. Para 1997 cuarenta personas habrán recibido adiestramiento.

1. Para mediados de 1997 habrán recibido adiestramiento las enfermeras de rango superior en el manejo de pabellones.

1. Para 1997 habrán recibido adiestramiento 40 enfermeras profesionales de salud mental.

1. Para fines de 1997 se habrá reducido la cantidad de notificaciones de incidentes violentos en las comunidades.

1. Para fines de 1996 se habrá celebrado la reunión intersectorial.

1. Para fines de 1997 se presentarán informes de la reunión.

1. Para fines de 1997 se habrá impartido adiestramiento a 200 maestros de escuelas primarias en la resolución de conflictos.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará funcionando en los hospitales tipo A un sistema mixto de datos de planificación y dotación de recursos humanos.

2. Para fines de 1997 se habrá prestado apoyo a las instituciones terciarias por medio de asistencia técnica.

3. Se habrán instaurado en el Ministerio de Salud los mecanismos de coordinación para la planificación de todos los programas.

1. Para fines de 1997 estará funcionando el grupo especial de planificación de recursos humanos.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará funcionando el sistema mixto de planificación y dotación de recursos humanos.

3. Para fines de 1997 se habrá finalizado el plan de formación de los recursos humanos y se habrá enviado a todos los cuerpos regionales.

Objetivos

2. Apoyo y fortalecimiento de las instituciones terciarias en el desarrollo de los recursos humanos.

3. Mejoras en la administración de los hospitales.

4. Obtención de financiamiento alternativo para los servicios de salud.

5. Instauración de la planificación de recursos humanos dentro de los organismos regionales del MS.

6. Fortalecimiento de la capacidad de planificación del personal.

PROYECTO 5: ATENCION PRIMARIA DE SALUD**PROPÓSITO**

Identificar las opciones eficaces en función de los costos para lograr equidad y acceso universal a la atención de salud, junto con la descentralización de los servicios de salud asignando particular importancia a los sistemas de municipios.

Indicadores

1. Para fines de 1997 se habrán evaluado e institucionalizado los nuevos programas de estudios para parteras y enfermeras de atención primaria y los cursos para los profesionales de salud mental.

2. Para fines de 1997 se habrá fortalecido la enseñanza de los programas en las instituciones terciarias mediante el apoyo de los profesores.

3. Para 1997 el cuerpo de profesores habrá aportado 5 meses-hombre de apoyo.

1. Para fines de 1997 se habrá creado y estará funcionando un programa de control de calidad.

2. Para 1997, el 70% de los gerentes de nivel medio habrá recibido adiestramiento en temas de gestión.

3. Para 1996 se habrá elaborado e instalado el sistema de registro de pacientes en los hospitales tipo A.

1. Para 1996 se habrán elaborado diversos sistemas de servicio para el seguro nacional de salud.

2. Para fines de 1996 se habrán elaborado opciones de recuperación de costos para la atención primaria.

1. Para fines de 1997 estará funcionando el grupo especial de planificación de recursos humanos.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido y estará funcionando el sistema de datos mixto sobre planificación y dotación de recursos humanos, con lo cual mejorará la utilización del personal.

3. Para fines de 1997 estará concluido el plan de formación de recursos humanos y se habrá enviado a todos los organismos regionales.

1. Para fines de 1996 se habrán celebrado talleres para el personal a nivel central y de distrito en planificación y presupuesto por programas.

2. Para fines de 1996 habrá mejorado la recopilación y el análisis de datos.

1. Para 1997 se habrán establecido comisiones regionales y se habrá identificado la función del nivel central.

2. Para 1997 los SILOS estarán funcionando a nivel municipal.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formulación de una nueva estructura de descentralización y preparación de un plan de ejecución.
2. Identificación de la nueva función para el nivel central en el MS y preparación del plan de acción.
3. Fortalecimiento de la gestión a nivel operativo con respecto a las nuevas responsabilidades.
4. Informar mejor al público sobre los medicamentos genéricos y por medio de seminarios alentar a los prescriptores y proveedores a usar medicamentos genéricos.
5. Mejorar la capacidad operativa del equipo de mantenimiento biomédico de los hospitales tipo A.

PROYECTO 6: TENDENCIAS EN INFORMACION BIOMEDICA Y SANITARIA

PROPÓSITO

Fortalecimiento de la capacidad de la unidad de información sanitaria y del Departamento del Registrador General (DRG) del Ministerio de Salud para recoger, analizar y utilizar los datos eficazmente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecimiento de un mecanismo de manejo de datos para la utilización eficaz de los datos recabados.

Indicadores

1. Para 1997 se habrán establecido las comisiones regionales.
2. Para 1997 los SILOS estarán funcionando en los 14 municipios.
1. Para fines de 1996 se habrán establecido las nuevas unidades funcionales en el nivel central del MS.
1. Para fines de 1997 se habrá adiestrado a 60% del personal de los SILOS en gestión estratégica.
2. Para fines de 1997 se habrá puesto en contacto al 20% de las principales ONG con la gestión estratégica.
3. Para fines de 1997 se habrán adjudicado 10 becas para mejorar la prestación de los servicios de salud.
1. Para fines de 1997 se celebrarán numerosas reuniones públicas sobre los medicamentos genéricos.
2. Para fines de 1997 se habrá celebrado un mínimo de 8 seminarios regionales para prescriptores y proveedores de medicamentos genéricos.
1. Para 1997 se habrá impartido adiestramiento a 5 técnicos, en Cuba.
2. Para fines de 1996 se habrán realizado 4 talleres de adiestramiento en gestión para el personal de las unidades biomédicas de los hospitales tipo A.
1. Para fines de 1997 el HIU y el DRG del Ministerio de Salud contarán con un mecanismo eficaz para el manejo de los datos.
1. Para fines de 1997 se habrán automatizado todos los aspectos de los datos de los hospitales, los datos de la APS, los de salud mental y los del medio ambiente.
2. Para fines de 1997 se habrá mejorado la capacidad de los programas informáticos para la recopilación de datos.
3. Para fines de 1996 se habrá fortalecido la capacidad de investigación del HIU y del DRG del MS por medio de la compra de material de referencia.

Objetivos

2. Fortalecimiento del desarrollo del personal en HIU y el DRG por medio de oportunidades apropiadas de adiestramiento.

PROYECTO 7: EDUCACION PARA LA SALUD**PROPÓSITO**

Alentar a los integrantes de grupos comunitarios para que asuman la responsabilidad de su propia salud, la de su familia y la de la comunidad, factores conducentes a mejorar el estado de salud del país y la atención de los ancianos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El personal de salud y los miembros de la comunidad cultivarán aptitudes para mejorar su estado de salud.

2. Reorganización de los servicios de salud para atender a los ancianos en ciertos centros de salud.

PROYECTO 8: MUJER, SALUD Y DESARROLLO**PROPÓSITO**

Crear cierta conciencia y sensibilidad a las diferencias de trato por razón de sexo y apoyar programas orientados al progreso de la mujer.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Perfeccionamiento de la base de conocimientos de las instancias normativas en lo que se refiere a las diferencias por razón de sexo en los proyectos de desarrollo.

Indicadores

1. Para 1997 se habrá adiestrado, por medio de becas, talleres y seminarios, a 60% del personal en una de las siguientes áreas como mínimo: Manejo de los datos; Historias clínicas; CIE-10; Registro de nacimientos y defunciones, etc.,

1. Las personas y el grupo familiar habrán adoptado modos de vida sanos.

2. Se habrán establecido servicios para la atención de los ancianos.

1. Para 1997 treinta miembros del personal de salud habrán recibido adiestramiento en las estrategias de mercadeo social.

2. Para 1997 se habrá movilizado a los miembros de la comunidad para elaborar estrategias de educación sanitaria.

3. Para 1997 se habrán puesto en marcha los proyectos de educación sanitaria por medio de la colaboración intersectorial.

1. Para mediados de 1996 se formularán directrices para abordar las necesidades especiales de los ancianos.

2. Para fines de 1997 se habrán introducido servicios especiales para los ancianos en un mínimo de 3 centros de salud.

3. Para fines de 1997 se habrá informado mejor a la comunidad de las necesidades especiales de los ancianos.

1. Los programas de salud incluyen elementos que abordan la sensibilidad a las diferencias de trato por razón de sexo y las necesidades de salud de la mujer.

1. Para fines de 1997 se habrá adiestrado a 40 funcionarios en las instancias normativas sobre las diferencias de trato por razón de sexo. Además, se habrán puesto en práctica estrategias para informar mejor al público sobre el tema.

2. Para 1997 la salud de la mujer se habrá incluido en los planes operativos del 60% de los municipios.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 9: NUTRICION (NUT)

PROPÓSITO

Mejorar el estado de nutrición en las comunidades, en particular en los grupos de alto riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoramiento del estado de nutrición en las comunidades, en particular en los grupos de alto riesgo.

1. Habrá disminuido la incidencia de malnutrición entre los niños y otros grupos de alto riesgo.

1. Para fines de 1996 se habrán formado grupos en las comunidades para educar al público y promover la adopción de hábitos de alimentación saludables y las prácticas de lactancia materna.

PROYECTO 10: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPÓSITO

Mejorar la respuesta nacional a los problemas de violencia en la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Evaluación en las escuelas del proyecto de la iniciativa de paz y amor.

1. Para fines de 1996 se habrá formado la Comisión Nacional Intersectorial.

1. Para fines de 1997 los maestros del Caribe estarán participando en la evaluación de la iniciativa de Paz y Amor.

2. Para fines de 1997 se habrá desarrollado el plan nacional de acción para responder a la violencia.

PROYECTO 11: SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

PROPÓSITO

Fortalecimiento de la capacidad del MS para reducir la morbilidad y la mortalidad, tanto materna como perinatal, responsabilizando a la población beneficiaria para convertirse en agentes de su propia atención de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento de la capacidad del MS y formación del personal para mejorar los servicios a las madres y los lactantes afectados.

2. Fortalecimiento de la capacidad de ciertos grupos de adolescentes para promover actitudes, comportamientos y prácticas saludables.

1. Se habrá reducido la mortalidad materna y perinatal en un 15% para fines de 1997.

2. Para fines de 1997 se habrá reducido en un 10% la morbilidad perinatal y materna.

1. Para fines de 1996 se habrá celebrado un mínimo de 4 talleres regionales para el personal sobre el uso de los manuales y las políticas de SMI.

2. Para mediados de 1996 se habrán distribuido las políticas y manuales revisados de SMI a todo el personal del municipio.

3. Para fines de 1997 se habrán dictado dos talleres para actualizar al personal sobre la atención perinatal.

4. Para fines de 1997 se habrán establecido consultorios para embarazos de alto riesgo en todos los municipios para tratar de reducir la morbilidad y la mortalidad maternas.

1. Para fines de 1997 se distribuirá la política sobre problemas de los adolescentes a todos los municipios.

2. Para fines de 1997, se habrán celebrado talleres para el personal de APS sobre la prestación de servicios para adolescentes.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 12: CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES****PROPÓSITO**

Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud (MS) para mantener un nivel elevado en la vacunación; reducir la mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias; y controlar la lepra y la tuberculosis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Apoyo del Ministerio de Salud para mantener elevada la cobertura de inmunización de los lactantes menores de 1 año y de las mujeres en los consultorios prenatales.

2. Obtener apoyo para fortalecer los programas de CED e IRA.

3. Fortalecimiento del sistema de vigilancia por medio del análisis epidemiológico y la formación del personal.

3. Para fines de 1997 se habrá impartido adiestramiento a un cierto número de adolescentes para efectuar labores de consejo entre sus compañeros.

4. Para fines de 1997 se habrá elaborado material educativo sobre problemas de los adolescentes.

1. Para fines de 1997, la cobertura de inmunización en el grupo de niños menores de 1 año será del 100%.

2. Para fines de 1997 la letalidad debida a infecciones respiratorias se mantendrá por debajo del 1%.

3. Para fines de 1997 se habrán concluido las investigaciones de vigilancia en forma oportuna y 100% de los centros centinela estarán enviando sus informes.

1. Para fines de 1997 se habrá presentado el plan de vacunación trimestral de todos los municipios.

1. Para fines de 1997 se habrán interrumpido las actividades promocionales para la prevención de las enfermedades diarreicas, incluyendo la fiebre tifoidea y el cólera.

2. Para fines de 1997 se habrán instrumentado las directrices para el tratamiento del asma en el 70% de las instalaciones de APS.

3. Para fines de 1997, la lactancia materna exclusiva a las seis semanas será del 80% y a los 4-6 meses del 50%.

4. Para fines de 1997 el 50% de los hospitales formará parte del BFHI.

1. Para fines de 1997, todos los centros centinela y las unidades HAS presentarán sus informes en forma oportuna.

2. Para fines de 1997, se realizarán investigaciones inmediatas de todas las enfermedades y brotes clase 1.

3. Se publicarán regularmente el boletín epidemiológico y los informes anuales.

4. Para fines de 1997, el 80% del personal de epidemiología habrá mejorado sus aptitudes.

5. Se habrán utilizado seminarios, talleres y becas para mejorar las aptitudes del personal en vigilancia, lucha antivectorial, análisis epidemiológico, etc.

Objetivos

4. Fortalecer el programa integrado de tuberculosis y lepra.

PROYECTO 13: VIH, SIDA Y ETS

PROPÓSITO

Reducción de la propagación del VIH, el SIDA y las ETS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prevención de la transmisión del VIH, el SIDA y las ETS por medio de actividades promocionales, actividades de información al público y producción de materiales.

2. Fortalecimiento de la capacidad de laboratorio con respecto al examen/diagnóstico de las ETS.

3. Fortalecimiento de la planificación y la gestión de programas.

4. Llevar a cabo la vigilancia y la evaluación de los programas.

5. Apoyo al fortalecimiento de la actividad de vigilancia de la infección por el VIH, las ETS y el SIDA.

Indicadores

1. Para fines de 1997 todos los municipios usarán las directrices para la incorporación del programa integrado.

2. Para fines de 1997 habrán mejorado las aptitudes del 50% del personal por medio de talleres, seminarios y becas.

3. Para fines de 1997 se investigarán los casos en forma inmediata y mejorarán las actividades de vigilancia.

4. Para fines de 1997 se prestará apoyo para el suministro de medicamentos, las actividades de rehabilitación y las actividades de información al público.

1. Para fines de 1997 se habrán intensificado y mantenido los esfuerzos para promover la modificación de la conducta.

1. Las actividades del Día Mundial del SIDA recibirán apoyo anualmente.

2. El material será producido y reimpresso anualmente.

3. Cada seis meses se celebrarán reuniones en la comunidad.

1. Para fines de 1997 se habrán introducido medidas de control de calidad en los principales laboratorios.

2. Se prestará apoyo para los suministros de laboratorio y el material de referencia anualmente.

3. Para fines de 1997, el 70% del personal de laboratorio habrá mejorado sus aptitudes.

1. Para fines de 1997, todos los gerentes y equipos de los municipios habrán sido adiestrados en la planificación y gestión de programas.

2. Taller sobre planificación de actividades nacionales contra el VIH y las ETS que se celebra anualmente.

1. Se habrá llevado a cabo el programa nacional anual.

2. Se habrán apoyado las reuniones trimestrales de revisión a nivel municipal.

1. Para fines de 1977 todos los municipios recogerán y analizarán datos.

2. Se preparará regularmente el informe anual nacional sobre el VIH, el SIDA y las ETS.

3. Se prepararán los informes mensuales.

Objetivos**PROYECTO 14: CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES****PROPÓSITO**

Fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud para el control de las enfermedades no transmisibles mediante la formación del personal, el fortalecimiento institucional y las actividades básicas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoras en el tratamiento de las enfermedades crónicas y la detección del cáncer cervicouterino.

2. Realización de actividades que promuevan los modos de vida sanos.

3. Apoyo a la Escuela para Auxiliares Dentales.

4. Fortalecimiento de la prestación de los servicios odontológicos por medio de la formación del personal y las actividades de promoción.

5. Mantener la vigilancia del programa de fluoración de la sal.

Indicadores

1. Para fines de 1997 se habrá instaurado un sistema de vigilancia para las enfermedades crónicas y el cáncer cervicouterino.

2. Para fines de 1997 habrá mejorado la vigilancia de la fluoración de la sal.

1. Para fines de 1997 se habrán puesto en práctica las políticas y las directrices sobre el tratamiento de las enfermedades crónicas y la detección del cáncer, en cincuenta (50) establecimientos de APS.

2. Para fines de 1997 se habrá adiestrado al 60% del personal en los establecimientos de APS sobre el uso adecuado de las directrices.

3. Para fines de 1997 se habrá adiestrado a un mínimo de 4 citotécnicos.

4. Para fines de 1997 existirá un sistema de registro y vigilancia para las enfermedades crónicas y el cáncer cervicouterino, el cual se mantendrá actualizado.

1. Para fines de 1997 se habrán celebrado sesiones para el 60% del personal que no presta atención sanitaria dentro de los servicios de salud.

2. Para 1997 se habrá producido, reimpresso y distribuido material sobre las enfermedades crónicas y el cáncer cervicouterino.

3. Para fines de 1997 se habrán realizado reuniones comunitarias y se habrán creado redes con las ONG.

1. Para fines de 1997 se habrá apoyado a todos los instructores de la escuela para que asistan a los cursos de actualización.

2. Para fines de 1997 se habrá adquirido material y servicios para la enseñanza.

1. Para fines de 1997 se habrán adjudicado becas y celebrado talleres y seminarios para el personal.

2. Se habrá publicado regularmente el boletín trimestral.

3. Para fines de 1997 se habrá vuelto a publicar el material educativo.

4. Se habrán presentado informes cada 6 meses sobre los grupos comunitarios de discusión.

1. Para fines de 1997, la concentración del fluoruro en la sal estará dentro de los parámetros de las normas internacionales.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido un sistema de vigilancia.

Objetivos

5. Mantener la vigilancia del programa de fluoración de la sal.

PROYECTO 15: POLITICAS NACIONALES DE SALUD

PROPÓSITO

Desarrollar aptitudes en el personal para lograr mayor eficacia y eficiencia en el funcionamiento de la oficina local de la OPS y mejorar la prestación de la asistencia técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar y aumentar el uso de la red local (LAN).
2. Mejorar las aptitudes de las secretarías.
3. Mejorar el uso del sistema de gestión financiera del campo. Esta tarea estará a cargo del personal técnico y administrativo con más experiencia.
4. Facilitar el acceso a la información en el centro de documentación.
5. Mejoras en la gestión de las áreas del APB.

PROYECTO 16: INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

PROPÓSITO

Fortalecer la capacidad nacional para la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y para la inocuidad y protección de los alimentos en todos los niveles del comercio y la industria de la alimentación, y para la promoción de la Salud Animal.

Indicadores

1. Para fines de 1997, la concentración del fluoruro en la sal estará dentro de los parámetros de las normas internacionales.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido un sistema de vigilancia.

1. Habrá mejorado el uso de la tecnología de la computación dentro de la oficina.
2. Para fines de 1997 se habrá facilitado el proceso de comunicación en lo que hace al uso del idioma español.
3. Se habrán cubierto los cargos vacantes de personal profesional.

1. Para fines de 1997 se habrá adiestrado a 10 integrantes del personal en el uso de programas de computación como Lotus y WordPerfect.
2. Para fines de 1997 se habrán desarrollado y puesto en práctica programas de computación para atender otras áreas administrativas.

1. Para fines de 1997 cuatro secretarios habrán recibido adiestramiento avanzado en aptitudes secretariales.

1. Para fines de 1997, 10 integrantes del personal tendrán acceso al sistema de gestión financiera de campo y podrán utilizarlo.

1. Para 1997 habrá aumentado a 60 el número de personas expuestas al sistema ISIS.

1. Para fines de 1997 se habrán realizado 6 reuniones trimestrales entre el personal de representación y personal del MS.

1. La investigación estará dirigida a identificar los puntos débiles en el programa de inocuidad y protección de los alimentos.

2. Se habrá registrado un aumento de la actividad de vigilancia para la inocuidad de los alimentos en todos los niveles de la industria de los alimentos.

3. Se habrá producido una mejora en las actividades de promoción y protección de la salud animal.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumento en el número de personas adiestradas en los métodos de vigilancia de los alimentos.

2. Disminución en la incidencia de los brotes de enfermedades relacionadas con los alimentos en la población en general y los turistas en particular.

3. Un programa integrado de Inocuidad y Protección de los Alimentos.

4. Preparación de las políticas, planes y normas de inocuidad de los alimentos para el país.

5. Mayor reducción de los casos de leptospirosis durante el bienio

6. Declarar a Jamaica libre de brucelosis. Finales del bienio

7. Jamaica se libraré de la fiebre aftosa.

8. Reducir la incidencia de la tuberculosis en la población bovina de toda la isla.

1. Para fines de 1997 se habrán dictado talleres, seminarios y otros programas de adiestramiento para el personal responsable de la vigilancia del comercio de los alimentos. Para fines de 1997 existirán programas de educación pública para la manipulación de alimentos.

1. La unidad del EPI enviará informes de vigilancia cada 6 meses.

1. Investigación de las condiciones bajo las cuales se producen los alimentos y de las posibles causas o vías de transmisión de las enfermedades por medio de los alimentos.

1. Revisión de la Ley de Inocuidad de los Alimentos y los reglamentos existentes. Preparación y promulgación de revisiones adecuadas del marco legal.

1. Intensificación de la investigación para el control de la leptospirosis en las actividades de vigilancia y control de la brucelosis.

1. Mantenimiento de las actividades de vigilancia y control de la brucelosis.

1. Mantenimiento del programa de prevención y vigilancia de la fiebre aftosa.

1. Mantenimiento de las actividades de control y erradicación de la tuberculosis bovina.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,024,900	37.4	1,121,300	37.5	1,256,400	38.1
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	787,500	28.7	861,300	28.8	960,100	29.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 787,500	28.7	861,300	28.8	960,100	29.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	142,600	5.2	150,400	5.0	169,600	5.1
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 142,600	5.2	150,400	5.0	169,600	5.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	94,800	3.5	109,600	3.7	126,700	3.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 94,800	3.5	109,600	3.7	126,700	3.8
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	904,600	33.0	975,300	32.6	1,060,200	32.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	796,200	29.0	852,900	28.5	921,600	27.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 796,200	29.0	852,900	28.5	921,600	27.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	108,400	4.0	122,400	4.1	138,600	4.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 108,400	4.0	122,400	4.1	138,600	4.2
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	197,600	7.2	222,200	7.4	250,300	7.6
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	145,900	5.3	164,500	5.5	185,600	5.6
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH 145,900	5.3	164,500	5.5	185,600	5.6
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	51,700	1.9	57,700	1.9	64,700	2.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS 51,700	1.9	57,700	1.9	64,700	2.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	333,100	12.2	356,300	11.9	385,000	11.6
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	333,100	12.2	356,300	11.9	385,000	11.6
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 333,100	12.2	356,300	11.9	385,000	11.6
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	279,300	10.2	318,000	10.6	353,500	10.6
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	160,400	5.9	177,200	5.9	196,600	5.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 160,400	5.9	177,200	5.9	196,600	5.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	118,900	4.3	140,800	4.7	156,900	4.7
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 118,900	4.3	140,800	4.7	156,900	4.7
GRAN TOTAL	2,739,500	100.0	2,993,100	100.0	3,305,400	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	86,500	6.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	86,500	6.4	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	77,500	5.7	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	9,000	.7	0	-	0	-
CPS						
EHA						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	601,500	44.6	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	601,500	44.6	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	601,500	44.6	0	-	0	-
UAH						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	389,500	28.9	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	389,500	28.9	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	389,500	28.9	0	-	0	-
CWS						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	270,700	20.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	270,700	20.1	0	-	0	-
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	71,900	5.3	0	-	0	-
SIDA	188,400	14.0	0	-	0	-
LEPRA	10,400	.8	0	-	0	-
ARI						
GPA						
LEP						
GRAN TOTAL	1,348,200	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
1994-1995										
OPS - PR	844,600	1	0	257,900	26,700	39,800	148,400	85,200	0	188,600
OMS - WR	1,894,900	3	6	862,800	52,600	43,500	215,800	128,900	0	451,300
TOTAL	2,739,500	4	6	1,120,700	79,300	83,300	364,200	214,100	0	639,900
% DEL TOTAL	100.0			40.9	2.9	3.0	13.3	7.8	.0	23.4
1996-1997										
OPS - PR	918,800	1	0	257,900	22,400	47,000	178,700	109,300	0	209,500
OMS - WR	2,074,300	3	6	911,400	47,500	46,800	252,800	163,100	0	512,100
TOTAL	2,993,100	4	6	1,169,300	69,900	93,800	431,500	272,400	0	721,600
% DEL TOTAL	100.0			39.2	2.3	3.1	14.4	9.1	.0	24.1
1998-1999										
OPS - PR	1,017,600	1	0	272,100	22,400	54,300	206,500	126,200	0	242,100
OMS - WR	2,287,800	3	6	972,800	47,500	54,200	292,200	188,600	0	591,900
TOTAL	3,305,400	4	6	1,244,900	69,900	108,500	498,700	314,800	0	834,000
% DEL TOTAL	100.0			37.7	2.1	3.3	15.1	9.5	.0	25.2

MEXICO

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Las estimaciones de 1993 indican una población total de 88,465,000 habitantes, con un 38.3% de menores de 15 años y 5.0% de mayores de 65. La tasa de crecimiento anual para 1992 fue de 1.92. La tasa global de fecundidad (mujeres de 15 a 49 años) es de 2.5 hijos por 1,000 mujeres en edad fértil, según estimaciones para 1990.

2. Para 1995 se estima una población total de 92 millones de habitantes, considerando que la tasa de crecimiento anual se ubicará en 1.9% durante la presente década.

Indicadores del estado de salud

3. La esperanza de vida fue 67.0 años para hombres y 73.7 para mujeres, en 1992: esto representa un aumento de 3.5 años para los hombres y 4.0 años para las mujeres, con respecto a los valores de 1980.

4. La tasa de mortalidad general por 100,000 habitantes fue de 472.3 en 1992. En este grupo, la principal causa de mortalidad corresponde a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguida de Neumonía e Influenza, Anomalías Congénitas, Enfermedades Infecciosas Intestinales y Deficiencias de la Nutrición.

5. La tasa de mortalidad del grupo de 1 a 4 años fue de 129.6 por 100,000 en 1992, siendo las principales causas: Accidentes, Enfermedades Infecciosas Intestinales, Sarampión, Neumonía e Influenza, Anomalías Congénitas y Deficiencias de Nutrición.

6. Para 1988 la prevalencia global de desnutrición en menores de 5 años (Índice de Waterlow, Encuesta Nacional de Nutrición) fue de 29.2%, existiendo importantes diferencias, que van de 17.1% en la Ciudad de México a 30.9% en la región Centro del País.

7. En la edad productiva (15 a 64 años), la tasa de mortalidad para 1992 fue de 301.2 por 100,000 habitantes de ese grupo, siendo de 393.92 hombres y 207.62 para mujeres. Los accidentes son la principal causa de muerte de los hombres, seguidos de Homicidios y Lesiones Intencionales, Cirrosis y otras Enfermedades del Hígado, Enfermedades del Corazón y Tumores Malignos, mientras que en las mujeres estos ocasionan la mayor mortalidad, seguido de Enfermedades del Corazón, Diabetes Mellitus, Accidentes y Enfermedad Cerebrovascular.

8. Con respecto a los patrones de mortalidad de la década de 1970, se observa que en los años 80 y principios de los 90 las Enfermedades Crónicas y Degenerativas han desplazado a las Enfermedades Infecciosas como causa de mortalidad general en personas adultas, pero no así en el grupo infantil.

9. La información de mortalidad por entidad federativa de 1992 presenta una secuencia de causas de muerte similar a la nacional, aunque en una de las 32 entidades federativas los Accidentes constituyen la principal causa de muerte de la población total, en otra los homicidios y en las dos de mayor grado de marginación las Enfermedades Infecciosas Intestinales están en el primer lugar.

10. La tasa de mortalidad materna de 1992 fue 5.0 por 10,000 nacidos vivos registrados, siendo las principales causas Hemorragias y Toxemias del Embarazo y Parto, Complicaciones del Puerperio.

11. En cuanto a morbilidad por enfermedades transmisibles, según información a la semana 37 de 1994 e igual semana de 1993, cabe destacar: Cólera: disminuyó de 9,655 casos en 1993 a 2,566 en 1994. SIDA: de 3,387 casos en 1993 a 2,475 en 1994. México ocupó el 20. lugar en Latinoamérica para esta enfermedad. Sarampión: bajó de 515 casos a 113. Por cuarto año no se confirmaron casos de Polio ni de Difteria. Rabia: bajó de 18 a 16 casos. Diarreas: disminuyeron de 2.2 millones de casos a 1.4 millones. IRA: bajo de 9.5 millones a 6.5 millones. Paludismo: subió de 7,720 a 8,405 casos.

12. Las enfermedades crónicas no son objeto de vigilancia sistemática nacional, pero dada su importancia creciente en el panorama de salud pública, en noviembre de 1991 se inició el levantamiento de una encuesta domiciliaria, con entrevistas a personas de 20 a 69 años y pruebas de laboratorio, que permitió conocer la magnitud de Hipertensión Arterial: 23.6%, Obesidad: 21.5%, Hipercolesterolemia: 8.8%, Proteinuria: 11.7%, Patología Renal: 3.5%, Diabetes Mellitus: 4.9% y Enfermedad Cerebrovascular: 1% (sobrevivientes). La Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 mostró que 24.8% de las mujeres de 12 a 49 años no embarazadas presentaba exceso de peso, siendo 14.6% calificadas como obesas.

13. Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 1990, de la población de 12 a 65 años entrevistada, 28% declaró consumir tabaco y 25% refirió haber fumado alguna vez, pero no tener ya el hábito; los hombres tienen una prevalencia del hábito de fumar más del doble de las mujeres. Los bebedores frecuentes consuetudinarios representan el 6.8% de los entrevistados, siendo 14.2% entre los varones y menos de 1% entre las mujeres. El 4.8% de los entrevistados declararon haber consumido drogas alguna vez; sólo 1% declaró uso en el último mes.

Factores que afectan el estado de salud

14. Según el censo de 1990 las viviendas particulares ocupadas tenían un promedio de 5 habitantes; 10.5% de las viviendas estaba constituido por un sólo cuarto, con los consiguientes problemas derivados del hacinamiento.

15. El porcentaje de viviendas con piso de material subió de 50% en 1970 a 80% en 1990. El agua entubada elevó su cobertura de 61% en 1970 a 79.4% en 1990 y el drenaje ascendió de 45.5% a 63.6% entre dichos años. El suministro de energía eléctrica pasó de 58.9% a 87.5%. Las poblaciones no cubiertas por estos servicios se encuentran en localidades rurales, principalmente las de tipo disperso que son asimismo las de menor acceso a la atención formal de salud.

16. Se estima que la población indígena se acerca a 6 millones de habitantes, parte de los cuales no hablan el idioma español. Existe gran preocupación de las autoridades por conocer con precisión los problemas de salud y de servicios de este grupo, para poder desarrollar acciones que respondan a sus necesidades específicas.

17. La cobertura potencial de servicios de salud alcanza el 94% de la población mexicana. La población no cubierta por los servicios formales recurre a terapéutas tradicionales (curanderos, hierberos, hueseros, parteras empíricas, rezadores,

etc.), que ya han sido reconocidos por el sector oficial y recibido las credenciales correspondientes. Se ha avanzado en experiencias de vinculación de estos terapeutas a los sistemas formales, para el desarrollo de actividades de Atención Primaria de Salud.

18. La contaminación ambiental presenta niveles altos en las zonas urbanas más industrializadas, particularmente en la Ciudad de México, donde alcanzó grados de "contingencia ambiental" durante 1992. Se desarrollaron estudios en escolares y en ancianos, para detectar los efectos de la contaminación sobre la salud, y se programaron medidas preventivas.

19. El analfabetismo en mayores de 15 años alcanzó el 12.4% en 1990, con menor tasa en hombres, 9.6%, que en mujeres, 15%; esto debe tomarse en cuenta para los Programas de Promoción de la Salud.

20. La economía evidenció un incremento gradual desde principios de la década de los 90; la inflación alcanzó cifras cercanas al 7.2% en 1993. Desapareció el déficit fiscal y hubo superávit de la economía. Se observó dinamismo en la inversión y las exportaciones.

21. Culminaron las negociaciones del Tratado de Libre Comercio con Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica. Se consolidó la iniciativa de la Conferencia Iberoamericana de Guadalajara, con progreso hacia la integración con Latinoamérica, España y Portugal. Se avanzó en relaciones comerciales con Chile, Colombia, Venezuela, Bolivia y Centroamérica. Se iniciaron discusiones con el MERCOSUR.

22. La tasa de desempleo en áreas urbanas se ubicó alrededor de 3.7% en abril de 1994. Los procesos descentralizadores se han fortalecido. Continuaron las privatizaciones, asumiendo el estado una creciente responsabilidad reguladora.

23. La economía sigue un modelo con énfasis en el mercado. La devaluación de la moneda ha acentuado una crisis política y social manifestada. Con fuerza desde 1994.

24. El gasto social creció, pese a la retracción del gasto público general, teniendo su expresión principal en el Programa Nacional de Solidaridad; este extendió su cobertura a miles de comunidades y colonias populares del país, con acciones en beneficio de más municipios y familias, y apoyó a la construcción de servicios y empresas de solidaridad. Se definieron los derechos de propiedad sobre tierras ejidales o comunales.

25. No obstante estos avances, la distribución del ingreso es desigual y persisten grandes diferencias entre los sectores de población rural y urbano marginada, y los más favorecidos por la derrama económica. Esto obliga a aplicar medidas que tiendan hacia la equidad en la prestación de salud, reforzando las acciones a nivel de los SILOS, la descentralización de los servicios y la implementación de los acuerdos establecidos en la Cumbre Mundial de la Infancia.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

26. Salud en el desarrollo humano: El Senado de la República cuenta con una comisión de salud que analiza y presenta proyectos de interés público en este campo. Está en proceso de incorporación del componente salud en el Pacto Nacional para el Combate de la Pobreza. Al mismo tiempo, el sistema de salud debe satisfacer las legítimas aspiraciones del resto de la población.

27. Se están diseñando políticas de universalización, regionalización y descentralización de los servicios que permitan abordar de una manera más eficiente y equitativa los problemas de salud a través del establecimiento de un Acuerdo Nacional para la Modernización del Sistema de Salud.

28. El Acuerdo contempla una profunda reforma del sistema de salud y seguridad social; compartir el rezago que afecta a las condiciones de salud y nutrición de la población pobre, sobre todo de las comunidades indígenas y zonas rurales, retomar y profundizar la estrategia de la descentralización, lo que permitirá adaptar los modelos de atención a la realidad local, para enfrentar los problemas con una clara circunscripción territorial, la existencia de instancias normativas y financieras de alcance nacional permitirá promover la equidad entre las entidades federativas, la participación comunitaria es un elemento central de la reforma, con mecanismos efectivos que permiten agregar la representación comunitaria a los niveles estatal y nacional; aumentar la confiabilidad y oportunidad de la información en salud, especialmente la epidemiología, a través de herramientas informáticas modernas; medir con precisión los costos unitarios de los servicios para poder reducir los amplios márgenes de variación que se observan actualmente y fortalecer la capacidad gerencial a todos los niveles del sistema. El sistema de salud busca del fortalecimiento de la inteligencia institucional científica, de estímulos para la innovación tecnológica y de un desarrollo equilibrado de los recursos humanos, la investigación científica y tecnológica, incluyendo la producción local de vacunas, para mantener el sistema vigente y actualizado, basado en los conceptos de la bioética; la ampliación de la red de información en ciencias de la salud en todos los estados del país y fortalecer el intercambio de documentación con otros países a través de las redes internacionales de transmisión electrónica de información.

29. Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud: El área de Desarrollo de Sistemas de Salud, especialmente con la ejecución del Proyecto Estratégico Nacional de Fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias, dentro del proceso de implementación de los Sistemas Locales de Salud y acciones para el fortalecimiento de la red de servicios de salud, ha tenido un notable desarrollo. Fue así como a partir del año de 1993 el proyecto ya tenía cobertura nacional, en las 220 jurisdicciones existentes en el país, con el desarrollo de sus nueve componentes, incrementándose su capacidad técnico-administrativa, tanto para proporcionar atención médica a la población no asegurada, como para llevar a cabo la participación social y la coordinación interinstitucional e intersectorial, en el nivel local, a través de importantes acciones en los campos de desarrollo de metodologías, formación y capacitación de personal gestión de recursos, supervisión y evaluación.

30. En lo referente a la atención del 2do. y 3er nivel, el país ha fortalecido las acciones tendientes a mejorar la gestión y la calidad de la atención a través del programa nacional de certificación (acreditación) hospitalaria y de laboratorios clínicos, con participación de todo el sector incluyendo el privado. Asimismo, se ha extendido las acciones para la elaboración de planes y programas para situación de desastres.

31. Promoción y Protección de la Salud: En los últimos años se ha fortalecido esta área con la creación de la Dirección Nacional de Fomento de la Salud tanto en la SSA y el IMSS. Su característica principal ha sido sobrepasar el concepto de educación de la salud por uno más integral y global de Promoción de la Salud, que busca, a través del estímulo de valores positivos el mantenimiento óptimo del

estado de salud de la población. Tres estrategias viabilizan este esfuerzo: utilización masiva de los medios de comunicación, la intersectorialidad y la participación de la comunidad.

32. La producción de materiales para la comunicación social es profusa y toca temas diversos, haciendo énfasis en las enfermedades más frecuentes o prioritarias. La televisión y la radio son los medios de difusión más utilizados y de mayor impacto. Se cuenta también con gran cantidad de materiales gráficos y de videos, producidos a nivel nacional y estatal.

33. La intersectorialidad del programa se manifiesta en acciones conjuntas con la Secretaría de Educación para la ejecución del programa de salud escolar; con las secretarías del medio ambiente, ecología y vivienda para el desarrollo de programas orientados al saneamiento y los servicios básicos; con los municipios estimulando su compromiso con el bienestar y la salud de su población, México ha sido el primer país latinoamericano que ha conformado una Red de Municipios Saludables.

34. Todas las acciones que se realicen en esta área se orientan a lograr la participación social, promoviendo la organización de comités de base, de promotores de salud, de madres de familia. La Dirección de Materno Infantil ejecuta un programa de amplia cobertura denominado "La salud empieza en casa". Se han iniciado también importantes esfuerzos para el desarrollo de grupos de autoayuda o autocuidado, ejemplo: Centros de Integración Juvenil, alcohólicos anónimos, SIDA, etc.

35. Desarrollo y Protección del Ambiente: El área de Desarrollo y Protección del Ambiente ha tenido un gran avance en el país en cuanto a la ampliación de la cobertura de los servicios de agua potable, al control de la calidad bacteriológica del agua para el consumo humano y al tratamiento de las aguas residuales. Está en marcha un programa para la instalación de un millón de letrinas para atender a poblaciones de más alto riesgo y con el apoyo financiero internacional se realiza un proyecto para la recolección y disposición sanitaria de los residuos sólidos, domésticos y peligrosos en las principales ciudades.

36. EL Gobierno, con la participación del Sector Privado y las comunidades, realiza grandes esfuerzos para la construcción de nuevas viviendas y para el mejoramiento de las existentes, teniendo en cuenta que en los Estados del Sureste del país, todavía la mitad de las viviendas tienen el piso de tierra.

37. Bajo el liderazgo del sector salud y con la participación de otros sectores, en especial Ambiente y Educación, se realizan programas de identificación, evaluación y control de riesgos para la salud de la población y de los trabajadores por contaminación del aire, agua y suelo y por plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas.

38. Prevención y Control de Enfermedades: En el proceso de la transición epidemiológica, que ha significado un cambio importante en el patrón epidemiológico de México, los programas Sistema Nacional de Salud se orientan no solo a la consolidación de los logros alcanzados, como son la disminución de la mortalidad por las enfermedades infecciosas de la infancia, la eliminación de la poliomielitis, el abatimiento de la frecuencia de la malaria, etc., sino a lograr otras metas como la eliminación del sarampión, del tétanos neonatal, de la sífilis congénita, de la lepra como problema de salud pública, e interrumpir la transmisión de la oncocercosis y en general, a disminuir la frecuencia y distribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Por otro lado, y dada

la relevancia que progresivamente adquieren las enfermedades crónicas no transmisibles, en concordancia con el cambio de la conducta epidemiológica de las enfermedades en la población mexicana, desde hace varios años, y cada vez más, se impulsan los programas para prevenir y controlar estas enfermedades.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

39. El Sistema Nacional de Salud está integrado por los servicios de salud y asistencia social de las entidades del sector público; comprende servicios federales, estatales y municipales, y los que proporcionan los sectores social y privado que se incorporan al sistema mediante inducción y concertación. Por disposición legal la Secretaría de Salud (SSA) coordina el Sistema y asume funciones normativas de asesoría y evaluación. La cobertura potencial de servicios de salud alcanza el 94% de la población mexicana. La SSA cubre al 34.4%; dentro de la seguridad social, el IMSS cubre 46.9% de la población y el ISSSTE a 10.5%. Las nuevas autoridades de salud que acaban de iniciar su gestión a finales de 1994 plantean para los próximos 6 años de gobierno la adecuación del sistema de salud a las nuevas realidades sociales, políticas y económicas que vive México, a través de un cambio que consolide avances, supere deficiencias y responda a las condiciones de salud de la población.

40. La persistencia de las llamadas enfermedades pretransicionales refiere la necesidad de extender los servicios básicos y los de atención primaria a todos los sectores y zonas marginadas que no dispongan de ellos, haciendo énfasis en las rurales. La aparición de nuevos problemas no transmisibles y lesiones requiere una estrategia de reorganización de los servicios y de coordinación intersectorial capaz de hacer frente a estos nuevos desafíos, poniendo énfasis en la utilización de los programas de educación y comunicación social, fundamentales para lograr cambios de conducta positivos y la adopción de estilos de vida saludables, al tiempo que estimulan una cultura por la salud. Estas estrategias serán fortalecidas si además se actúa sobre el mejoramiento integral del ambiente y el fortalecimiento de los programas de seguridad pública.

41. La distribución desigual de la salud y la enfermedad, así como de los recursos sectoriales, obliga a actuar en forma decidida por el establecimiento de políticas de universalización, regionalización y descentralización de los servicios, de manera que las atenciones puedan ser otorgadas cada vez mas oportunamente y con una mayor calidad.

42. En el plano más operativo la SSA plantea desarrollar una profunda reforma del sistema de salud y seguridad social, retomando la estrategia de la descentralización con el fin de buscar la solución de los problemas en el nivel local. Con este fin se debe buscar el incremento de las inversiones en salud y una eficiente administración de los recursos, organizando el sistema de salud por funciones y no por grupos sociales, reforzando así los principios de universalidad y pluralidad. De la misma manera la SSA debe, en el camino, redefinir sus misiones reguladoras sobre los tres componentes del sistema: la parte del gobierno, la seguridad social y el sector privado. Al tiempo de separar los aspectos del financiamiento de los de la prestación de servicios se busca explorar nuevos formas de financiamiento para los grupos no asegurados.

43. Para hacer más eficiente y lograr una extensión de cobertura más rápida se establecerá un paquete de servicios integral, que comprenda acciones de promoción de la salud, prevención y algunas de curación.

44. Para mejorar la calidad de los servicios y prestaciones se estimulará la participación de la comunidad, a la que debe otorgársele la posibilidad de estar representada en los diferentes niveles de decisión y gerencia. La intersectorialidad será otro de las estrategias fundamentales que permitirá afrontar la solución de los problemas con mayor eficiencia e integralidad. En este sentido, el rol que jueguen los municipios será básico, por lo que se buscará fomentar el desarrollo de Municipios Saludables, de quienes se espera la solución y la atención de los problemas básicos de saneamiento, la dotación de servicios y el mejoramiento de los estilos de vida.

45. En este esfuerzo, de mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población, la cualificación permanente de los recursos humanos será considerada en todo momento, garantizado de esta manera que la eficiencia, la gerencia de los recursos, la atención calificada de las personas, la investigación y la innovación tecnológica acompañen el proceso de modernización y reforma de la SSA.

46. (Este BPB ha sido preparado en una coyuntura de transición de las autoridades nacionales. La nueva gestión del gobierno se encuentra en pleno reordenamiento, no existiendo un plan nacional establecido. Los datos y lineamientos han sido obtenidos de diferentes fuentes alternas).

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

47. La estrategia de cooperación de la Representación de México basará sus acciones en las líneas emanadas de los documentos programáticos más importantes con que cuenta la organización. El Noveno Programa General de Trabajo para el período 1996-2001 de la Organización Mundial de la Salud y las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS, 1995-1998, serán los documentos estratégicos sobre cuyas líneas se compatibilizarán los programas nacionales, en función del cumplimiento de sus prioridades, que en la actual coyuntura, todavía de reorganización de la SSA, pueden resumirse en los siguientes: búsqueda de la extensión de cobertura de los servicios; incremento en los presupuestos del sector social, y principalmente del sector salud; atención oportuna y equitativa de los problemas de salud, lo que significa incrementar la eficiencia del sistema en su conjunto y de los servicios de salud en particular; atención oportuna de los problemas locales, que conlleva una mayor profundización de los esfuerzos descentralizadores en el plano geopolítico y de regionalización de los servicios; atención de los problemas no resueltos, referidos sobretudo a las enfermedades infecciosas, vectoriales, las de los niños y de las mujeres, las nutricionales, etc., para cuyo control existen los medios técnicos y los recursos suficientes; atención de los nuevos retos, referidos principalmente a las lesiones y a las enfermedades crónicas no transmisibles que están entre las primeras causas de muerte; el suministro de los servicios básicos, ya sea en forma directa o con la participación de otros sectores o dependencias, principalmente los municipios, que tienen que ver en forma directa con estos servicios; se prestará también atención a la salud de la mujer y la salud en las fronteras, estas últimas ante la importancia que adquiere para el desarrollo nacional la firma del Tratado de Libre Comercio con los países del norte.

48. Para el cumplimiento de estos objetivos la PWR estimulará el desarrollo de plenes políticas y normas adaptadas a la realidad nacional y adecuadas a la intencionalidad del gobierno de mejorar los indicadores de salud de la población y extender la cobertura. En este sentido continuará estimulando el reforzamiento de los Sistemas Locales Salud, así como una respuesta a las necesidades del nivel local. En este nivel surge con fuerza el municipio como actor relevante en acciones de salud, al que se deberá considerar y dar importancia, principalmente

con el objetivo de promover la salud en sentido positivo, apoyando el Programa de Municipios Saludables que está poniendo en marcha la SSA. En relación a la atención de la enfermedad se buscará el mejoramiento de los programas de control, principalmente de las enfermedades cuyos mecanismos de prevención se conocen y cuya relación costo/efectividad sea comprobadamente conveniente.

49. Coincidentemente con los esfuerzos del gobierno de conformar un paquete de servicios y atenciones básicas para toda la población la PWR hará un esfuerzo de concentrar sus propios programas evitando la dispersión de esfuerzos y recursos. La priorización de la Atención Primaria no significará un descuido al reforzamiento del papel del hospital de segundo y tercer nivel en el sistema de salud, cuya integralidad deberá consolidarse a través de la referencia y contrarreferencia de los pacientes, así como de sus sistemas de apoyo en materia de enfermería, medicamentos, laboratorios y otros.

50. Otro componente importante para el cuidado de la salud es la higiene del medio, cuya vigilancia, promoción y estímulo a proyectos inherentes será una preocupación constante de la PWR. El alto conocimiento científico y tecnológico que el país ha logrado en esta materia seguramente se verán fortalecidos y mejor considerados ante los compromisos del TLC con los EEUU y Canadá, cuyas normas en materia ambiental son más exigentes y requieren una mayor adecuación y competencia en igualdad de condiciones.

51. Los objetivos ambiciosos que se persiguen requieren no sólo de la movilización eficiente de los recursos humanos y materiales. La PWR considera importante su apoyo financiero para desencadenar o estimular procesos conducentes al cumplimiento de los propósitos establecidos en el bienio; el uso de los fondos regulares y extrapresupuestarios se sumarán a los importantes recursos nacionales en las áreas y programas estratégicos. La eficacia y eficiencia del sistema debe respaldarse con un adecuado sistema de supervisión, evaluación y manejo de datos administrativos y de gestión.

52. Sólo en casos extremos se procederá a la adquisición de recursos ó materiales que no se producen en el país y que deben ser importados.

53. Se aprovechará al máximo los recursos humanos nacionales con alto nivel de calificación y excelencia existentes en el país, así como se continuará con el apoyo en la formación de nuevos recursos humanos en áreas críticas; especial interés se dará a la capacitación del personal directivo adscrito a las jurisdicciones sanitarias.

54. La PWR utilizará sistemáticamente la comunicación social y proporcionará en forma permanente información normativa y técnica a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, así como la correspondiente a los eventos epidemiológicos relevantes para la vigilancia epidemiológica y la salud internacional. Para hacer más eficiente y amplia esta tarea se buscará mejorar la disseminación de la información científico-técnica a través del desarrollo de la red de servicios de información y documentación OPS/OMS, y el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías para transferencia de información en los niveles locales de atención.

55. Finalmente, se promoverá la investigación en todos los niveles del sistema, principalmente la investigación operativa en los servicios de salud, donde se requiere desarrollar metodologías para consolidar la planificación local de las acciones de salud, así como el desarrollo de la tecnología médica. Para el mejor cumplimiento de esta función se desarrollará la capacidad de los investigadores

para el planteamiento idóneo de protocolos y su ejecución. Se promoverá, asimismo, el incremento del número de investigaciones y su financiación.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Extensión de cobertura de los servicios de atención primaria.
2. Inversión en salud.
3. Atención oportuna y equitativa.
4. Abordaje integral de problemas.
5. Mejorar eficiencia de los servicios.
6. Atención oportuna de problemas locales.
7. Atención de problemas no resueltos.
8. Atención de problemas no resueltos.
9. Suministro de servicios básicos.
10. Salud de la mujer.
11. Salud en las fronteras.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

PROPOSITO

Mejorar el balance, la calidad y formación del recurso humano en salud, así como de sus procesos y condiciones de trabajo, acorde a las necesidades del Sistema Nacional de Salud del país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Regulaciones uniformes preparadas para coadyuvar a la formación de profesionales y técnicos, adecuados tanto cualitativa como cuantitativamente, de acuerdo a las necesidades del país.

2. Provisión de un modelo de sistema de información de enfermería y documentación científico-técnica, para alimentar los procesos de planeación y la toma de decisiones.

3. Asociaciones de enseñanza superior en las carreras de la salud y de profesionales, desarrolladas en conocimiento e intercambio de experiencias, en el pre y posgrado, así como rediseño y curricular de programas de capacitación de personal.

1. Se corregirá la tendencia en el desbalance del mercado de recursos humanos en las áreas médica, paramédica y afines.

2. Se establecerán sistemas de acreditación de las carreras de medicina y enfermería.

3. Se desarrollarán lineamientos y condiciones de trabajo de acuerdo a las necesidades del país.

1. Programa direccional de formación de profesionales y técnicos y de desarrollo de recursos humanos, asesorado, elaborado y en operación, terminado para 1996.

2. Documento elaborado de detección de necesidades de normas y lineamientos sobre la formación de pregrado y de técnicos en salud para 1996.

3. Lineamientos y material técnico normativo y académico, para la formación profesional y técnica, elaborado de acuerdo a las necesidades, para el fin de bienio.

1. Sistemas de información de enfermería, instalado en el país para 1996.

2. Sistema de información en recursos humanos desarrollando como subproducto del proyecto anterior.

3. Títulos y numeros nuevos de revistas y libros adquiridos en cada uno de los años del bienio, para las bibliotecas de la Dirección General de Enseñanza en Salud.

1. Siete asociaciones de enseñanza superior (escuelas y facultades de medicina, enfermería odontología, veterinaria, nutrición psicología y trabajo social), en trabajo académico coordinado al interior de las mismas, y entre ellas, en un plazo de dos años.

2. Seis asociaciones de profesionales, apoyadas en su desarrollo académico y en la participación para la regulación de su actividad.

3. Cuatro escuelas y 24 programas de enseñanza en salud pública desarrolladas en dos años.

4. Dos cursos de planeación y gestión de recursos humanos del INSP, desarrollados, actualizados en su curricula y otorgados.

Objetivos

4. Acceso de los estudiantes de las carreras de la salud a libros de texto y material de instrucción para mejorar su estudio.

5. Difusión ampliada de información científico-técnica a los trabajadores de la salud.

PROYECTO 2: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PROPOSITO

Disminuir la frecuencia y distribución de las enfermedades parasitarias tropicales, así como las defunciones por IRA, EDA y Cólera.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reforzar la capacidad del Sistema Nacional de Salud para superar los logros alcanzados, en relación al control de la malaria la oncocercosis, el dengue, las IRA, las EDA y el cólera.

2. Capacitación en el diagnóstico y manejo de los enfermos de lepra y sus incapacidades de los responsables de las jurisdicciones sanitarias.

3. Capacitación de los responsables estatales de los programas de tuberculosis, así como educación a los enfermos y sus familias.

Indicadores

1. Ciento ochenta y un Centros de promoción y venta del PALTEX, activos, asesorados y auditados en las instituciones educativas del país y extendidas en la medida de lo posible a las instituciones del Sector Salud.

2. Participación en eventos promocionales y difusión de información científico-técnica, cubierta al 100% de acuerdo a la demanda.

1. Venta de publicaciones científicas de la OPS, incrementadas en un 15% y participación en el 100% en eventos promocionales con stands de promoción.

2. Red de información y documentación OPS/OMS en México, con seis centros colaboradores de acervo e insumos requeridos, funcionando a su plena capacidad.

1. Menos de 10,000 casos de malaria anuales.

2. Tratamiento al 90% de los casos de oncocercosis.

3. Menos de 2,000 casos de cólera.

4. Mortalidad anual por IRA menor de 60 por millón, (tasa <0.67).

5. Mortalidad anual por EDA menor de 40 por millón (tasa <0.44).

6. Menos de 20 defunciones por cólera, (letalidad <1%).

1. 32 responsables estatales y 350 jurisdiccionales de los programas de control de enfermedades transmitidas por vector capacitados permanentemente, garantizando que el reciclaje del personal técnico no influya en el desarrollo de los programas.

2. Formación de 20 profesionales en gerencia, epidemiología y control de enfermedades transmitidas por vector.

3. Capacitación de 16 técnicos en entomología.

4. Capacitación de los 32 responsables de los estados y el D.F., encargados de los programas de control de las IRA, las EDA y el Cólera.

5. Dos seminarios nacionales e intersectoriales sobre el control del cólera.

1. Capacitación de los responsables estatales de los 10 estados prioritarios.

2. Capacitación de 30 responsables del programa de lepra de 50 jurisdicciones sanitarias.

1. Capacitación de los 32 jefes estatales de programas contra la tuberculosis.

2. 4 cursos de capacitación para la educación de los enfermos de tuberculosis y sus familias, para lograr la adherencia a los tratamientos y evitar el abandono.

ObjetivosIndicadores

4. Mejorar la comprensión sobre la legislación nacional y los conocimientos básicos, para la prevención del VIH/SIDA, a través de talleres especializados.

1. Capacitar a los 31 COESIDAS en relación a la normatividad técnica y al uso de los paquetes educativos para grupos específicos, diseñados por CONASIDA.

5. Participación en el Comité Interinstitucional para la Prevención de las ETS y con las autoridades nacionales, en la elaboración del modelo de vigilancia epidemiológica de las ETS, así como en la capacitación de nuevo sistema y el diagnóstico, manejo y tratamiento de los enfermos.

2. Elaboración y distribución del modelo de vigilancia epidemiológica a todas las instancias del Sistema Nacional de Salud, en los niveles nacionales, de los 31 estados, el D.F. y delegacionales de los Institutos de Seguridad Social.

6. Se habrá proporcionado asesoría periódica y continua al programa ampliado de inmunizaciones (PAI)

1. Ejecución de un Seminario Nacional y 5 regionales, para la capacitación de personal gerencial en los 31 estados y delegaciones de la Seguridad Social.

7. Se garantizará que el PAI proporcione información idónea y oportuna, según los compromisos de México con los Programas Regional (OPS) y Mundial (OMS). Se habrá realizado un monitoreo del progreso del PAI.

1. Participación en las reuniones (12 anuales) del Comité Interinstitucional del Programa Ampliado de Inmunizaciones

1. Cinco visitas a estados que, de acuerdo al análisis de la información reportada, muestren problemas en la aplicación de sus programas.

PROYECTO 3: LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Contar con un programa nacional de control de las principales ECNT que tenga vigencia y funcionamiento en cada uno de los estados del país.

1. 100% de los estados con programas de control de ECNT.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán establecido estrategias y programas de control de los principales factores de riesgo: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y dieta, de las ECNT mas frecuentes en el perfil epidemiológico del país.

1. Legislación antitabéquica mejorada en 5 estados del país.

2. Realización de cuando menos 2 campañas nacionales por mejorar los hábitos dietéticos, incrementar el ejercicio y disminuir el alcoholismo.

3. Publicación y difusión de material relacionado con 3 factores de riesgo: tabaco, dieta y sedentarismo.

2. Se habrán difundido las normas de prevención secundaria para el control de la diabetes, el cáncer cérvicouterino, hipertensión y las enfermedades cardiovasculares.

1. El 100% de las jurisdicciones sanitarias con conocimiento y aplicación de las normas de atención para el control de la diabetes, cáncer cérvico-uterino, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

2. En 50% de las jurisdicciones sanitarias se estarán desarrollando acciones de control contra el Cáncer Cérvico Uterino y la hipertensión arterial.

Objetivos

3. Se habrá mejorado la eficiencia y la calidad del programa de control del Cáncer Cérvico Uterino.

4. Se habrá mejorado la eficiencia y la calidad del programa nacional de control de la hipertensión.

5. Se habrá capacitado recursos humanos en el campo de la epidemiología y la salud pública.

PROYECTO 4: CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD

PROPOSITO

Apoyar las acciones sectoriales e institucionales en el desarrollo y fortalecimiento de la Red Nacional de Servicios de Atención para alcanzar la eficiencia, eficacia, calidad, equidad y fortalecer los laboratorios nacionales de diagnóstico y análisis y contribuir al mejoramiento de la producción y control de calidad de los biológicos y reactivos requeridos por los programas de control de enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consolidar y aplicar los componentes del programa de garantía de la calidad a nivel nacional y sus instrumentos legales y operativos.

2. Iniciar las actividades tendientes a definir el rol del hospital dentro de la nueva reorganización del sector y el modelo de atención.

Indicadores

1. Se habrá mejorado la eficiencia y la calidad del programa de control del cáncer cérvico uterino.

2. La proporción de exámenes entre las mujeres mayores de 35 años será de 3 a 1 en relación a las menores de esa edad.

3. Se contará con un laboratorio de control de calidad de PAP con capacidad de supervisar al 100% de las jurisdicciones sanitarias.

1. Cobertura del programa en el 100% de las jurisdicciones.

2. Cobertura poblacional del 70%.

3. Referencia de pacientes con cobertura del 70% de los casos diagnosticados en el screening.

1. 6 becas a funcionarios en temas de epidemiología y salud pública.

2. 200 técnicos y funcionarios capacitados en temas relacionados al control de ECNT.

1. Mejoramiento de la calidad de la atención (programa específico de certificación) y de la gestión hospitalaria de la red de servicios públicos y de seguridad social 1,500 hospitales.

2. Definición del Rol del Hospital en el nuevo modelo de atención.

3. Fortalecer la investigación en Servicios de Salud.

4. Completar los planes hospitalarios para situación de Desastres.

1. Legalización e inicio de actividades de certificación de los servicios de salud a nivel nacional 10% de establecimientos.

2. Asistencia de funcionarios nacionales 4 reuniones internacionales de acreditación de servicios de salud.

1. 2 talleres nacionales para definir el rol del hospital en nuevo modelo de atención.

2. Estructurar y dar servicio a un programa de investigación en servicios de salud CIESS/OPS.

Objetivos

3. Incrementar la cooperación para la preparación de planes y programas de preparativos para desastres.

4. Se habrá fortalecido la seguridad y bioseguridad de la red de laboratorios en el país, así como el mejoramiento en la armonización de los procedimientos entre FDA y DIGECIS y de la información internacional para desarrollar la farmacovigilancia en México.

5. Apoyo técnico en el desarrollo e implementación de nuevas técnicas de diagnóstico en el laboratorio nacional de referencia.

PROYECTO 5: PROMOCION DE LA SALUD Y AMBIENTES SALUDABLES**PROPOSITO**

Se contará con una política de promoción de la salud, destinada a fortalecer la atención primaria y a producir cambios positivos en los estilos de vida a través de acciones de educación, comunicación social y la participación de las autoridades estatales y municipales en temas de la salud, en un contexto de multisectorialidad y participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido la estrategia de promoción de la salud a través de acciones de educación y participación social y tomando a la comunicación como un componente orientado a resolver problemas de salud.

2. Se habrá apoyado campañas de comunicación en salud, con el objeto de estimular cambios en hábitos nocivos y fomentar estilos de vida saludables.

3. Se habrá difundido métodos educativos y de comunicación social de bajo costo, para informar y orientar a la población sobre aspectos relevantes en el autocuidado y conservación de la salud.

4. Se habrá mejorado la coordinación entre el sector salud y el educativo, a fin de desarrollar estrategias conjuntas de capacitación para promover la salud en los niveles básicos educativos (preescolar, primaria y secundaria).

Indicadores

1. Elaboración de planes hospitalarios para situaciones de desastres en la SSA y en el IMSS. (20% de hospitales).

1. Laboratorios y/o instituciones especializadas del exterior, otorgan asesoría y apoyo técnico al laboratorio central y a los 5 regionales(100%).

1. Laboratorio nacional de referencia actualiza en un 70%, nuevas técnicas de diagnóstico.

1. Aplicación de políticas de promoción de la salud en el 100% de las jurisdicciones sanitarias.

2. Creación de un movimiento de municipios saludables en el que participe por lo menos 200 municipios distribuidos en los 32 estados del país y sirvan como modelos de réplica para el resto.

1. 6 cursos de promoción de la salud y comunicación social a nivel nacional.

2. 220 jurisdicciones en Promoción de la Salud y Comunicación Social debidamente programadas y ejecutadas.

3. 10 escuelas de salud pública con cursos de promoción de la salud.

1. Dos campañas nacionales para estímulos de vida saludable ejecutadas.

2. Cinco videos producidos y difundidos en todas las jurisdicciones tocando temas prioritarios de salud.

3. Mejoramiento y evaluación de los materiales producidos utilizando encuestas CAP.

1. Haber capacitado a 220 coordinadores de participación social a través de 6 talleres de comunicación.

2. Haber difundido en las 32 entidades del país y en las 220 jurisdicciones, bibliografía sobre métodos y técnica de comunicación en salud.

1. Haber realizado 4 reuniones de coordinación entre sector salud y educación.

2. Haber capacitado a 5,000 maestros en temas de salud.

3. Haber reeditado 5,000 guías de salud para el maestro.

Objetivos

5. Se habrá reforzado el movimiento de municipios saludables y la participación cada vez mas comprometida de los presidentes municipales en temas de salud pública, sobre todo referidos al medio ambiente y los estilos de vida.

6. Se habrán iniciado proyectos de promoción de la salud destinados a crear ambientes saludables en lugares de trabajo y universidades.

7. Se habrá difundido y promovido la aplicación de las líneas políticas fundamentales de la reestructuración psiquiátrica y de un programa nacional para el adulto mayor.

PROYECTO 6: DESARROLLO Y GESTION DE POLITICAS Y PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

PROPOSITO

Optimizar la capacidad de gestión de la Representación así como la ejecución de la cooperación técnica a través de la coordinación y articulación de los diferentes proyectos que la conforman.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la capacidad gerencial de la Representación a través de la optimización y capacitación de sus recursos.

2. Cumplimiento de los planes, proyectos y actividades señalados en los planes de la Representación.

Indicadores

1. Contar con una red nacional de municipios saludables conformada por 200 municipios.

2. Una oficina coordinadora en funcionamiento.

3. 8 redes estatales organizadas y en funcionamiento.

4. 6 boletines nacionales difundidos.

1. Dos proyectos de lugares de trabajo saludables en funcionamiento.

2. Dos proyectos de universidades saludables en ejecución.

1. Contar con 5 proyectos ejecutando acciones básicas reorientadores de la atención psiquiátrica.

2. Cinco seminarios realizados tocando aspectos de la salud en la tercera edad.

3. Cuatro becas otorgadas para la capacitación de psiquiatras y geriatras en salud pública.

1. Ejecución del 100% de las actividades de los APB's 96 y 97.

1. Grado de cumplimiento del plan de desarrollo de la Representación.

1. Grado de cumplimiento del APB-96-97 en cada uno de sus proyectos.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 7: SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION****PROPOSITO**

Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna e infantil en el país, así como promover la salud integral de la mujer, tomando a la educación y participación comunitaria, como ejes fundamentales de la atención primaria lo cual permitirá adoptar decisiones adecuadas para la protección de la salud de estos grupos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se tendrá capacitado en temas de salud reproductiva al personal nivel estatal, jurisdiccional y local.

2. Se habrá formado y desarrollado habilidades en promoción de la salud en mujeres con niños menores de 5 años, (nutrición, lactancia materna, enfermedades diarreicas, vacunas, enfermedades respiratoria, etc.)

3. Se habrán organizado los planes de acción que den continuación a las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

1. Haber logrado que en los 10 estados prioritarios se haya mejorado la cobertura y la calidad de la atención en los programas de salud materno-infantil.

2. Disminuir la tasa de mortalidad materna de 50/100,000 (1993) a 40/100,000 para 1997.

1. Haber capacitado a 220 jurisdicciones, en el área materno infantil.

2. Haber logrado que en las 32 entidades de la República Mexicana, el personal responsable de salud reproductiva conozcan y manejen las normas oficiales mexicanas de crecimiento, desarrollo, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de recién nacido.

3. Haber logrado que los 220 coordinadores de participación social coordinen acciones de salud reproductiva.

1. Haber capacitado a 150 agentes y 1000 promotoras de salud, a través del programa "La salud empieza en casa".

2. Haber capacitado a 200 personas (médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, etc.) en lactancia materna.

3. Haber otorgado a otros 300 hospitales del país, el título de Hospital amigo de los niños"; donde no solo se incluyan los 10 pasos para una lactancia exitosa, sino que se vea como un programa de salud integral de la madre y el niño.

1. Haber obtenido en las 3 regiones del país (norte, centro y sur) los planes de trabajo que contribuirán a lograr las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

2. Haber logrado implementar la metodología solución de problemas por equipos locales de salud (SPELS), en 8 estados del país, fortaleciéndose con esto los sistemas locales de salud.

Objetivos

PROYECTO 8: DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

PROPOSITO

Las jurisdicciones sanitarias lograrán ampliar las coberturas de atención materno-infantil, planificación familiar, vacunación a menores de cinco años y control de padecimientos endémicos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá mejorado la capacidad técnico-administrativa y de gestión de las jurisdicciones sanitarias o SILOS.

2. Las jurisdicciones sanitarias estarán capacitadas para llevar a cabo todas las etapas de la planificación operativa de los programas sustantivos de salud (materno-infantil, planificación familiar, vacunación a menores de cinco años y control de padecimientos endémicos).

3. Las jurisdicciones sanitarias lograrán coberturas de atención primaria a la salud del 80% como mínimo, en lo que se refiere a programas de atención materno-infantil, planificación familiar, vacunación a menores de cinco años y control de padecimientos endémicos.

PROYECTO 9: HIGIENE DEL MEDIO

PROPOSITO

Llevar a cabo acciones orientadas a la protección y el desarrollo del ambiente, con énfasis en abastecimiento de agua, alcantarillado, desechos sólidos e higiene de la vivienda, así como también en la evaluación y control de los riesgos para la salud debidos a problemas ambientales.

Indicadores

1. Cobertura de 80% como mínimo en las siguientes acciones de atención primaria, a nivel jurisdiccional: atención prenatal; atención del parto; control del niño sano; acciones de planificación familiar; acceso a agua limpia; eliminación apropiada de excretas; hidratación oral; tratamiento supervisado de lepra.

2. Coberturas vacunales de 90% como mínimo.

1. 220 Jefes de Jurisdicciones capacitados en la gerencia de servicios de salud en el nivel local.

2. 1540 Coordinadores jurisdiccionales capacitados para administrar los programas a su cargo.

3. 470 Equipos zonales capacitados para supervisar integralmente los programas de salud.

4. 220 Sistemas de Información Gerencial para la toma de decisiones a nivel local.

1. 220 Diagnósticos Integrales de salud jurisdiccionales actualizados anualmente.

1. Coberturas de 80% como mínimo en las siguientes acciones de atención primaria, a nivel jurisdiccional: atención prenatal; atención del parto; control del niño sano; acciones de planificación familiar; acceso a agua limpia; eliminación apropiada de excretas; hidratación oral; tratamiento supervisado de lepra.

2. Coberturas vacunales de 90% como mínimo.

1. Aumentar en un 20% la cobertura y la calidad de los servicios de saneamiento básico, con énfasis en los grupos mas vulnerables.

2. Establecer 3 programas orientados al control de los riesgos para la salud, relacionados con el medio ambiente, en especial en cuanto a la calidad del aire en el D.F., Guadalajara y Monterrey y a la certificación de los materiales y equipos que se utilizan en los oficios del agua.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá brindado cooperación técnica e información para la formulación del Plan de Agua Potable y Saneamiento de México para el período 1995-2000, el cual estará orientado a la optimización de los servicios de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas negras con énfasis en la población más desprotegida en las áreas urbanomarginales y rurales.

2. Se habrá suministrado cooperación técnica, información y capacitación para fortalecer los programas de control de riesgos para la salud y por la contaminación del aire en el D.F., Monterrey y Guadalajara y para la institucionalización del Programa Nacional de Certificación de la calidad de los materiales y equipos utilizados en los oficios del agua.

3. La OPS habrá realizado cooperación técnica directa, capacitación, difusión de información y promoción a las políticas nacionales para que el país formule y ponga en ejecución un programa de salud de los trabajadores desprotegidos.

3. Apoyar la puesta en marcha de 10 plantas de disposición final sanitaria de los residuos sólidos domésticos, industriales y hospitalarios.

4. Reducir en 20% la contaminación de los principales recursos hídricos, ocasionada por substancias químicas y desechos industriales en 5 de las ciudades de mayor tamaño.

1. Se habrá suministrado cooperación técnica e información para lograr la ampliación de cobertura de agua potable y alcantarillado, con énfasis en las zonas más desprotegidas.

2. Se habrán realizado 4 eventos de promoción de la consolidación de los organismos operadores en todas las 32 entidades federativas.

3. Se habrá brindado cooperación técnica y capacitación para que en todas las 32 entidades federativas existan programas de certificación de idoneidad de los operadores de las plantas de tratamiento.

1. Mediante cooperación técnica directa, capacitación e información se habrá fortalecido el programa de control de la contaminación del aire en México, Monterrey y Guadalajara.

2. Se habrá realizado cuatro cursos sobre contaminación del aire.

3. Mediante dos consultorías técnicas de la OPS estarán fortalecidas las unidades responsables por el control de la contaminación del aire en Guadalajara y Monterrey, fortalecidas y en funcionamiento.

4. A través de la movilización de recursos entre el IMTA, CETESB, y organizaciones de Norteamérica y Europa, se habrá apoyado al Gobierno para institucionalizar la certificación de la calidad de equipos y materiales utilizados en los oficios del agua.

1. A través de tres consultorías a corto plazo, seis reuniones de motivación y capacitación y distribución de información se habrá estimulado la formulación del Programa de Salud de los Trabajadores Desprotegidos para el período 1995-2000.

2. Se habrán realizado cuatro encuentros a nivel de Estados para promover la atención de la salud de las trabajadoras domésticas, los indígenas, los agricultores y los niños de la calle.

Objetivos

4. Se habrá brindado cooperación técnica, suministrado información para promover el tratamiento seguro de los residuos peligrosos con énfasis en las sustancias químicas y en los residuos hospitalarios en cinco ciudades del país.

5. Establecimiento de un Centro de Referencia en la Vivienda para estimular una mayor atención a los aspectos de la salud de la familia en la vivienda.

6. La cooperación de la OPS habrá estimulado los programas nacionales orientados a fortalecer las acciones para impedir el aumento de la contaminación de los recursos hídricos.

7. Se habrá promovido la elaboración de diagnósticos y la ejecución de programas de inversiones, dentro del enfoque y las estrategias del "Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud".

Indicadores

1. Se habrá brindado cooperación técnica para la realización de cinco proyectos para rellenos sanitarios en el país.

2. Se habrán realizado dos cursos de capacitación y una investigación y se habrá suministrado información para promover el tratamiento seguro de los residuos peligrosos con énfasis en las sustancias químicas y en los residuos hospitalarios en cinco ciudades del país.

1. Se habrá brindado una consultoría orientada a la educación de la comunidad para el mejoramiento higiénico y sanitario de la vivienda actual.

2. Estará establecido el Centro de Higiene de Salud en la Vivienda de México y este habrá realizado, con el apoyo de la OPS, 5 diagnósticos de la situación de la vivienda en áreas con población mas vulnerable.

3. Se habrán realizado cinco cursos de higiene en la vivienda.

4. Mediante el suministro de información, el Centro de la UNAM de Higiene en la vivienda habrá revisado cinco normas.

1. Mediante la movilización de recursos y la capacitación, se habrá fortalecido la capacidad local en 32 estados y 100 municipios para desarrollar programas de vigilancia y monitoreo de la calidad de los cuerpos de agua.

2. Se habrá promovido mediante cooperación técnica directa y suministro de información, el Programa Nacional de Control de la Contaminación del Agua con las Industrias, las Sustancias Químicas y las descargas de las principales ciudades y este programa hará parte del "Plan Decenal de Calidad del Agua de las Américas".

3. Se habrá promovido la incorporación de los diez principales cuerpos de agua del país al Sistema Mundial de Monitoreo del Ambiente.

1. Se habrán elaborado cinco diagnósticos de la situación de ambiente y salud a nivel de estados.

2. Existirán en marcha planes maestros de inversiones en ambiente y salud en por lo menos tres estados del país.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 10: INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS****PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud a través de sistemas de información dinámicos orientados a la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá publicaciones con información unificada sobre daños a la salud y servicios de salud, correspondiente a todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, para uso de programación y evaluación.

2. Se estará utilizando en forma generalizada la 10a. revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) para procesamiento y análisis de la mortalidad por causa y la morbilidad hospitalaria.

3. Los tomadores de decisión del Sector Salud contarán con información sobre peso de la enfermedad y la muerte.

4. Se habrá la red de centros de información científico-técnica en salud a todos los estados del país.

1. Se utilizará información de salud desglosada por niveles y grupos prioritarios para la programación y evaluación de acciones estatales y locales tendientes a disminuir los niveles de mortalidad y de morbilidad de dichos grupos.

2. La información de mortalidad por causa se habrá procesado de acuerdo a la 10a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y estará disponible a nivel municipal, por grupos de edad y sexo.

3. La información sobre peso de la enfermedad y la muerte, y sobre costo y efectividad de las intervenciones, será el insumo para la definición de un paquete universal de servicios de salud.

4. Se habrá extendido a todas las instituciones de salud la red de informática que enlaza bases de datos científicos nacionales e internacionales.

5. Se fortalecerá el liderazgo del Centro Nacional de Información y Documentación en Salud dentro del sistema de información en ciencias de la salud de la Región.

1. Para marzo de 1996 se estará utilizando en todas las instituciones un documento con los criterios uniformes para producción y presentación de información epidemiológica, de mortalidad y de acciones de salud en todos los niveles de los servicios.

2. Para julio de 1996 existirá una "ventanilla única de información" en la Secretaría de Salud, que proporcionará los insumos necesarios a los tomadores de decisiones del Sector.

1. Para mediados de 1996 estarán capacitados 90 codificadores estatales de causa de muerte y 230 codificadores de morbilidad para establecimientos hospitalarios.

2. Para fines de 1996 estará disponible un CD-Rom que contenga la versión en español de la CIE-10, para uso en bibliotecas médicas y centros de documentación de establecimientos de salud.

3. Para fines de 1996 estará disponible un diskette de mortalidad por municipio, compatible con información geoestadística básica sobre condicionantes socioeconómicos de la salud, para uso de gerentes locales de salud.

1. Existirá a fin de 1996 un documento que contenga información de años de vida saludable perdidos por muerte prematura, enfermedad y discapacidad, desglosado por sexo y áreas geográficas, presentado en forma accesible a tomadores de decisiones no especializados en estadística.

1. Todos los estados del país contarán para fines de 1997 de, por lo menos, un centro de información científico-técnica enlazado a través de redes Bidnet e Internet a las bases de datos internacionales Medlars y Medline.

Objetivos

5. Se habrá fortalecido Centro Nacional de Información y Documentación en Salud para atender consultas internacionales y colaborar en la formación de expertos en documentación de países latinoamericanos.

PROYECTO 11: DESARROLLO PARA LA SALUD

PROPOSITO

Consolidar la participación de instituciones académicas, asociaciones profesionales, programas comunitarios y ONG's en iniciativas del Sistema Nacional de Salud, para la gestión de proyectos de desarrollo social, bioética, investigación y salud de grupos prioritarios desde la perspectiva de género.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá profundizado el combate a la pobreza y disminuido su impacto en salud, a través de la coordinación intersectorial y la concertación social.

2. Se habrá revisado la legislación relativa a Bioética.

3. Se habrá fortalecido la capacidad estatal para la investigación en áreas prioritarias de salud y desarrollo tecnológico.

Indicadores

2. Existirá una red informática para enlazar información sobre plantas medicinales y medicina tradicional, con nodos en las principales universidades y en la PWR-México, para facilitar la consulta de investigadores del tema, a partir de 1997.

1. Se habrán desarrollado a lo largo del bienio, tres cursos internacionales de tecnología de información para ciencias de la salud, donde se habrá capacitado a unos 75 responsables nacionales y de otros países en información, procesamiento y recuperación de información informática-técnica de salud.

2. Se habrá desarrollado un congreso de información científica, en acuerdo con BIREME y las autoridades de México, con sede en uno de los Institutos de Investigación en Salud, con participación de 100 expertos internacionales.

1. El Pacto Nacional de Combate a la Pobreza, tendrá como parte fundamental el Pacto Social por la Salud, a partir del segundo trimestre de 1996.

2. La capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud se habrá fortalecido a través de acuerdos interinstitucionales y convenios con otros sectores, basados en el principio de universalidad y equidad, que se habrá formalizado a mediados del bienio.

3. La investigación y el desarrollo tecnológico en salud habrá incorporado ampliamente las políticas y programas de bioética, diseñados a lo largo del bienio.

4. Al final del bienio, el análisis de salud por sexo será un insumo básico en la planeación y programación de todas las actividades intersectoriales.

5. Para diciembre de 1997 habrán disminuido significativamente las enfermedades carenciales y las atribuidas a la falta de agua y saneamiento, en relación a los valores estimados por la encuesta de salud materno-infantil de 1994.

1. Para fines de 1996 se habrán realizado dos reuniones intersectoriales para evaluar el impacto de las acciones conjuntas contra la pobreza.

1. La Comisión Nacional de Bioética, de carácter intersectorial e interinstitucional, habrá publicado y difundido a nivel nacional un compendio de instrumentos legales sobre tecnología de salud, derechos humanos y ética biomédica.

1. Al final del bienio quedarán constituidos cinco nuevos núcleos estatales de investigación en salud orientados a temas regionales y estatales prioritarios.

2. Se habrán difundido los resultados de proyectos de investigación esencial en salud diseñados y desarrollados en el bienio, en un congreso nacional con aproximadamente 800 científicos del país y de la región.

Objetivos

4. Se habrá diseñado un programa de salud desde la perspectiva de género, teniendo como base el análisis de los diferenciales de salud por sexo.

PROYECTO 12: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES**PROPOSITO**

Intercambio en experiencias para la resolución conjunta de problemas de salud comunes a México y otros países de la región, con énfasis en los fronterizos y otros geográfica y socialmente cercanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán consolidado acciones conjuntas de combate a las enfermedades transmisibles de alto potencial epidemiológico entre México y Guatemala.

2. Se habrán fortalecido las acciones de salud ambiental de la frontera México-EE.UU, con énfasis en la calidad del agua, en el marco del TLC/NAFTA.

Indicadores

3. Estará en marcha un mecanismo formal para la innovación tecnológica nacional y la evaluación de tecnología en salud, tanto nacional como importados.

4. Se habrán completado tres cursos internacionales con sede en México de capacitación en laboratorios para el desarrollo y control de vacunas dentro del marco de SIREVA.

1. Para julio de 1996 estará funcionando en todo el país el sistema de vigilancia de los diferenciales de salud por sexo.

2. Se habrán puesto en marcha programas de control de enfermedades crónicas degenerativas (en particular cáncer cérvicouterino que tengan en cuenta las necesidades específicas de género de las mujeres, en los establecimientos de Sistema Nacional de Salud.

3. Se habrá implementado un programa interinstitucional de reducción de los accidentes basado en el análisis de factores de riesgo inducidos por conductas tradicionalmente consideradas como masculinas.

4. Existirá un documento metodológico para la capacitación en género en el área de salud reproductiva orientado a grupos marginados de la población.

1. Habrá disminuido en un 30% la transmisión de enfermedades en la frontera México-Guatemala.

2. Las ciudades limítrofes de la frontera México-EE.UU., habrán evidenciado mejores niveles de salud ambiental, medidos según los criterios del TLC/NAFTA.

3. A fin de 1997 se habrá constatado una disminución significativa de la morbimortalidad atribuible a problemas de salud reproductiva en la frontera México-Belice, en relación a los indicadores estimados en 1994.

4. Se habrán agilizado las comunicaciones biomédicas y el intercambio de información de salud entre México y Cuba, a mediados del bienio.

1. Para diciembre de 1996 estará funcionando el sistema de vigilancia epidemiológica conjunta de dengue, malaria, cólera y sida.

2. Para marzo de 1997 se habrán implementado medidas de control del dengue y la malaria a la zona fronteriza México-Guatemala, basados en la vigilancia conjunta.

1. A mediados de 1996 quedarán definidos los criterios de control de calidad de agua y aire en las ciudades hermanas de la frontera entre México y EE.UU.

2. A fines de 1997 se habrán establecido acciones conjuntas entre ambos países, basadas en la educación conjunta de daños y riesgos.

Objetivos

3. Existirá un programa integral de salud reproductiva para la frontera México-Belice.

4. Se habrá fortalecido la red de información e informática para la salud, entre México y Cuba.

5. Se habrá consolidado de la Asociación Fronteriza de Salud Pública México-Belice-Guatemala.

6. Participación de la Asociación Fronteriza de Salud Pública México-EE.UU. en aspectos de salud vinculados al Tratado de Libre Comercio (TLC/NAFTA).

PROYECTO 13: ZONOSIS

PROPOSITO

Contribuir a la consolidación del programa regional de control de la rabia, del control de la tuberculosis bovina en la frontera norte, apoyar los programas estatales de control de la brucelosis caprina y del complejo teniasis-cisticercosis y fortalecer la enseñanza de la salud pública veterinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá definido y establecido -de común acuerdo- mecanismos de coordinación intersectorial entre la SSA, SARH y autoridades municipales para acelerar y aumentar la cobertura del programa de rabia.

Indicadores

1. Se habrá diseñado un programa de salud reproductiva orientado a los distintos grupos étnicos de México y Belice.

2. Para fines de 1997 todas las unidades de salud de la frontera México-Belice estarán desarrollando las acciones prioritarias de salud reproductiva acordes con las necesidades de la población.

1. Se habrán realizado dos reuniones binacionales (una en 1996 y otra en 1997) de expertos en informática para la salud, redes de información biomédica y transmisión de información estadística, con 100 participantes cada una.

1. Se habrán realizado cuatro reuniones trinacionales de altos funcionarios de salud pública y de OPS, para acordar estrategias tendientes a la erradicación de las enfermedades transmisibles.

1. Se habrán realizado dos reuniones fronterizas anuales con 40 expertos, sobre la apertura comercial de los servicios de salud entre México, EE.UU. y Canadá.

1. Lograr la notificación, en un 90%, de los casos de rabia en el país y atención médica en el 80% de las personas expuestas a la enfermedad.

1. Alcanzar una cobertura del 80% de perros vacunados en las áreas de mayor riesgo.

2. Vacunación antirrábica a animales, dosis aplicada en 1996 10 millones y en 1997, 9.5 millones; captura y eliminación selectiva de perros 150,000 para cada año.

3. Personas vacunadas en 1996, 29,300 y 28,000 en 1997; muestras examinadas (estudiadas) por laboratorio 13,000 cada año.

4. Rabia humana presentada (casos) 18 en 1996 y 16 en 1997 de estos 3 en área urbana y 15 en área rural en el primer año y 2 en área urbana y rural en el segundo año (1997).

Objetivos

2. Se habrá consolidado el sistema de vigilancia epidemiológica de la rabia y principales zoonosis.

3. Se habrán ejecutado acciones intersectoriales y promovido la participación activa de la comunidad para reducir significativamente la brucelosis, cisticercosis, teniasis.

4. Se habrán ejecutado acciones en zonas de alto riesgo, para lograr la reducción, de por lo menos 20% de casos de rabia transmitida por vampiros y un 30% los índices de rabia bovina.

PROYECTO 14: NUTRICION, SEGURIDAD ALIMENTARIA E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

PROPOSITO

Formular y ejecutar el programa nacional de protección de alimentos para lograr la reducción de las enfermedades transmitidas por los alimentos contaminados microbiológicamente o por sustancias físico-químicas nocivas a la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá aprobado el programa nacional integrado de protección de alimentos.

2. Se habrá ejecutado el programa nacional de vigilancia epidemiológica y de control de las principales enfermedades transmitidas por alimentos.

Indicadores

1. Implementar, en por lo menos un 80%, el sistema de vigilancia epidemiológica en el país.

1. Divulgar y establecer la norma de atención de los pacientes de brucelosis en el primer nivel en el 100% de los centros de este servicio.

2. Brucelosis controlada y detectado 8,114 casos en 1996 y 9,005 en 1997; con 30 muertes en 1996 y 28 en 1997.

3. Enfermos teniásicos detectados y tratados (pacientes) 21,136 para el año de 1996 y 9,298 para 1997; confirmados por laboratorio 6,341 en 1996 y 2,801 en 1997. Casos atendidos de cisticercosis con estudio 1,277 en 1996 y 485 en 1997.

1. Implementar en un 70% en zonas de alto riesgo el programa de vigilancia epidemiológica.

2. Realizar una reunión cada año con los supervisores del p. de vigilancia epidemiológica para evaluación y actualización en las acciones.

3. Personas vacunadas en 1996 29,300 y 28,000 en 1997; muestras examinadas (estudiadas) por laboratorio 13,000 cada año.

1. Lograr la implementación del programa nacional de protección de alimentos en los 31 (100%) estados del país y capacitar a 4 funcionarios del nivel central en el área de verificación sanitaria de alimentos.

2. Disminuir en un 20 o 30% las enfermedades transmitidas por alimentos contaminados y aumentar la capacidad de análisis microbiológico y físico-químico, así como de residuos del laboratorio nacional de salud pública.

1. Programa Nacional de protección de alimentos adaptado a las necesidades y puesto en práctica en el 80% de las 31 entidades federativas del país.

2. Enfermedades transmitidas por los alimentos, reducidas entre un 10 y 20%,

1. Incrementar en un 20 a 30% las investigaciones de brotes de ETA en el país y haber logrado la observancia plena (100%) del programa y normas de la protección de alimentos en 20 áreas turísticas de mayor importancia en el país.

2. Alimentos mexicanos de exportación ubicados en EEUU y Canadá con un incremento de 30%.

3. Apoyar la organización y funcionamiento del 50% de los 20 comites intersectoriales. vigilancia epidemiológica de las ETA adoptada y aplicada en el 50% de los estados y 80% en las áreas turísticas.

Objetivos

3. Se habrá reforzado la capacidad de los laboratorios epidemiológicos de análisis y diagnóstico de ETA, aumentando su eficacia en la vigilancia del problema.

Indicadores

1. Dos funcionarios capacitados (diplomados) cada año en verificación sanitaria de alimentos y aumentar la capacidad de análisis microbiológico, físico-químico y residuos LNRP.

2. Cinco laboratorios regionales habilitados en un 60% para aumentar su capacidad y calidad de sus servicios.

3. Cinco laboratorios regionales alcanzan el 80% en el control de calidad de los análisis.

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<u>II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO</u>	<u>1,902,800</u>	<u>32.9</u>	<u>2,347,600</u>	<u>35.6</u>	<u>2,631,900</u>	<u>36.1</u>
<u>POLITICA PUBLICA Y SALUD</u>	0	-	100,600	1.5	112,900	1.5
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	0	-	100,600	1.5	112,900
<u>DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. MAC. DE SALUD</u>	<u>1,519,900</u>	<u>26.3</u>	<u>1,739,700</u>	<u>26.3</u>	<u>1,958,000</u>	<u>26.9</u>
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	1,519,900	26.3	1,739,700	26.3	1,958,000
<u>INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS</u>	<u>242,500</u>	<u>4.2</u>	<u>345,000</u>	<u>5.3</u>	<u>373,400</u>	<u>5.1</u>
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	242,500	4.2	345,000	5.3	373,400
<u>COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES</u>	<u>140,400</u>	<u>2.4</u>	<u>162,300</u>	<u>2.5</u>	<u>187,600</u>	<u>2.6</u>
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	140,400	2.4	162,300	2.5	187,600
<u>III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</u>	<u>1,330,500</u>	<u>23.1</u>	<u>1,258,000</u>	<u>19.2</u>	<u>1,397,300</u>	<u>19.2</u>
<u>ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD</u>	<u>974,300</u>	<u>16.9</u>	<u>646,700</u>	<u>9.9</u>	<u>711,700</u>	<u>9.8</u>
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	974,300	16.9	646,700	9.9	711,700
<u>RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD</u>	<u>356,200</u>	<u>6.2</u>	<u>387,500</u>	<u>5.9</u>	<u>434,500</u>	<u>6.0</u>
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	356,200	6.2	387,500	5.9	434,500
<u>CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD</u>	<u>0</u>	<u>-</u>	<u>223,800</u>	<u>3.4</u>	<u>251,100</u>	<u>3.4</u>
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL. SANITARIA	QAC	0	-	223,800	3.4	251,100

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	670,500	11.6	936,200	14.3	1,036,700	14.2	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	571,000	9.9	591,900	9.0	650,200	8.9	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	WCH	571,000	9.9	591,900	9.0	650,200	8.9
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	234,700	3.6	263,500	3.6	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	-	78,200	1.2	87,800	1.2
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	0	-	78,200	1.2	87,700	1.2
SALUD MENTAL	MNH	0	-	78,300	1.2	88,000	1.2
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	99,500	1.7	109,600	1.7	123,000	1.7	
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	99,500	1.7	109,600	1.7	123,000	1.7
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	532,500	9.2	594,800	9.1	653,200	9.0	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	532,500	9.2	594,800	9.1	653,200	9.0	
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	532,500	9.2	594,800	9.1	653,200	9.0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,335,000	23.2	1,427,700	21.8	1,574,200	21.5	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	645,400	11.2	715,100	10.9	802,100	11.0	
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	645,400	11.2	715,100	10.9	802,100	11.0
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	397,300	6.9	378,700	5.8	411,100	5.6	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	397,300	6.9	378,700	5.8	411,100	5.6
SALUD PUBLICA VETERINARIA	292,300	5.1	333,900	5.1	361,000	4.9	
ZONOSIS	ZNS	292,300	5.1	333,900	5.1	361,000	4.9
GRAN TOTAL	5,771,300	100.0	6,564,300	100.0	7,293,300	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	118,200	6.8	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	118,200	6.8	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	118,200	6.8	0	-	0
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	608,800	35.0	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	608,800	35.0	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	608,800	35.0	0	-	0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	314,500	18.1	28,000	100.0	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	314,500	18.1	28,000	100.0	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	314,500	18.1	28,000	100.0	0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	697,900	40.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	697,900	40.1	0	-	0	-
SIDA	GPA	697,900	40.1	0	-	0
GRAN TOTAL		1,739,400	100.0	28,000	100.0	0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	4,888,100	4	15	1,835,300	197,900	81,800	322,000	1,172,600	370,100	0	908,400
OMS - WR	883,200	3	0	660,900	9,800	66,300	10,000	50,200	13,600	0	72,400
TOTAL	5,771,300	7	15	2,496,200	207,700	148,100	332,000	1,222,800	383,700	0	980,800
% DEL TOTAL	100.0			43.2	3.6	2.6	5.8	21.2	6.6	.0	17.0
1996-1997											
OPS - PR	5,534,400	4	15	2,104,000	231,900	110,800	324,600	1,305,200	401,900	0	1,056,000
OMS - WR	1,029,900	3	0	766,800	15,000	58,900	21,000	86,700	26,000	0	55,500
TOTAL	6,564,300	7	15	2,870,800	246,900	169,700	345,600	1,391,900	427,900	0	1,111,500
% DEL TOTAL	100.0			43.7	3.8	2.6	5.3	21.2	6.5	.0	16.9
1998-1999											
OPS - PR	6,175,600	4	15	2,297,900	231,900	128,000	324,600	1,508,600	464,400	0	1,220,200
OMS - WR	1,117,700	3	0	819,300	15,000	68,100	21,000	100,200	30,000	0	64,100
TOTAL	7,293,300	7	15	3,117,200	246,900	196,100	345,600	1,608,800	494,400	0	1,284,300
% DEL TOTAL	100.0			42.7	3.4	2.7	4.7	22.1	6.8	.0	17.6



ANTILLAS NEERLANDESAS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Antillas Neerlandesas tenía una población estimada en 191.311 habitantes para 1992, no incluido una población importante de inmigrantes ilegales en la isla de St. Marteen, estimada entre 20.000 y 30.000 habitantes.

2. Aruba tiene una población estimada en 77.898 habitantes y una población ilegal estimada en 10.000 personas.

3. En Antillas Neerlandesas el 26% de la población son menores de 15 años, en Aruba el 8% de la población está por encima de 65 años, mientras que en Antillas Neerlandesas solo el 6.9%.

Indicadores del estado de salud

4. La expectativa de vida de la población de Curazao ha sido estimada en 71,13 Años para varones y 75,75 para mujeres. En las Antillas Neerlandesas la tasa de natalidad es de 19/1.000 y la de mortalidad de 6,4/1.000 para 1990.

5. En Antillas Neerlandesas el cáncer ocupa el primer lugar en mortalidad, 25%, las enfermedades cardiovasculares el 20% y los accidentes cerebrovasculares el tercer lugar con el 10%. La diabetes tiene una prevalencia del 4,9%.

6. En Aruba en 1990 se realizó una encuesta nacional de salud, en la que se estimó a la hipertensión con una 9,8% y a la diabetes con un 4,3%, como las enfermedades más prevalentes. Lo que concuerda con otro estudio en el que se encontró que el 60% de los arubanos entre 15 y 75 años tenían sobrepeso. El consumo de alcohol en exceso se estima en 10%.

7. Los resultados preliminares de la encuesta de salud de Curazao, demuestran que existen diferencias en salud entre los diferentes grupos socio-económicos, ya que el prestigio ocupacional, el ingreso medio y el acceso a vehículo, correlacionan con la incidencia de malestares en salud. Por ejemplo los problemas crónicos son más prevalentes en los individuos de bajos ingresos (1%) contra los de altos ingresos (0.5%), tanto en varones como en mujeres.

8. Algunos resultados del estudio piloto hacen prever una alta prevalencia de sobrepeso, estimándose una media de peso en adultos en 75 kilos con un desvío standard de 14.42 kilos. En las mujeres una media de 74 kilos y en los varones 76 kilos. Las mujeres con un desvío standard de 16,28 mientras que los varones con 11,89. La obesidad tiene una prevalencia de 50% en las mujeres y un solo 20% en los varones. El grupo de mujeres obesas practica más ejercicio que las de menor peso, por lo que habría conciencia de sobrepeso.

9. La mortalidad anual en Aruba está estimada en 6.3/1.000, habiendo fallecido en 1990, 401 personas, 136 por problemas cardiovasculares, 70 por cáncer, 43 por signos y síntomas y enfermedades mal definidas, 38 por accidentes, 26 por problemas endocrinos y 22 por enfermedades del sistema respiratorio. La mortalidad infantil es de 9/1.000 y la tasa de natalidad 16/1.000.

10. En Curazao el dengue durante 1993 produjo 60 casos registrados, incluida la muerte de un niño. En Antillas Neerlandesas se han registrado desde 1986 a septiembre de 1994, 623 infectados por HIV, 355 hombre y 268 mujeres, hay 43 casos en niños y se desconoce el número de infectados en lado francés de St. Marteen. En Aruba se han registrado 128 infectados, 64 arubanos y 64 extranjeros. De los 64 arubanos han muerto 14. Actualmente hay 50 seropositivos, de los cuales 3 son niños.

Factores que afectan el estado de salud

11. El incremento del per capita en la isla de Aruba que era en 1986 de 6.000 dólares, durante 1989 se estimó en 8.000 dólares, en 1990 habría llegado a 11.000 dólares, alcanzando cerca de 12.900 dólares per capita en 1992, lo que ha redundado en una tasa de crecimiento poblacional para Aruba del 10% anual, a diferencia de las Antillas Neerlandesas, en donde la tasa de crecimiento en la mayoría de las islas, con excepción de St. Marteen, es negativa.

12. En St. Marteen también se ve el mismo fenómeno y se estima que, en razón al florecimiento de la industria turística, existirían entre 20 y 30.000 inmigrantes ilegales y como consecuencia habría un repunte de las enfermedades transmisibles, por lo que necesitarían reforzar el programa ampliado de inmunizaciones, entre otros, y facilitar el acceso a los servicios, que es difícil por su condición de ilegales.

13. En Aruba se ha incrementado el movimiento de turistas, de 280.000 en 1998 a 500.000 en 1993. Por esto se incrementaron los ingresos en florines de 9 millones a 20 millones por esta industria. En Curazao se esperan añadir 3.700 cuartos de hoteles en los próximos años, por lo que se pretende también, al igual que lo sucedido en Aruba y St. Marteen, obtener un rápido crecimiento de la industria turística en esta isla. Esto ocasionará lo experimentado en St. Marteen y que recientemente se está produciendo en Aruba, la proliferación de habitat promiscuos e insalubres por la no adecuación de los servicios públicos e infraestructura urbana a este rápido crecimiento.

14. También debido al flujo turístico y la gran movilización de personas que existen entre las islas del Caribe, se ha registrado una alta incidencia de SIDA en los últimos años. Los resultados de la encuesta de salud de Aruba reflejan una alta incidencia de enfermedades crónicas, así como la diabetes con 4,3% de prevalencia en Aruba, comparado con 1,9 en Holanda y la correlación de la presencia de este problema con la altísima prevalencia de sobrepeso, se identifica como una de las prioridades.

15. En Aruba y Curazao existen refinerías de petróleo que producen problemas de contaminación ambiental, así como también en St. Eustatius donde se ha establecido un depósito de petróleo que abastece de combustible a las islas cercanas, el rápido desarrollo acompañado de una modernización incontrolada, ha causado una degradación de los ambientes marinos, de la atmósfera y del suelo.

16. La tasa de alfabetismo en las Antillas Neerlandesas se estima en el 95%, habiendo igual capacidad de acceso a todas las escuelas e igual oportunidad de educación para hombres y mujeres. La tasa de desempleo más alta la posee

Curazao con 24,4%; Bonaire 10,8%; St. Marteen 8,4%; St. Eustatius 10,7% y Saba 1,6%. Siendo que el nivel de educación de la población desempleada es más bajo que el de la población empleada.

17. En Aruba el presupuesto de salud está estimado entre 75 y 80 millones de florines, lo que equivale actualmente a un 6% del PIB.

18. En Antillas Neerlandesas en 1982 se invertían 200 millones de florines, 8,6% del PIB destinándose para la atención médica un 80% del presupuesto. En 1991 la proporción continuaba en el mismo renglón, pero la inversión en salud era de 300 millones y para 1994 se estima en 400 millones de florines, equivalentes al 14% del PIB.

19. El gobierno de Curazao invierte 89 millones de dólares (4,7% del gastos del gobierno), siendo que el 8% de este presupuesto se gasta en administración, 11% en atención primaria de salud y el restante 81% en atención médica. Conociendo que el 93% de las hospitalizaciones en el caso de Aruba ocurrieron en esta isla, se estima que el gasto per cápita en salud, tanto en Antillas Neerlandesas como en Aruba es, muy alto, y aun prevalecen patologías del subdesarrollo, por lo que se requiere optimizar el gasto en salud.

20. En lo que se refiere a la seguridad social y uso de servicios médicos, en Curazao se examinó una muestra de 2.247 individuos adultos por el Central Bureau of Statistics, estando defendidos por el programa po-pobres (PP) el 42% de la población, con el 90% de la recuperación de sus gastos en salud, un 9% bajo el sistema de seguridad social bancario un 11% en seguros de compañías, un 12% pertenecientes a dos importantes aseguradoras un 7%, otras compañías de seguros un 7%, y no tiene ningún seguro el 11% de la población.

21. El seguro social proporciona atención médica a las personas que tienen ingresos por debajo de los 600 florines y una cobertura médica parcial a aquellos cuyos ingresos mensuales están entre 600 y 1.500 florines. Hay además seguridad social que da la asistencia a los ancianos, a los que no tienen vivienda, a los minusválidos, a la gente joven desempleada y a las embarazadas precoces. En este último grupo se están realizando cursos especiales a través de los centros comunitarios. La organización de Curazao alrededor de estos centros, está muy desarrollada y les permite tomar decisiones comunitarias de nivel local que han resuelto problemas, a través de la organización comunitaria como por ejemplo el del barrio Cero Fortuna en Curazao, que tenía una alta incidencia en fármacodependencia.

22. En Curazao más del 90% de la población tiene acceso a agua potable y a electricidad, y la gran mayoría de las viviendas están conectadas a un sistema de alcantarillado, donde las aguas servidas pasan por plantas de tratamiento antes de ser descargadas.

23. Las islas de Barlovento (St. Marteen, Saba y San Eustatius) se encuentran en la ruta de huracanes del Caribe y han sufrido en diferentes oportunidades graves pérdidas materiales y humanas con estos fenómenos naturales. St. Marteen ha desarrollado planes de emergencia bastante adecuados.

24. En Aruba el 97,7% de las unidades de vivienda tienen instalaciones adecuadas de disposición de excretas, el 7,4% de ellas usan pozos o depósitos de agua de la lluvia como fuente de agua. Las demás disponen de instalaciones provenientes del sistema público. El 100% de las viviendas disponen de instalaciones eléctricas,

la disposición final de desechos sólidos representa un problema de difícil solución, debido al área muy limitada de la isla para soportar una densidad de población bastante alta.

25. En Antillas Neerlandesas entre el 89% (St. Eustatius) y el 97% (Curazao) disponen de agua potable intra-domiciliaria, pero solamente el 64% en St. Marteen. Las instalaciones de disposición de excretas son adecuadas entre el 97 al 98% de las viviendas en las demás islas, pero solamente el 79% en St. Marteen.

26. El estudio sobre fuentes de radiaciones ionizantes y su impacto en salud pública, así como el transporte de plutonio por el Caribe son inquietudes actuales de Antillas Neerlandesas y Aruba.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

27. Salud en el desarrollo humano: En 1994 la Fundación para la Promoción e Investigación y Cooperación Internacional en Cuidados de Salud (ISOG 2000), realizó un estudio sobre la situación de salud en Curazao en 3.000 personas. Los resultados preliminares de esta encuesta, demostraron que en Curazao existen diferencias en salud entre los diferentes grupos socio-económicos, ya que el prestigio ocupacional, el ingreso medio y el acceso a carro, correlacionaron con la incidencia de problemas de salud, proponiéndose conseguir la equidad en salud disminuyendo en 25% las diferencias en salud entre los diferentes grupos socio-económicos de la población, como meta de justicia social.

28. La industria turística, principal fuente de ingresos, es muy vulnerable y su prosperidad está correlacionada con el incremento de enfermedades transmisibles y sociales, lo que podría seriamente afectar la salud de los países. Esto ha traído como consecuencia un incremento en uso de drogas, una mayor incidencia de sida, el incremento de la violencia dentro de la sociedad y el incremento de una serie de enfermedades resistentes a diferentes medicamentos. El énfasis en la estrategia de salud y turismo es prioritario, por lo que conjuntamente con el ministerio del ambiente de Venezuela, se iniciará en 1995 un programa de cooperación técnica sobre monitoreo y control de la contaminación marino-costera.

29. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: Entre 1987 y 1992 los costos de salud se han incrementado en más de un 100%, el cuidado de la salud representa más de un 20% del gasto de gobierno anual, entre el 70 al 80% de estos gastos son atribuibles a la atención hospitalaria, por lo que se ha planeado establecer una inspección más estricta en los costos de las instituciones de salud y el establecimiento de medidas, como la fijación de precios de medicamentos.

30. La organización comunitaria y la participación social en la toma de decisiones en Curazao es muy relevante. Se iniciaron procesos para llevar esta experiencia a la isla de St. Marteen y en Bonaire también existen experiencias interesantes en este propósito.

31. Promoción y protección de la salud: Los resultados de la encuesta de salud de Curazao, demuestran una alta prevalencia de sobrepeso, resultados similares a los obtenidos en Aruba. La alta prevalencia de diabetes, enfermedades crónicas y accidentes, así como un incremento de la violencia, el incremento de la

transmisión del SIDA y del dengue, así como los altos costos de la salud, han hecho priorizar en las Antillas Neerlandesas la promoción y protección de la salud.

32. A este respecto en la GGD de Curazao se han adiestrado, en Jamaica funcionarios en promoción de la salud y se han hecho actividades muy importantes de comunicación social con periodistas, con fines de orientar la opinión pública hacia el privilegiar la promoción y prevención como actividades de salud pública. Los gobiernos se han propuesto alcanzar un sistema de salud, basado en la cobertura universal, la justicia social, la humanidad y la equidad. El sistema de salud de Antillas Neerlandesas se caracteriza además por un muy bien organizado sistemas de salud pública y por un amplio sector dedicado a la recuperación de la salud.

33. El cuidado del anciano, pacientes psiquiátricos y los pacientes todos y discapacitados constituyen también un componente importante de la política de salud de las Antillas Neerlandesas y de Aruba. La prevención de factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y obesidad,) es una preocupación prioritaria.

34. En relación a la prevención del SIDA, en Aruba se ha capacitado a los docentes como facilitadores en educación sexual y prevención del VIH y se esta estableciendo en el currícula de las escuelas como objetivos educacionales, la prevención de la transmisión del sida, conjuntamente con el ministerio de educación.

35. El programa de protección de alimentos en Aruba es desde 1994, responsabilidad del departamento de salud pública veterinaria, y tanto Aruba como Antillas Neerlandesas han adiestrado personal para establecer el sistema de información en protección de alimentos.

36. Desarrollo y protección del ambiente: En Aruba y Antillas Neerlandesas existe la preocupación de sus gobiernos en abastecimiento de agua y disposición de excretas, debido al área limitada de las islas la disposición final de los desechos sólidos, lo que representa un agudo problema.

37. El rápido crecimiento poblacional de las islas de St. Marteen y Aruba, ha condicionado la presencia de hábitats promiscuos e insalubres, por la no adecuación de los servicios públicos e infraestructura urbana. En St. Eustatius el abastecimiento de agua es un grave problema, ya que el sistema es muy viejo y existe contaminación cruzada con los tanques sépticos.

38. En Saba debido a la intensidad de las precipitaciones fluviales, los deslizamientos de tierra constituyen también un grave problema. La presencia de las refinerías y del terminal de petróleo en Aruba, Curazao y St. Marteen, respectivamente, determinan que este también sea un problema de contaminación ambiental.

39. Prevención y control de enfermedades: Se ha iniciado el proceso de certificación de la erradicación de poliomielitis. Se pretende incrementar las coberturas de vacunación al 95% de la población, en relación a la difteria, tos convulsiva, tétanos, polio, rubéola y sarampión. En St. Marteen existe la decisión de ejecutar estos programas conjuntamente con el lado francés, incluyendo la población de niños ilegales.

40. Epidemias de dengue se han presentado en Curazao y en Aruba, por lo que se han organizado eficientes programas de control de vectores con resultados muy exitosos en Bonaire y en Aruba.

41. En SIDA se llevan a cabo actividades de capacitación de recursos humanos, investigación serológica, diseminación de información y suministro de condones, con participación comunitaria.

42. Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud: Salud en el desarrollo humano: Los gobiernos de Antillas Neerlandesas y Aruba han decidido continuar utilizando como estrategia fundamental de su desarrollo la industria turística. Reconocen que ella pueda ser origen a incrementar la brecha entre los diferentes estratos socio-económicos, por lo que se propone continuar los estudios nacionales de salud realizados en Curazao y aplicarlos sucesivamente en las cuatro islas restantes de Antillas Neerlandesas.

43. Aruba se ha propuesto el desarrollo de un sistema adecuado de vigilancia epidemiológica, a través del proyecto de desarrollo y gerencia de la unidad de epidemiología de Aruba. La creación de la unidad de epidemiología de St. Marteen, permite hacer un análisis de la situación de salud y sus tendencias permitirán una mejor definición de política de salud de las islas.

44. Una importante preocupación es el monitoreo y control de la contaminación marino costera, con la finalidad de proporcionar playas saludables a los habitantes de las islas y a sus visitantes ocasionales, que permita la detección temprana de cualquier inicio de deterioro ambiental.

45. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: El fortalecimiento de los servicios de salud que responda a las necesidades y demandas generadas tanto por la población residente como por la población turística, el inicio del proceso de acreditación de servicios y el análisis del financiamiento sectorial y de gastos de salud, servirán para evaluar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios, unidos a la promoción del uso racional de los medicamentos en Antillas Neerlandesas y Aruba.

46. La planificación y gestión del desarrollo de recursos humanos fortaleciendo los grupos interprogramáticos en las GGD, para que formulen, desarrollen y monitoreen estratégicamente las políticas y planes de desarrollo de recursos humanos

47. Al Ministerio de Salud e Higiene Ambiental de las Antillas Neerlandesas le corresponde la inspección y supervisión del control de la calidad de la salud pública en las diferentes islas. Por lo que debe facilitar y coordinar las políticas entre el gobierno central y las islas, desarrollándose una política de cooperación y de asesorías entre ellas.

48. Promoción y protección de la salud: Los ministerios de salud e higiene ambiental de Antillas Neerlandesas y Aruba, han reconocido como sus prioridades las enfermedades crónicas, la drogadicción, las incapacidades y discapacidades, los problemas relacionados con el cuidado del ambiente, el alto costo de la salud y la utilización de información epidemiológica, todas ellas priorizan la estrategia de atención primaria, que permita mejorar la calidad de vida, focalizar acciones para disminuir el riesgo y prevenir las enfermedades, privilegiándose la promoción y la prevención, teniendo en cuenta el enfoque de género.

49. En el área materno infantil el desarrollo y establecimiento de las normas de control de crecimiento y desarrollo del niño, disminuir la mortalidad materna y mejorar la cobertura y atención a la embarazada y la promoción de la atención integral del adolescente.

50. En el área de protección de alimentos, el establecimiento del sistema de información en protección de alimentos y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos.

51. Protección y desarrollo del ambiente: Esta área de trabajo utilizará el plan de inversiones en ambiente y salud, desarrollada en Antillas Neerlandesas para estimular un plan maestro de inversiones, con énfasis en el saneamiento básico de las islas de St. Marteen, Saba y St. Eustatius, pretendiendo el control del riesgo a la salud a través del suministro eficiente en cantidad y calidad de agua potable, así como la disposición sanitaria de aguas servidas y desechos sólidos.

52. El control de riesgos químicos, al disponer de un plan nacional de salud ocupacional e higiene del ambiente laboral y la disponibilidad de programas operativos adecuados para desarrollar el control de vectores y roedores.

53. En Aruba se hará el plan de inversiones en ambiente y salud para estimular el plan maestro, enfatizar en agua potable, disposición de aguas servidas, desechos sólidos, contaminación ambiental, salud ocupacional y control de vectores y roedores.

54. Control y prevención de enfermedades: La disminución de la infección por el VIH en la población de las Antillas Neerlandesas y Aruba y la integración con plena participación comunitaria de todos los organismos gubernamentales y no gubernamentales, que trabajan en la lucha contra el SIDA y un mejor conocimiento de la tendencia de la infección.

55. El Programa Ampliado de Inmunizaciones, con las metas de la certificación de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal y el alcance de coberturas mínimas con las vacunas del programa ampliado de inmunizaciones, fortaleciendo el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológico para la evaluación de la tendencia de estas enfermedades inmunoprevenibles.

56. Prioridades nacionales para cooperación técnica: Basadas en las prioridades identificadas durante 1994 y el análisis de sus propios recursos, el gobierno ha solicitado asistencia externa en las áreas que se describen en la lista de prioridades.

57. El gobierno de Antillas Neerlandesas formuló una política de salud en 1991, en la cual se establece sus estrategias y prioridades generales. El plan nacional de salud está basado en los principios de eficiencia, efectividad y coherencia del sistema. Asimismo, el sistema tiene que ser accesible a toda la población, mientras que la alta calidad de los servicios deberá ser garantizada por los gobiernos.

58. También se considera necesaria la cooperación con otros sectores que tengan influencia en el área de salud.

59. La mayoría de las necesidades y recursos para atender a los problemas de salud provienen del gobierno de Holanda.

60. El gobierno de Aruba, conjuntamente con el programa de naciones unidas para el desarrollo (PNUD) y la Organización Panamericana de la Salud, actuando como agencia ejecutora está última, ha firmado un convenio para el desarrollo y gerencia de la sección de epidemiología de Aruba, que cuenta con 250.000 dólares para su ejecución por la organización con fondos provenientes del gobierno de Holanda. Este programa que iniciáramos en 1994, cubrirá el período del bienio 1996-1997.

61. El CAREC participará también activamente en el desarrollo de la unidad de epidemiología de Aruba, así como el CLAP en el programa de sistema de información de crecimiento y desarrollo, establecido en Curazao para su aplicación en el resto de las Antillas Neerlandesas, y el uso del sistema de información del crecimiento del niño en Aruba.

62. De la misma forma, existe un fuerte apoyo bilateral entre Venezuela, las Antillas Neerlandesas y Aruba, en áreas de mutua conveniencia y además de los recursos regulares que la OPS/OMS asigna para las Antillas Neerlandesas, la organización también dedica una gran cantidad de tiempo y recursos desde su programa en Venezuela.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

63. Durante 1994 se estableció una reunión periódica de los directores de GGD de las Antillas Neerlandesas con el director de salud pública de Antillas Neerlandesas y el ministro de salud, en donde la organización realiza una función de secretaría a través del representante de la OPS en Venezuela. En estas reuniones se discuten las necesidades de cooperación técnica, se identifica el apoyo de cooperación de la OPS para la ejecución de estas necesidades identificadas, así como se planifica el intercambio entre expertos y/o experiencias entre las islas, realizándose una serie de adiestramientos de acuerdo con el desarrollo de los programas y su prioridad en cada una de las cinco islas de Antillas Neerlandesas. En 1995 se incorporó Aruba.

64. El liderazgo que debe ser asumido por el ministerio de salud e higiene ambiental de Antillas Neerlandesas, en la inspección y supervisión de la calidad de la salud pública de las islas, guiara la cooperación técnica en respuesta a las prioridades nacionales a través del desarrollo de las políticas y planes, para optimizar los gastos en salud con calidad, mediante la acreditación de los servicios y el análisis del financiamiento sectorial y del gasto en salud.

65. En adiestramiento se dará énfasis a la investigación y desarrollo de los recursos humanos en apoyo al proceso de disminución de las diferencias en salud, enfermedad y muerte, consecuencia de las diferencias socio-económicas, privilegiándose la promoción y prevención de los problemas prioritarios de salud, a través de un fortalecimiento de las unidades de epidemiología, quienes continuaran desarrollando sus proyectos de investigación sobre análisis de la situación de salud y sus tendencias.

66. La movilización de recursos entre las islas y de estas con Venezuela, se hará en función a la experticia desarrollada por cada uno de los programas y/o servicios entre los países y se estimulara la participación de las Antillas Neerlandesas y de Aruba en las iniciativas sub-regionales andinas y del Caribe.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. De las cinco áreas prioritarias requeridas para cooperación técnica con fines de conseguir una mejor equidad en salud y en la prestación de servicios durante el bienio, la organización proporcionara cooperación técnica en las cinco prioridades nacionales identificadas.

2. Desarrollo de la unidad de epidemiología de Aruba y análisis de la situación de salud y sus tendencias en Antillas Neerlandesas.

3. Fortalecimiento de los servicios de salud, acreditación de servicios, análisis de financiamiento sectorial y gastos en salud, medicamentos esenciales y desarrollo de recursos humanos.

4. Fomento de políticas públicas saludables con enfoque de género y equidad, promoción, prevención de enfermedades y cuidado infantil.

5. Saneamiento Básico

6. Turismo y Salud

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**PROPOSITO**

Desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológico, mejorando los sistemas de información y la capacidad de análisis, permitiendo vigilar los factores relacionados con el proceso de salud-enfermedad, como aspecto necesario para establecer prioridades, programar e intervenir de acuerdo a estrategias de prevención, control y eliminación o erradicación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disponer de sistemas de información confiables, ágiles y oportunos.
2. Contar con adecuados sistemas de vigilancia epidemiológica.
3. Mejorada la capacidad de diagnóstico de laboratorio en apoyo a la vigilancia epidemiológica.
4. Desarrollo de la investigación, con énfasis en la situación de salud según condiciones de vida, como parte del fortalecimiento integral de la epidemiología.
5. Fortalecida la competencia nacional en materia de epidemiología.
6. Efectuados los estudios nacionales de salud en St. Marteen, Bonaire, St. Eustatios y Saba.

1. Puesta en práctica y con uso eficaz el sistema de vigilancia que permita mantener actualizada la situación de salud y sus tendencias.

2. Disminución de la morbimortalidad por enfermedades.

1. Adiestrado para finales de 1996 el 80% del personal técnico relacionado con el funcionamiento del sistema de información.

2. Reestructurados y en funcionamiento los sistemas de información para la vigilancia epidemiológica, en el primer cuatrimestre de 1997.

1. Al finalizar 1996 tener adquiridos los recursos materiales necesarios para la automatización del sistema de vigilancia.

2. Capacitados el 80% de los recursos humanos que ejecutan la vigilancia en materia de computación, estadística y epidemiología, al finalizar 1996.

1. Capacitado el 70% del personal de laboratorio en técnicas diagnósticas al finalizar 1996.

2. Adquiridos los recursos materiales necesarios para el perfeccionamiento de la red de laboratorios, en el primer semestre de 1997.

1. Al finalizar 1997 tener diseñado y ejecutados proyectos de investigación que respondan a las necesidades del país.

2. Reforzada la producción científico-técnica en epidemiología al finalizar 1997.

1. Al finalizar 1996, tener capacitado en epidemiología y materias afines el personal técnico responsabilizado de la unidad de epidemiología.

2. Al finalizar 1997, contar con un centro de documentación con información actualizada de epidemiología y materias afines.

3. Actualizado y consolidado el servicio epidemiológico al finalizar 1997.

1. Al finalizar 1996 tener adiestrados los recursos humanos necesarios para desarrollar los estudios nacionales de salud.

2. Al finalizar 1997 tener los resultados de los estudios nacionales de salud.

Objetivos

PROYECTO 2: DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Mejorar la calidad de los sistemas y servicios de salud para aumentar su capacidad resolutoria, brindar respuestas organizadas a las necesidades de salud de la población, promover el uso racional de medicamentos esenciales, y desarrollar los recursos humanos direccionados por los principios de equidad y calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistemas de salud de Aruba y de las Antillas Neerlandesas incorporados en las políticas públicas relacionadas con el desarrollo del turismo saludable.
Indicadores

2. Servicios públicos y privados de salud de Aruba y de las Antillas Neerlandesas debidamente acreditadas con normas de garantía de calidad adecuadas a sus realidades nacionales.

3. Análisis del sistema de financiamiento sectorial y gastos en salud en las Antillas Neerlandesas y propuestas alternativas de acción.

4. Un programa nacional sobre comercialización y uso racional de medicamentos esenciales en Aruba y en las Antillas Neerlandesas, operando con mecanismos de regulación y de control de calidad.

5. Políticas y planes de desarrollo de recursos humanos en salud, formulados, desarrollados y monitoreados estratégicamente por los grupos interprogramáticos de conducción de Aruba y de las Antillas Neerlandesas.

Indicadores

1. Al término del bienio 1996-1997, los sistemas de salud de Aruba y de las Antillas Neerlandesas habrán incorporado los procesos de garantía de calidad en sus servicios de atención de salud.

2. Al término del bienio 1996-1997, habrá un programa de uso racional de medicamentos esenciales seguros y de calidad, establecido.

3. Al término del bienio 1996-1997, los grupos de conducción de las GGDS de Aruba y de las cinco islas de las Antillas Neerlandesas habrán incorporado el enfoque estratégico para el desarrollo de sus recursos humanos en salud.

1. Información actualizada sobre "salud y turismo", recopilada y analizada por las autoridades superiores de salud.

2. Capacidad para análisis, planificación y formulación de políticas públicas en salud, desarrollada en los niveles directivos de gobierno.

1. Un directorio nacional actualizado de servicios de salud de Aruba y de las Antillas Neerlandesas, elaborado y difundido.

2. Estándares obligatorios y no obligatorios de calidad, establecidos por las comisiones nacionales de acreditación de servicios, tanto en Aruba como en las Antillas Neerlandesas.

3. Por lo menos, el 80% de los servicios públicos y privados de salud acreditados adecuadamente con normas nacionales.

1. Información actualizada sobre diferentes fuentes de financiamiento, gastos en salud y sistemas de costos, elaborada y analizada.

2. Un documento de trabajo sobre mecanismos de financiamiento del sector salud en las Antillas Neerlandesas, elaborado y difundido.

1. Listas de medicamentos esenciales elaboradas de acuerdo a los perfiles epidemiológicos de Aruba y de las diferentes islas de las Antillas Neerlandesas.

2. Un centro regional de información sobre medicamentos con personal capacitado, en operación permanente.

3. Elaborado el formulario terapéutico en base a la lista de medicamentos esenciales de la región.

1. Información actualizada sobre cantidad y calidad de los recursos humanos en salud, elaborada y analizada con enfoque estratégico.

2. Propuestas de políticas de desarrollo de recursos humanos para Aruba e islas de las Antillas Neerlandesas, elaboradas y difundidas.

3. Proceso en operación de programas de educación permanente y de capacitación en gestión, monitoreo estratégico y evaluación del desempeño.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 3: PROMOCION Y PROTECCION DE SALUD****PROPOSITO**

Crear y poner en marcha iniciativas coordinadas sobre promoción y protección en salud, con enfoque de género con miras al logro de la equidad, a promover la sexualidad responsable en la población y a mejorar la cobertura y calidad a la atención en salud reproductiva.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseño y aplicación de intervenciones en promoción y protección de la salud, con enfoque de género, a nivel de la comunidad, del sector salud y de otros sectores, de tal forma que se promueva una cultura de salud positiva en Aruba y Antillas Neerlandesas.

2. Desarrollo de un plan de promoción y protección de la salud de la mujer con enfoque de género con miras a disminuir diferencias en salud entre los grupos socio económicos, disminuir la mortalidad materna, mejorar la cobertura y calidad a la atención a la embarazada.

1. Contar con iniciativas locales intersectoriales sobre promoción y protección de la salud con enfoque de género, y establecida una red de comunidades hacia la salud con el propósito de disminuir la brecha en salud en un 25% entre los estratos sociales.

2. Salud reproductiva atendida adecuadamente en las unidades operativas con programa de atención integral del adolescente y a la mujer en edad fértil.

3. Se ha capacitado al 50% de la población sexualmente activa en la prevención del VIH y de otras ETS'.

4. Se ha establecido y puesto en funcionamiento un sistema de coordinación entre las instituciones que trabajan en la lucha contra el SIDA y otras ETS.

1. Seis talleres de sensibilización y capacitación en promoción y protección de la salud y enfoque de género dirigidos a la comunidad, sector salud y otros sectores en Aruba y Antillas Neerlandesas.

2. Implementación de los planes ya elaborados sobre salud mental y prevención de la farmacodependencia y alcoholismo.

3. Plan de salud materno infantil diseñado y en fase de ejecución.

4. Plan de promoción de la salud para proponer cambios de hábitos y estilos de vida tendientes a la disminución de un 20% de obesidad y diabetes con énfasis en las mujeres.

5. Red de centros de barrios establecida.

1. El plan de promoción de la salud de la mujer con enfoque de género diseñado y en fase de ejecución en Antillas Neerlandesas

2. Proyecto sobre salud y autocuidado de la mujer con participación de organizaciones populares en su diseño y ejecución en Curazao.

3. Diagnóstico situacional de la salud de la mujer trabajadora en Antillas Neerlandesas.

4. Contar con iniciativas locales sobre promoción y protección de la salud con enfoque de género, y establecido una red de comunidades hacia la salud con el propósito de disminuir la brecha en salud en un 25% entre los estratos sociales.

5. Embarazos y partos atendidos adecuadamente en las unidades donde se implante el programa de niños con control adecuado de crecimiento y desarrollo, unidades operativas con programa de atención integral del adolescente.

Objetivos

3. Promover la capacitación en sexualidad responsable a través de un plan de comunicación social dirigido al 50% de la población sexualmente activa.

Indicadores

4. Coordinación de las instituciones públicas y privadas mediante un plan de actividades conjuntas.

5. Capacitación del personal de salud, de las ONG's que trabajan en el VIH/SIDA.

PROYECTO 4: TURISMO SALUDABLE Y AMBIENTALMENTE SEGURO

PROPOSITO

Promover un turismo saludable y ambientalmente seguro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Personal de organizaciones gubernamentales y sociedad civil organizada, así como de la industria turística capacitados para intervenir adecuadamente sobre los factores de riesgos de las ETS en las islas.

2. 50% del personal de las organizaciones gubernamentales y sociedad civil e industria de las principales áreas turísticas capacitados.

2. Sistema de información y vigilancia epidemiológica en protección de alimentos y ETA (SIPAL, SVETA) en funcionamiento.

4. Disponer del plan nacional de salud ocupacional e higiene del ambiente laboral.

5. Reducir déficits en servicios básicos (agua potable y saneamiento) y desarrollo de proyectos en el marco del plan de inversiones en ambiente y salud.

Indicadores

1. Plan de capacitación en sexualidad responsable en ejecución.

1. Plan de coordinación establecidas y en funcionamiento.

1. Al menos el 70% del personal de salud y de las ONG's que trabajan con el VIH/SIDA habrá sido capacitado para la atención adecuada de los serotipos y casos.

1. Investigación de brotes de ETA. Ocurridos durante los años 1996-1997.

2. Sistemas de programas de evaluación y control de la contaminación, en funcionamiento en los servicios ambientales.

3. Control de calidad de alimentos en los principales lugares de expendio público.

1. Sistema instalado en las principales áreas turísticas.

3. Existencia de planes operativos de evaluación y control de riesgos químicos.

1. Existencia de un mapa de riesgos químicos en las islas.

2. Existencia de la base de datos de sustancias químicas en el servicio ambiental.

1. Establecimiento y desarrollo del plan nacional de salud ocupacional e higiene del ambiente laboral en Aruba y Antillas Neerlandesas.

1. Las islas o áreas con déficits en los servicios básicos dispondrán de suministros adecuados en un 90%.

2. En Aruba y Antillas Neerlandesas se realizaron obras en saneamiento básico en el marco del plan de inversiones en ambiente y salud.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. <u>DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</u>	156,900	74.5	175,000	74.3	195,800	74.1	
<u>ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD</u>	156,900	74.5	175,000	74.3	195,800	74.1	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	156,900	74.5	175,000	74.3	195,800	74.1
IV. <u>PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</u>	23,500	11.2	26,700	11.3	30,500	11.5	
<u>NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO</u>	23,500	11.2	26,700	11.3	30,500	11.5	
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	23,500	11.2	26,700	11.3	30,500	11.5
V. <u>PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</u>	30,000	14.3	33,800	14.4	38,000	14.4	
<u>HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE</u>	30,000	14.3	33,800	14.4	38,000	14.4	
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	30,000	14.3	33,800	14.4	38,000	14.4
GRAN TOTAL	210,400	100.0	235,500	100.0	264,300	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	185,500	70.4	64,500	100.0	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	185,500	70.4	64,500	100.0	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 185,500	70.4	64,500	100.0	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	78,000	29.6	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	78,000	29.6	0	-	0	-
SIDA	GPA 78,000	29.6	0	-	0	-
GRAN TOTAL	263,500	100.0	64,500	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS											
ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	53,500	0	0	0	8,900	3,000	0	19,900	5,700	0	16,000
OMS - WR	156,900	0	0	0	25,000	4,600	16,000	90,800	11,400	0	9,100
TOTAL	210,400	0	0	0	33,900	7,600	16,000	110,700	17,100	0	25,100
% DEL TOTAL	100.0			.0	16.1	3.6	7.6	52.7	8.1	.0	11.9
1996-1997											
OPS - PR	60,500	0	0	0	8,900	3,500	0	23,000	6,600	0	18,500
OMS - WR	175,000	0	0	0	25,000	5,300	16,000	105,000	13,200	0	10,500
TOTAL	235,500	0	0	0	33,900	8,800	16,000	128,000	19,800	0	29,000
% DEL TOTAL	100.0			.0	14.4	3.7	6.8	54.4	8.4	.0	12.3
1998-1999											
OPS - PR	68,500	0	0	0	8,900	4,000	0	26,600	7,600	0	21,400
OMS - WR	195,800	0	0	0	25,000	6,100	16,000	121,300	15,200	0	12,200
TOTAL	264,300	0	0	0	33,900	10,100	16,000	147,900	22,800	0	33,600
% DEL TOTAL	100.0			.0	12.8	3.8	6.1	56.0	8.6	.0	12.7

NICARAGUA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población de Nicaragua en junio de 1993 (última cifra disponible) se calculó en 4 252 382 habitantes y se estima que para fines del siglo podría alcanzar los 5.4 millones. La población urbana es el 61.6% del total nacional y la tasa de crecimiento es de 3.5% anual. En la franja del pacífico se concentra el 61.4% de la población aún cuando constituye el 15% del territorio nacional y su estructura por grupos de edad refleja una mayoritaria composición joven, con 45% aproximadamente de menores de 15 años.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida al nacer muestra tendencia al incremento, pasando de 48,5 años en el quinquenio 1960/1965 a 66,2 años en el quinquenio 1990/1995. Se ha calculado que las zonas rurales la esperanza de vida al nacer es unos 10 años menor que en las zonas urbanas. Poco más del 20% del total de las defunciones registradas en 1993 fueron debidas a enfermedades transmisibles y el análisis entre 1990 y 1993 muestra una ligera, pero sostenida, tendencia a la disminución, mientras que las enfermedades crónicas degenerativas, especialmente las relacionadas con el aparato circulatorio y los tumores, tienen un incremento en su frecuencia relativa en igual período. La mortalidad infantil ha descendido en los últimos 5 años, calculándose en 58,5 por cada mil nacidos vivos en el quinquenio 1990/1995, aún muy alta al compararla con otros países. Sus principales causas son las afecciones perinatales, las enfermedades diarreicas agudas y las enfermedades respiratorias agudas que en conjunto son responsables del 80% del total de las muertes en menores de 1 año. En los niños de 1-4 años de edad persisten como principales causas de muerte las enfermedades diarreicas agudas, la infección respiratoria aguda y la desnutrición. La mortalidad materna tiene también un nivel muy alto, estimándose en 1990 (última disponible) en 159 por cada 100 000 nacidos vivos. Sus principales causas son hemorragias, sepsis y la enfermedad hipertensiva en el embarazo. Las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas han tenido un rápido descenso en los últimos años debido al incremento de la vacunación. El país certificó la erradicación de la poliomielitis en 1994.

3. Las enfermedades de notificación obligatorias más frecuentes son la ERA, IRA, infección gonocócica, tuberculosis pulmonar, hepatitis viral y sífilis, al tiempo que se observa tendencia al incremento en malaria y leishmaniasis. En 1993 hizo aparición el dengue hemorrágico en el país y en 1994 se comprobó la circulación del serotipo 3 de dengue, determinando un crecimiento muy importante de esta enfermedad en las causas de morbilidad y mortalidad. Los enfermos de SIDA y personas portadoras del virus HIV se están incrementando y el pronóstico es que lo haga aún más rápidamente.

Factores que afectan el estado de salud

4. Diferentes estudios realizados en los últimos años revelaron niveles importantes de malnutrición, que algunos sitúan por encima del 50% de la población. La ingesta de alimentos por persona y su aporte de calorías y

proteínas diarias ha disminuido en los últimos años, siendo en promedio del 83% de lo recomendado y la población en condiciones de extrema pobreza consume apenas el 45% de lo que necesita.

5. La cobertura por sistemas de abastecimientos de agua potable es insuficiente y en 1993 se calculó del 53% de la población nacional, siendo más dramática la situación en el área rural donde se estima del 21%. Se cuenta con 20 sistemas de alcantarillado sanitario que cubren el 31% de la población urbana, descargando en su mayoría los desechos directamente en lagos y ríos sin ningún tipo de tratamiento y apenas el 16% de la población rural posee medios adecuados para la disposición sanitaria de excretas. La mayor parte de las aguas residuales industriales no reciben tratamiento previo a la disposición final y conjuntamente con el uso no controlado de plaguicidas, están ocasionando serios daños en los ecosistemas. Solo 56 de los 143 municipios cuentan con sistemas regulares de recolección de basuras, atendiendo el 45% de la basura generada. Su disposición final es a cielo abierto y no se aplican métodos de tratamiento, recuperación o reciclaje de basuras. El déficit habitacional estimado en 1993 fue de 509 000 viviendas y aunque existen planes de viviendas populares, se opina que esta situación perdurará bastante tiempo.

6. El analfabetismo es del 30% y se ha calculado que 70% de los niños y niñas repiten algún grado o abandonaron la escuela entre el primero y cuarto grado de la enseñanza primaria y que solo 23 de cada 100 que ingresan la terminan. Un estudio llevado a cabo en 1994 arrojó que 74,8% de los hogares presentan alguna condición de pobreza y que 43,6% se ubican en condición de indigencia (que carecen de 2 a 4 necesidades básicas). En el área urbana había condición de pobreza en el 65% de los hogares y en el área rural en el 87%. El comportamiento del producto interno bruto (PIB) muestra un escenario de estabilización con estancamiento de la economía. Hay un importante déficit fiscal que es cubierto con las donaciones y aportes de la cooperación internacional y las importaciones superan en cuatro veces a las exportaciones.

7. Hay una extensa red de servicios públicos para la atención de salud cuya cobertura es aceptable, aunque existen zonas rurales sin asistencia directa y urbano marginales con elevada sobrecarga en la demanda de servicios. Hay déficit crónico de insumos básicos y niveles importantes de desabastecimientos de medicamentos en los establecimientos, originando inconformidades frecuentes en pacientes y trabajadores de la salud. Numerosos hospitales públicos tienen listas de espera para cirugías y tratamientos especializados y el país no posee establecimientos de tercer nivel de atención. Las restricciones del presupuesto de salud limitan la contratación de nuevos técnicos y profesionales de la salud a lo que se añade que los salarios son muy bajos, generando malestar y reclamos de los trabajadores que frecuentemente paran los servicios. Hay agudo déficit de personal de enfermería en todos los niveles del Sistema de Salud.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

8. Salud en el desarrollo humano: El país participa activamente en los órganos de integración centroamericana y su presidenta suscribió los acuerdos para el desarrollo sostenible y la conservación del medio ambiente. El MINSA ha firmado acuerdos interfronterizos con Costa Rica y con Honduras en el área de control de enfermedades transmisibles. El gobierno ha planteado una estrategia de desarrollo social que privilegia la inversión y desarrollo en los sectores salud y educación

a partir de la cual el MINSA formuló y está aplicando nueve políticas de salud, con respaldo de los principales actores del sector, orientadas a fortalecer y desarrollar la descentralización, la mejoría de calidad en la atención, la atención primaria, la atención hospitalaria, el marco jurídico, nuevas modalidades de atención y la participación social. Los sistemas de información tiene gran atraso técnico y los indicadores demográficos y de salud que se manejan en el país son incompletos y en muchos casos, de dudosa fiabilidad. La conexión con las redes de comunicación electrónica mundial recién se comienzan a desarrollar en el país y el acceso a información sanitaria y a bases de datos sobre salud está concentrado en la Biblioteca Médica Nacional, con limitaciones operativas para su ampliación y atender las demandas de los usuarios. El estudio de la condición de la mujer en la sociedad nicaragüense y su participación en los procesos nacionales de desarrollo está siendo promovido principalmente desde organizaciones no gubernamentales, siendo la salud uno de los temas que se aborda en mayor relevancia.

9. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Las direcciones locales de salud son las responsables de la conducción, programación y gerencia de la salud y cuentan con autonomía para tomar decisiones y coordinar la acción intersectorial, así como negociar e implementar proyectos de cooperación. El 25% del presupuesto de salud está descentralizado y se planea incrementarlo en 1995. El MINSA conserva la responsabilidad de atender gratuitamente a todas las personas que demanden servicios de salud, así como la promoción, fomento y prevención general de la salud, la protección y mejoría del ambiente, la regulación del sector y promueve su liderazgo sectorial para el desarrollo de la salud. La reparación, mantenimiento y construcción de los establecimientos de salud del gobierno descansa fundamentalmente en los fondos que se obtienen de la cooperación internacional y de los bancos mundial e interamericano, principalmente.

10. Se está formulando la política nacional de medicamentos que privilegia la comercialización y uso de genéricos, el uso racional y el control de calidad de los fármacos y su implementación será tarea prioritaria en los próximos años.

11. Promoción y protección de la salud: La construcción de una cultura de salud mediante la adopción de estilos de vida más saludables se acepta como estrategia de desarrollo sectorial. Se trabaja en la celebración periódica de los "días de la salud" para incrementar la movilización social y la diseminación de información a los segmentos de la población más postergados, privilegiando los temas relacionados con niñez y la mujer y mejorando la calidad de la información que llega a la población.

12. El tema del aborto y la planificación familiar mantiene una fuerte controversia nacional y con frecuencia afloran contradicciones entre ONGs y grupos de la sociedad, la Iglesia y las autoridades de salud. Nicaragua fue de los países que en la cumbre mundial de población celebrada en El Cairo en 1994 tuvo una posición más conservadora y de reserva frente a los acuerdos que se adoptaron.

13. El trabajo conjunto entre establecimientos de atención y las organizaciones comunitarias a través de sus Casas Bases, promotores de salud y parteras tiene tradición y hay renovado interés por las autoridades de salud de trabajar en esta dirección.

14. El gobierno está invirtiendo en el suministro de micronutrientes específicos para controlar algunas enfermedades carenciales presentes en el país, creando para ello condiciones de tipo legal, empresarial y sanitarias. Están en marcha gran

cantidad de proyectos de nutrición y alimentación complementaria que ejecuta la sociedad civil, ONGs y la cooperación internacional.

15. La práctica de la lactancia materna no alcanza aún los niveles deseados y su promoción es prioridad.

16. Desarrollo y protección del ambiente: Se espera mejorar la calidad del agua de acueductos e incrementar su cobertura en Managua a través de proyectos financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo y la cooperación japonesa, estimándose llegar al 60-70% de la población. En el área rural también mejorará la calidad del agua de consumo mediante la instalación de filtros comunales y caseros. Se está intensificando la instalación de letrinas mediante proyectos de desarrollo comunitario vinculados con capacitación en salud básica a la población, que se esperan mejoren las condiciones de vida en áreas rurales.

17. Hay firmado un convenio de preinversión entre la OPS/OMS y el gobierno para fortalecer la capacidad institucional del MINSA en sistemas de inversiones, que incluye el manejo de información y la gestión e identificación de prioridades y estrategias. El MINSA está trabajando, con la colaboración de la OPS/OMS, el tema de intoxicaciones y contaminación del ambiente por el uso de sustancias químicas a través de un proyecto que en 2 años busca aportar soluciones integrales a los problemas derivados del uso de plaguicidas y otras contaminantes ambientales.

18. Prevención y control de enfermedades: La vacunación tiene alta prioridad dentro de los programas de salud y la cooperación internacional aporta importantes recursos para ello a través de la OPS. Se trabaja para erradicar el sarampión en 1998 y el pronóstico es que las principales enfermedades inmunoprevenibles tendrán cada vez menos casos.

19. El procesamiento y manipulación de alimentos es reconocido como un severo problema para la salud en el país y se está abordando a través de educación popular e incremento de la comunicación social sobre los riesgos a la salud y la adopción de medidas sencillas en el hogar y expendios para mantener el agua y los alimentos libres de agentes infecciosos. El trabajo de las casas base se acepta como fundamental en esta labor y el MINSA está invirtiendo en mejorar las condiciones y los recursos con que cuentan.

20. El MINSA concentra recursos en la lucha contra las enfermedades epidémicas con énfasis en diarrea, malaria, dengue y cólera llevando a cabo medidas de prevención y control aplicadas en un marco de articulación interinstitucional e intersectorial, el fomento y desarrollo de las Casas Base, la educación comunitaria y la diseminación de información oportuna. Todos los SILAIS tienen definidas metas de disminución de la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades. Como estrategia de desarrollo, el MINSA está creando Centros Nacionales para la atención especializada de pacientes y la capacitación de los RRHH, iniciando proyectos y obras para el Centro Antirrábico, el Centro de Desarrollo Perinatológico y el Centro de Oftalmología. El problema del SIDA se está abordando institucionalmente desde la óptica de la diseminación de información sobre la enfermedad a la juventud y niñez, insistiendo en las relaciones sexuales dentro del matrimonio. Adicionalmente, numerosas ONGs están ejecutando proyectos que trabajan con grupos de riesgo y la prevención en las relaciones sexuales. En el país se realiza pesquizado del VIH al 100% de los hemoderivados y sangre que se procesan.

21. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud: En 1994 se inició un proceso de modernización institucional que conllevó a la elaboración y puesta

en marcha de Reformas del Sector Salud, donde se reafirmó la decisión de profundizar la descentralización hacia los SILAIS iniciada en 1992 y se plantearon tres estrategias de trabajo a desarrollar en los próximos 3 años:

22. La democratización de la gestión mediante el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y la creación de Juntas Directivas en todos los SILAIS y hospitales.

23. Las acciones integrales en salud aplicadas intensivamente en jornadas nacionales, el desarrollo de un modelo de atención integral a la mujer y la niñez y el incremento del trabajo de saneamiento básico y la educación sanitaria de la población para la lucha contra las epidemias.

24. El desarrollo de una atención diferenciada cobrando por ella a través de servicios provisionales para las personas afiliadas a la seguridad social y los servicios de pensionados en hospitales.

25. Para 1995 y 1996 la dirección superior del MINSa reiteró que continuará estas tres estrategias, concentrando esfuerzos en la lucha antiepidémica, el desarrollo del modelo de atención integral a la mujer y la niñez y la extensión de los servicios provisionales. La implementación del modelo de atención integral a la mujer y la niñez obliga a los establecimientos de salud a cambiar la organización de la atención médica, la remodelación de infraestructura, modificar el perfil ocupacional de médicos y enfermeras y consecuentemente, se les capacitará para ello. En 1995 se piensa concluir la constitución de Juntas Directivas en SILAIS y hospitales del país, incrementando así el control social sobre la gestión institucional y el manejo de los recursos.

26. Por otra parte, el nivel central del MINSa reforzará su capacidad reguladora y de supervisión a la red de servicios. La capacitación y desarrollo del personal del nivel local en administración estratégica de la salud es un área que se privilegiará en los próximos años. La aplicación de la metodología de análisis del desempeño cuenta con aceptación y a partir de varias experiencias exitosas, se extenderá su aplicación al mayor número de establecimientos del primer nivel que sea posible.

27. El desarrollo de procedimientos para la garantía de la calidad de la atención, tanto en servicios públicos como privados, es una prioridad para el MINSa. Se está creando una estructura en su nivel central que funcionará conjuntamente con personas delegadas por gremios y asociaciones del sector, para impulsar los aspectos técnicos, normativos y jurídicos que permitan realizar la habilitación de establecimientos de salud, la acreditación de hospitales y otros procedimientos como son las auditorías, comités de autoevaluación, etc. En el último año comenzaron a desarrollarse servicios de salud de tipo provisionales para trabajadores afiliados a la seguridad social, existiendo actualmente 17 establecimientos que brindan atención de este tipo, 2 de ellos del MINSa y los pronósticos son su extensión hacia los departamentos del interior del país.

28. Se impulsa la estrategia de municipios saludables para incrementar la inversión en salud y orientar procesos de desarrollo intersectorial, con buena aceptación por las instituciones y grupos sociales. Se ha iniciado en 2 municipios y la intención es extenderlo tan rápidamente como sea posible.

29. Especial atención en la comunicación social se dará al grupo poblacional de los adolescentes incrementándoles el acceso a información clara y oportuna sobre drogadicción, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y la planificación

familiar. La cobertura total en vacunación seguirá siendo prioridad en los próximos años y se darán pasos para pasar a una vacunación sistemática y sustituir paulatinamente la estrategia de campañas en el marco de jornadas de salud.

30. Hay aceptación preliminar de realizar en el marco del PIAS un estudio sectorial nacional de la situación en agua y saneamiento, que luego facilite la negociación de proyectos de colaboración en este campo.

31. La dirección superior del MINSa desea articular mejor a las agencias de cooperación que ejecutan proyectos de salud en el país, entre sí y con las direcciones técnicas de su nivel central, y aprovechar estos espacios para una mejor coordinación intersectorial. La creación de comités interagenciales es una estrategia que demostró validez en el área materno infantil y la Dirección Superior del MINSa se propone extenderla a otras áreas.

32. De las áreas críticas y los lineamientos generales contenidos en la Política Nacional de Salud y las estrategias de trabajo del MINSa para 1995 y 1996, se identifican 8 áreas prioritarias para la cooperación técnica.

33. Actualmente se están ejecutando importantes proyectos de cooperación que apoyan la descentralización del MINSa y el desarrollo de los SILAIS. Del BM con 6 millones USD para mejorar la atención primaria en 6 SILAIS y fortalecer los sistemas de información y de medicamentos esenciales y apoyar la reconstrucción de hospitales; del BID 3.5 millones USD para mejorar la gerencia hospitalaria, la gestión de la cooperación externa y realizar estudios sectoriales; de la AID con 3 millones USD para el fortalecimiento de la asistencia a la mujer y la niñez en 5 SILAIS y el desarrollo institucional del MINSa; de ASDI con 3 millones USD por ejecutar a cargo de la OPS/OMS y UNICEF para el desarrollo de la atención primaria en 6 SILAIS; de la GTZ para el desarrollo integral de un SILAIS; de AID con 2 millones a través del proyecto PL-480 para el desarrollo del modelo de atención integral a la mujer y la niñez en 5 SILAIS, siendo la OPS/OMS la agencia ejecutora. Además, los países nórdicos, Japón, Alemania, Francia, Italia, Holanda, la CEE y España están financiando proyectos en diferentes áreas de la salud como plaguicidas, calidad del agua, salud materno infantil, cólera, malaria, mantenimiento y reparación de equipos y construcción de hospitales.

34. La OPS/OMS proveerá cooperación técnica en 7 de la 8 prioridades nacionales establecidas por el MINSa en sus documentos de políticas. Las mismas están estrechamente vinculadas con las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS/OMS para 1995-1998.

35. En las prioridades 2, 3, 6 y 7 coincidirán proyectos que utilizan fondos regulares de la organización y fondos extrapresupuestarios provenientes de otras agencias de cooperación, donde OPS/OMS es ejecutor. La colaboración en la prioridad 6 tendrá un importante componente a través del proyecto MASICA.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

36. Se continuará implementando la estrategia de la cooperación técnica territorializada (CTT) con Acuerdos de Cooperación entre la Representación de OPS y las Juntas Directivas de los SILAIS, donde se precisarán las áreas técnicas y actividades de cooperación que se abordarán conjuntamente para el desarrollo sectorial de la salud. Se mantendrá un consultor OPS asignado a cada SILAIS para darle seguimiento al convenio y en la práctica trabajar como consultor de proceso, además de su condición de experto en el programa concreto a su cargo en la Representación. Se fomentará la coordinación interprogramática en el marco de los

procesos nacionales de desarrollo que tienen lugar en el país y en ese sentido, se prestará apoyo técnico al trabajo de las Juntas Directivas de SILAIS, el Consejo Nacional y a las alcaldías municipales.

37. La coordinación interagencial será otra estrategia de relevancia dado la gran cantidad de proyectos importantes que están operando en el país. Con el nivel central del MINSA se colaborará de modo especial en las tres prioridades para el desarrollo institucional definidas para los próximos 2 años: la implementación del modelo de atención integral a la mujer y la niñez; la lucha antiepidémica dirigida a reducir la morbilidad por enfermedades transmisibles; la extensión de los servicios provisionales de salud.

38. La formulación de normas, planes y políticas y la capacitación de los RRHH serán los enfoques funcionales que se privilegiarán en la estrategia de cooperación con este nivel de dirección. Otro enfoque funcional que se trabajará será la diseminación de información dirigida a la promoción, la preservación y el fomento general de la salud, abordándolo en todos los programas de cooperación.

39. La situación económica del país obliga a considerar la continuación de esfuerzos para movilizar recursos internos y externos adicionales al presupuesto de salud. Se fortalecerán las capacidades del MINSA a nivel central y local para la formulación, seguimiento y evaluación de proyectos y el análisis de las prioridades de inversión. Se continuará trabajando con la Asamblea Nacional y el MINSA conjuntamente, para fortalecer el marco jurídico del sector salud en el país y facilitar el acceso a información sobre legislación sanitaria de otros países.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

Las prioridades nacionales para las cuales se solicita cooperación técnica de la OPS son las siguientes:

1. El análisis sectorial para el desarrollo de la política nacional de salud y la movilización de recursos nacionales e internacionales para el desarrollo institucional del Sistema de Salud.
2. El fortalecimiento de la capacidad del MINSA de normas, regular y asistir técnicamente a los servicios públicos y privados y mejorar la cobertura y calidad de la atención con énfasis en los servicios de atención a la mujer y la niñez.
3. Apoyo a los SILAIS para la administración estratégica de la salud, especialmente en análisis de los problemas de salud y manejo de información, desarrollo de la red de servicios de los RRHH y el análisis del desempeño.
4. La formulación y desarrollo de la política nacional de medicamentos para su uso más racional, mayor eficiencia de los sistemas de suministros y el desarrollo cualitativo de los servicios farmacéuticos.
5. Desarrollo de la promoción y protección de la salud basada en la participación social, la información, la educación y el fomento de prácticas saludables.
6. El fomento de un ambiente más propicio para la salud mejorando las capacidades institucionales para la protección de los ecosistemas y la prestación de los servicios de saneamiento básico.
7. Mejoría de las capacidades de análisis e implementación de acciones integrales para el control de las epidemias, especialmente de las enfermedades transmitidas por vectores, diarreas, cólera y SIDA.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: POLITICAS PUBLICAS Y SALUD

PROPOSITO

Fortalecer las capacidades de formulación y evaluación de políticas de salud en el MINSA.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Políticas nacionales de salud debatidas con la sociedad civil e incorporadas en los planes de salud de los SILAIS.

2. Marco jurídico de las políticas de salud estará desarrollado en sus principales aspectos.

PROYECTO 2: DESARROLLO Y GESTION DE POLITICAS Y PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

PROPOSITO:

Contribuir al desarrollo de programas y proyectos de mejoramiento de la salud y el ambiente, en el marco de las políticas nacionales y las OEP.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Plan de acción nacional para la fase III de la ISCA en ejecución.

2. Estudios sectoriales implementados en el marco del Plan de Inversiones en Ambiente y Salud del país.

1. Estará aplicándose en 1996 una metodología de seguimiento y evaluación del cumplimiento de las políticas de salud por el MINSA.

1. Realización de reuniones nacionales anuales de análisis de la ejecución de la políticas, problemas y alternativas de solución.

2. Metodología de planificación y programación local reformulada en 1996.

3. Realización de reuniones anuales de análisis de las políticas y problemáticas de la Salud de la Mujer.

1. Ley general de salud y reglamentos interno estarán preparados en 1997.

2. Estará funcionando un sistema de diseminación de información técnica sobre legislación en salud desde 1996.

1. Sistema de control y seguimiento de proyectos funcionando en la representación y el MINSA.

2. Plan nacional de salud elaborado y difundido por el MINSA.

1. Al menos 4 proyectos de cooperación presentados a agencias de cooperación y negociados.

2. Mecanismos de coordinación y seguimiento de la ISCA en funcionamiento y evaluados anualmente (RESSCA, COMISCA y COCISS).

1. Sistema de Inversiones en Salud operando con normas y procedimientos definidos.

2. Concluido el estudio sectorial sobre agua y saneamiento del país.

Objetivos

3. Fortalecida la capacidad técnica y administrativa de la PWR en función de la estrategia global de cooperación.

PROYECTO 3: INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS (BHT)**PROPOSITO**

Disponer de sistemas de información eficaces para el análisis epidemiológico y la vigilancia de los cambios en la población y los riesgos para la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodología de análisis epidemiológico desarrollada y operando sistemáticamente en el nivel local.
2. Desarrollo de la red de información científico técnica.

PROYECTO 4: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES (TCC)**PROPOSITO**

Mejorar la prevención y control de enfermedades transmisibles en las fronteras e incrementar la capacidad de los laboratorios para el diagnóstico enfermedades tropicales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Intercambio de información epidemiológica y programación conjunta de intervenciones de las enfermedades transmisibles con Honduras y Costa Rica sistemáticamente.
2. Nuevas técnicas diagnósticas de virología, bacteriología e inmunohematología montados en laboratorios del MINSA y aplicándose rutinariamente.

Indicadores

1. Sistemas técnicos y administrativos automatizados para el control de la Cooperación Técnica Territorial funcionando en la representación.
2. Sistema de formulación y evaluación de proyectos funcionando con base en las prioridades del sector.
3. Acuerdos de cooperación establecidos anualmente con cada SILAIS.

1. Indicadores sociosanitarios para la vigilancia de los cambios en la condición de salud de la población monitoreándose en los SILAIS desde 1996.

1. 100% de salas de situación en los SILAIS operando con metodología de análisis epidemiológico a fines de 1997.

1. Todos los SILAIS y hospitales conectados desde 1996 a la red de información INTERNET.
2. Publicación semestral y anual de los registros de vigilancia epidemiológica.

1. Disminución de tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles en los SILAIS, especialmente las fronteras.

1. Publicación periódica de boletín con información epidemiológica de ambos países durante 1996 y 1997.
2. Canal de comunicación abierto entre las direcciones locales de salud de Nicaragua con sus vecinas de Honduras y Costa Rica durante 1996 y 1997.

1. Diagnósticos del Dengue con aislamiento serotipo realizados en el país.
2. Incremento del porcentaje de confiabilidad en el diagnóstico de laboratorio de las principales enfermedades tropicales.

Objetivos

PROYECTO 5: ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA (PHC)

PROPOSITO

Fortalecimiento de las capacidades del MINSA para la regulación del sector en el marco de la descentralización y los procesos locales de desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Personal directivo del nivel local dominará instrumentos de la administración estratégica de la salud.
2. Habrá un programa de garantía de la calidad funcionando en el sistema de salud.
3. Conocimiento sobre cobertura de los servicios de salud y normatización de la red de servicios en los SILAIS concluida.
4. Incremento del acceso a los servicios de salud y a la información sanitaria por parte de la población indígena.

PROYECTO 6: MEDICAMENTOS ESENCIALES (EDV)

PROPOSITO

Contar en el país con una política nacional de medicamentos que promuevan el uso de genéricos en armonía con los países del área centroamericana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La revisión del Registro de medicamentos que conduzca a retirar del mercado medicamentos innecesarios, ineficaces, inseguros y asociaciones indebidas.

Indicadores

1. Normas y reglamentos para la reorganización y funcionamiento de las redes de servicios con base en la descentralización aplicadas en cada SILAIS en 1997.

1. 70% del personal directivo local capacitado en administración estratégica.
2. Problemas priorizados de salud definidos y con planes de intervención en 60% de los municipios.

1. Normas de habilitación de los distintos tipos de establecimientos estarán disponibles.

2. 50% de los hospitales del país en proceso de acreditación.

3. Todos los SILAIS tendrán elaborado un plan de calidad total de los servicios de salud.

1. Estudio sobre cobertura de los servicios públicos y previsionales realizado y publicado en 1997.

2. Registro de establecimientos de salud operando en el MINSA desde 1996.

1. Elaboración y distribución de material educativo en Lengua Miskita sobre sus problemas de salud principales.

2. Modelo de atención integral a la mujer y la niñez implementada en Centros de Salud que atienden a la población indígena en 1996.

1. Aprobada y publicada la política nacional de medicamentos genéricos en 1997.

1. Sistema automatizado de registro de medicamentos SIAMED operando con registros al día interconectado en Red centroamericana en 1997.

2. Publicadas en 1996 las normas farmacológicas centroamericanas.

Objetivos

2. Estarán disponibles y utilizándose criterios de normalización de la red de servicios farmacéuticos de funcionamiento en los establecimientos del sector público y privado.

PROYECTO 7: RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD (HRH)**PROPOSITO**

Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud mediante el desarrollo de los RRHH en Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Metodología para el análisis institucional aplicado y grupos operacionales constituidos.
2. El sistema nacional de educación del personal de salud estará reformulado y habrán grupos multidisciplinarios realizando el análisis del desarrollo de los RRHH.
3. Mejoramiento de la oferta de cursos de formación, capacitación, investigación y asesorías de la Escuela de Salud Pública a las Instituciones del Sector

PROYECTO 8: COMPORTAMIENTO SANO Y SALUD MENTAL (HYL)**PROPOSITO**

Contribuir al desarrollo de una política sostenida de promoción de la salud centrada en estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoría de la coordinación entre actores para el trabajo de salud a nivel local a través del compromiso de Municipios saludables.
2. Incremento de las acciones para la prevención, educación, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Indicadores

1. Discutidos en 1996 en los 19 SILAIS los criterios para la acreditación, organización y funcionamiento de la red de servicios farmacéuticos.

2. Publicada y utilizándose por el MINSa a fines de 1997 la metodología de uso de indicadores para monitorear y evaluar a los servicios farmacéuticos.

1. Políticas de RRHH del MINSa debatidas en Foros Nacionales durante 1997.

2. Grupo multidisciplinarios constituidos y trabajando en la transformación de los servicios de salud y los recursos humanos en 1997.

1. Una metodología presentada y discutida en el MINSa en 1996.

2. Grupos operacionales establecidos en cada SILAIS y en el 50% de las instituciones del sector en 1997.

1. 50% del personal docente capacitado en gerencia de recursos humanos en 1997.

2. 50% de los planes de estudios orientados hacia las necesidades actuales y futuras de la salud pública afines de 1997.

1. Grupos interdisciplinario ad-hoc de la Escuela de Salud pública conformados y funcionando sistemáticamente en 1997.

2. 50% del aumento de la oferta de servicios de formación, capacitación, investigación y asesoría técnica.

1. Disminución de los indicadores de morbilidad relacionados con estilos de vida saludables a fines de 1997.

1. 30% de los municipios incorporados a la estrategia a fines de 1997.

2. Grupos de autoayuda funcionando en 50% de los municipios en 1997.

1. Elaboración de propuesta de Ley Nacional de Salud con artículos donde claramente se abogue por estilos saludables de vida.

Objetivos

PROYECTO 9: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CCD)

PROPOSITO

Aumento de la capacidad resolutive de las direcciones locales para el análisis y control de las principales enfermedades transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Integración de los programas de malaria y otras enfermedades tropicales en los SILAIS y desarrollados los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

2. Incremento de las acciones de prevención y control basadas en la intersectorialidad y la participación de la comunidad.

3. Integración de los programas de tuberculosis, lepra y otras enfermedades transmisibles en los SILAIS y mejoría en la tasa de curación.

4. Manejo más adecuado de los casos de rabia y del control de zoonosis por parte del personal de salud.

PROYECTO 10: SALUD AMBIENTAL PEH PRIORIDAD NACIONAL (PEH)

PROPOSITO

Hacer del Sistema de inspección de Higiene un medio eficaz para la disminución de riesgos a la salud derivados del saneamiento básico inadecuado y de la Contaminación del medio ambiente.

Indicadores

2. Creación en cada SILAIS de un centro de referencia para la problemática de las adiciones.

1. Reducción de las tasas morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles en 1997.

1. Normas y procedimientos de control y vigilancia epidemiológica operando en el 100% de SILAIS priorizados en 1997.

2. Sistema de información de malaria y otras enfermedades tropicales incorporado al sistema nacional de vigilancia epidemiológica en 1996.

1. 100% de los municipios priorizados capacitados en el manejo de casos y control y monitoreo de malaria y otras ETV cada año.

2. Programación cuatrimestral por objetivos, costos y evaluación en el 70% de los municipios en 1997.

1. Supervisiones de la Primera Fase del tratamiento acortado a los Bacilíferos nuevos por pacientes con formas graves de Tuberculosis.

2. Normas y procedimientos locales de control y vigilancia epidemiológica desarrollados y operando en el 100% de los SILAIS.

3. Sistema de registro de información de tuberculosis, lepra y rabia incorporado al sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

1. Centro nacional antirrábico funcionando en Managua.

2. 100% de los SILAIS y municipios priorizados capacitados en el manejo adecuado de casos de rabia y de zoonosis.

1. Acuerdos de trabajo del MINSA con otras instituciones ligadas a la conservación del Ambiente suscriptos y siendo evaluados periódicamente.

2. Normas de Higiene con respaldo legal y difundidas.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programa Marco de Atención al Medio (Programa de Higiene) elaborado y funcionando Sistemáticamente en el Nivel Local.

2. Información de Higiene incorporada a los análisis epidemiológicos hechos en el Nivel Local y Nacional.

1. Todas las oficinas de higiene de los SILAIS capacitadas y aplicando las orientaciones, estrategias y acciones del Programa Marco de Atención al Medio.

2. Existencia de reglamentación de al menos 6 aspectos de la ley de disposiciones básicas Sanitarias (Decreto ley 394).

1. Sistema de Información de Higiene validado en tres SILAIS.

2. Metodología de utilización de la información de Higiene en los análisis epidemiológicos introducida en todos los SILAIS.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,254,300	45.7	1,339,400	43.7	1,512,600	43.8
POLITICA PUBLICA Y SALUD	113,300	4.1	158,800	5.2	183,600	5.3
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO HSD	113,300	4.1	158,800	5.2	183,600	5.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	975,200	35.6	806,000	26.3	904,000	26.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES CPS	975,200	35.6	806,000	26.3	904,000	26.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	0	-	182,900	6.0	203,500	5.9
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS HST	0	-	182,900	6.0	203,500	5.9
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	165,800	6.0	191,700	6.2	221,500	6.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES TCC	165,800	6.0	191,700	6.2	221,500	6.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	820,100	29.8	1,077,300	35.1	1,206,800	34.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	448,900	16.3	774,000	25.2	861,500	24.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	448,900	16.3	774,000	25.2	861,500	24.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	280,600	10.2	177,300	5.8	199,700	5.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD HRH	280,600	10.2	177,300	5.8	199,700	5.8
MEDICAMENTOS ESENCIALES	90,600	3.3	126,000	4.1	145,600	4.2
MEDICAMENTOS ESENCIALES EDV	90,600	3.3	126,000	4.1	145,600	4.2

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	107,900	3.9	246,400	8.0	276,900	8.0
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	107,900	3.9	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA WCH	107,900	3.9	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	246,400	8.0	276,900	8.0
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL HED	0	-	246,400	8.0	276,900	8.0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	168,500	6.1	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	168,500	6.1	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE ERA	168,500	6.1	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	397,600	14.5	405,200	13.2	460,500	13.3
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	287,100	10.5	405,200	13.2	460,500	13.3
ENFERMEDADES DIARREICAS CDD	117,600	4.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OCD	169,500	6.2	405,200	13.2	460,500	13.3
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	110,500	4.0	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES NCD	110,500	4.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	2,748,400	100.0	3,068,300	100.0	3,456,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	35,200	.6	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	11,800	.2	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	11,800	.2	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	16,300	.3	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	4,400	.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	11,900	.2	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	7,100	.1	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	7,100	.1	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	4,357,000	69.6	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	4,357,000	69.6	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	3,882,200	62.0	0	-	0	-
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	474,800	7.6	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	142,300	2.3	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	142,300	2.3	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	142,300	2.3	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	511,300	8.2	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	511,300	8.2	0	-	0	-
EVALUAC./GEST. DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	511,300	8.2	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,213,700	19.3	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,213,700	19.3	0	-	0	-
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI	171,300	2.7	0	-	0
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	124,200	2.0	0	-	0
SIDA	GPA	370,600	5.9	0	-	0
TUBERCULOSIS	TUB	8,000	.1	0	-	0
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	539,600	8.6	0	-	0
GRAN TOTAL	6,259,500	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,930,100	1	0	285,500	50,000	34,000	40,000	407,900	260,600	0	452,100
OMS - WR	1,218,300	1	2	333,000	21,100	8,500	0	229,600	213,500	0	412,600
TOTAL	2,748,400	2	2	618,500	71,100	42,500	40,000	637,500	474,100	0	864,700
% DEL TOTAL	100.0			22.5	2.6	1.5	1.5	23.2	17.3	.0	31.4
1996-1997											
OPS - PR	1,938,900	1	1	313,000	145,900	40,600	34,000	575,500	268,200	0	561,700
OMS - WR	1,129,400	1	2	368,800	50,000	21,200	0	114,400	179,200	0	395,800
TOTAL	3,068,300	2	3	681,800	195,900	61,800	34,000	689,900	447,400	0	957,500
% DEL TOTAL	100.0			22.2	6.4	2.0	1.1	22.5	14.6	.0	31.2
1998-1999											
OPS - PR	2,185,700	1	1	334,800	145,900	47,000	34,000	564,900	309,900	0	649,200
OMS - WR	1,271,100	1	2	399,900	50,000	24,400	0	132,300	207,100	0	457,400
TOTAL	3,456,800	2	3	734,700	195,900	71,400	34,000	797,200	517,000	0	1,106,600
% DEL TOTAL	100.0			21.3	5.7	2.1	1.0	23.1	15.0	.0	31.8

CARIBE DEL NORTE

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. BERMUDA: La población estimada a fines de 1991 era de 58.460 habitantes. La tasa anual de crecimiento de la población es de aproximadamente 1%; el 67% de la población tiene más de 21 años.

2. ISLAS CAIMAN: Las Islas Caimán comprenden tres islas con una población combinada de 32.700 (mediados de 1994). Están ubicadas a unos 800 km al sur de Miami, Florida. La esperanza de vida al nacer es de 77,1 años. En 1994, la tasa de natalidad era de 16,3 por 1.000 habitantes.

Indicadores del estado de salud

3. BERMUDA: La tasa de mortalidad infantil de Bermuda en 1992 era de 8,8 por 1.000, con una esperanza de vida de 78 años para las mujeres y de 70 años para los hombres. El 90% de los niños pesan más de 2.500 g al nacer y durante la niñez tienen el peso que corresponde a su edad o incluso superior.

4. Los accidentes de tránsito son una importante causa de morbilidad y mortalidad, aunque la incidencia de accidentes está disminuyendo. Se están lanzando campañas de seguridad vial y se están comenzando a introducir pruebas de alcoholimetría en el aliento, en un intento por reducir la tasa de accidentes de tránsito.

5. En 1983, la tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos era de 10,9. La obesidad se considera un problema de salud pública. En 1992, la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos era de 8,8.

6. ISLAS CAIMAN: La causa principal de defunción se atribuye a las enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias malignas y envenenamientos, y enfermedades del aparato respiratorio. No se sabe cuál es la prevalencia exacta de la diabetes y la hipertensión pero se ha calculado que 1 de cada 4 adultos que asisten a los consultorios padece una o ambas enfermedades. En 1994 se registraron 150 defunciones en Gran Caimán y en las Islas Caimán; 25 de las personas que fallecieron eran visitantes.

7. No se sabe cuántos accidentes ocurren en el país. Se calcula que hubo un aumento de accidentes de tráfico, muchos de ellos vinculados al consumo de bebidas alcohólicas.

8. Se reconoce que el creciente abuso del alcohol y drogas es un factor importante en los casos de salud mental.

9. Las enfermedades de transmisión sexual, en particular la gonorrea y la sífilis, constituyen un problema significativo. La incidencia de gastroenteritis en niños menores de 5 años es muy alta.

10. En 1993, el 98% de los niños fueron vacunados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos. La cobertura fue del 97,2% para la vacuna MMR, 99,3% para la BCG y 92,6% para la vacuna contra Haemophilus influenzae tipo B.

Factores que afectan el estado de salud

11. BERMUDA: En una encuesta sobre la calidad de vida efectuada en 1984, los encuestados indicaron que estaban en general satisfechos con los servicios de salud. La eficiencia de estos servicios se refleja en la baja tasa de mortalidad infantil y en la esperanza de vida.

12. En el ámbito de la higiene del medio, cada vez hay más inquietud en torno a la contaminación de las playas con petróleo, la contaminación del suelo y del agua con plaguicidas, y las emisiones de automóviles y aviones.

13. Los residentes obtienen agua potable captando y almacenando el agua de lluvia que escurre de los techos de sus casas, pero se cuenta asimismo con otras fuentes, como los reservorios de agua dulce controlados por el gobierno y las plantas desaladoras de los hoteles.

14. Los sumideros domésticos, las fosas sépticas y las plantas de aeración son los tipos principales de sistemas de evacuación de excretas. Se están revisando los reglamentos sobre el control de la contaminación.

15. El Departamento de Obras Públicas se encarga de la recolección y eliminación de residuos sólidos.

16. Actualmente se están impartiendo programas de educación en materia de nutrición en las escuelas primarias y secundarias. Los niños reciben tratamiento con fluoruro mediante un programa de atención dental preventiva.

17. Se considera que los servicios de salud son adecuados, accesibles y están a disposición de toda la población. El seguro hospitalario es obligatorio para todas las personas empleadas. Los costos son sufragados por igual por los empleadores y los empleados. La atención de salud es proporcionada por el gobierno y el sector privado. Los grupos de la población que reciben atención especial son, entre otros, las madres y los lactantes, los niños en edad escolar y los ancianos. Los niños en edad escolar reciben tratamiento gratuito y la hospitalización de las personas de más de 65 años está subsidiada en un 75% a 100%.

18. Tras identificar las necesidades, el gobierno inició un programa de prestación de servicios para ancianos y evaluó el programa de las escuelas públicas.

19. ISLAS CAIMAN: En lo que respecta a la higiene del medio, se encuentra en operación un sistema de recolección y eliminación de residuos sólidos. Los métodos empleados para la evacuación de excretas son las plantas de tratamiento de aguas residuales de los establecimientos a gran escala y las fosas sépticas o unidades similares.

20. Se vigilan habitualmente las condiciones sanitarias y la calidad del agua en restaurantes y otros establecimientos donde se preparan y expenden alimentos, y se lleva a cabo la inspección previa y ulterior de los animales faenados para el consumo local.

21. En las áreas de salud materno-infantil, el gobierno lleva a cabo un riguroso programa de vacunación que incluye los antígenos del PAI, la vacuna oral contra la poliomielitis, la vacuna MMR y la vacuna contra Haemophilus influenzae de tipo b. Se imparte asimismo educación sanitaria en materia de vacunación en consultorios de atención pre y posnatal, así como por los medios de comunicación.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

22. BERMUDA: La Política Nacional de Salud se centra en la salud materno-infantil, la salud de los niños en edad escolar, la atención comunitaria de los ancianos, la higiene dental, el control de enfermedades transmisibles, la salud mental y el tratamiento y el control del abuso de alcohol y drogas. El Ministerio de Salud y Servicios Sociales ha adoptado el lema "Salud para todos en el año 2000" como una de sus metas principales y está poniendo en práctica medidas congruentes con las estrategias regionales para lograr esta meta.

23. El Ministerio se encarga de la planificación, la programación, el presupuesto y la evaluación en materia de salud. Se estableció un Comité Ministerial Conjunto de Planificación, que examina todas las partidas principales de gastos en hospitales de salud pública y programas de servicios sociales. Sin embargo, no existe ningún organismo central de planificación. Se ha descentralizado el proceso de elaboración del presupuesto a fin de dar plena participación a los administradores de programas.

24. El Departamento de Salud tiene a su cargo la salud pública, la prevención de enfermedades y los servicios de promoción de la salud. Existe un significativo sector privado y semiprivado de médicos generales y servicios hospitalarios.

25. Está ampliándose el sistema de información sanitaria y se procura integrar todos los subsistemas de información, previéndose asimismo el establecimiento de un sistema de registros centrales de casos.

26. El Departamento de Salud ha participado en varias actividades interdisciplinarias del Comité en relación con la educación sanitaria, el abastecimiento de agua, las aguas residuales, los costos de atención de salud y la formulación de programas. Se han puesto en marcha proyectos interministeriales para la juventud, la educación sanitaria y el desarrollo del niño.

27. Aún se requiere un desarrollo más amplio de la estrategia de participación comunitaria.

28. El gobierno apoya la cooperación técnica entre países.

29. ISLAS CAIMAN: A fines de 1993 se derogó la ley mediante la cual se establecía una autoridad central a cargo de los servicios de salud pública, tras lo cual los servicios de salud pasaron a depender nuevamente de diferentes departamentos. La política sanitaria del país se basa en el reconocimiento de que el acceso a buenos servicios de salud es un derecho universal fundamental. El objetivo es proporcionar servicios adecuados y accesibles a toda la población para el año 2.000. Entre las estrategias para lograr estas metas cabe destacar la ampliación de los servicios de atención primaria, el énfasis en los servicios preventivos, la atención comunitaria y la educación sanitaria, y un mayor nivel de capacitación

del personal sanitario. Se dará cada vez más prioridad a la atención de los ancianos, los enfermos mentales, los alcohólicos y los farmacodependientes, y los enfermos graves. Todo esto se lleva a cabo mediante un amplio y enérgico programa nacional de promoción de la salud.

30. Si bien las Islas Caimán no cuentan con un sistema de seguridad social, el Departamento de Servicios Sociales tiene un sistema de asistencia social general que proporciona atención médica gratuita a la población de bajos recursos. Los servicios son geográficamente accesibles a todos mediante una red integrada de atención primaria y secundaria que incluye un hospital central y dispensarios de salud pública en cada distrito.

31. Participa en programas de salud una gran variedad de grupos comunitarios. Las actividades de educación sanitaria en las comunidades se organizan en consulta con grupos parroquiales, organismos voluntarios y otros sectores de la comunidad.

32. El gobierno presta cierta atención al desarrollo de recursos humanos de salud mediante el otorgamiento de becas de capacitación específica y asistencia financiera a los empleados que desean proseguir su formación.

33. Se están considerando otros métodos para financiar los servicios de salud pública, como el pago directo por el paciente, el establecimiento de un plan nacional de seguro de salud, o una combinación de ambos. El gobierno ha comenzado la planificación estratégica de los servicios de salud y de programas de prevención del abuso de drogas y rehabilitación de farmacodependientes.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

34. BERMUDA: Se fortalecerá la capacidad de vigilancia epidemiológica en Bermuda mediante la formulación de políticas, planes y normas, y mayor capacidad de investigación y vigilancia de las tendencias de las enfermedades con apoyo técnico del CAREC.

35. Se reforzará la formación de recursos humanos mediante la capacitación de personal sanitario localmente y por conducto de los servicios de otros países, utilizando el enfoque de cooperación técnica entre países.

36. Se afianzarán los sistemas de información sanitaria y de preparativos para casos de desastre mediante consultas con especialistas locales de la OPS.

37. ISLAS CAIMAN: La cooperación técnica de la OPS en respuesta a las prioridades nacionales del país requerirá el apoyo técnico directo del CAREC, una mayor promoción de la iniciativa de Cooperación en Salud en el Caribe (CSC) y de la cooperación técnica entre países y el apoyo directo del personal nacional.

38. Se movilizarán, entre otros, recursos derivados de la cooperación técnica entre países en el área de microbiología alimentaria. Se capacitará al personal de salud en inocuidad de los alimentos, enfermería de salud pública y aspectos administrativos.

39. La formulación de políticas, planes y normas se vinculará a la higiene del medio y a la promoción de la salud.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. (Bermuda) Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.
2. (Bermuda) Fortalecimiento de la formación de recursos humanos.
3. (Bermuda) Mejoramiento de la eficiencia del sistema de información sanitaria.
4. (Bermuda) Apoyo a la planificación de preparativos para casos de desastre.
5. (Bermuda) Apoyo a la higiene del medio.
6. (Caimán) Mejora de la prestación de servicios farmacéuticos.
7. (Caimán) Apoyo a la prevención y control de infección por el VIH y ETS.
8. (Caimán) Fortalecimiento de la formación de recursos humanos.
9. (Caimán) Mejoramiento de la eficiencia del sistema de información sanitaria.
10. (Caimán) Fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

(BERMUDA): Mejorar la eficiencia y la eficacia de la prestación de servicios de salud en las áreas prioritarias identificadas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. (Bermuda) Se habrá mejorado la gestión del sistema de información.
2. (Bermuda) Se habrá mejorado la vigilancia de la calidad del agua.
3. (Bermuda) Se habrá revisado el plan de preparativos para casos de desastre.
4. (Bermuda) Se habrá mejorado la prestación de atención y servicios geriátricos.
5. (Bermuda) Se habrá ampliado la cobertura de vacunación.
6. (Bermuda) Se habrá elevado la conciencia del público sobre la prevención de las ETS y el SIDA.
7. (Bermuda) Se habrá mejorado la eficiencia de los servicios de higiene dental.

1. Para 1997 se estará utilizando el mecanismo de preparación de presupuesto por programas.

1. (Bermuda) Se habrá capacitado a 10 administradores de programas de atención primaria y secundaria de salud en gestión de información.

1. (Bermuda) Para 1997 se habrán formulado normas de calidad del agua.

1. (Bermuda) Para fines de 1997 se habrá revisado el plan de preparativos para casos de desastre y se habrán formulado recomendaciones.

1. (Bermuda) Para 1997 se habrá formulado el plan de administración de Lefroy House.

1. (Bermuda) Se habrán logrado las metas de la iniciativa de CSC para 1997.

1. (Bermuda) Para fines de 1997 se habrán puesto en práctica medidas para la prevención y el control de las ETS y el SIDA.

1. (Bermuda) Se habrán formulado los planes operativos para 1996/97.

Objetivos

PROYECTO 2: DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

(CAIMAN) fortalecer el desarrollo de los servicios de salud en las áreas de conocimientos técnicos, higiene del medio, higiene dental y promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. (CAIMAN) Se habrá mejorado la prestación de servicios farmacéuticos.
2. (CAIMAN) Se habrá fortalecido la capacitación de los recursos humanos.

Indicadores

1. Para 1997 se habrán otorgado varias becas en higiene del medio, higiene dental y promoción de la salud.

1. (CAIMAN) Para 1997 se habrán formulado normas y procedimientos para la prestación de servicios farmacéuticos y atención primaria y secundaria de salud.

1. (CAIMAN) Para 1997 se habrán otorgado 10 becas en vigilancia del PAI, prevención de infección por el VIH y ETS, inocuidad de los alimentos, enfermería, partería e información sanitaria.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	95,300	100.0	104,500	100.0	114,900	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	95,300	100.0	104,500	100.0	114,900	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 95,300	100.0	104,500	100.0	114,900	100.0
GRAN TOTAL	95,300	100.0	104,500	100.0	114,900	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	37,300	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	37,300	100.0	0	-	0	-
SIDA	GPA 37,300	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	37,300	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$		CANTIDAD	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	95,300	0	0	0	15,300	17,300	20,000	19,800	8,100	0	14,800
TOTAL	95,300	0	0	0	15,300	17,300	20,000	19,800	8,100	0	14,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	16.1	18.2	20.9	20.8	8.5	.0	15.5
1996-1997											
OPS - PR	104,500	0	0	0	15,000	19,700	22,000	22,900	9,400	0	15,500
TOTAL	104,500	0	0	0	15,000	19,700	22,000	22,900	9,400	0	15,500
% DEL TOTAL	100.0			.0	14.4	18.9	21.1	21.8	9.0	.0	14.8
1998-1999											
OPS - PR	114,900	0	0	0	15,000	22,700	22,000	26,500	10,800	0	17,900
TOTAL	114,900	0	0	0	15,000	22,700	22,000	26,500	10,800	0	17,900
% DEL TOTAL	100.0			.0	13.1	19.8	19.1	23.0	9.4	.0	15.6

PANAMA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. En 1995 en Panamá se estimó una población de 2.631.013, con un crecimiento anual de 1.9%, se estima que en el año 2000 tendrá cerca de 3 millones. El 54% vive en áreas urbanas y el 51% en la Provincia de Panamá. Con una superficie de 75,512km², su densidad es de 34.8 h/km². El promedio de personas por hogar es de 4.69; por cada 102 hombres hay 100 mujeres, de las cuales el 22% son jefas de hogar. La edad mediana de la población es de 22 años, el 33.0% es menor de 15 años y el 3.3 mayor de 65 años.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida al nacer era de 72.8 años en 1993. Para ese año, la mortalidad infantil registrada fue 24.7, siendo la neonatal de 15.2 y la post-natal de 9.5. La mortalidad registrada en niños de 1-4 años es 1.4 por mil. La mortalidad materna es de 0.5 por mil nacimientos. La mortalidad general es de 5.2 por 1,000. En 1992 la desnutrición severa afecta al 7.1% de los niños de 1-5 años y el 31.1% sufre algún grado de desnutrición; en escolares el 24.4% de los niños de primer grado mostraban retardo en su talla. La deficiencia por micronutrientes también representa un grave problema, la prevalencia de anemia nutricional es del 18.6% en pre-escolares y del 22% al 38.6% de las embarazadas. El bocio endémico afecta al 13.2% de la población con una región donde esta cifra es del 23.2%. El déficit de Vitamina A < 30 mcg/dl es de 29.4%. Las principales causas de mortalidad infantil son: las causas perinatales, las de origen congénito, diarrea, neumonía y la desnutrición. Los problemas cardiovasculares, infarto del miocardio, hipertensión arterial, accidentes, cáncer y otros problemas crónicos sobresalen en la lista de las 10 principales causas de mortalidad general. Para 1994 se han diagnosticado 759 casos de SIDA, observándose en los últimos años incremento entre los heterosexuales. Del total de casos se registran 438 defunciones.

3. En los últimos meses de 1993 se tuvo un brote epidémico de dengue clásico en el área de San Miguelito; a partir de la estación lluviosa de 1994 los índices nacionales de infestación del *Aedes aegypti* se han mantenido alrededor de 2.3%, acumulándose hasta mediados de octubre de 1994 un total de 784 casos confirmados, circunscritos a la Provincia de Panamá. A partir de 1992 hubo un incremento de los casos de malaria con dos focos principales: uno en la Región de Darién, con 593 casos, y otro en la Región de Bocas del Toro, con 589 casos. En esta última región se ha dado un brote epidémico de tos ferina.

4. El cólera apareció en septiembre de 1990 y ocasionó cerca de 800 casos y 20 muertes en 1991 y unos 2,300 casos con 48 defunciones en 1992; desde febrero de 1993 no se registran casos.

Factores que afectan el estado de salud

5. En 1990 alrededor del 85% de los hogares fueron servidos con agua potable y 86% contaban al menos con infraestructura básica sanitaria. En las áreas rurales, en comunidades de menos de 1,500 habitantes, la cobertura de esos servicios fue de

62% y 72% respectivamente. La calidad de estos servicios es pobre, a menudo sufre interrupciones y la calidad de agua no es monitoreada; las aguas negras no reciben

un tratamiento adecuado. El manejo de los desechos sólidos enfrenta problemas de escasez de recursos humanos y financieros.

6. Uno de cada cuatro niños tienen un retraso significativo en su crecimiento al alcanzar la edad escolar. La desocupación es del 20%. En cuanto a alimentación la información contenida en las hojas de balance de alimentos muestran crecimiento de la disponibilidad calórica y protéica de 1960 a 1985 aún por arriba de las recomendaciones internacionales, entre 1986-89 cambió esta tendencia disminuyendo la disponibilidad de calorías (-20%) y proteínas (-15%). La canasta básica tiene un costo promedio mensual de \$214 para una familia de 5 miembros, cifra que supera el salario mínimo (\$175.00); esto determina que el 50% de la población no llena sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, salud, etc. y que el 27% no alcanza a cubrir ni siquiera sus necesidades alimentarias (pobreza crítica).

7. Tras haberse regularizado las relaciones con los IFIS, el Gobierno anterior anunció un crecimiento económico sin precedentes, del 9.5% anual, pero aún no se reportan cambios positivos en los indicadores sociales, como el desempleo y la pobreza.

8. Los programas materno infantiles han sido de baja cobertura especialmente en la edad pre-escolar, escolar, adolescentes y en control prenatal; con poca participación de la comunidad, del sector no gubernamental y con limitada coordinación de otras instituciones del sector público.

9. La cobertura con servicios de salud es alta en promedio (aproximadamente el 50% de la población tiene servicios de la Caja del Seguro Social). Sin embargo, debido a falta de recursos y a problemas de organización de los servicios, la calidad de los servicios dista mucho de ser la mejor. Lo mismo ocurre con la cobertura en abastecimiento de agua y disposición de excretas.

10. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud: El documento sobre lineamientos políticos y estratégicos de salud formulado por el Gobierno para el período 1994-1999, establece dentro del marco general para la acción, los principios básicos del sistema de salud, referidos a: la interacción entre el individuo y el ambiente y la salud como un derecho básico de todo ciudadano; el mantenimiento y mejoramiento de la salud depende de un balance entre las responsabilidades individuales, de familia, las comunidades, las autoridades públicas y la sociedad en su conjunto; la equidad en salud, en donde el Estado garantice que el modelo de salud reduzca las desigualdades generadas por la marginalidad económica, geográfica, cultural y étnica a través del acceso adecuado a los servicios de salud; y la solidaridad en salud, a través de la participación de las personas, las comunidades, organizaciones e instituciones públicas y privadas.

11. Los objetivos del sistema de salud son: reducir los riesgos para la salud de los grupos poblacionales y de las personas, buscando la universalización progresiva de los servicios de salud; disminuir las inequidades existentes en la atención de salud; asegurar la producción y productividad de los servicios de salud; y desarrollar políticas y estrategias tendientes a la protección del medio ambiente físico y biológico.

12. A partir del marco general para la acción, sus principios básicos y objetivos, se han identificado una serie de líneas de trabajo que orientarán la gestión en salud y la cooperación técnica.

13. La reforma y desarrollo sectorial, incluido el análisis sectorial, la red integral de servicios a nivel local, la gestión e información, la formación de líderes y gerentes, y la vinculación de la Universidad a la salud de la población.

14. En prevención y control de enfermedades, se priorizará la lucha contra el dengue, el control de la rabia, de la tuberculosis y las acciones preventivas sobre el VIH/SIDA.

15. En promoción y protección del ambiente, las acciones se orientarán a los componentes de agua y desechos sólidos, así como a la salud de los trabajadores.

16. Se dará atención especial a la salud de los pueblos indígenas.

17. En promoción y protección de la salud, recibirán prioridad la iniciativa de los municipios saludables, la prevención de la hipertensión y enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la educación para la salud, la mortalidad materna, la nutrición, las unidades de rehidratación oral y la fluoruración de la sal.

18. La comunicación social se activará como una estrategia que apoyará todas las iniciativas y programas de la cooperación técnica.

19. Por otra parte, se continuará promoviendo la participación activa del país en las iniciativas subregionales a todos los niveles e instancias.

20. Prioridades nacionales para cooperación técnica: Se han señalado por parte del Gobierno las siguientes áreas de prioridad: desarrollo del liderazgo del Ministerio de Salud; desarrollo de la estrategia de atención primaria e impulsar la propuesta de los SILOS; atención y desarrollo de programas de salud para el medio ambiente; promoción de programas de salud en grupos específicos de población; desarrollo de la capacidad y responsabilidad individual para una mejor calidad de vida; fortalecimiento de la participación social; el mejoramiento del uso de fuentes presupuestarias; desarrollo de los recursos humanos; promover el desarrollo de las investigaciones en salud.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

21. Las características epidemiológicas, demográficas y socio-sanitarias del país que presentan mayor relevancia para definir las áreas prioritarias de la cooperación técnica son las siguientes:

22. La adaptación social, caracterizada por el incremento de la violencia y el abuso contra la mujer, el adolescente y el niño; el incremento de los accidentes, traumatismos y otras causas de violencia en la población joven y adulta joven; y, el incremento del alcoholismo, drogadicción y trastornos de la salud mental.

23. En la salud física, la persistencia de altas tasas de morbi-mortalidad perinatal, infantil y materna; el aumento de embarazos no deseados en adolescentes; y, el incremento de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y el cáncer en la población adulta.

24. En cuanto a la salud pública, el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA; el incremento de los accidentes de trabajo; la persistencia de altas tasas de desnutrición; el incremento de enfermedades tropicales, en especial el dengue y la leishmaniasis; el aumento de la tasa de incidencia de la tuberculosis; y, los altos índices de morbilidad bucal, en especial en la población escolar.

25. En salud ambiental, el incremento de la contaminación de aguas; la contaminación atmosférica; y, el insuficiente manejo de los desechos sólidos.

26. En relación con la organización de los servicios, existe un deterioro de la capacidad instalada de la red; falta de integración y por lo tanto, duplicación de servicios por parte del Ministerio y el Seguro Social; limitada integración docente-asistencial; falta de involucramiento activo y crítico de la comunidad; insuficiente producción y aporte de investigaciones; y, falta de desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud.

27. En cuanto al desarrollo institucional, se evidencia una falta de capacidad gerencial e inadecuado desarrollo del modelo descentralizado; insuficiente desarrollo de la educación para la salud; y, limitado desarrollo de un sistema de información.

28. El Gobierno Nacional que asumió la conducción del país para el período 1994-1999, determinó la priorización del desarrollo social acompañado del crecimiento económico, con miras a llegar al Siglo XXI con mejores niveles de vida para la población, y garantizar condiciones adecuadas de salud para la gente y el ambiente.

29. Por lo tanto, la estrategia de cooperación técnica se orientará en varios aspectos que son prioritarios para la salud de la población panameña:

30. En relación con la sociedad, el medio y el desarrollo de los servicios de salud, se apoyará el desarrollo del liderazgo del Ministerio de Salud y la Modernización del Sistema Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento de los planes y programas de salud, promoviendo la coordinación intra e intersectorial, así como la integración del tema de la salud en los asuntos de interés nacional.

31. Se dará énfasis al desarrollo de la Atención Primaria como estrategia central del modelo y basado en acciones de promoción y prevención de enfermedades hacia las personas, la familia, la comunidad y el ambiente. Se impulsará la propuesta nacional para el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, a nivel de distritos y corregimientos, buscando espacios de consenso con la Caja de Seguro Social y otros sectores involucrados en el proceso.

32. La atención y desarrollo de programas de salud para el medio ambiente serán parte fundamental de la cooperación, para lograr en forma conjunta con otros sectores la conservación de los recursos naturales y la preservación del medio. Dentro de esta línea, será necesario desarrollar diferentes tipos de enfoques para la adopción de tecnologías que respondan a las condiciones socioculturales y económicas locales. Tendrán como base los lineamientos de la CNUMAD-92 y estarán orientadas a la promoción de un Modelo de Desarrollo Sostenible en el PIAS.

33. Otro aspecto prioritario de la estrategia será la promoción de programas de salud en grupos específicos de población, entre estos, los trabajadores, ancianos,

adolescentes, niños y mujeres. Por lo tanto, el desarrollo de comportamientos saludables será una prioridad para avanzar al concepto de calidad de vida, rebasando el de control de la enfermedad.

34. Para el desarrollo del carácter democrático de la gestión del sistema de salud, se considera fundamental la participación de la sociedad civil e instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Se fortalecerá por lo tanto, la participación social en la promoción, prevención, atención y gestión de la salud; además, dentro de estos lineamientos, la comunicación social se convierte en una herramienta fundamental de todo el proceso.

35. El logro de una mayor equidad bajo el concepto de que una población más sana puede traer efectos positivos para la economía nacional, implica apoyar en el mejoramiento del uso de fuentes presupuestarias ordinarias y extraordinarias, así como mejorar el binomio costo-eficiencia para las instituciones de salud. Además la OPS será activa participante en la planificación y ejecución de proyectos originados en préstamos o donaciones para el sector. Será importante la cooperación para disponer de un sistema de información adecuado a las necesidades del sistema de salud.

36. En relación con el desarrollo de los recursos humanos, se tomará en cuenta los nuevos roles que debe desempeñar el personal, particularmente en el contexto de la reforma del sector y el nuevo rol que debe tener el Ministerio de Salud para fortalecer su capacidad de liderazgo. Una nueva masa crítica de líderes es necesaria para el país, de ahí que la Universidad en su conjunto será motivo de atención para la movilización de su potencial científico-técnico en función de la salud de la población.

37. Otro aspecto a considerar en la cooperación es la promoción de la investigación en el campo de la salud y la difusión de información y conocimientos científicos y técnicos en salud. Se dará énfasis a la capacitación del personal en investigación.

38. Será prioritaria la cooperación a través de la CTP y la activa participación en las iniciativas subregionales.

39. Con el propósito de adecuar la cooperación técnica a las necesidades y prioridades del país, la Representación se ha estructurado en tres áreas a saber: Reforma Sectorial, Ambiente y Salud y Protección y Promoción. En esta forma, consideramos que la respuesta estratégica permitirá apoyar de manera coherente al sector salud y avanzar hacia su transformación en el próximo quinquenio.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Desarrollo de los planes y programas nacionales de salud.
2. Desarrollo del liderazgo del Ministerio de salud y estructuración del sistema nacional, garantizando un adecuado desarrollo de los recursos humanos, de la investigación científico-técnica y de un nuevo modelo de financiamiento del sector salud.
3. Atención y desarrollo de programas de salud para el medio ambiente tendientes a un desarrollo sostenible.
4. Fortalecimiento de la participación social, de estilos de vida saludables y de programas de salud en grupos específicos de población.
5. Prevención y control de enfermedades transmisibles y crónicas.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SALUD EN EL DESARROLLO

PROPOSITO

Cooperar con el Gobierno Nacional en el desarrollo y gestión de las políticas y programas nacionales de salud, apoyando además la Investigación y la Información Científica, la vigilancia de la salud y la iniciativa sobre Mujer, Salud y Desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistema Nacional de Información Científico-técnica en Salud que contribuya a la recopilación y diseminación de información científica en el marco del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

2. Haber iniciado la organización y formación académica de una masa crítica de investigadores capaces de enfrentar y adaptar el desarrollo científico-técnico mundial a la resolución de problemas prioritarios de salud del país y sirvan a su vez como promotores de la investigación científica.

3. Haber apoyado el proceso de trabajo entre el Ministerio de Salud y el Organo Legislativo para promover la participación activa de este órgano en el debate nacional de la salud, la revisión de la legislación vigente y la promulgación de leyes congruentes con la modernización del sector, la promoción y el desarrollo de la salud.

1. Plan de operación del Sistema de Información Científico-técnica en salud aprobado.

2. Políticas de investigación científica y tecnológica aprobadas para apoyar el desarrollo de la salud.

3. Legislación sanitaria aprobada en el Organo Legislativo para apoyar el proceso de transformación de la salud en el país.

4. Documento de Plan de Acción concertado entre el Estado y la Sociedad Civil para intervenir en los problemas que afectan la salud de las mujeres como grupo específico y postergado de la población.

5. Políticas nacionales formuladas y aprobadas para viabilizar las políticas sanitarias.

6. Modelo de planificación y programación local basado en el análisis de situación local de salud (ASIS) en aplicación en los sistemas de salud a nivel de distritos.

1. Estadísticas de los centros participantes: grado de satisfacción de los usuarios, utilización de una misma metodología para el procesamiento de información, intercambio de información a lo interno y externo.

2. Talleres de capacitación de recursos humanos en utilización de la metodología LILACS, mantenimiento y calidad de bases de datos, utilización de nuevas tecnologías para el acceso a redes de información.

3. Análisis bibliométrico de la producción nacional en ciencias de la salud en el sistema nacional al final del bienio.

1. Inventario de investigadores en áreas del conocimiento en salud prioritarias al país.

2. Número de investigadores jóvenes capacitados en el área social, biomédica y básica.

3. Número de proyectos (protocolos) de investigación sometidos para aprobación al Programa de Investigaciones de la sede en Washington.

1. Grupo de trabajo MINSAs-Comisión de Salud de la Asamblea que actúe como promotor de las leyes relacionadas con la salud.

2. Número de reuniones de las comisiones de salud del Parlacen y el Parlato en las que ha participado la Comisión de Salud de la Asamblea.

3. Número de bases de datos continentales y mundiales de legislación en salud accedidas por la Asamblea al final del bienio.

Objetivos

4. Se haya desarrollado un Modelo de Detección, Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar con énfasis en las mujeres entre 12-49 años, a través de actividades en los niveles normativos de salud y comunidades seleccionadas en participación coordinada del Estado y la Sociedad Civil.

5. Metodología ASIS incorporada como instrumento de trabajo para la identificación y priorización de factores de riesgo y grupos de población en los sistemas locales de salud.

PROYECTO 2: MODERNIZACION DEL SECTOR

PROPOSITO

Apoyar el desarrollo de los procesos técnicos y políticos, de negociación y concertación tendientes a la modernización y consolidación del Sector Salud, al diseño y organización del Sistema Nacional de Salud y de los Sistemas Integrados de Salud Municipales y sus respectivos Modelos de Atención y al fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud.

Indicadores

4. Convenio Asamblea-BIREME operando para que la Comisión de Salud sea cooperante del Sistema Regional de Información Científico-técnica en Salud durante el primer año del bienio.

1. Treinta talleres con sus respectivos acuerdos y acciones tomadas por el nivel normativo.

2. Cuatro consultorías - informes elaborados y por lo menos 1 asesoría para monitoreo y evaluación de los avances del proyecto.

3. Documento de propuesta de ley elaborado y revisado al final del bienio.

4. Plan de Acción formulado y disponible para la ejecución en el bienio.

1. No menos del 80% de los establecimientos de salud del MS y de la CSS disponen de la guía para el análisis de la situación de salud local, antes de finalizar 1996.

2. El 75% del personal del MS y de la CSS con responsabilidad de dirigir, coordinar o supervisar servicios y programas de salud a nivel regional y local han recibido capacitación en la aplicación de la guía y en la conducción de procesos de análisis de situación de salud, antes de finalizar 1996.

3. No menos del 80% de los distritos considerados postergados han realizado, según la guía, su primer análisis de situación de salud, antes de finalizar 1996.

4. El 100% de las Regiones de Salud (SIS), aplicando la guía, han realizado el análisis de situación de salud de sus respectivos espacios -población, antes de finalizar 1996.

5. El 80% de los establecimientos de salud ubicados en cabecera de distrito y en corregimientos del distrito capital, en forma integrada MS-CSS-comunidad y otras instituciones del sector han elaborado su planificación y programación local de servicios basados en los resultados de sus respectivos ASIS al término del bienio.

6. El 90% de los establecimientos del MS y de la CSS cumplen con la notificación semanal (positiva o negativa) de enfermedades bajo vigilancia antes de fin del bienio.

1. Marco político y legal que conduce y legitime el proceso de modernización y consolidación del Sector Salud concertada y aprobada antes de finalizar 1996.

2. Directrices políticas y lineamientos estratégicos que rigen el diseño y organización del Sistema Nacional de Salud y de los Sistemas Integrados de Salud Municipales han sido definidos y concertados antes de finalizar 1996.

3. Principios básicos y lineamientos estratégicos sobre los que se fundamentarán y desarrollarán los Modelos de Atención Integral de la Salud han sido concertados y establecidos al finalizar el primer año del bienio.

4. Plan Nacional de capacitación de recursos humanos para fortalecer el liderazgo sectorial elaborado y concertado antes de finalizar 1996.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social han diseñado, concertado y puesto en marcha el proceso de descentralización/desconcentración administrativa y ejecutiva dentro del marco de la integración de servicios la integralidad de la atención de los problemas de salud, la participación comunitaria y el desarrollo de los Sistemas Integrados de Salud Municipales (SISMU).

2. El Ministerio de Salud y la CSS como parte del proceso de modernización del sector salud y en el marco de la descentralización y el fortalecimiento de la capacidad gerencial de los servicios de salud han institucionalizado, por lo menos, los sistemas computarizados de información gerencial SIG, SIGLO y SIIM.

3. Se ha elaborado y aprobado el Cuadro Básico Nacional Unico de Medicamentos (MS y CSS) por niveles de atención y complejidad y se ha puesto en marcha el Plan de Fortalecimiento de los servicios farmacéuticos del nivel local, dentro del marco de la descentralización y fortalecimiento de los Sistemas Integrados de Salud Municipales (SISMU).

5. Plan nacional para el desarrollo y puesta en marcha de los sistemas Integrados de Salud Municipales aprobados y concertados al fin del bienio.

1. Informes del análisis Sectorial realizados a nivel nacional y a nivel regional (provincial), disponibles antes del tercer cuatrimestre de 1996.

2. Instrumentos legales que propicien, faciliten y legitimen el proceso de descentralización/desconcentración del sector salud (MS y CSS), disponibles antes de finalizar el bienio.

3. Por lo menos el 70% del personal del MS y de la CSS con responsabilidad de dirigir servicios y programas de salud, de administrar recursos y de ejecutar presupuesto han recibido capacitación en planificación, administración y gerencia estratégica al finalizar 1996.

4. Métodos y estrategias para la priorización de grupos de población y la aplicación de acciones específicas para su apropiada atención, disponibles antes de finalizar el primer año.

5. Instrumento legal (Acuerdo o Convenio entre MS y la CSS) que establece los Términos de Referencia y regule la integración de los servicios y los mecanismos de coordinación, disponibles al tercer semestre del bienio.

1. El Sistema de Información Gerencial (SIG) ha sido instalado y está siendo utilizado regularmente en el 80% de los hospitales del MS y CSS, antes de finalizar el bienio.

2. Por lo menos quince módulos del Sistema de Información para la Gestión Local (SIGLO) han sido instalados y están siendo utilizados en el 100% de los SIS y en el nivel central del MS y la CSS, antes de finalizar el bienio.

3. El Sistema de Información de Ingeniería y Mantenimiento ha sido instalado y está siendo utilizado en el 80% de los hospitales del MS y de la CSS antes de finalizar el bienio.

4. Por lo menos 300 funcionarios con cargo de dirección, jefatura y administrativo de hospitales del nivel regional y del nivel central han sido capacitados en la aplicación, uso e interpretación de resultados de los sistemas SIG y SIGLO, al tercer semestre del bienio.

5. Por lo menos 100 funcionarios de hospitales, del nivel regional y del nivel central han sido capacitados en el uso, aplicación e interpretación de resultados del SIIM antes de finalizar 1996.

1. Cuadro Básico Nacional Unico de Medicamentos (MS y CSS) elaborado y aprobado antes de finalizar el bienio.

2. Cuadro Básico Nacional Unico de Medicamentos por niveles de atención y de complejidad y sus respectivos formularios terapéuticos disponibles en el 100% de los establecimientos de salud del MS y de la CSS.

Objetivos

4. La Oficina de Coordinación de Contingencias en Salud del Ministerio de Salud está debidamente organizada con su misión, propósito, objetivos, responsabilidades, jurisdicción y mecanismos de coordinación intra e interinstitucional claramente definidos.

5. Programa Nacional de Recursos Humanos inscrito en el proceso de modernización del sector salud, formulado y disponible para su ejecución.

PROYECTO 3: SALUD AMBIENTAL

PROPOSITO

Fortalecer las capacidades nacionales para brindar adecuadamente los servicios básicos de saneamiento, abastecimiento de agua, eliminación de desechos y de excretas así como mejorar y preservar las condiciones ambientales que afectan la salud humana en el marco de la estrategia del desarrollo sostenible, dando seguimiento a los compromisos derivados de la CNUMAD-92 y en forma específica a los principios enunciados en su Agenda 21.

Indicadores

3. Por lo menos 500 funcionarios de los niveles central, regional y local han sido capacitados en el uso de los cuadros básicos, antes de finalizar el bienio.

4. El desabastecimiento de medicamentos en hospitales nacionales y regionales y centros de salud y policlínicas se ha reducido en por lo menos 50% antes de finalizar el bienio.

5. En por lo menos el 90% de los hospitales y centros de salud y policlínicas existe programa de educación para fomentar la prescripción y uso racional de medicamentos.

1. Instrumento legal que corresponda (Resolución, Acuerdo, u otro) que crea oficialmente la Oficina de Coordinación de Contingencias en Salud aprobado y en vigencia antes de finalizar 1996.

2. Manual de Normas y Procedimientos de la Oficina elaborados y aprobados antes de finalizar 1996.

3. Equipo humano de la Oficina debidamente organizado y sus respectivas funciones y atribuciones claramente definidas antes de 1996.

4. Plan de Contingencias del Sector Salud diseñado, concertado y aprobado al final del bienio.

1. Sub-programa de Educación Permanente para personal del sector salud operando a nivel distrital, con énfasis en capacitación gerencial, análisis de situación de salud, sistemas de información, durante el primer año del bienio.

2. Equipos de salud en los niveles locales y regionales en las 12 regiones de salud capacitados y aplicando la metodología de Análisis del Desempeño como método de trabajo en salud durante 1996.

3. Sub-programa Universidad y Salud de la Población operando en 6 de los 38 distritos de extrema pobreza durante el bienio.

4. Grupo de trabajo intrauniversitario que actúe como promotor del liderazgo universitario en salud, promoviendo la actualización de docentes y la revisión de los planes en el contexto de la modernización del sector.

5. Sistema de Información Nacional de Recursos Humanos en Salud operando durante 1996.

1. Número de proyectos en desarrollo para apoyar al país en salud ambiental: agua potable, letrínación, recolección de desechos sólidos y excretas, recolección y tratamiento de aguas residuales.

2. Número de instancias de coordinación interinstitucional funcionando adecuadamente en la consecución del propósito.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha logrado el fortalecimiento de la capacidad gerencial de las instituciones del sector comprometidas con las áreas de abastecimiento de agua potable, el saneamiento, la eliminación de residuos sólidos y la protección de las fuentes de agua.
2. Se ha logrado fortalecer las capacidades nacionales de toma de decisiones y gestión en el campo de la salud ambiental.
3. Apoyo a un mejor conocimiento y gestión de problemas derivados de la exposición a sustancias peligrosas que afectan la salud humana, tanto en ambientes naturales como en ambientes laborales.
4. Incorporación de la comunidad organizada en los procesos de gestión ambiental integral para preservar la salud humana.
5. Se ha iniciado, luego de un análisis sectorial, la formulación, gestión y ejecución de proyectos de inversión en agua potable, saneamiento básico y protección ambiental acorde a los objetivos del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y salud (PIAS).

3. Establecimiento de un Plan Continuo de Capacitación Gerencial, que incluya áreas tales como: sistemas de información, toma de decisiones, evaluación de los procesos técnicos-administrativos, negociación, liderazgo, reformas sectoriales y gobernabilidad, en materia de saneamiento básico y temas de calidad ambiental.
4. Incremento de la capacidad de convocatoria, liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud en el área de la Salud Ambiental.
5. Formulación y puesta en marcha del Plan Nacional de Inversiones dirigido al Sector Ambiente y Salud en el marco de la Iniciativa del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS).
 1. Propuesta elaborada y en ejecución, de un Plan Continuo de Capacitación Gerencial con la participación de las diversas entidades del sector.
 2. Número de cursos y/o seminarios de Capacitación Gerencial, de participantes, y de instituciones representadas en los mismos.
 3. Número de proyectos formulados, gestionados y aprobados de salud ambiental.
 1. Sectores, áreas y actividades de coordinación interprogramática de las siguientes instituciones en los temas del saneamiento básico y la calidad ambiental: MINSA, CSS, IDAAN, DIMA, INRENARE, IRHE, CONAMA, Universidades y ONGs.
 2. Número de proyectos formulados con apoyo de OPS, CIASMA y ONGs, y resultado de sus gestiones con diversas agencias de cooperación internacional.
 3. Actividades de seguimiento a los compromisos derivados de la Conferencia Panamericana de la Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano sostenible, con el involucramiento de las diversas instituciones del sector.
 1. Movilización de la cooperación técnica de CEPIS, ECO y HPE, en término de meses/consultores y apoyo bibliográfico.
 2. Número de cursos, de participantes y de instituciones sobre temas de oxicolofía ambiental y laboral.
 3. Establecimiento del Plan Nacional de Prevención de riesgos por sustancias peligrosas.
 4. Desarrollo de un Centro Nacional de Intoxicaciones, en el que concurran los esfuerzos de las instituciones del sector, a saber: MINSA, MIDA, CSS, Universidades, etc.
 1. Número de actividades de salud ambiental realizadas en el bienio con la participación social.
 1. Establecimiento y operación del fondo de preinversión (FOPAS) con un aporte nacional de al menos el doble que el actual; utilización por parte de las entidades del sector y número de agencias del sistema de Naciones Unidas involucradas en la operación.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 4: PROMOCION DE LA SALUD

PROPOSITO

Contribuir al desarrollo de la estrategia de Promoción de la Salud, mediante una mayor difusión, comprensión e incorporación a nivel de las autoridades nacionales, locales, trabajadores de la salud y la población, que permita el desarrollo de estilos de vida saludables basados en la comunicación social y participación comunitaria como ejes dinamizadores, así como la formulación de políticas y leyes de salud pública.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Tener formulado y en vías de aplicación políticas de salud pública en relación a la drogadicción, tabaquismo, prevención y control de la violencia.
2. Haber estimulado la declaración por parte de las autoridades municipales de metas para mejorar los estilos de vida e incrementado la participación de la comunidad.
3. El Ministerio de Salud coordinando acciones integrales de salud con sectores gubernamentales y no gubernamentales para la solución de problemas integrales.

2. Realización del Estudio Sectorial de Agua Potable y saneamiento y su adopción como documento rector de la política sectorial.

3. Interrelación y coordinación de las entidades del sector frente a las necesidades identificadas en salud y ambiente.

4. Establecimiento de una cartera de proyectos de inversión debidamente priorizados en saneamiento básico, con financiamiento y en ejecución.

5. Establecimiento y desarrollo del Plan Maestro de Inversiones en Ambiente y Salud con la participación de todas las instituciones del sector y bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

6. Número y tipo de actividades de apoyo al proyecto de saneamiento de la bahía de Panamá y su área metropolitana.

1. Porcentaje de municipios, localidades o ciudades con planes de promoción de la salud de las personas y el ambiente.

2. Número de iniciativas desarrolladas sobre políticas y/o leyes sobre la promoción de la salud.

3. Definición de políticas nacionales de salud reproductiva, elaboración y puesta en marcha de un programa para tal fin.

4. Grado de desarrollo y ejecución del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.

5. Consolidación y puesta en marcha del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores.

6. Formulación e implementación de políticas nacionales de comunicación para la salud.

1. Número de leyes formuladas y en vías de ejecución.

2. Planes y Programas intersectoriales en marcha.

3. Base de datos y análisis sobre drogadicción y acciones de violencia.

1. Programa de educación para la salud en ejecución.

2. Tipos de comportamientos modificados.

3. Declaración de municipios saludables según indicadores.

4. Comites de la comunidad funcionando.

1. Número de sectores o instituciones participando en acciones de salud integrales.

2. Tipos de coordinaciones establecidas.

Objetivos

4. Haber incorporado componentes para el mejoramiento del estado nutricional en los planes de promoción de la salud desarrollados en el país.

5. Plan Nacional de Salud de los Trabajadores consolidado y en ejecución.

6. Haber difundido e impulsado la comunicación social como componente de los planes y/o programas de salud tanto del Ministerio como del Seguro Social; así como el posicionamiento del tema salud en la agenda política local y nacional.

7. Promover la implementación de políticas nacionales que permitan la formulación y puesta en marcha de un Programa Nacional de Salud Reproductiva con especial énfasis en la población adolescente.

PROYECTO 5: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**PROPOSITO**

Apoyar el fortalecimiento de acciones de carácter preventivo y evitar la aparición y difusión de enfermedades transmisibles mediante la incorporación de técnicas e insumos preventivos en los diferentes programas de salud y la comunidad; así como de las enfermedades denominadas crónico-degenerativas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se espera obtener coberturas satisfactorias con los diferentes biológicos para las enfermedades inmunoprevenibles y haber eliminado el sarampión y el tétanos neonatal.

Indicadores

1. 40% de municipios, ciudades o comunidades saludables con componentes de alimentación y nutrición en ejecución.

2. 80% de cumplimiento de los componentes de alimentación y nutrición del plan en ejecución.

1. Contar con un Plan Nacional de Salud de los Trabajadores consolidado y en ejecución.

2. Divulgación del plan y capacitación del personal en materia de salud ocupacional.

1. Número de programas que hayan incorporado el componente de comunicación social.

2. Número de actividades interprogramáticas para el diseño de intervenciones de comunicación a nivel local.

3. Número de actividades de capacitación en comunicación social.

4. Incremento del abordaje de salud en los medios masivos de comunicación durante el bienio.

1. Promulgación de una ley regente de la política nacional en salud reproductiva.

2. Creación y puesta en marcha de un número de Centros Modelos en Salud Reproductiva del Adolescente.

3. Aumento del uso de anticoncepción segura por los adolescentes.

4. Disminución del número de embarazos no deseados de las adolescentes.

5. Número de jóvenes capacitados como promotores de liderazgo en salud reproductiva de sus coetáneos.

6. Número de grupos multidisciplinarios capacitados en salud reproductiva del adolescente en las 12 regiones del país.

1. Número de programas consolidados en el nivel local dirigidos a enfermedades crónico-degenerativas y transmisibles.

2. Cobertura de los programas o acciones para la prevención y control de enfermedades transmisibles en regiones y grupos específicos.

3. Número de investigaciones operativas y técnicas preventivas prácticas incluidas en los programas de control de enfermedades diarreicas, cólera y enfermedades transmitidas por alimentos.

1. Número de distritos con bajas coberturas.

2. 90% de jornadas de vacunación realizadas.

Objetivos

2. Contar con un programa nacional del SIDA-ETS estructurado con diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para la prevención, control y vigilancia del VIH-SIDA y ETS.

3. Un programa de lucha contra la tuberculosis con mayores niveles de cobertura a nivel nacional y un programa consolidado sobre el control de vectores apoyado con un sistema de vigilancia epidemiológica que permita la dirección de acciones de manera estratificada.

4. Investigaciones operativas desarrolladas para el conocimiento de métodos prácticos y adecuados en higiene de los alimentos y del agua así como el control de brotes y vigilancia de enfermedades diarreicas, cólera y otras enfermedades transmitidas a través de los alimentos, a nivel de familias y comunidades.

5. Que al final del período el país cuente con un programa nacional de prevención y control de zoonosis participativo, sensible, ágil, objetivo y amplio, de modo que permita la adopción de medidas adecuadas y oportunas, y evaluar su impacto.

PROYECTO 6: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Cooperar con el gobierno nacional en la movilización de recursos humanos y científico-técnicos para el intercambio de conocimientos y experiencias con países de las subregiones Centroamericana, Andina y el Caribe.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mecanismo de cooperación técnica entre países en funcionamiento, dentro de la iniciativa centroamericana y con otros países del Caribe y Area Andina, con énfasis en las áreas de reforma del sector y enfermedades tropicales.

Indicadores

1. 70% de la población bajo riesgo cubierta con mensajes vía radial, televisiva y gráfica.

2. 95% de los condones planificados distribuidos en las regiones de salud.

3. 100% de pruebas realizadas según planificación y sitios centinelas.

1. Número de trabajadores de salud capacitados en el programa.

2. Número de módulos de registro del programa implementados en las unidades de salud.

3. Número de personal capacitado en el programa.

4. Número de localidades o comunidades prioritarias.

5. Número de reportes de vigilancia epidemiológica.

1. Número de investigaciones realizadas con conocimientos, actitudes y prácticas de higiene personal y de los alimentos que sean utilizados por las madres del área rural.

2. Número de investigaciones participativas (grupos focales) en expendios de alimentos o ventas callejeras.

3. Actividades de capacitación y divulgación de métodos prácticos de higiene personal y de los alimentos con proveedores y usuarios de los servicios institucionales.

1. Diseño y aprobación de un programa nacional.

2. Grado de implementación a nivel nacional.

3. Grado de participación de profesionales privados.

4. Comités locales implementados.

1. Cooperación Técnica entre Países incorporada en forma sistemática al desarrollo de las iniciativas bilaterales y subregionales.

1. Convenio CTP COR/PAN en desarrollo para control y vigilancia epidemiológica en la zona fronteriza.

2. Iniciativa intrapaíses sobre la red de centros de investigación en enfermedades tropicales operando entre PAN, ECU, COL, CUB, y VEN.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 7: APOYO AL DESARROLLO, GESTION Y COORDINACION DE LOS PROGRAMAS EN EL PAIS****PROPOSITO**

Apoyar el desarrollo del programa de cooperación técnica de la Representación de acuerdo a las orientaciones estratégicas y programáticas establecidas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programa de cooperación técnica desarrollado en forma eficiente para apoyar los planes y programas de salud del país.

3. Proceso de monitoreo e intercambio de experiencias sobre reforma del sector establecido y funcionando dentro de la iniciativa centroamericana y con otros países del Caribe y el Area Andina.

4. Número de funcionarios capacitados en los centros de investigación y número de proyectos formulados y en desarrollo.

5. Seis reuniones de monitoreo y vigilancia epidemiológica en la frontera COR/PAN realizadas en el bienio.

6. Cuatro reuniones para monitoreo e intercambio de experiencias sobre reforma del sector realizadas en el bienio.

1. Programa de cooperación técnica 96-97 formulado y aprobado.

1. Ejecución eficiente del 85% de la programación bienal.

2. 36 funcionarios profesionales y de servicios generales actualizados en el proceso de gerencia de la cooperación técnica.

3. 24 cursos y actividades de educación continua en las áreas de informática, idiomas, relaciones humanas y actualización científico-técnica.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	801,100	38.6	942,600	41.6	1,035,800	42.0	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	747,500	36.0	836,700	37.0	913,400	37.0	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	747,500	36.0	836,700	37.0	913,400	37.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	0	-	43,900	1.9	50,800	2.1	
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	0	43,900	1.9	50,800	2.1	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	53,600	2.6	62,000	2.7	71,600	2.9	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	53,600	2.6	62,000	2.7	71,600	2.9
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,038,100	50.0	851,600	37.6	913,800	37.2	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	952,300	45.9	769,500	34.0	818,900	33.3	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	952,300	45.9	769,500	34.0	818,900	33.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	85,800	4.1	82,100	3.6	94,900	3.9	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	85,800	4.1	82,100	3.6	94,900	3.9
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	0	-	98,600	4.4	110,800	4.5	
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	98,600	4.4	110,800	4.5	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	98,600	4.4	110,800	4.5	
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	107,000	5.2	306,900	13.6	328,600	13.4	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	107,000	5.2	306,900	13.6	328,600	13.4	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	74,400	3.6	306,900	13.6	328,600	13.4
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	32,600	1.6	0	0	0	-

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	128,200	6.2	62,500	2.8	72,200	2.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	59,800	2.9	62,500	2.8	72,200	2.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 59,800	2.9	62,500	2.8	72,200	2.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	68,400	3.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 68,400	3.3	0	-	0	-
GRAN TOTAL	2,074,400	100.0	2,262,200	100.0	2,461,200	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	62,700	3.5	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD	13,800	.8	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	13,800	.8	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	30,700	1.7	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	25,000	1.4	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	5,700	.3	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	18,200	1.0	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	18,200	1.0	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	714,200	39.0	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	714,200	39.0	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	714,200	39.0	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	155,600	8.6	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	155,600	8.6	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	90,400	5.0	0	-	0	-
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	65,200	3.6	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	218,700	12.0	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	218,700	12.0	0	-	0	-
EVALUAC./GEST. DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	148,700	8.2	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	70,000	3.8	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	672,100	36.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	672,100	36.9	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	61,800	3.4	0	-	0	-
SIDA	407,000	22.3	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	203,300	11.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	1,823,300	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995										
OPS - PR	911,000	1	0	270,400	83,700	15,900	122,000	17,700	0	214,100
OMS - WR	1,163,400	3	4	890,700	22,200	21,100	0	25,500	0	203,900
TOTAL	2,074,400	4	4	1,161,100	105,900	37,000	122,000	43,200	0	418,000
% DEL TOTAL	100.0			55.9	5.1	1.8	5.9	2.1	.0	20.2
1996-1997										
OPS - PR	1,238,400	2	0	528,900	82,000	24,200	66,000	15,100	0	242,800
OMS - WR	1,023,800	2	4	704,000	20,800	24,400	0	67,000	0	207,600
TOTAL	2,262,200	4	4	1,232,900	102,800	48,600	66,000	82,100	0	450,400
% DEL TOTAL	100.0			54.6	4.5	2.1	2.9	3.6	.0	19.9
1998-1999										
OPS - PR	1,350,300	2	0	553,200	82,000	28,100	66,000	17,400	0	280,500
OMS - WR	1,110,900	2	4	744,600	20,800	28,200	0	77,400	0	239,900
TOTAL	2,461,200	4	4	1,297,800	102,800	56,300	66,000	94,800	0	520,400
% DEL TOTAL	100.0			52.7	4.2	2.3	2.7	3.9	.0	21.1

PARAGUAY

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población de Paraguay pasó de 3.03 a 4.1 millones en el período de 1982 a 1992, según datos del censo de 1992. La estructura demográfica es de una población joven, pues el grupo de 0-15 años corresponde al 40.1%, los de 15 a 64 años al 56.2% y los de más de 65 años 3.7%. Las mujeres en edad fértil representan el 24.2% de la población. La tasa de natalidad estimada para 1995 es de 33.04/1000 habitantes y la fecundidad de 4.34 hijos. La población urbana pasó de 43.0 a 51.0%. Para el año 1995 la población estimada es de 4.5 millones y para el año 2000 será de 5.1 millones de habitantes.

Indicadores del estado de salud

2. El perfil epidemiológico de salud corresponde a un período de transición, en razón de la ocurrencia de causas de morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales en las poblaciones jóvenes y crónicas y degenerativas en los adultos. La esperanza de vida al nacer para 1994 fue de 67.3 años.

3. Con relación a los datos de mortalidad hay que tener en cuenta el subregistro estimado de certificados de defunciones de 47.1% para el país en el año 1992.

4. Para 1993, la tasa estimada de mortalidad general fue de 6.4 por 1000 habitantes y la mortalidad infantil estimada para el mismo año fue de 47.0 por mil nacidos vivos.

5. En el grupo de 1-4 años, las principales causas de mortalidad en 1993, fueron las IRAs y las diarreas. Las principales causas de mortalidad materna fueron en 1993, el aborto, la hemorragia y la toxemia.

6. Los signos y síntomas mal definidos representaron en 1992 el 7.6% de todas las causas generales de defunción.

7. Las diarreas, respiratorias agudas e inmunoprevenibles son las causas de morbilidad más importantes y que son responsables por la mayoría de las hospitalizaciones en el grupo de menores de 5 años.

8. La malaria se presenta en una zona de alta incidencia (Departamento de Alto Paraná), pero presenta un descenso de una incidencia de 1.2 por 1.000 habitantes en 1988 a 0.2 en 1993. La Leishmaniasis que presentó un registro de 1392 casos en 1992 bajó a 300 en 1993 y está concentrada en los departamentos donde se desarrollan asentamientos agrícolas (Departamentos de Alto Paraná, Canindeyú y San Pedro).

9. Varias encuestas sobre Chagas indican que existen altas tasas de infestación, con hasta 80% en algunas áreas de la Región Oriental y una también alta seroprevalencia superior al 20%. La prevalencia de infección en donantes de sangre en el país oscila entre 2.8% y 11.5%.

10. Con relación al SIDA, hasta junio de 1994 el número de casos acumulados fue de 78 y hasta agosto el número de infectados acumulados fue de 347.

11. Entre las zoonosis, la rabia canina sigue presentándose en forma generalizada en el país. Las acciones de control no han tenido el éxito deseado. Entre 1990 y 1993 se presentaron 13 casos en humanos. La fiebre aftosa, la brucelosis y la tuberculosis bovina, por los daños que ocasionan a la población y a la economía nacional son de suma importancia. Entre 1990 y 1993 se registraron 115 focos aftósicos, todos los cuales fueron tratados. Además, se realizó vacunación perifocal y sistemática a lo largo del año con aplicación anual de cerca de 12 millones de dosis de vacuna.

Factores que afectan el estado de salud

12. Los principales factores que afectan la salud de la población del Paraguay no son diferentes de los que afectan la salud de la mayoría de los pueblos de la Región.

13. Desde el punto de vista ambiental, las bajas coberturas de servicios de agua y saneamiento, y sistemas inadecuados o inexistentes para el tratamiento de excretas y basuras son responsables por el predominio de enfermedades diarreicas y parasitarias en niños y adultos. En el área urbana, sólo el 37% de la población dispone de agua corriente y el 25% de sistemas de alcantarillado. En el área rural la situación es más seria, sólo el 12% de la población dispone de acceso a agua potable y el 33% a letrinas o tanques sépticos.

14. La contaminación del agua y del suelo es un problema creciente, debido al uso indiscriminado de agrotóxicos, al deficiente control de los sistemas de eliminación de desechos industriales, y al volcado de basuras y eliminación de aguas servidas sin tratamiento en los cursos de agua.

15. Las condiciones inadecuadas de vivienda y su déficit acumulado, estimado en más de 300.000 viviendas, déficit que crece a un 5% anual (se estima que solamente en el área de Asunción existen 50.000 familias en condiciones de marginalidad), son factores de hacinamiento y falta de higiene que favorecen las altas prevalencias de enfermedades transmisibles, en especial de las vías respiratorias, que figuran entre las primeras causas de muerte en la infancia.

16. Otro factor importante es la deficiencia en la educación básica y sanitaria. El analfabetismo es de más del 20%, y se estima la existencia de un alto grado de analfabetismo funcional, debido a la ocupación temprana en labores del campo y otras. La tasa nacional de deserción escolar primaria es del 52%. La desnutrición protéico-calórica, y el déficit de micronutrientes (hierro e iodo) continúan siendo problemas que se traducen en un 24% de niños de 12 a 23 meses de edad con desnutrición crónica, y un promedio nacional de 48,6% de bocio, en escolares de 6 a 16 años de edad. Estos factores, sumados a los anteriores, explican por sí solos las altas tasas de mortalidad infantil, y sus causas que en 1992, fueron en el 22% de los casos, enfermedades respiratorias agudas, diarreas y desnutrición.

17. Con relación a los servicios de salud, se estima que solamente el 35% de la población tiene acceso a los mismos, los programas de salud no han logrado, hasta el momento, que las acciones básicas lleguen a todos los grupos en riesgo, especialmente en lo que se refiere a las poblaciones rurales, marginales urbanas e indígenas. Por otra parte, el personal de salud muestra deficiencias en capacitación para la administración de servicios, y hay escasez de personal capacitado, en especial a nivel de los servicios del interior del país.

18. Los factores mencionados, entre otros, tienen como sustrato la pobreza e indigencia en que viven importantes grupos de población, como consecuencia de la mala distribución de la riqueza, y de los problemas económicos que sufre el país. Se estima que el 10% de la población concentra el 42% de la riqueza total del país, y de acuerdo al último censo agropecuario, en 1991, 351 propietarios poseían casi 10 millones de hectáreas, o sea, poco menos del 50% de las tierras disponibles para uso agropecuario. El desempleo afecta a un 10% de la población económicamente activa (PEA) y se estima una tasa de subempleo del 50% de la PEA.

19. Según un reciente estudio, realizado por la Universidad Nacional de Asunción y el BID, una década tres habitantes del país vive en la pobreza.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

20. Desarrollo y protección del ambiente: El estado de salud está fuertemente influenciado por las bajas coberturas de agua y saneamiento y la disposición final de excretas y basuras. En el área urbana, solamente el 37% dispone de agua corriente y sólo el 25% de alcantarillado. En el área rural sólo el 12% dispone de agua potable y el 33% de letrinas o tanques sépticos. La contaminación del agua y del suelo es un problema que crece constantemente debido al uso indiscriminado de tóxicos, sobre todo en el agro, y al deficiente control de las industrias.

21. La deforestación que ha reducido la superficie boscosa de 68.364 km² en 1945 a 35.000 en 1992, ha generado un proceso de erosión y destrucción de los ecosistemas naturales y la inminente extinción de varias especies animales. Esto afecta fundamentalmente a los grupos indígenas que se asientan en las reservas ecológicas. Las aguas residuales son descargadas a los cursos de agua, afectando en especial a los ríos Paraguay y Paraná, sobre los cuales se asientan las principales poblaciones del país. Las coberturas con servicios de atención sanitaria son bajas y las posibilidades de incrementarla significativamente están limitadas por aspectos de tipo presupuestario y por la ineficiencia de la administración de los servicios. Existe un déficit acumulado de 310 mil viviendas, que se incrementa a razón de 15 mil por año, de lo cual no se logra satisfacer ni siquiera el 50%. Solamente en el área metropolitana de Asunción existen, según estimaciones, 50 mil familias en condiciones de marginalidad.

22. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: La fragmentación del sector crea duplicaciones innecesarias que no han sido superadas a pesar de los esfuerzos realizados por las instituciones a través del Consejo Nacional y de los Consejos Regionales de Salud. Se estima que solamente el 35% de la población recibe atención directa de servicios. Los programas de salud no han logrado que las acciones básicas de protección, fomento y recuperación lleguen a todos los grupos en riesgo y la participación social es muy limitada. El modelo de salud se orienta básicamente a la atención de la demanda por daños, las acciones de fomento y protección no han recibido el apoyo político y los recursos necesarios. El

personal de salud acusa deficiencias de capacitación para la administración de los servicios y hay escasez de personal capacitado de auxiliares de enfermería y técnicos, sobre todo en los servicios del interior del país. Los programas de formación en pre y post grado no son compatibles con los problemas de salud de la población y la capacitación en servicios es un proceso que apenas se inicia.

23. Salud en el desarrollo humano: Otros factores de importancia son la deficiente educación básica y sanitaria. Existen un analfabetismo funcional muy importante debido a la ocupación temprana en labores del campo. El presupuesto del Ministerio de Salud Pública durante los últimos tres años ha sufrido fuertes incrementos en términos reales, pero el valor adquisitivo del Guaraní, moneda nacional, se ha deteriorado significativamente. Los gastos de personal representan más del 80.6% de los gastos corrientes de operación, lo que limita la disponibilidad de suministros críticos. La deuda externa, aunque reducida, y la recesión económica mundial, han afectado la situación económica del país, generando inflación moderada pero sostenida (20% anual) que afecta fundamentalmente a los grupos de menores ingresos. El gobierno desarrolla una política neoliberal que no ha logrado reducir los gastos del gobierno central y recurrir a créditos externos.

24. Promoción y protección de salud: El país presenta, como señalamos, un perfil de acumulación epidemiológica en el que se suman a los problemas que guardan estrecha relación con la pobreza, aquellos asociados con los riesgos generados por la urbanización acelerada y desordenada, los cambios demográficos, hábitos y conductas lesivas, etc. Es así que a las altas tasas de mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas y diarreas, y maternas por aborto, hemorragia y toxemia, se suman las muertes por enfermedades del aparato circulatorio, cerebro-vasculares y tumores, que constituyen las tres primeras causas de mortalidad, acumulando, en 1993, el 47% del total de muertes registradas. Los accidentes y homicidios totalizaron, en el mismo año, el 8.5% de las muertes registradas, apareciendo en el quinto y noveno lugar, respectivamente, entre las causas de muerte.

25. Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública viene implementando componentes educativos y de comunicación social en apoyo a los Programas de Prevención y Control del SIDA, cólera, uso indebido de drogas, alcoholismo, salud familiar, supervivencia infantil, salud del adolescente, y otros.

26. Se ha reglamentado la utilización de mensajes referentes al efecto sobre la salud de las propagandas de cigarrillos, y prohibido mensajes publicitarios referentes al tabaco y alcohol utilizando eventos relacionados al deporte. Asimismo, fue creado un Programa de Prevención de la Drogadicción, y un Proyecto de Escuelas Saludables. No obstante, hasta el momento no existen evaluaciones de alcance e impacto a nivel nacional de dichos programas.

27. Por otra parte, no existe un Programa Nacional de Promoción de la Salud que establezca objetivos y estrategias, introduciendo coherencia en las actividades mencionadas y otras que se realizan de manera inconexa, limitando la cobertura y posibilidades de impacto. Son realizadas actividades de comunicación social y capacitación, el proceso de participación social está en sus comienzos, y son escasas las actividades de información e investigación; al igual que las acciones intersectoriales y de impulso a la formulación de políticas públicas saludables.

28. La carencia de definiciones políticas claras en este campo dificultan la obtención de recursos para los programas y su continuidad más allá de los cambios político-administrativos.

29. Prevención y control de enfermedades: La morbilidad, al igual que la mortalidad, sufre un marcado subregistro. No obstante, los datos recogidos por el Ministerio de Salud Pública muestran un marcado predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias, en su mayoría pasibles de control o reducción mediante acciones preventivas.

30. Durante el año 1992, el Ministerio registró aproximadamente 246.000 infecciones respiratorias; 88.000 consultas por caries dentarias; 76.000 anemias en todas sus formas; 66.000 casos de parasitosis; 50.000 casos de diarrea; 19.000 casos de hipertensión arterial; 14.000 casos de accidentes, etc. Se trata de casos nuevos registrados durante el año. No encontramos datos de casos de enfermedad mental.

31. En el mismo año fueron registrados aproximadamente 2.100 casos de enfermedades de transmisión sexual, en su mayor parte constituidos por sífilis; 2.066 casos de sarampión; 1.927 casos de tuberculosis pulmonar; 436 casos de malaria y 405 casos de lepra.

32. La leishmaniasis, que presentó un registro de 1.392 casos en 1992, registró 300 en 1993, estando concentrada en 3 departamentos donde se instalaron asentamientos agrícolas.

33. Varias encuestas sobre chagas indican altas tasas de infestación, con hasta 80% en algunas áreas de la Región Oriental, y una seroprevalencia superior al 20%. La prevalencia de infección a donantes de sangre en el país, oscila entre 2.8% y 11.5%. Con relación al SIDA, hasta junio de 1994 el número de casos acumulados fue de 78 y hasta agosto el número acumulado de infectados fue de 347.

34. Entre las zoonosis, la rabia continua provocando muertes, habiéndose registrado 13 defunciones por esta causa en el período 1990-1993.

35. La desnutrición proteico - calórica, y la carencia de micronutrientes (deficiencia de hierro e iodo) continúan como los principales problemas nutricionales en el país. La desnutrición crónica afecta al 24% de niños de 12 a 23 meses de edad. Una encuesta nacional de prevalencia del bocio endémico realizada en 1988, mostró un promedio nacional de 48.6% en escolares de 6 a 16 años de edad.

36. Las enfermedades inmunoprevenibles muestran una tendencia descendente; no se han presentado casos de poliomielitis desde 1986; en 1993 se presentaron 26 casos de tétanos neonatal; no obstante, el sarampión presentó un pico epidémico en 1993 con 2.066 casos.

37. En el campo del control de enfermedades, el Ministerio de Salud Pública viene desarrollando múltiples programas. Uno de los de mayor éxito es el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que consiguió en 1986 cortar la cadena de transmisión de la poliomielitis. El sarampión y el tétanos neonatal aún no han sido controlados totalmente por cobertura insuficiente.

38. El Programa de Control de la Tuberculosis, que continúa centralizado y con escasos recursos, sufre un proceso de fortalecimiento, con énfasis en las actividades de normatización, capacitación, supervisión y revisión de esquema de tratamiento.

39. El Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) está implementado, pero no a todos los niveles de atención por falta de capacitación del personal.

40. El Programa de Control de la Malaria obtuvo una reducción considerable en el número de casos registrados que pasaron de 1.289 en 1992, a 436 en 1993.

41. No obstante, es necesario continuar los esfuerzos para mejorar los programas de control de las infecciones respiratorias agudas y diarreas, principales causas de morbi-mortalidad infantil, como así también fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica. Asimismo, es importante aumentar la cobertura del control de sangre para prevenir la transmisión por esta vía de la Enfermedad de Chagas y del VIH.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud

42. El país dispone de una amplia red de servicios de salud, estructurada por niveles de complejidad, distribuida en dos instituciones principales, el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Previsión Social, que en conjunto cubren el 80% de la población. El Sistema Nacional de Salud está consignado en la Constitución Política de 1992 y todos los esfuerzos hacia el futuro se orientarán al desarrollo y consolidación de dicho sistema.

43. Las orientaciones políticas del nuevo gobierno instaurado el 15 de agosto de 1993, establecen como principales líneas de acción el mejoramiento de la capacidad resolutive de la red de servicios mediante la descentralización de los procesos técnico administrativos en las regiones sanitarias, para lo cual se concede mayor importancia al rol normativo, supervisor y evaluador del nivel central. El fortalecimiento y amplia implementación de la Promoción de la Salud en todos los niveles; la implementación de la estrategia de APS en un modelo sectorial unificado (Sistemas Locales de Salud); la coordinación interinstitucional; la atención de los problemas principales de salud que afectan a la población; en especial a los grupos marginados del campo y de las ciudades; el mejoramiento de la calidad de la atención; la atención a la salud ambiental y el mejoramiento de la gerencia del sector. Estas deberán tener expresión operativa a nivel de los Sistemas Locales y del Sistema Nacional de Salud. La participación social se impulsará con diferentes estrategias en un esfuerzo para mejorar la calidad de vida y el bienestar social.

44. Para que estas líneas se desarrollen, es necesario que se perfeccionen los sistemas administrativos; que se capacite al personal; que se desarrolle el sistema de información para la gerencia; concediéndose a ésta una alta prioridad; que se consolide la programación local y se desarrollen los sistemas de evaluación de procesos e impactos así como de la calidad de la atención; la atención a la salud ambiental y el mejoramiento de la gerencia del sector. Estas deberán tener expresión operativa a nivel de los Sistemas Locales y del Sistema Nacional de Salud. La participación social se impulsará con diferentes estrategias en un esfuerzo para mejorar la calidad de vida y el bienestar social.

45. Los grupos de riesgo prioritario son los indígenas y campesinos, las madres, los niños, los adolescentes, los trabajadores y los ancianos, para cuya atención se intensificarán las acciones de salud. Reviste mucha importancia incrementar la cobertura contra las enfermedades prevenibles por vacunación, sobre todo mantener la incidencia negativa de poliomielitis y reducir drásticamente la incidencia del sarampión en un programa ampliado a toda la población menor de 14 años.

46. Aumentar la cobertura con servicios de disposición de desechos y provisión de agua potable es de alta prioridad para el Ministerio de Salud, que se propone obtener fondos nacionales y externos para fortalecer las acciones destinadas a tal fin.

47. La cooperación entre países, sobre todo en el marco del MERCOSUR, tiene una especial atención, así como la apertura a las Agencias del Sistema de Naciones Unidas y a otros organismos multilaterales y bilaterales. Cada vez se da más énfasis a la participación de las organizaciones de base y ONG's en las acciones para el mejoramiento integral de la salud.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

48. La entrega de la cooperación técnica para el bienio 96/97 tendrá como ejes centrales las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1995/1998 (OEP), el 9º Programa General del Trabajo de la OMS (PGT) y las Prioridades Nacionales para la Cooperación Técnica definidos en la última evaluación conjunta de cooperación, realizada en el mes de marzo de 1994.

49. En la formulación y ejecución de los programas de cooperación técnica se procurará que, dentro de las prioridades concertadas, las actividades que realice la Organización se centren en las áreas que tengan mayor potencial para producir impacto positivo en la transformación de la salud del país.

50. Para tal fin, se continuará promoviendo la multiparticipación y la coordinación de todos los recursos nacionales que contribuyen a la salud, en especial el apoyo a la implantación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud en ocho Regiones Sanitarias. Se apoyarán los esfuerzos nacionales para la detección y captación de recursos adicionales para el mejoramiento de la infraestructura y la difusión de conocimientos relevantes sobre el fomento y protección de la salud; se continuará el apoyo para la formulación de normas, políticas, planes y programas que aborden los principales problemas de salud, sobre todo aquellos que afectan a la población en mayor riesgo, así como la promoción de la investigación.

51. Se continuará promoviendo y apoyando el cumplimiento de los compromisos nacionales derivados de convenios o acuerdos regionales y sub-regionales, en particular los relacionados con el MERCOSUR, y dentro de éstos, los Programas de Salud de Fronteras y los temas acordados en la Reunión de Ministros de Salud del Cono Sur.

52. Se continuará impulsando la estrategia SILOS para la transformación de los servicios de salud a nivel local y para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud; se intensificará la difusión del nuevo enfoque de promoción de la salud y se promoverá el desarrollo de acciones que se enmarquen en el Plan Regional de Inversiones en Medio Ambiente y Salud.

La entrega de las actividades de cooperación se hará mediante los siguientes enfoques básicos:

53. Adiestramiento: Es una actividad constante y fundamental que insume un volumen importante de los recursos de la Representación, y que comenzará a ser canalizada

prioritariamente a través del nuevo Instituto Nacional de Salud con responsabilidades para la formación y capacitación de recursos humanos de nivel profesional, técnico, y auxiliar.

54. Preparación de políticas, planes y programas: Aspecto clave de nuestra cooperación, estará centrado en la cooperación con la política nacional de salud, programas nacionales de medicamentos esenciales, prevención de la mortalidad materna y perinatal; extensión de la cobertura de saneamiento básico y prevención y control de enfermedades prevalentes.

55. Difusión de la información: Mediante el fortalecimiento del Centro de Documentación de la Representación, sus relaciones con BIREME y REPIDISCA, y la coordinación con las diversas áreas y programas técnicos de la Organización continuaremos identificando y/o generando y difundiendo informaciones técnico científica en apoyo a los programas nacionales y a la formación y capacitación de los recursos humanos del sector.

56. Movilización de recursos: Actividad importante de la Representación centrada en la movilización de apoyo político a iniciativas de salud por parte del Congreso Nacional y cooperación con proyectos del Ministerio de Salud con el Banco Mundial, el BIRF y JICA en las áreas de servicio de salud, saneamiento básico y salud materno infantil.

57. Promoción de la investigación: Aunque la escasez de recursos limita nuestras acciones en este campo, cooperaremos en investigaciones sobre salud bucal; condiciones de vida de la tercera edad; estudios epidemiológicos y apoyo al desarrollo y fortalecimiento al Departamento de Investigaciones en Recursos Humanos del Instituto Nacional de Salud.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Desarrollar el Sistema Nacional de Salud e implantar el proceso de descentralización a nivel de los sistemas locales de salud (Regiones Sanitarias).

2. Desarrollar los procesos gerenciales mediante la Programación Local, la incorporación del concepto de la administración estratégica y el diseño e implementación de un sistema informático gerencial.

3. Fortalecer la organización y mejorar la infraestructura de servicios de salud para lograr incrementar la eficiencia y eficacia de las acciones dirigidas a la atención de salud materno infantil y adolescencia.

4. Mejorar los programas de control de las enfermedades con énfasis en SIDA, inmunoprevenibles, diarreas e infecciones respiratorias agudas, transmitidas por vectores y crónico degenerativas de mayor prevalencia.

5. Fortalecer el desarrollo de la Salud Pública Veterinaria con énfasis en el control de las principales zoonosis y de los alimentos.

6. Realizar estudios para mejorar el conocimiento de aspectos que permitan la reasignación y la mejor utilización de los recursos institucionales y del sector.

7. Mejorar los programas de formación y capacitación permanente de los recursos humanos.

8. Extender la cobertura de salud y de la seguridad social a grupos desprotegidos.

9. Incrementar la dotación de servicios básicos de agua, alcantarillado y basuras de vida.

10. Promover la salud mediante la participación social, la atención primaria de salud y la educación para la transformación de los estilos y de las condiciones

11. Desarrollar las capacidades para el uso de la epidemiología en el diagnóstico, la planificación, la gerencia y la evaluación de los programas y de las acciones de salud.

12. Mejorar el registro, la vigilancia y control de calidad de los medicamentos, biológicos, y productos similares.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO:

Asegurar la adecuada programación y entrega de la cooperación técnica de la OPS al país de acuerdo a las áreas de trabajo y líneas de acción de la OEP 95/98 y las prioridades nacionales que requieran cooperación técnica de la OPS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber realizado reuniones anuales para hacer seguimiento y actualización de la cooperación.

PROYECTO 2: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO:

Fortalecer la capacidad nacional para generar y cumplir los compromisos adquiridos en el marco de los convenios bilaterales y multilaterales para realizar acciones de salud en áreas de interés compartido, especialmente en zonas fronterizas, con los demás países del Cono Sur.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social estará capacitado para ejecutar acciones coordinadas en áreas de fronteras de Paraguay con los demás países para la prevención y control de enfermedades transmisibles.

2. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tendrá condiciones de ejecutar acciones coordinadas con los países del MERCOSUR en relación con el campo laboral del sector salud y para el control de calidad de alimentos y medicamentos.

1. Haber realizado tres reuniones anuales, una al fin de cada cuatrimestre, para hacer el seguimiento y actualización de la cooperación.

2. Haber realizado al final del bienio una reunión de evaluación conjunta de la cooperación técnica OPS/País.

1. Por lo menos 3 reuniones por año de seguimiento y análisis de la cooperación.

2. Al final del bienio, haber realizado una Reunión de Evaluación Conjunta de la cooperación técnica de la OPS al país.

1. Se ejecutan acciones coordinadas en áreas de frontera y con los países del MERCOSUR para la prevención de enfermedades transmisibles y el control de calidad de alimentos y medicamentos.

1. Al finalizar el bienio, el Ministerio de Salud Pública cuenta con planes operativos de coordinación y complementación de servicios de atención a la salud en las zonas fronterizas de Paraguay con Argentina y Brasil.

1. Al finalizar el bienio, el Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa relacionado con el campo laboral del sector salud y para el control de calidad de alimentos y medicamentos convenidos por los países del MERCOSUR.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO:

Asegurar la adecuada programación y entrega de la cooperación técnica de la OPS al país de acuerdo a las áreas de trabajo y líneas de acción de la DEP 95/98 y las prioridades nacionales que requieran cooperación técnica de la OPS.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Haber realizado reuniones anuales para hacer seguimiento y actualización de la cooperación.

PROYECTO 2: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO:

Fortalecer la capacidad nacional para generar y cumplir los compromisos adquiridos en el marco de los convenios bilaterales y multilaterales para realizar acciones de salud en áreas de interés compartido, especialmente en zonas fronterizas, con los demás países del Cono Sur.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social estará capacitado para ejecutar acciones coordinadas en áreas de fronteras de Paraguay con los demás países para la prevención y control de enfermedades transmisibles.

2. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tendrá condiciones de ejecutar acciones coordinadas con los países del MERCOSUR en relación con el campo laboral del sector salud y para el control de calidad de alimentos y medicamentos.

1. Haber realizado tres reuniones anuales, una al fin de cada cuatrimestre, para hacer el seguimiento y actualización de la cooperación.

2. Haber realizado al final del bienio una reunión de evaluación conjunta de la cooperación técnica OPS/País.

1. Por lo menos 3 reuniones por año de seguimiento y análisis de la cooperación.

2. Al final del bienio, haber realizado una Reunión de Evaluación Conjunta de la cooperación técnica de la OPS al país.

1. Se ejecutan acciones coordinadas en áreas de frontera y con los países del MERCOSUR para la prevención de enfermedades transmisibles y el control de calidad de alimentos y medicamentos.

1. Al finalizar el bienio, el Ministerio de Salud Pública cuenta con planes operativos de coordinación y complementación de servicios de atención a la salud en las zonas fronterizas de Paraguay con Argentina y Brasil.

1. Al finalizar el bienio, el Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa relacionado con el campo laboral del sector salud y para el control de calidad de alimentos y medicamentos convenidos por los países del MERCOSUR.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 3: DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD****PROPOSITO:**

Desarrollar capacidades en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que permitan formular y evaluar políticas, planes y programas coherentes con estrategias nacionales para el desarrollo humano, y operacionalizar el Sistema Nacional de Salud permitiendo el acceso universal a servicios básicos eficaces, eficientes y efectivos, incluyendo una política de medicamentos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los Sistemas Locales de Salud, en por lo menos 6 Regiones Sanitarias, recibieron instrumentos y normas para el funcionamiento de los servicios básicos.

2. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tendrá capacidad de poner en acción un programa de medicamentos esenciales.

PROYECTO 4: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**PROPOSITO**

1. Ampliar y desarrollar las habilidades de planificación y gerencia para mejorar la formación, capacitación y utilización de recursos humanos en los diversos niveles de organización del Sistema de Salud, en especial la práctica del ejercicio profesional en la Salud Pública.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Instituto Nacional de Salud contará con bases metodológicas, recursos humanos capacitados y tecnología apropiada para el desarrollo del sistema nacional de información sobre recursos humanos en salud.

2. Los departamentos Politécnico y de Post-Grado del Instituto Nacional de Salud, tienen capacidad de formar recursos humanos en sus áreas específicas.

1. El Ministerio de Salud Pública tiene capacidad de coordinar el proceso de descentralización de los servicios de salud y proporcionar condiciones para el acceso universal a los servicios mediante la implementación del Sistema Nacional de Salud que estará funcionando plenamente en, por lo menos, 6 Regiones Sanitarias.

1. Al final del bienio, por lo menos 6 Regiones de Salud estarán capacitadas para operar los subsistemas de programación local e información.

1. En el primer año del bienio se cuenta con un programa nacional de medicamentos esenciales.

1. Al final del bienio, las instituciones formadoras de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mantienen procesos de formulación de políticas, planificación, administración y utilización de información en la toma de decisiones.

1. El Instituto Nacional de Salud tiene el diseño de un sistema nacional de información sobre recursos humanos en salud, al final del bienio.

1. Al finalizar el bienio, el Instituto Nacional de Salud tendrá capacidad para formar 70 especialistas en Salud Pública, y 120 técnicos y auxiliares en distintas áreas del campo de la salud.

Objetivos

PROYECTO 5: ANALISIS EPIDEMIOLOGICO

PROPOSITO:

Fortalecer al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en su capacidad de análisis epidemiológico y el uso adecuado de los sistemas de información para monitorear las condiciones de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Personal de salud de los diferentes programas y niveles del Sistema Nacional de Salud tendrán capacidad para mejorar la vigilancia epidemiológica, analizar los datos de salud y definir áreas y poblaciones de riesgo.

PROYECTO 6: SANEAMIENTO AMBIENTAL

PROPOSITO:

Contribuir al fortalecimiento de la capacidad técnica y operativa de las principales instituciones nacionales responsables de la provisión de los servicios de agua, eliminación de excretas y recolección final de basuras, con el objetivo de aumentar la cobertura de los servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha mejorado la capacidad técnico gerencial del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA).

2. Se ha mejorado la capacidad de las municipalidades en brindar disposición final de residuos sólidos por medio de rellenos sanitarios y se recicla el material no degradable.

Indicadores

1. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social está capacitado para utilizar el método epidemiológico y el sistema de información para orientar la programación, monitorear la situación de salud y calidad de vida de la población.

1. Al final del bienio se habrán capacitado 60 profesionales provenientes de los niveles central, regional y local del Sistema Nacional de Salud en la utilización del método epidemiológico.

1. Todas las instituciones nacionales relacionadas a saneamiento ambiental han mejorado su capacidad y están brindando los servicios bajo su responsabilidad.

1. Se dispone en el primer año del bienio de un Plan Nacional de Saneamiento Ambiental (PLANASAM).

2. Se dispone en el primer año del bienio de un Plan Nacional de Recursos Humanos para Saneamiento Ambiental.

3. Fueron adiestrados, al final del bienio, 60 funcionarios técnicos y administrativos de los niveles central y local del SENASA en gerencia de sistemas y programas de saneamiento.

4. Al final del bienio, fueron capacitados 60 supervisores del SENASA en técnicas sencillas de saneamiento ambiental.

5. Al final del bienio, se adiestraron 30 funcionarios en el diseño de plantas de tratamiento de agua.

1. Al final del bienio, fueron adiestrados 40 funcionarios de nivel municipal en técnicas de recolección, barrido y limpieza, y disposición final de basuras.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 7: INMUNIZACIONES****PROPOSITO:**

Mantener erradicada la poliomielitis y controlar las demás enfermedades inmunoprevenibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido el PAI con prioridad en la erradicación del tétanos neonatal y el control del sarampión, y la tuberculosis, y mantenida la erradicación de la poliomielitis.

PROYECTO 8: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**PROPOSITO:**

Fortalecer el proceso de descentralización de los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores, como asimismo favorecer la implementación de acciones destinadas a la eliminación del Triatoma infestans y a interrumpir la transmisión de la enfermedad de chagas transfusional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Las actividades de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores estarán en proceso de integración a los servicios generales de salud; y se habrá mejorado la capacidad operacional para el diagnóstico, tratamiento y análisis epidemiológico de las mismas.

2. El Programa de Control de la Enfermedad de Chagas tiene sus planes de acción estructurados con actividades de control vectorial y con participación en el control de calidad de los bancos de sangre.

PROYECTO 9: SERVICIOS DE SALUD ANIMAL**PROPOSITO:**

Fortalecer los servicios de salud animal, con énfasis en la erradicación de la fiebre aftosa y mejorar la capacidad de la administración y gerencia de las unidades de servicios veterinarios a nivel central, regional y local.

1. Se mantiene las condiciones de funcionamiento del apoyo laboratorial y suministro de vacunas a través del Fondo Rotatorio en todo el bienio.

2. No se ha aislado el poliovirus salvaje al final del período y la tendencia es descendente en las otras enfermedades inmunoprevenibles.

1. Al final del bienio, fueron reciclados, por lo menos 250 funcionarios de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud en los contenidos del PAI.

1. El nivel de conducción del Ministerio de Salud Pública tiene normas para supervisión y evaluación de las actividades de control de enfermedades.

2. Se utilizan los indicadores de certificación de la erradicación de T. infestans y el programa de control de bancos tiene condiciones de realizar el tamizaje del 100% de la sangre transfundida, para el final del bienio.

1. En el primer año se habrá elaborado y difundido planes y normas para el control de vectores.

2. Al final del bienio se habrán capacitado 50 profesionales de nivel regional y local en técnicas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes transmitidas por vectores y en método para la estratificación epidemiológica.

1. Al final del bienio, se habrán capacitado, por lo menos, 36 profesionales en aspectos relacionados con la eliminación del T. infestans.

1. Existencia de planes anuales nacionales y locales para la erradicación de la fiebre aftosa en el marco del Proyecto de la Cuenca del Plata.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Existencia de planes anuales para la erradicación de la fiebre aftosa en el marco de lo establecido en el Proyecto de la Cuenca del Plata.

2. Existencia de planes locales de control de la tuberculosis y brucelosis bovina en cuencas lecheras.

PROYECTO 10: CONTROL DE ZONOSIS Y CALIDAD DE ALIMENTOS

PROPOSITO:

Fortalecer la capacidad nacional para la vigilancia y control de las principales zoonosis, así como para mejorar el control de calidad de los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Al final del bienio, se dispone de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica y control de las principales zoonosis.

2. Existe un sistema nacional de control de calidad de los alimentos.

Indicadores

1. Al final del primer año se tiene elaborado un programa de vacunación antiaftosa.

1. En el primer año del bienio se habrá efectuado el diagnóstico de la situación de la tuberculosis y brucelosis bovina en el país, y plan anual de control.

2. Se habrán adiestrado, al final del bienio, 40 profesionales de campo en técnicas de tuberculización y toma de muestras de sangre.

3. Al final del bienio, se habrán adiestrado 60 inspectores de carne en la identificación de lesiones de tuberculosis.

1. Se dispone al final del primer año del bienio de normas técnicas de vigilancia epidemiológica de la rabia humana y canina, de la tuberculosis bovina y de las enfermedades transmitidas por alimentos.

1. Se habrá capacitado, al final del bienio, por lo menos 40 profesionales de diversas instituciones (Salud, Agricultura, Universidades y Municipalidades) para la vigilancia, prevención y control de las zoonosis prevalentes.

2. Se han capacitado en vigilancia epidemiológica y control de focos de rabia a 60 agentes de salud de las Regiones Sanitarias.

1. Se han editado las normas técnicas de aplicación; con condiciones de funcionar el programa de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos y capacidad de investigar los brotes de intoxicaciones alimentarias.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 11: MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL****PROPOSITO:**

Haber desarrollado el Plan Nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil, con énfasis en la atención primaria de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Plan Nacional para reducción de la mortalidad materna e infantil ha sido elaborado y 7 Regiones Sanitarias tienen condiciones para aplicación del plan.

PROYECTO 12: PROMOCION DE SALUD**PROPOSITO:**

Fomentar el reconocimiento y la asimilación del concepto de salud como un bien social, buscando mejorar las condiciones de vida, el desarrollo de comunidades sanas y las intervenciones de prevención y promoción de la salud orientadas al control de riesgos, como así también las intervenciones para el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades crónicas y no transmisibles prevalentes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Programas generales de información y comunicación social para difundir conocimientos sobre salud, fomentando prácticas y actitudes saludables, con énfasis en enfermedades prevalentes como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.

2. Mejoría de la eficiencia y capacidad resolutive del programa nacional y de los servicios de salud bucodental.

1. Para el final del primer año del bienio estará concluido el Plan Nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil fue elaborado y se ha capacitado al 80% del personal de los servicios de atención materno infantil de los niveles central, regional y local.

1. El programa y las normas de atención materno infantil y perinatal estarán elaboradas en el primer año del bienio.

2. Al final del bienio, se habrá capacitado el 80% del personal de las 7 Regiones Sanitarias en atención materno infantil, en la atención de las principales patologías que son causa de morbi-mortalidad materna, infantil y perinatal.

1. El Ministerio de Salud Pública cuenta con un diagnóstico de la situación relacionada con la violencia, los traumatismos y las enfermedades crónicas, establece prioridades e intervenciones para la prevención y control.

1. Al final del bienio se habrán capacitado 80 funcionarios de las 18 Regiones Sanitarias en técnicas de promoción y educación para la salud y se habrá elaborado programas generales de información y comunicación social en salud.

1. Al final del primer año el Departamento de Salud Oral estará capacitado para realizar una encuesta nacional sobre el índice de caries y se habrán capacitado 40 profesionales del nivel central y regional en la organización de servicios odontológicos y de las nuevas técnicas de prevención.

Objetivos

3. El Programa Nacional de Prevención de la Ceguera tendrá elaborado sus normas y habrá capacitado personal regional en los contenidos del Programa.

Indicadores

1. Normas del Programa de Salud Ocular elaboradas y distribuidas, y 60 funcionarios del nivel regional estarán capacitados en aspectos básicos de prevención de la ceguera.

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	688,300	30.2	823,100	32.0	922,100	32.8	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	626,200	27.5	751,300	29.2	839,100	29.8	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	626,200	27.5	751,300	29.2	839,100	29.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	62,100	2.7	71,800	2.8	83,000	3.0	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	62,100	2.7	71,800	2.8	83,000	3.0
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	774,000	34.1	839,000	32.9	909,400	32.3	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	664,600	29.3	717,200	28.1	773,300	27.5	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	664,600	29.3	717,200	28.1	773,300	27.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	109,400	4.8	121,800	4.8	136,100	4.8	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	109,400	4.8	121,800	4.8	136,100	4.8
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	48,800	2.1	56,400	2.2	65,200	2.3	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	48,800	2.1	56,400	2.2	65,200	2.3	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	48,800	2.1	56,400	2.2	65,200	2.3
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	325,300	14.3	350,600	13.7	377,300	13.4	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	325,300	14.3	350,600	13.7	377,300	13.4	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	325,300	14.3	350,600	13.7	377,300	13.4

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	441,900	19.3	487,500	19.2	537,900	19.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	331,100	14.5	360,700	14.2	392,600	14.0
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	0	-	32,300	1.3	37,400	1.3
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	0	-	55,500	2.2	64,100	2.3
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	331,100	14.5	272,900	10.7	291,100	10.4
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	37,100	1.6	42,900	1.7	49,500	1.8
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	37,100	1.6	42,900	1.7	49,500	1.8
SALUD PUBLICA VETERINARIA	73,700	3.2	83,900	3.3	95,800	3.4
FIEBRE AFTOSA	0	-	32,000	1.3	37,000	1.3
ZONOSIS	73,700	3.2	51,900	2.0	58,800	2.1
GRAN TOTAL	2,278,300	100.0	2,556,600	100.0	2,811,900	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	272,400	30.6	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	272,400	30.6	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	272,400	30.6	0	-	0
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	248,200	27.8	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	248,200	27.8	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	248,200	27.8	0	-	0
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	84,900	9.5	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	84,900	9.5	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	84,900	9.5	0	-	0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	286,700	32.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	285,700	32.0	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	67,800	7.6	0	-	0
SIDA	GPA	217,900	24.4	0	-	0
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,000	.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	1,000	.1	0	-	0
GRAN TOTAL	892,200	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
			CANTIDAD \$							
1994-1995										
OPS - PR	1,485,400	3	722,000	54,300	47,500	38,000	165,100	106,300	0	352,200
OMS - WR	792,900	2	422,200	73,400	9,500	52,000	172,400	29,400	0	34,000
TOTAL	2,278,300	5	1,144,200	127,700	57,000	90,000	337,500	135,700	0	386,200
% DEL TOTAL	100.0		50.1	5.6	2.5	4.0	14.8	6.0	.0	17.0
1996-1997										
OPS - PR	1,787,600	3	818,100	37,400	57,800	18,000	275,300	123,900	0	457,100
OMS - WR	769,000	2	444,000	20,100	12,700	30,000	193,800	0	0	68,400
TOTAL	2,556,600	5	1,262,100	57,500	70,500	48,000	469,100	123,900	0	525,500
% DEL TOTAL	100.0		49.4	2.2	2.8	1.9	18.3	4.8	.0	20.6
1998-1999										
OPS - PR	1,979,500	3	867,600	37,400	66,800	18,000	318,200	143,200	0	528,300
OMS - WR	832,400	2	464,600	20,100	14,700	30,000	223,900	0	0	79,100
TOTAL	2,811,900	5	1,332,200	57,500	81,500	48,000	542,100	143,200	0	607,400
% DEL TOTAL	100.0		47.4	2.0	2.9	1.7	19.3	5.1	.0	21.6



PERU

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. En el último censo de 1993 se han registrado 22.048.356 habitantes en el Perú, de los que el 37% es menor de 15 años de edad y el 4,6% tiene 65 y más años. El 70% de la población reside en áreas urbanas, y Lima Metropolitana concentra el 30% de la población total del país. Es una población bastante joven, con aproximadamente 48% de menores de 20 años y sólo 3,9% con más de 65. La tasa de natalidad es de 29.1 por mil habitantes, con fecundidad total de 3.5 hijos por mujer y un crecimiento poblacional de 2.22% al año, todos con tendencia a disminución, y la esperanza de vida al nacer para los varones es de 62 años y para las mujeres de 66. El proceso de migración rural-urbano a provocado el rápido desarrollo de asentamientos humanos en la periferia de las grandes ciudades, modificando la distribución espacial de la población. La proporción de población rural del país (censo 1993) es de 29,6%. Lima, la capital, tiene en su área metropolitana 6,4 millones de habitantes (29% de la población nacional).

Indicadores del estado de salud

2. La tasa de mortalidad general se estimó en 7,6 por mil habitantes para 1992. La tasa de mortalidad infantil en los últimos 20 años se ha reducido en un 50% y para 1993 se estima que es de 58.3 por cada mil recién nacidos vivos, aunque su distribución espacial muestra grandes diferencias socio-demográficas entre las distintas regiones del país; Lima y Arequipa tienen las tasas más bajas. La reducción se ha logrado a expensas de los componentes tardíos de la mortalidad, como las enfermedades diarreicas, inmunoprevenibles e infecciones respiratorias agudas, que aunque han reducido mucho sus tasas, siguen ocupando los primeros lugares como causas de mortalidad infantil. Las estadísticas vitales padecen de graves problemas de subregistro, estimándose lo de mortalidad en un 50%. Además, de las defunciones registradas, sólo 64% en promedio son certificadas por médico. Con relación a los adultos, los datos de mortalidad muestran que las causas externas, tuberculosis y tumores malignos son las principales causas de muerte, aunque ya las enfermedades del aparato circulatorio igualmente son importantes. El 64% de las mujeres en edad fértil reciben atención especializada de su embarazo, aunque los indicadores de la calidad de esta atención no sean muy buenos; sólo el 46% de los partos ocurren en servicios de salud. La tasa de mortalidad materna se estima en 30,3 por cada 10,000 nacidos vivos. El 11% de las mujeres entre 15 y 19 años son madres o se encuentran gestando por primera vez; cerca del 15% de las muertes maternas corresponden a gestantes adolescentes y aproximadamente el 20% de las muertes por aborto ocurren en las mismas.

3. En cuanto a la nutrición, el principal problema del país es la desnutrición de los menores de 5 años, especialmente en los dos primeros años de vida. Se estima que el 48% de los niños escolares tienen desnutrición crónica. Las más altas proporciones de desnutrición se localizan en las áreas rurales de la sierra y de la selva.

4. Las enfermedades transmitidas por vectores ocupan el primer lugar como causa de morbilidad. La malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis, peste, enfermedad de Chagas y bartonelosis humana constituyen serios problemas de salud pública, particularmente en los últimos dos años en los que se asiste a un recrudecimiento en el número de casos y en la mortalidad.

5. La Tuberculosis es también un problema relevante. La tasa de morbilidad según todas las formas de 250 por cada 100,000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva de 163 por cada 100,000 habitantes, ubican al país como el de más alta prevalencia en la Región de las Américas.

6. El cólera se ha instalado definitivamente en el Perú como una endemia y señala la persistencia de indicadores de pobreza y deficiencias estructurales serias en el saneamiento ambiental básico y en la calidad e inocuidad de los alimentos que se consumen. Las enfermedades inmunoprevenibles, aunque continúan produciendo casos y defunciones, se encuentran en franca disminución. El hecho sobresaliente de 1994 fué la certificación de la erradicación del poliovirus salvaje del Perú y por consiguiente de la región de las Américas. Se estima la existencia de 20-40.000 infectados por HIV, y entre 3.000 a 5.000 el número acumulado de casos de SIDA. Al menos 60% de las infecciones VIH recientes ocurren en mujeres, y aumento de casos en jóvenes.

7. Las zoonosis de mayor repercusión en Salud Pública son la rabia, peste, brucelosis caprina, distomatosis, cisticercosis e hidatidosis. Los casos se vienen incrementando a excepción de la rabia urbana con tendencia decreciente debido al programa periódico de vacunación masiva de canes.

Factores que afectan el estado de salud

8. La situación actual de la salud en el Perú es el reflejo de un período de crisis económico-social vivida los últimos años, donde han sido importantes los factores de violencia política, hiperinflación, disminución en el gasto social, narcotráfico y migraciones. La inflación, que en 1990 alcanzó su mayor nivel a mantenido una tendencia decreciente desde entonces. En 1993 la estabilización económica se ha consolidado en el frente interno con el control de la inflación y en el externo por la recuperación de credibilidad de capitales que el sistema financiero vuelve a invertir en el Perú; en el año 1994 la inflación alcanzó un nivel de 15.4%. En los últimos años, las condiciones de vida de la mayoría de la población peruana a sufrido grave deterioro, con incremento significativo de la población en situación de pobreza extrema y en pobreza crítica. De acuerdo a los resultados definitivos del Censo de 1993 y los Mapas de Pobreza elaborados a partir de esos datos, el 53.9% de los hogares presenta al menos una Necesidad Básica Insatisfecha. En términos de población afectada esto significa que del total de personas censadas en 1993, 12 millones 374 mil presentan alguna característica de pobreza.

9. Los principales factores de riesgo para la salud de la población peruana están derivados de problemas del medio ambiente físico: aguas de consumo humano, sistemas de alcantarillado, contaminación del aire, uso de productos químicos en la agricultura, desechos de la limpieza pública y disposición final de residuos sólidos. Según el Censo de 1993, 90,3% de las viviendas urbanas y solo 19,6% de las rurales cuentan con electricidad (70,1% en el total). La disponibilidad de agua con tubería en la vivienda es de 75,2% en el área urbana y de sólo 18,0% en el área rural (58,9% en el total). El 9,1% de las viviendas urbanas y el 63,4% de las rurales (24,6% en el total) no disponen de ningún servicio sanitario, ya sea exclusivo o común. En cuanto al tipo de piso de las viviendas, 21,3% de las urbanas y 74,9 de las rurales (36,6% en el total) son de tierra o arena.

10. La tasa de analfabetismo se ha reducido a 12,8%, pero persisten las desigualdades entre la población que reside en áreas urbanas, donde la tasa de analfabetismo es de 6,7%, en relación a la población rural donde la tasa es de 29,8%; similar diferencia es apreciable en la tasa según sexo (hombres 7,1%; mujeres 18,3%). En el Perú, a los riesgos tradicionales de salud de los trabajadores, como silicosis, saturnismo, arsenicismo, etc., se suman otros, resultantes del avance tecnológico y del empleo cada vez más creciente de sustancias químicas, principalmente en las industrias manufactureras y de transformación, que conducen a nuevos riesgos que se generan en los procesos de elaboración de plásticos, plastificantes, plaguicidas, etc.

11. El país está ubicado en una zona sísmica y también hay riesgo de sequías o inundaciones. La calidad e inocuidad de los alimentos que consume la población determina que la tendencia de la enfermedades transmitidas por alimentos sea de constante incremento, lo cual se agrava por factores culturales y la crisis socioeconómica que afecta al país. La producción, distribución, almacenaje, transporte, comercialización, expendio, industrialización y exportación de los alimentos no está bien evaluada ni controlada en el país. La mencionada crisis socioeconómica a agudizado el problema y propiciado la aparición de la industria informal y la venta ambulatoria de alimentos sin control.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

12. Salud en el desarrollo humano: La capacidad del poder legislativo para ocuparse de asuntos de carácter sanitario es limitada, pues si bien existe la Comisión de Salud, Población y Familia, importantes leyes no han podido ser debatidas ni formalizadas (Ley Orgánica del Sector, Reforma de la Seguridad Social, etc.). Se están realizando importantes esfuerzos en el caso de la Ley de Bancos de Sangre. El desarrollo de políticas se encuentra en proceso de consolidación y la formulación de Programa de Atención Básica para Todos, es un buen ejemplo de intento de mejoramiento del acceso en salud de los grupos más pobres. El estudio del impacto de las políticas macroeconómicas en salud y el análisis de valor económico de la producción y consumo en salud se ejecuta parcialmente y por instituciones ajenas al MINSA y el nivel de coordinación entre el MINSA y el IPSS es sólo formal. La práctica epidemiológica se orienta fundamentalmente al análisis e investigación de brotes o descripción de patologías y sus factores de riesgo, con insuficiencias respecto al análisis y evaluación de salud con enfoque poblacional, no existiendo coordinación con las instancias de planificación.

13. Son muy escasas las investigaciones de carácter social, antropológico, demográfico y económico en salud. Existe un déficit marcado de acceso a información bibliográfica y de diseminación de información, reconociéndose iniciativas y avances de propuestas de redes (OPS, IPSS, Universidad Cayetano Heredia, etc.). Se ha desarticulado la Red Nacional de Información en Agua Potable y Alcantarillado (RENIAPS).

14. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: El proceso de fortalecimiento de los servicios de salud observa dos líneas fundamentales de gestión: la de reforma sectorial y reorganización institucional sujeta a los momentos políticos que vive el país y al momento sin definición ni cronograma de trabajo explícito y la de recuperación de la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud en fase de implementación mediante proyectos específicos con financiamiento internacional (BID, BM, AID) y otros con financiamiento nacional (Programa de Salud Básica para Todos).

15. El modelo de atención asumido, es el de atención integral a las personas, estructurado en módulos básicos de atención por grupos de población y en función del perfil de riesgos que los caracterizan. Tanto el perfil de recursos humanos como el del equipamiento de los establecimientos de salud, apunta a satisfacer las necesidades de los módulos básicos de atención.

16. Otro elemento del modelo es la extensión de las horas de trabajo del personal de los Centros y Puestos de Salud con énfasis en zonas deprimidas, áreas de fronteras y núcleos urbano marginados. La entrega de medicamentos básicos es otro elemento del modelo, que permite asegurar el incremento sustantivo de la demanda a los servicios de atención a la enfermedad y la salud brindados por los Centros y Puestos de Salud, como lo señalan las evaluaciones del Programa de Salud Básica para Todos.

17. Promoción y Protección de la Salud: Muchos de los problemas relacionados a la salud de la familia, están relacionados con prácticas, hábitos y comportamientos no saludables y a la condición de pobreza que vive un importante porcentaje de la población. La malnutrición, la violencia, los accidentes, el abuso de sustancias nocivas, el consumo de alimentos contaminados y la ausencia de prácticas higiénicas son problemas importantes especialmente en los grupos de mujer, niño, adolescente, anciano y trabajadores formales e informales. La deficiencia en las acciones destinadas a promover y proteger la salud general y reproductiva y el hecho de que problemas de población no sean considerados problemas de salud pública hacen que la mortalidad materna perinatal e infantil sigan siendo indicadores que marcan inequidades de estos grupos desprotegidos.

18. Por otro lado, el Programa de Comunicación Social de esta Representación, coordina esfuerzos para potenciar el empleo adecuado de la comunicación y la educación concebidos como instrumentos de protección de la salud y de creación de una cultura de salud y autocuidado, iniciativa que necesita ser reforzada. La estrategia de municipios saludables que empieza a insinuarse, permitiría articular racional y eficientemente los esfuerzos del gobierno de las organizaciones comunitarias y de la población en general para una mejor calidad de vida.

19. Desarrollo y Protección del Ambiente: Los servicios básicos de saneamiento están en su mayor parte deteriorados, no sólo desde el punto de vista de sus instalaciones, sino desde la propia capacidad institucional. Actualmente, el Gobierno viene tomando medidas y realizando inversiones en agua potable y alcantarillado para superar esta situación. El abastecimiento de agua alcanza una cobertura de dos tercios de la población urbana y cerca de un cuarto de la población rural, con altísimos porcentajes de intermitencia, fugas y deficiente calidad de agua. Los servicios de alcantarillado con mínimas coberturas en su calidad totalidad no cuentan con sistemas de tratamiento final; en muchos lugares se usan desagües para irrigar campos de cultivos de alimentos. El manejo de residuos sólidos urbanos constituye un grave problema sanitario que se agudiza en las grandes ciudades, como es el caso de Lima Metropolitana. La limpieza de calles y la recolección de residuos es deficiente y la disposición final se hace generalmente en botaderos a cielo abierto o a los cursos de agua.

20. Los problemas de contaminación de aire son focalizados vinculándose principalmente a la industria minera, pesquera y siderúrgica. A estos problemas tradicionales de salud ambiental se agregan los problemas resultantes del proceso de desarrollo industrial.

21. Prevención y control de enfermedades: El Perú a obtenido algunos logros en el contexto del control de enfermedades (tuberculosis, cólera y diarreas, inmunoprevenibles) pero diversas circunstancias de orden económico-social y ecológica junto al cambio experimentado en su perfil demográfico se ha traducido en el recrudescimiento de algunos problemas (malaria, peste) y en la emergencia de otros (accidentes). Las enfermedades transmisibles siguen constituyendo una prioridad tanto por la magnitud del daño como por su trascendencia social y económica. El Ministerio de Salud a elaborado un Plan Estratégico Nacional para el control integrado de las enfermedades transmisibles prioritarias pero será necesario fortalecer articulaciones entre las instancias de Salud de las Personas, Epidemiología, Laboratorios y Salud Ambiental, establecer coordinaciones intersectoriales, promover el análisis de salud con criterio de riesgo en todos los niveles y la investigación operativa y ecológico-social y facilitar y difundir experiencias de participación comunitaria.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

22. El Ministerio de Salud a establecido para 1995 recuperar su rol rector a través de la implementación y fortalecimiento de su capacidad administrativa y de gestión en salud, readecuando su organización, coordinando con otras instituciones del sector salud, y orientando los recursos con eficacia, eficiencia y equidad. Además focalizar el gasto público en salud, garantizando la atención básica y de calidad a la población. La focalización debe estar orientada en función de prioridades, optimizando la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de los grupos poblacionales de mayor riesgo. De otro lado se promoverá la descentralización de la gestión en salud a través de modalidades innovadoras tanto en el plano económico como en el administrativo de los servicios. La descentralización se viabilizará a través de la dación de una mayor autonomía a los niveles locales.

23. El Ministerio de Salud pretende modernizar sus procedimientos administrativos hacia una gerencia por objetivos centrados en la satisfacción del usuario. Se organizará la atención de las personas en diferentes niveles de complejidad mediante el establecimiento de redes de servicios de salud, en las cuales los hospitales asuman el rol de brindar atención especializada con eficiencia. Se redefinirá, entre otros, el sistema de financiamiento de los servicios de salud, así como se implantará un sistema para la determinación del control y recuperación de los costos en los establecimientos de salud, que permita establecer tarifas diferenciadas.

24. El repotenciamiento de los recursos humanos en salud, será otra línea de política, a través de la recuperación de la excelencia técnico-científica, calificación profesional y condiciones de trabajo del personal de salud ubicado en los establecimientos del primer nivel de atención. El MINSa promoverá la participación activa de la mujer en acciones de salud dirigidas tanto a sí misma como a su familia y comunidad. Asimismo, se promoverá el acceso universal a un paquete básico de salud, de preferencia en áreas rurales y urbano-marginales, que permita controlar las enfermedades infecciosas y transmisibles, así como las principales causas de mortalidad materna e infantil.

25. Se fortalecerá la participación social, concertación y articulación intersectorial en acciones de salud dirigidas a las personas y al medio ambiente, a través de la identificación de problemas y necesidades, elaboración de propuestas y contribuyendo a la concertación en la toma de decisiones.

26. Las prioridades para el desarrollo nacional en salud se han establecido en las siguientes áreas: a) Promoción de la inversión en los sectores de salud y ambiente de manera articulada a las políticas y programas sectoriales; b) Reestructuración organizacional del MINSa, fortaleciendo la capacidad de normatización, supervisión, investigación aplicada y evaluación de los programas de salud, y afirmando la toma de decisiones en el nivel local; c) Asegurar el acceso de la población, prioritariamente infantil y materna, a un paquete básico de servicios, a través de la focalización del gasto y del fortalecimiento de los sistemas locales de salud; d) Desarrollo de nuevos modelos organizacionales de atención de la salud a nivel institucional y sectorial, con énfasis en la gerencia social; e) Fortalecimiento de la capacidad de análisis, investigación y evaluación de la situación de salud y sus tendencias; f) Desarrollo de los recursos humanos del sector en función del proceso de reestructuración y descentralización, dando énfasis a la difusión del conocimiento y al desarrollo de capacidades en los niveles regionales y locales; g) Promoción y desarrollo de intervenciones en salud ambiental en función de los perfiles socio-epidemiológicos locales, regionales y nacionales con énfasis en educación y vigilancia de calidad ambiental; h) Promoción de hábitos saludables para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, discapacidades y muertes mediante la comunicación social y la educación en salud de la población; i) Prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y crónicas.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

27. Teniendo como marco básico de referencia las prioridades nacionales establecidas por el Ministerio de Salud, las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS para los años 1995-1998 y el Noveno Programa General de Trabajo para el período 1996-2001 de la Organización Mundial de la Salud y las recomendaciones de la Evaluación Conjunta efectuada en noviembre de 1994, las estrategias para la entrega de cooperación técnica para el bienio 1996-1997 propuestas para contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas nacionales de salud en el Perú, serán:

28. Apoyar el proceso de descentralización en forma integral, desde su definición política hasta el completo desarrollo técnico y administrativo a todos los niveles. Para lograrlo se promoverá el fortalecimiento de la capacidad gerencial del Ministerio de Salud en lo que respecta al análisis de la situación de salud, con cubrimiento nacional que permita la caracterización e identificación de las principales áreas de riesgo. Una adecuada administración y manejo de los recursos físicos y económicos, que incluya programas de mantenimiento de la infraestructura relacionada con salud. La coordinación y articulación interna y supervisión integral permanente y continúa a los diferentes niveles, a fin de asegurar la normal ejecución de los diferentes programas, su evaluación e introducción de modificaciones para un fortalecimiento permanente.

29. Se dará prioridad al desarrollo de métodos y procedimientos modernos de vigilancia, análisis y evaluación de la situación de salud, de los factores sociales, económicos, políticos y ambientales que la condicionan, con el propósito de mejorar la generación y orientación de los recursos destinados a la atención de la salud y al acceso a los servicios de acuerdo a prioridades, a fin de obtener la mayor eficiencia y eficacia en su manejo.

30. Particular importancia se le asignará a las áreas geográficas, donde se asienta la población de extrema pobreza y de alto riesgo sanitario. Por consiguiente, el Plan de Atención Básica para Todos, la definición del paquete básico de salud de acuerdo a sus regiones político-administrativas y el

desarrollo de modelos de atención, prevención y promoción integrados recibirá la atención directa de los funcionarios de la OPS en el Perú.

31. En el desarrollo de los recursos humanos se hará énfasis al mejor conocimiento de su número, distribución y utilización a nivel nacional, con la participación de todos los sectores responsables de su formación y utilización. Se continuará apoyando la capacitación del personal de salud de todas las especialidades haciendo énfasis en el personal ubicado en los niveles regionales y locales.

32. La OPS brindará apoyo al nivel nacional, regional y local del Sector Salud y Sector Agricultura en las iniciativas conducentes al establecimiento de sistemas de financiamiento de los programas, del análisis del costo beneficio de la atención médica, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

33. Se colaborará con los niveles centrales del Gobierno, en el fortalecimiento de la capacidad gerencial y operativa de los niveles regionales y locales de salud y agricultura para la movilización de recursos regionales y locales, destinados al apoyo de los diferentes programas que tengan como propósito la atención integral de la población más necesitada y de mayor riesgo.

34. Estimulando y promoviendo la concertación intersectorial se apoyará a las autoridades para la formulación y ejecución de programas de capacitación de funcionarios de los niveles regionales y locales que desarrollan programas y actividades de protección del medio ambiente, mejoramiento de la vivienda, desarrollo de la infraestructura sanitaria, sector educativo, producción agropecuaria en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos, especialmente, los financiados con recursos nacionales.

35. Se continuará apoyando el proceso de coordinación e integración entre el Sector Salud, la Seguridad Social, el Sector Agricultura, el sector privado en sus respectivos niveles nacionales, regionales y locales en la identificación y movilización de recursos internos y externos para apoyar los programas prioritarios nacionales.

36. La promoción de la Salud y la participación organizada y activa de la comunidad deberá ser considerada como uno de los principales componentes de apoyo, para lo cual se incorporarán nuevas iniciativas de promoción y participación utilizando al máximo los medios masivos de comunicación social y la vinculación de los diferentes organismos no gubernamentales (ONG).

37. Se continuará promoviendo la cooperación internacional, especialmente de las agencias internacionales de cooperación técnica de las Naciones Unidas, y de gobiernos con tradición en la cooperación técnica hacia el país.

38. La cooperación técnica directa de los funcionarios de los programas regionales, de los centros e institutos panamericanos, de centros colaboradores de la OPS y OMS serán movilizados a fin de que apoyen a las diferentes instituciones nacionales, se tratará en este sentido, de dar particular atención a la cooperación del CEPIS, que tiene su sede en Lima. De igual manera y en forma prioritaria se impulsará la cooperación técnica entre países, especialmente los fronterizos con el objeto de mantener vigentes y activos los convenios bilaterales de cooperación en salud, estimulando las investigaciones cooperativas, el apoyo bilateral a la capacitación de personal y acciones conjuntas de mejoramiento a la infraestructura sanitaria. Las ciudades fronterizas recibirán el apoyo para la promoción de programas que incluyan la participación integral de la comunidad y todos los sectores.

39. La diseminación de información científica y técnica, especialmente, a nivel local se constituirá en otro enfoque prioritario mediante la consolidación de una red nacional de centro de información con la participación de los servicios de salud, universidades, instituciones del sector agricultura, agremiaciones y asociaciones de profesionales y el sector privado.

40. La investigación cooperativa interinstitucional e intersectorial y especialmente aquella cuyo propósito sea el fortalecimiento del Sector Salud la mejora del acceso a los servicios de salud y la prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias recibirá en forma prioritaria los recursos de la Organización.

41. Se continuará apoyando al Gobierno en la formulación de políticas de Salud, planes y proyectos a nivel local y en la elaboración y oficialización de normas de salud destinadas especialmente al mejoramiento de la calidad de los servicios, medicamentos, alimentos, productos biológicos y diferentes insumos que incidan en la calidad de vida y la salud de la población para lo cual se movilizarán recursos nacionales e internacionales de apoyo.

42. Considerando que los desastres naturales son de alto riesgo para el país, será estrategia prioritaria el apoyo para mantener vigentes los planes de contingencia y la capacitación e información de la comunidad para estimular la autodefensa.

43. Especial atención de cooperación será el apoyo a los programas del Gobierno dirigidos a la lucha contra la pobreza, la violencia, el aumento de la producción de alimentos básicos y la implantación a nivel nacional del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.

44. Finalmente, se continuará apoyando las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OMS y de la OPS, especialmente para mejorar la calidad de vida y la SALUD de la población del país.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Fortalecer las acciones del programa de "Salud Básica para Todos" destinadas a mejorar y desarrollar la prestación de servicios de salud y asegurar el acceso universal de la población a un conjunto básico de servicios y programas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación, y el acceso a medicamentos esenciales. Estas acciones deben apoyar el fortalecimiento de los sistemas locales de salud y la coordinación entre programas, así como fortalecer la coordinación intersectorial a nivel de zonas urbanas y rurales.

2. Fortalecer los sistemas de información y análisis de salud destinados a determinar prioridades a nivel nacional, subregional y local, así como apoyar la programación, vigilancia y evaluación de las acciones, proyectos y programas de salud, fortaleciendo el análisis de la función de las mujeres en el proceso de desarrollo y de la relación entre la salud de la mujer y el desarrollo.

3. Mantener y fortalecer la existencia de políticas, programas y servicios destinados al control y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, especialmente los esfuerzos dirigidos a mantener el país libre de poliomielitis y eliminar el sarampión y el tétanos neonatal.

4. Formular e implementar un plan estratégico nacional destinado a la prevención, control y tratamiento de las enfermedades transmisibles prevalentes, priorizando

las acciones en control de enfermedades diarreicas y cólera, tuberculosis, malaria, peste, infecciones respiratorias agudas, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, así como fortalecer los programas de salud pública veterinaria, apoyando el fortalecimiento de las acciones locales y la coordinación entre programas, así como la coordinación intra e intersectorial a nivel de zonas urbanas y rurales.

5. Promover la inversión en los sectores de salud y ambiente, articulando políticas y programas intra e intersectoriales destinados al reconocimiento de la salud como bien social imprescindible para el desarrollo; al desarrollo de una cultura en salud, en salud reproductiva y en población y a la implementación de políticas y programas de salud, alimentación y nutrición, prevención en el uso de drogas, prevención y control de la violencia y mejoramiento y cuidado del ambiente humano.

6. Fortalecer la capacidad de desarrollar y utilizar al máximo las potencialidades de los recursos humanos del sector, reformulando los procesos actuales de capacitación y utilización de personal sanitario; incluyendo además el análisis de los procesos de formación de los profesionales de salud, para generar una adecuada articulación docente-asistencial-comunidad, que responda a las necesidades nacionales, subregionales y locales.

7. Emplear la comunicación social para generar una demanda informada en servicios de salud; propiciar el desarrollo de una cultura en salud; fomentar la responsabilidad individual y social en la generación y cuidado de un ambiente humano saludable, fortaleciendo además la educación destinada al autocuidado, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, discapacidades y daños y muertes evitables y la adopción de estilos de vida saludables.

8. Actualizar la legislación vigente para fortalecer las acciones del Ministerio de Salud destinadas a apoyar el proceso de reforma y descentralización del Sector, que incluye la transferencia del poder para la toma de decisiones y la administración compartida de los servicios de salud locales, además de apoyar el análisis y la formulación de políticas sociales y sanitarias destinadas a mejorar la integración Subregional Andina mediante la adopción de normas y reglamentos comunes.

9. Apoyar la promoción del desarrollo de la ciencia y la tecnología, incluyendo la generación y distribución del conocimiento científico, la diseminación de información y la incorporación de la ciencia y la tecnología para mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia de la prestación de servicios de salud a nivel nacional, subregional y local, apoyando además la modernización y financiamiento de una red de servicios de laboratorios clínicos y la incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento.

10. Desarrollar la elaboración y búsqueda de financiamiento para un plan nacional que permita prevenir y mitigar las repercusiones de los desastres y situaciones de emergencia, apoyando la generación de acuerdos y compromisos políticos, la más amplia participación popular, el fortalecimiento de la participación intra e intersectorial y la colaboración entre países.

11. Fortalecer la capacidad nacional, subregional y local para diseñar y establecer servicios de prevención y atención a las enfermedades no transmisibles, priorizando las acciones de control y tratamiento en cáncer cervico-uterino, diabetes, prevención de la ceguera y otras patologías prevalentes según las necesidades locales, priorizando la participación social a nivel distrital y municipal.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SALUD REPRODUCTIVA Y DEL ADOLESCENTE**PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad nacional para la ejecución de acciones dirigidas a mejorar la esperanza y calidad de vida de hombres y mujeres de cualquier edad, integrando la utilización de los recursos disponibles a nivel nacional, regional y local, y de este modo conseguir nacer iguales y tener iguales oportunidades.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha logrado que el sector público desarrolle un marco integral de normas y programas en población y de atención integral a la salud reproductiva de hombres y mujeres en todas las subregiones de salud.

2. Se ha logrado que 80% de las subregiones de salud oferten un paquete básico para la promoción, y atención a la salud reproductiva en todas las etapas de la vida.

3. Se han desarrollado planes y programas para la prevención y detección del maltrato en la niñez y la adolescencia en las áreas prioritarias del país.

1. Al término del bienio, no menos del 80% de las subregiones de Salud habrán implementado acciones concertadas para la atención a la salud reproductiva.

2. Al término del bienio, no menos de 5 de las 33 subregiones de salud habrán duplicado sus coberturas de atención a la salud reproductiva.

3. Al término del bienio, no menos del 60% de las subregiones de salud habrán institucionalizado el control del crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes en sus establecimientos.

4. Hacia fines del bienio se habrán institucionalizado los contenidos temáticos de salud escolar en no menos del 50% de las subregiones de salud.

5. Al final del bienio al menos 10 de las 33 subregiones de salud dispondrán de servicios de orientación y asistencia para jóvenes.

1. Todas las subregiones dispondrán de normas y programas para la atención a la salud reproductiva.

2. Se habrá capacitado a no menos del 30% de los trabajadores de salud implicados en la atención, según su perfil ocupacional.

3. Al término del bienio se habrán integrado funcionalmente los diferentes programas relacionados a atender la salud reproductiva de la población.

1. Al término del bienio, se habrán aumentado en 50% las coberturas de atención a la salud reproductiva de hombres y mujeres de cualquier edad.

2. Al término del bienio, no menos de 4 escuelas formadoras de recursos humanos en salud tendrán programas de promoción y prevención de la salud reproductiva destinados a la comunidad universitaria.

3. Al término del bienio, se habrá disminuido en no menos del 50% de los indicadores de morbi-mortalidad materna y perinatal en las áreas de intervención; y se habrá logrado un 80% de cobertura de parto institucional en 5 de las 33 subregiones.

1. Hacia fines de 1996 se habrán establecido actividades de prevención y atención al maltrato de los niños y adolescentes en las principales ciudades del país.

Objetivos

4. Se ha implantado las normas de atención integral del niño y del adolescente, que incluyan el control del crecimiento y desarrollo, en todas las subregiones de salud.

5. Se ha fortalecido la capacidad del sector salud para dirigir el proceso de incorporación de contenidos de salud integral en el sistema educativo nacional.

PROYECTO 2: EMERGENCIAS Y DESASTRES

PROPOSITO

Mejorar la capacidad de respuesta del Sector Salud a las emergencias y desastres, convocando la participación de otros sectores, mediante el cumplimiento del Plan Estratégico contra Desastres y Emergencias del Año 96 y 97.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha producido y está en ejecución los planes sectoriales para dar respuesta a los desastres y emergencias en el país.

2. Se ha capacitado en emergencias y desastres, al personal de las diferentes instituciones con énfasis en la áreas geográficas vulnerables.

3. Se ha determinado la vulnerabilidad estructural y no estructural en los hospitales y los Centros de Salud ubicados en las áreas vulnerables.

4. Se tiene integradas operativamente a las entidades para lograr una respuesta institucional oportuna y adecuada en casos de emergencia masiva y desastres.

Indicadores

1. Todas las subregiones de salud dispondrán de normas para la atención integral del niño y del adolescente hacia fines de 1996.

2. Hacia fines del bienio no menos de 80% de los establecimientos de salud contarán con personal capacitado en atención integral, incluyendo el control del crecimiento y desarrollo.

1. Al final del bienio al menos la mitad de las subregiones de salud habrán incorporado contenidos temáticos de salud en enseñanza escolar.

1. Plan estratégico multisectorial para enfrentar los desastres naturales y emergencias.

2. Fortalecimiento del INDECI como institución que convoca y formula el Plan.

1. Se habrá puesto en funcionamiento un Plan Sectorial para desastres que está funcionando a nivel del país.

2. Se habrá puesto en funcionamiento los Planes institucionales para desastres en todos los hospitales, MINSA y el IPSS del Perú.

1. Se habrá capacitado adecuadamente a 3,000 funcionarios pertenecientes a los servicios de salud, Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja e INDECI, en todo lo relacionado a emergencias y desastres; en las áreas vulnerables.

2. Se habrá elaborado un manual para cada nivel: local, regional y nacional, dirigido a emergencias y desastres, el mismo que está siendo utilizado adecuadamente.

1. Se habrá hecho el estudio de la vulnerabilidad estructural y no estructural en todos los hospitales ubicados en: Lima, Callao, Tacna, Arequipa, Ilo, San Martín, Cusco, Trujillo y Piura.

1. Se habrá puesto en funcionamiento una Red operativa en cada una de las seis unidades identificadas en las áreas fronterizas vulnerables.

2. Se habrá logrado una respuesta institucional suficiente y adecuada en las seis unidades ubicadas en las áreas geográficas vulnerables.

Objetivos

5. Se tiene un desarrollo sostenido de los procesos de información y educación para nivel local, regional y nacional para casos de desastres naturales y emergencias.

PROYECTO 3: NUTRICION Y ALIMENTACION**PROPOSITO**

Ejecutar el Plan Nacional de Nutrición, de carácter multisectorial, descentralizado, que incorpore líneas estratégicas de: focalización, información-educación-comunicación, abordaje integral sobre deficiencia de micronutrientes, el desarrollo de procesos de vigilancia nutricional, articulando los planes regionales de los Consejos Regionales de Alimentación y Nutrición durante 1996-1997.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha implementado el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, que está siendo dinamizado a través de las mesas de trabajo, interdisciplinaria y multi-institucionalmente.

2. Se tienen planes regionales que están funcionando a través de los Consejos Regionales de Alimentación y Nutrición (CRAN) en base a las estrategias de focalización, planificación de base y educación participativa en Nutrición.

3. Se cuenta con una red del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional que está funcionando y articulando a los procesos regionales.

Indicadores

1. Se habrá producido material audiovisual adecuado para enfrentar los desastres y emergencias en el nivel local, regional y nacional, el mismo que está siendo utilizado.

2. Se habrán fortalecido los estudios de post-grado en emergencia y desastres de La Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la producción de material educativo para profesionales.

1. Plan Nacional de Nutrición discutido, aprobado formalmente y operando.

2. Planes Regionales de Alimentación y Nutrición a través de los Consejos Regionales de Alimentación y Nutrición (CRAN) funcionando en La Libertad, Arequipa, Iquitos, Puno, San Martín.

1. Cinco mesas de trabajo instaladas, funcionando y emitiendo documento técnicos y técnico-políticos: Micronutrientes, alimentación infantil, vigilancia nutricional, inocuidad de alimentos y control de calidad, estilos de vida y alimentación.

2. Plan Nacional de Nutrición difundido a nivel nacional en tres Talleres Macroregionales (Chiclayo, Lima, Arequipa).

1. Se habrá puesto en funcionamiento cinco planes regionales que estarán ejecutándose en Arequipa, La Libertad, Puno, Iquitos y San Martín.

2. Se habrá capacitado al personal de los CRAN constituidos en planificación de base, educación participativa y focalización de los CRAN.

1. Se habrá implementado un banco de datos en Alimentación y Nutrición en el INS-CENAN (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición), que estará funcionando como nudo central de información.

2. Se habrá fortalecido los procesos locales de vigilancia nutricional: local, regional y nacional.

Objetivos

4. Se cuenta con un programa operativo en el MINSA, sobre deficiencia de micronutrientes específicos (yodo, hierro, vitamina A) fortalecidos, que está desarrollándose.

5. Se ha desarrollado metodologías de comunicación y educación, que están siendo utilizadas para apoyar a los programas y proyectos de Nutrición del MINSA con énfasis en la lactancia y alimentación infantil.

6. Se ha determinado y caracterizado social, económica y culturalmente a las poblaciones urbanas y fronterizas sobre las enfermedades crónicas relacionadas con estilos de vida y alimentación.

PROYECTO 4: INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNOLOGICO

PROPOSITO

Aumentar la capacidad nacional en investigación y desarrollo tecnológico, fomentando la coordinación intrasectorial e intersectorial, difundiendo el conocimiento generado y promoviendo su aplicación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha definido la política de investigaciones y desarrollo tecnológico del Sector bajo la rectoría del MINSA.

2. Se ha integrado la actividad de investigación en el Plan Estratégico de cada uno de los programas del MINSA.

3. Se ha concertado y promovido el co-financiamiento de un conjunto de investigaciones aplicadas, definidos por el MINSA.

4. La Red Nacional de Laboratorios de Referencia del MINSA a nivel Subregional está apoyando los programas dirigidos a la detección y tratamiento de las patologías prevalentes.

Indicadores

1. Se habrá abordado y estará en ejecución el plan contra la deficiencia en micronutrientes contemplado en el Plan Nacional de Nutrición y la mesa de micronutrientes: Plan Nacional contra deficiencia de yodo, Vitamina A y hierro.

1. Manuales de capacitación dirigidos a promotores de salud, personal de salud y educación y estudiantes pregrado de Medicina, Nutrición, Enfermería y Obstetricia sobre "Guías de Alimentación Infantil y de la Mujer".

2. Se habrá capacitado al personal responsable del nivel local en gerencia, sobre gestión a nivel local de programas de asistencia alimentaria (programación, evaluación, gestión) dirigido a personal responsable del nivel local.

1. Se habrá dado a conocer el nuevo perfil epidemiológico nutricional (agregando sobrepeso y obesidad) en las ciudades fronterizas de Chile, Ecuador y Bolivia.

2. Se habrá hecho un estudio nacional sobre prevalencia y tendencia de la malnutrición por exceso, en las ciudades fronterizas.

1. Al terminar el bienio, el Ministerio de Salud habrá establecido un sistema de coordinación en la identificación de necesidades, financiamiento y aplicación de resultados en investigación y desarrollo tecnológico que incorpore en no menos del 50% de las Regiones del país.

1. Al término del primer año el Sector contará con un documento de Políticas y Estrategias de Investigación en Salud, suscrito a nivel institucional.

1. Al término del bienio, el Ministerio de Salud contará con planes estratégicos formulados, aprobados y en ejecución con contenidos explícitos en investigación.

1. Al término del bienio, se habrán establecido convenios de financiamiento nacional y multilateral en el Sector Salud que permita canalizar fondos internos y externos en compromisos de financiamiento de mediano y largo plazo.

1. Al terminar el bienio, el MINSA contará con la interconexión y asistencia técnica de su Red Nacional de Laboratorios de Referencia conformada por no menos de 20 Laboratorios a nivel Subregional.

2. Al terminar el bienio se encontrará capacitado el 100% del personal a cargo de los Laboratorios de Referencia.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 5: SALUD AMBIENTAL****PROPOSITO**

Promover y desarrollar intervenciones de salud ambiental priorizadas en función de los principales problemas de salud que afectan a la población, definidos por los perfiles socio-epidemiológicos locales, regionales y nacionales, así como promover las inversiones en agua y saneamiento y la atención de los compromisos internacionales asumidos por el Perú relativos al ambiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha incorporado las intervenciones de salud ambiental, en los programas de salud del MINSA, además de los programas específicos de salud ambiental que desarrolla.

2. El MINSA ha asumido la función de asesor y participante en las decisiones nacionales en cuanto a las relaciones entre el ambiente humano, la salud y el desarrollo, a fin de asegurar que las actividades de los diferentes sectores y organizaciones contribuyan positivamente a la promoción y protección de la salud.

3. Se ha fomentado la investigación y desarrollado programas de soluciones no convencionales en abastecimiento de agua, eliminación de excretas y desagües en áreas urbano-marginales y rurales.

4. Se ha promovido y apoyado a los programas de inversiones que viene desarrollando y gestionando el país, en el área de los servicios de saneamiento básico, a la atención de sus compromisos internacionales relacionados al ambiente.

5. Se ha desarrollado la capacidad en las instituciones locales, regionales y nacionales responsables de vigilar y controlar la calidad del abastecimiento de agua potable y el tratamiento y reuso de aguas servidas, así como la protección de fuentes de agua.

1. A fines de 1997 en las regiones de salud se estarán ejecutando intervenciones de salud ambiental en los programas de salud dirigidos a los grupos vulnerables en el contexto del PIAS y los compromisos derivados del Programa 21 de la CNUMAD92

1. En 1997 los programas de salud básica del MINSA habrán incorporado acciones de salud ambiental.

2. Personal profesional y técnico de los programas de salud básica capacitado en salud ambiental a fines de 1996.

1. Las consideraciones de salud del MINSA habrán sido tomadas en cuenta en todas las decisiones nacionales relacionadas al ambiente humano, la salud y el desarrollo.

2. Los ministerios, los organismos públicos y privados y la población habrán creado conciencia de los problemas de salud ambiental y habrán promovido modificaciones ambientales con efectos positivos para la salud.

1. Se habrán desarrollado, con la colaboración del CEPIS, programas de investigación de soluciones no convencionales adecuadas a las realidades rurales y urbano-marginales de la costa, sierra y selva del país.

2. Se habrá ejecutado en una región seleccionada del país, un programa de soluciones no convencional de agua y saneamiento.

1. En el marco del PIAS se habrán desarrollado acciones de promoción y apoyo a los proyectos de inversiones del sector agua y saneamiento.

2. Se habrán ejecutado acciones de promoción y de apoyo al desarrollo del Componente de Salud y Ambiente (Programa 21) y al cumplimiento del Plan 94/97 de Salud Ambiental de la CAS.

3. Se habrán ejecutado, con la colaboración del CEPIS, programas de mejoramiento de la gestión del ambiente y la salud en dos localidades del interior del país.

1. Se habrá dado continuidad, con la colaboración del CEPIS, al programa de mejoramiento de la calidad del agua en las entidades prestadoras de servicios de agua potable y alcantarillado.

Objetivos

6. Se ha desarrollado la capacidad, en las instituciones responsables, del aseo urbano.

PROYECTO 6: ZONOSIS Y SANIDAD ANIMAL

PROPOSITO

Incrementar las actividades dirigidas a mejorar los programas de zoonosis y sanidad animal; al programa integrado de protección de alimentos; al programa de establecimiento de áreas libres de fiebre aftosa y al fortalecimiento de la enseñanza de la Salud Pública Veterinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se han desarrollado programas modulares sobre Control de Zoonosis Parasitarias (distomatosis, cisticercosis, hidatidosis) y bacterianas (peste, brucelosis, tuberculosis) de interés en Salud Pública y Productiva Pecuaria.

2. Se ha logrado la participación activa de Agricultura, Universidad, Gobiernos Locales, Fuerzas Armadas y Comunidad en el sistema de vigilancia del programa, control de rabia a nivel nacional.

Indicadores

2. Se habrá puesto en ejecución, con la colaboración del CEPIS, un programa de vigilancia y control de calidad de agua de consumo humano en las 10 ciudades con mayor cobertura de servicios de agua potable.

3. Se habrá puesto en ejecución, con colaboración del CEPIS, un programa adecuado de control del reuso de aguas servidas en la agricultura.

1. Se habrán elaborado y difundido las pautas y criterios para organizar los servicios de limpieza pública autofinanciados.

2. Se habrán organizado empresas de limpieza pública en cinco ciudades importantes del país.

1. Se habrá disminuido casos de zoonosis parasitarias, bacterianas y virales.

2. Se habrán disminuido pérdidas económicas por control zosanitario.

3. Se habrá disminuido las ETAs.

4. Se habrá propuesto los criterios de la orientación en Salud Pública Veterinaria en las Unidades de Post-Grado de la Facultad de Medicina Veterinaria.

1. Se habrá elaborado un Plan de Acción para los módulos de Control de Zoonosis Parasitaria con participación de Salud, Agricultura, Universidad y Comunidad de la Región Arequipa y Subregiones de Cajamarca y Puno.

2. Se habrá constituido y elaborado un Reglamento de funciones de los Comités Locales (03) para la ejecución del Plan de Acción.

3. Se habrá elaborado y puesto en ejecución un Plan de Acción para áreas libres de brucelosis y tuberculosis bovina en 05 cuencas lecheras.

4. Se habrá constituido y elaborado un Reglamento de funciones de los Comités Locales (05) para la ejecución del Plan de Acción.

1. Se habrá mejorado la calidad de diagnóstico de laboratorio de rabia por el método de inmunofluorescencia en cuatro ciudades seleccionadas.

2. Se habrá incrementado la producción de vacuna antirrábica canina en cultivo celular a 2'000000 de dosis anual; y mejorado el control de calidad.

Objetivos

3. Se ha incrementado las acciones tendientes a lograr áreas libres de fiebre aftosa.

4. Se ha mejorado la capacidad analítica y de diagnóstico para el control microbiológico y toxicológico de los alimentos, en los servicios de laboratorio.

5. Se ha aplicado la metodología de análisis de riesgo y puntos críticos de control (HACCP) en los servicios de inspección.

6. Se han desarrollado modelos de comunicación social orientados al manejo de los alimentos para mejorar su higiene.

7. Se ha mejorado el contenido de la currícula de Salud Pública Veterinaria en las facultades de veterinaria.

PROYECTO 7: MEDICAMENTOS ESENCIALES**PROPOSITO**

Incrementar el acceso equitativo de la población, a los medicamentos esenciales de calidad.

Indicadores

1. Se habrá elaborado el diagnóstico zoonosario e identificado situaciones favorables para áreas libres, en cada una de las regiones y subregiones de mayor crianza de camélidos sudamericanos.

2. Se habrá desarrollado un Plan de Acción para declarar en forma progresiva áreas libres de fiebre aftosa, que beneficien la exportación de productos y subproductos pecuarios.

3. Se habrá incrementado a 1.5 millones de dosis anual la producción de vacuna antiaftosa oleosa por el INS y mejorado el control de calidad.

1. Se habrán identificado y acreditado, doce laboratorios de microbiología de alimentos por el Instituto Nacional de Nutrición y Control de Calidad de Alimentos.

2. Se habrá capacitado a 24 profesionales o técnicos, de laboratorios acreditados durante 3 meses en el INANC.

1. Se habrá motivado a las autoridades de los gobiernos locales (municipalidades distritales de la provincias de Tumbes, Piura, Arequipa y Tacna) la importancia del uso del HACCP en la inspección sanitaria de alimentos.

2. Se habrá capacitado a los técnicos de salud ambiental de las subregiones de Tumbes, Piura y Tacna y región de Arequipa sobre la metodología del HACCP.

3. Se habrá capacitado a los inspectores municipalidades distritales comprendidos en el proyecto.

1. Se habrá capacitado en prácticas higiénico-sanitarias sobre manejo de alimentos en locales y puestos de venta, así como en centros de producción de alimentos.

1. Se habrán desarrollado dos seminarios taller sobre la importancia de la Salud Pública Veterinaria, en la currícula de las facultades de veterinaria.

2. Se habrán introducido cambios en la currícula de formación profesional, con mayor pensum en la Salud Pública Veterinaria.

1. Se habrá apoyado la consolidación y el mantenimiento del programa nacional de abastecimiento de medicamentos para el nivel de atención en por lo menos el 70% de subregiones durante el bienio.

2. Se habrá mejorado significativamente el sistema de evaluación de la calidad de medicamentos durante el bienio.

3. Se habrá definido una política nacional de medicamentos que privilegie la comercialización, el abastecimiento, la accesibilidad, la calidad y el uso de los medicamentos esenciales y genéricos.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se cuenta con mecanismos para fortalecer el programa nacional de abastecimiento de medicamentos del primer nivel de atención establecidos, que están siendo utilizados.

2. Se ha incrementado la cobertura y la eficiencia de los programas de inspecciones, pesquisas y controles analíticos de productos farmacéuticos.

3. Se ha impulsado los programas de información y educación sobre medicamentos, para profesionales, técnicos y público en general, a nivel nacional.

4. Se tiene propuestas sobre política nacional de medicamentos (priorizando los esenciales), legislación y fortalecimiento del liderazgo del MINSA (en el área farmacéutica), que han sido formuladas y discutidas.

Indicadores

1. Se habrá mantenido y reforzado la capacitación a funcionarios, profesionales y técnicos, de por lo menos 22 subregiones de salud, en la gestión del programa.

2. Se habrán implementado sistemas automatizados de gestión de medicamentos a nivel de centros de distribución subregionales y nacional.

3. Se habrá elaborado y validado un sistema de evaluación del programa en base a indicadores objetivos, pertinentes y fiables.

1. Se habrá adoptado un sistema más eficaz y eficiente de pesquisas y controles analíticos de medicamentos (en base a una propuesta técnica).

2. Se habrán revisado y mejorado las Guías para las inspecciones a establecimientos farmacéuticos productores, distribuidores e importadores.

3. Se habrá reforzado la capacitación de los recursos humanos en las áreas de inspecciones, pesquisas y control de calidad durante el bienio.

4. Se habrá instituido un reglamento más eficaz de sanciones para las infracciones en prácticas de manufactura, distribución, almacenamiento y dispensación.

1. Se habrá incrementado, en por lo menos un 200%, la producción de consultas al CENAIM.

2. Se habrán implementado por los menos tres centros de información a nivel de macroregiones.

3. Se habrá elaborado y discutido propuestas para la enseñanza de los conceptos de uso racional y medicamentos esenciales, con por lo menos dos facultades de farmacia y cuatro de medicina.

4. Se habrán continuado las acciones de capacitación de profesionales y técnicos, en el área de medicamentos (PACFARM), de por lo menos 22 subregiones.

1. Se habrán llevado a cabo, por lo menos dos eventos nacionales para discutir aspectos de una política farmacéutica nacional.

2. Se habrá elaborado y puesto a disposición de las autoridades del MINSA, una propuesta de política nacional de medicamentos (que priorice los medicamentos esenciales).

3. Se habrá contribuido a la formulación y discusión de proyectos de códigos, leyes y reglamentos relacionados con el medicamento en general y los medicamentos esenciales.

4. La DIGEMID habrá dispuesto de una propuesta para fortalecer el liderazgo del MINSA en el área de medicamentos.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 8: COMUNICACION SOCIAL****PROPOSITO**

Promover en el país el uso y la enseñanza de la Comunicación Social en Salud, que permita la participación y compromiso de los medios masivos en la promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se cuenta con medios masivos de comunicación que están desarrollando un modelo de producción de matrices sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades en coordinación permanente con OPS/Perú y los programas del MINSa.

2. Se ha informado, motivado y capacitado al personal de los medios masivos de comunicación en lo relacionado con la salud y las técnicas de comunicación, a fin de promover en el país el uso y la enseñanza de la Comunicación Social en Salud.

3. Se cuenta con los medios masivos que están desarrollando programas y temas de promoción de la salud.

1. Se habrá logrado desarrollar un trabajo sostenido con 25 medios masivos de comunicación en el país, que habrán permitido apoyar a las prioridades del sector salud.

2. Se habrá producido materiales-modelo para la prensa, la radio y la Televisión, adecuados y suficientes.

3. Se habrá motivado y capacitado adecuadamente a la totalidad de los comunicadores y periodistas involucrados en el trabajo en salud.

1. Se habrán coproducido con el Diario La República, 96 suplementos semanales (VIDA) con temas diversos, al término del bienio.

2. Se habrán coproducido con Panamericana Televisión Canal 5, 290 microprogramas "Hablemos de Salud" para su difusión en el Programa Agrovisión, tres veces por semana y con llegada a 14 países por la cadena Sur, al término del bienio.

1. se habrá producido y distribuido materiales informativos a 30 medios, en forma sostenida, a través de un servicio de prensa, anualmente.

2. Se habrá informado permanente a 25 medios masivos, sobre eventos y celebraciones especiales, con temas específicos de salud, anualmente.

3. Se habrá capacitado a 50 periodistas pertenecientes a los equipos periodísticos de cada medio, sobre temas de salud y técnicas de producción de mensajes, al término del bienio.

4. Se habrá entregado 2,000 ejemplares mensuales del suplemento VIDA a la oficina de Comunicaciones del MINSa, durante el bienio.

5. Se habrá diseminado la información sobre Técnicas de Comunicación en Salud, al MINSa, universidades, ONGs y periodistas, permanente, durante todo el bienio.

1. Se habrá establecido un convenio de cooperación, con Radio Programas del Perú, cadena nacional de alcance andino, para la producción de programas modelo en temas generales de salud sobre maltrato y violencia, temas generales y municipios saludables, al terminar el primer año y desarrollado un trabajo conjunto en el segundo año.

2. Se habrá establecido un convenio de cooperación con Antena 1 Radio, para la producción de microprogramas sobre salud escolar y salud del adulto, al terminar el primer año y desarrollar un trabajo conjunto en el segundo año.

Objetivos

4. Se tiene una producción televisiva sobre temas de salud realizada con el proyecto HISPASAT para su distribución vía satélite en América Latina.
5. Se ha incorporado a la currícula de las facultades de Comunicación Social y de las Ciencias Médicas la comunicación en salud.

PROYECTO 9: RESULTADO DE LA EPIDEMIOLOGIA

PROPOSITO

Mejorar las funciones de la epidemiología en los servicios de salud, con énfasis en los niveles subregionales y locales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha mejorado la capacidad de análisis de salud y su utilización por parte de los diferentes niveles del sistema de salud.

2. Se cuenta con una Red de Vigilancia Epidemiológica mejorada y evaluada.

Indicadores

1. Se habrá producido videos por encargo de DPI, en forma permanente durante el bienio.

1. Al término del bienio, tres facultades de Comunicación Social y tres facultades de las Ciencias Médicas, habrán incorporado en la enseñanza regular cursos de comunicación en salud con énfasis en el desarrollo de programas.

1. Metodología de análisis y vigilancia de la salud desarrollada y ejecutada entre las Oficinas de Epidemiología, Estadística y Planificación del Nivel Central.

2. Unidades de Epidemiología con funciones de análisis, vigilancia, investigación y evaluación estructuradas por año.

1. Se habrá actualizado anualmente, a nivel central, el análisis de salud del país.

2. Se habrán elaborado metodologías e instrumentos para análisis de salud en las 10 SubRegiones de Salud, anualmente.

3. Se habrá preparado un informe anual sobre el análisis de evaluación de la situación de salud, en cada una de las SubRegiones.

4. Se habrá evaluado anualmente el sistema de información en salud, a nivel central y subregional.

5. Se habrá incrementado el número de Servicios de Salud locales que están ejecutando el análisis de salud.

6. Se habrá incrementado el número de estrategias de intervención para espacios-población de extrema pobreza que estarán ejecutándose anualmente.

1. Se habrá evaluado anualmente el sistema de Vigilancia Epidemiológica, en las 32 Subregiones.

2. Se habrá aumentado el número de unidades notificantes de la Red a un 100% de los hospitales y centros de salud y a un 90% de los puestos de salud al final del bienio.

3. Se habrá aumentado el número de unidades que están realizando la notificación oportuna, a un 98% del total al final del bienio.

Objetivos

3. Los recursos humanos del nivel central, subregional y local han sido capacitados en los principios y métodos de la epidemiología y en los procedimientos de la CIE-10.

4. Están siendo ejecutados y difundidas las investigaciones epidemiológicas, a nivel de todo el sistema de salud del país.

5. Se cuenta con una Red de Información Biomédica y Sanitaria en el Perú ampliada y modernizada.

Indicadores

1. Se habrá elaborado y puesto en ejecución un Plan Estratégico de capacitación permanente de recursos humanos, en 20 SubRegiones al final del bienio.

2. 10 equipos de salud Subregionales habrán sido incorporados al proceso de capacitación por año.

3. Se habrá producido un número adecuado y suficiente de materiales de apoyo didáctico seleccionados/elaborados por área de utilización (análisis, vigilancia, evaluación) y por niveles (central, subregional, local) por año.

4. 12 epidemiólogos del nivel central y subregional habrán sido capacitados por áreas de especialización por año.

1. Se habrá cumplido satisfactoriamente una Jornada Nacional de Epidemiología, anual.

2. Se habrá logrado que todas la investigaciones epidemiológicas sean publicadas en revistas nacionales y extranjeras por año.

3. Se habrá logrado que todos los proyectos de investigación institucionales y colaborativos multicéntricos sean remitidos para subsidio anualmente.

1. 50 usuarios institucionales habrán sido incorporados con acceso a información científico-técnica en salud al final del bienio.

2. Se habrá efectuado la diseminación selectiva de información bibliográfica a 32 Subregiones de Salud, por medio impreso y de telecomunicación (Internet, RCP, etc.)

3. Cuatro unidades macroregionales de información, incluidas dos en áreas de frontera, habrán sido identificadas y fortalecidas anualmente.

4. Tres cursos de capacitación para encargados de Centros Cooperantes REPEBIS (Seriosos de Salud, LILACS), habrán sido ejecutados anualmente.

5. 30 encargados del Centro Cooperante REPEBIS habrán sido capacitados en tecnología de información por año.

PROYECTO 10: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Mejorar la capacidad nacional para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias en el marco de un plan nacional estratégico integrado.

1. Plan estratégico de prevención y control de enfermedades transmisibles en operación en las 32 SubRegiones de Salud del país.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se cuenta con un plan estratégico nacional de control y prevención de enfermedades transmisibles que está siendo ejecutado y evaluado.

2. La Red Nacional de Laboratorios está fortalecida, para el diagnóstico y vigilancia de enfermedades transmisibles.

3. El personal de Servicios de Salud está capacitado y está trabajando en el área de epidemiología, gestión y diagnóstico de laboratorio.

4. Se han ejecutado investigaciones para el tratamiento y la prevención de las enfermedades transmisibles.

Indicadores

1. Se habrá efectuado una reunión nacional de evaluación del plan nacional por año.

2. Se habrá contado con normas técnicas de vigilancia y control de enfermedades transmisibles prioritarias elaboradas y aplicadas en las 32 SubRegiones.

3. Se habrá establecido un sistema de supervisión que estará en operación al final del bienio.

4. Se habrán producido modelos y experiencias locales de participación comunitaria en salud (Dengue, Malaria) difundidas a nivel nacional, con énfasis en áreas endémicas.

1. El Instituto Nacional de Salud, contará con un sistema de supervisión y control de calidad establecido y en operación al final del bienio.

2. Se habrá puesto en funcionamiento anualmente tres laboratorios de gestión intermedia con estandarización de pruebas de diagnóstico para patologías transmisibles prioritarias del área.

1. Se habrán capacitado a 10 equipos de salud subregionales en epidemiología, gestión y diagnóstico de laboratorio, anualmente.

2. Se habrá capacitado en estratificación epidemiológica, al personal de salud, anualmente.

3. Se habrá hecho un análisis de riesgo para patologías prioritarias en 10 SubRegiones, anualmente.

4. Se habrá capacitado a 20 biólogos/entomólogos, en control de vectores, anualmente.

5. Se habrá enviado oportunamente bibliografía seleccionada a las 32 SubRegiones.

1. Se habrán realizado investigaciones operativas sobre eficacia de tratamiento de TBC y Malaria, en las SubRegiones priorizadas.

2. Se habrá reducido la incidencia de la Malaria en las áreas, ejecutando acciones ajustadas a la estratificación de riesgo.

3. Se habrán elaborado y ejecutado investigaciones colaborativas sobre resistencia al tratamiento antituberculoso y antimalárico, in vivo e in vitro.

Objetivos

5. El Programa Nacional de Control del SIDA y ETS ha desarrollado vínculos interprogramáticos, multisectoriales e interagenciales necesarios para permitir y mantener la coordinación efectiva de lucha contra el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual en el país.

6. Al menos siete Regiones de Salud prioritarias tienen evidencia documental de implementación de intervenciones efectivas para reducción de la propagación de VIH y otros patógenos sexualmente transmisibles entre grupos-blancos específicos, y de las repercusiones del SIDA sobre la población y las personas afectadas.

7. El personal de los establecimientos de salud está capacitado adecuadamente en el manejo de los casos de diarrea, cólera e infección respiratoria aguda.

Indicadores

1. A fin de bienio, el Programa Nacional tendrá en operación un plan de mediano plazo 1996-1999 para el control, prevención y asistencia de VIH/SIDA/ETS.

2. A fin de bienio, se habrá instalado un Comité Interagencial en funciones de apoyo a la coordinación y movilización de recursos para la lucha contra el SIDA y ETS.

1. A fin de bienio, las Regiones priorizadas podrán acreditar 100% de cobertura de tamizaje para al menos VIH y T. pallidum en sangre y hemocomponentes para transfusión; así como, al menos 30% de cobertura de implementación del manejo sintomático de las enfermedades de transmisión sexual en Centros de Salud.

2. A fin de bienio, las Regiones priorizadas tendrán en ejecución un programa de Educación de Pares en, al menos, dos grupos poblacionales específicos con comportamientos de alto riesgo de propagación de VIH/SIDA/ETS y en, al menos, 50% de sus Centros Educativos se habrá incorporado contenidos específicos sobre prevención de SIDA/ETS en la currícula escolar.

3. A fin de bienio, las Regiones priorizadas tendrán en ejecución, al menos, un programa de promoción del autocuidado, ayuda mutua y atención domiciliaria para las personas afectadas por el VIH/SIDA, en coordinación con, al menos una ONG o Grupo de Ayuda Mutua (GAM) local.

4. A fin de bienio, las Regiones priorizadas habrán incrementado su capacidad de análisis de la situación y sus tendencias al acreditar su participación en, por lo menos, la notificación regular de casos de SIDA, la vigilancia centinela de la infección VIH en, al menos, un grupo específico (con énfasis en población femenina y joven) y en la aplicación de la encuesta de Evaluación del Impacto desarrollada por OPS/DMS, a través de la medición de, al menos, tres de los ocho indicadores de Prevención (PI) validados.

1. Se habrá logrado que el 25% de los casos de diarrea/cólera e infección respiratoria aguda sean manejados correctamente para fines del bienio.

2. Se habrá reducido en un tercio, respecto a 1990, las muertes por neumonía en menores de 5 años, al final del bienio.

Objetivos

8. Los miembros de la comunidad están informados y están practicando un manejo temprano adecuado de los casos de diarrea/cólera e infección respiratoria a nivel de sus hogares.

PROYECTO 11: SALUD MENTAL

PROPOSITO

Crear un espacio de concertación de grupos que trabajan en distintos aspectos relacionados con la salud mental, abuso de sustancias y enfermedades crónico degenerativas, para articular programas de estilos de vida saludable en procura de una atención integral a las personas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Grupos de trabajo constituidos buscando espacios de concertación para las áreas de salud mental, abuso de sustancias, cáncer, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles.

2. Se ha cooperado con los grupos de concertación a definir los lineamientos y los procedimientos para la formulación y ejecución de programas integrados.

PROYECTO 12: DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

PROPOSITO

Mejorar los niveles de conducción de las Redes de los establecimientos de Salud y de la capacidad de respuesta de sus unidades operativas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se han identificado las redes de establecimientos de salud en cada subregión.

2. Se tiene los niveles de conducción de las Redes de Establecimientos de Salud con un sistema de información instalado y operativo para el monitoreo y supervisión de la operación.

Indicadores

1. El 80% de los casos de diarrea/cólera, en la comunidad, habrán usado la terapia de rehidratación oral, al final del bienio.

2. El 50% de los casos de diarrea e IRA tendrán acceso al tratamiento estándar de casos en 1997.

3. El 30% de los casos de IRA que debieron buscar atención, lo habrán hecho para fines de 1997.

1. Espacio de concertación para la articulación de programas de estilos de vida saludable constituido y con programas articulados, formulados y aprobados.

1. Actividades programadas en relación a las áreas que integra Estilos de Vida Saludables ejecutadas durante los dos años.

1. Se habrá logrado que los grupos de concertación tengan sus documentos de lineamientos y procedimientos para la formulación y ejecución de programas integrados, aprobados.

1. 50% de las Redes de Establecimientos de Salud con niveles de conducción capaces de ejercer supervisión sobre las unidades operativas.

1. Se habrán definido y puesto en funcionamiento las redes de establecimientos de salud en cada una de las subregiones de salud.

1. Se habrá puesto en funcionamiento, un sistema de información para monitoreo y supervisión de la operación, en el 50% de los niveles de conducción de las redes de establecimientos de salud.

Objetivos

3. Se tiene a los centros y puestos de salud operando los paquetes básicos de salud y su personal está capacitado en la operación de los mismos.
4. El personal de enfermería de los centros y puestos de salud, está capacitado en el manejo y monitoreo de los paquetes básicos de salud.
5. Los establecimientos de salud están equipados y abastecidos, para operar los paquetes básicos de salud.
6. Los hospitales de referencias de las redes de establecimientos de salud están incorporados al programa de acreditación de la calidad de la atención.

PROYECTO 13: SERVICIOS DE INMUNIZACION**PROPOSITO**

Reducir la morbilidad y la mortalidad por sarampión, difteria, tos ferina, tuberculosis, tétanos neo-natal y Hepatitis B, promoviendo la autosuficiencia del sector salud en la prestación de servicios de inmunización eficiente y efectivo a la población infantil contra estas enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha logrado la reducción de la incidencia del sarampión en el país.

Indicadores

1. Se habrán puesto en operación en el 50% de los centros y puestos de salud el paquete básico de salud.
1. El 50% del personal de enfermería habrá sido capacitado en el manejo y monitoreo de los paquetes básicos de salud.
1. La totalidad de establecimientos de salud habrán contado con equipos y suministros adecuados a las especificaciones de los paquetes básicos de salud.
1. La totalidad de los hospitales de referencia de las redes de establecimientos de salud, habrán sido incorporados al programa de acreditación de la calidad de atención.
1. Manteniendo cero casos de poliomielitis en el país.
2. Control y eliminación del tétanos neonatal.
3. Reducción de la incidencia en menos de 10 casos/100,000 habitantes para 1997 y la eliminación del sarampión para el año 1998.
4. Mantenimiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación en todos los establecimientos de salud del país.
1. Se habrá logrado la notificación semanal del 100% de las enfermedades febriles eruptivas, en el bienio.
2. Se habrá logrado que sean investigados el 100% de las enfermedades febriles eruptivas, a nivel del país.
3. Se habrá logrado que el Instituto Nacional de Salud y los laboratorios subregionales cuenten con insumos para el procesamiento de las muestras de sangre de los casos probables de sarampión.
4. Cobertura con la vacuna antisarampinosa de por lo menos 90% de los niños menores de un año en cada distrito del país.

Objetivos

2. Se cuenta con 100% de la MEF vacunadas con toxide tetánico en los distritos de riesgo, del tétanos neonatal.

3. Se ha apoyado al sector salud en el mantenimiento de la erradicación de la polio en todo el país.

4. Disponibilidad de normas y manuales sobre estrategias de vacunación y control de las enfermedades inmuno-prevenibles en todos los establecimientos de salud del país.

5. Definición de los parámetros epidemiológicos para determinar la prioridad en la introducción de nuevas vacunas en el programa nacional de vacunación.

PROYECTO 14: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Mejorar la capacitación en Salud Pública y Servicios en coordinación con organismos de desarrollo de recursos humanos, instituciones de formación y educación superior en Salud Pública, Universidades y otros centros de formación.

Indicadores

1. Se habrá evaluado mensualmente las coberturas de TT, en las MEF de los distritos en riesgo de TNN.

2. Se habrá logrado que sean investigados el 100% de los casos probables de TNN, en el bienio.

1. Se habrá contribuido en la investigación de 100% de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), en el bienio.

2. Se habrá incrementado el número de unidades notificantes de la Red a 100% de los hospitales, centros y puestos de salud.

3. Cobertura de por lo menos 85% en cada distrito de los menores de un año con la vacuna OPV.

1. Cobertura de por lo menos 85% en cada Municipio de los niños menores de un año con tres dosis de la vacuna DPT y OPV, y una dosis de la vacuna BCG y Antisarampíosa.

2. Se habrá abastecido suficientemente, a través del Fondo Rotatorio, de biológicos y jeringas requeridas por el Ministerio.

3. Se habrá evaluado mensualmente el 100% de la información sobre los diferentes tipos de vacunas aplicadas, según grupo de edad y por distrito, en el bienio.

4. Realización de encuestas de oportunidades perdidas de vacunación a nivel subregional.

1. Se habrá desarrollado actividades de control de la Hepatitis-B, a través de la vacunación en los grupos de riesgo en las áreas endémicas del país.

1. Documento con plan integral descentralizado de capacitación del personal de salud, elaborado conjuntamente y en convenio con 5 Universidades, Directivos de Salud del nivel nacional y regional y 3 Centros de Capacitación de acuerdo con las necesidades locales.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha apoyado la creación de los Consejos Regionales de Recursos Humanos funcionando como núcleos de investigación y capacitación permanentes.

2. Se tiene planes descentralizados y regionalizados de Educación Permanente para profesionales interdisciplinarios de salud.

3. Se han establecido y puesto en ejecución convenios, entre universidades y servicios de salud, reforzando los niveles regionales y replanteando la integración docencia-asistencial.

4. Se ha promovido la producción, utilización y distribución de información científica y libros de texto.

1. Consejos Regionales de Recursos Humanos en operación en cinco regiones del país.

2. Cinco proyectos de investigación en relación a las necesidades de capacitación del personal de los servicios en ejecución.

1. Se habrá preparado el material bibliográfico y las publicaciones científicas sobre temas específicos, para el desarrollo de 20 cursos.

1. Se habrán establecido y estarán en funcionamiento 4 Convenios de integración docencia-asistencia entre instituciones formadoras y de servicio de salud de 4 Regiones.

2. Se habrá elaborado y puesto en práctica un plan de acción para ejecutar 10 convenios.

1. Se habrá dotado de materiales docentes a la totalidad de Universidades que cuentan con Facultades de Ciencias de la Salud, en el país.

2. Se habrá puesto en funcionamiento mecanismos precisos para la distribución de publicaciones científicas y de tecnología.

PROYECTO 15: PLANIFICACION DE PROGRAMAS DE SALUD

PROPOSITO

Lograr que el MINSA tenga capacidad de liderazgo y gestión política en salud, para transformar el sistema con criterios de equidad y eficacia social, incluyendo el enfoque de género en los procesos de planificación de los programas de salud a nivel nacional.

1. Documentos de gestión y metodologías de planificación operando en el nivel nacional y regional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha analizado la legislación vigente en salud, a fin de desarrollar la capacidad de proponer leyes nacionales que cauteleen derechos y responsabilidades ciudadanas, públicas y privadas.

2. Se ha apoyado el desarrollo del rol rector del MINSA, mediante la utilización de la planificación estratégica en la formulación de política y proyectos para el Sector Salud.

1. Se habrá producido un documento con Propuestas de Leyes que habrán sido discutidas en debate interinstitucional.

2. Se habrán producido propuestas legislativas sobre regulación sanitaria con una alta visibilidad política y económica, que estarán siendo ejecutadas.

1. Se habrán formulado estratégicamente planes y programas que estarán en ejecución en todas las Regiones y Subregiones del MINSA.

Objetivos

3. Se ha fomentado el análisis de costos de servicios de salud y sus demandas según grupos sociales a fin de proponer políticas adecuadas.

4. Se ha promovido la coordinación entre instituciones prestadoras de servicios de salud de Seguridad Social, organizaciones comunitarias, municipales y privadas a fin de optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios.

5. Se ha promovido el desarrollo de metodologías para cálculos de la carga de morbilidad, costo efectividad de las estrategias de intervención y eficiencia social.

6. Se tiene un Plan de Acción Conjunto con la Red de la Mujer y ONG's que trabajan con grupos de mujeres organizadas, que esta siendo ejecutado.

7. Se han publicado y difundido las políticas de protección de la salud con enfoque de género, en los diferentes niveles técnicos administrativos del Sector Salud y grupos comunitarios.

PROYECTO 16: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Mejorar el proceso de integración entre países mediante el análisis conjunto de la problemática, identificación de prioridades de cooperación y formulación de proyectos y desarrollo de acciones compartidas con énfasis en las áreas fronterizas.

Indicadores

1. Se habrá dotado a los establecimientos de salud de primer nivel de un sistema de costos como instrumento de gerencia, que estará siendo utilizado.

2. Se habrá logrado realizar un estudio sobre demanda con propuestas operativas para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

1. Se habrán establecido acuerdos interinstitucionales que estarán en ejecución.

2. Se habrá puesto en vigencia y en ejecución los mecanismos de concertación regionales y subregionales.

3. Se habrá logrado que los grupos comunales estén participando en la gestión de los servicios de salud del primer nivel.

1. Se habrá promovido el desarrollo de estudios de costos- efectividad a nivel nacional.

2. Se habrá priorizado las intervenciones identificadas a nivel nacional, en base a los estudios de costo/efectividad realizados.

3. Se habrá desarrollado una metodología estandarizada para la vigilancia de las iniquidades en grupos sociales de mayor riesgo.

1. Se habrá puesto en ejecución el Plan de Acción conjunta en 10 Regiones del país.

1. Se habrá producido 10,000 ejemplares de documentos informativos y educativos impresos que habrán sido distribuidos para el personal de salud y los grupos comunitarios (10,000 ejemplares).

1. Número de Convenios suscritos entre países.

2. Políticas de salud de fronteras elaboradas y en ejecución.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se han elaborado y están en ejecución proyectos con el Ecuador, Bolivia, Colombia, Brasil y Chile.

2. Se ha realizado intercambio de expertos, tecnologías, insumos (incluyendo productos biológicos) y capacitación profesional para fortalecer acciones específicas de salud en forma bilateral.

1. Se habrá logrado establecer proyectos acordados que estén en ejecución con cada uno de los cinco países limítrofes, anualmente.
2. Se habrá establecido un sistema de vigilancia epidemiológica e información a nivel de las cinco fronteras.
3. Se habrá realizado al menos, una reunión bilateral anual en cada una de las cinco fronteras.
4. Se habrán desarrollado las estrategias de intervención conjuntas para control de patologías transmisibles prioritarias por área de acción, por año, en cada una de las cinco fronteras.

1. Se habrá logrado un intercambio de expertos por especialidad, por año, en los cinco países limítrofes.
2. Se habrá incrementado el número de profesionales capacitados en servicio, por año.
3. Se habrá logrado incrementar el número de acciones de transferencia de tecnología y/o insumos por año, con cada uno de los cinco países.

PROYECTO 17: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO

Lograr que la cooperación técnica que se brinda al país sea oportuna con calidad y eficiencia, de acuerdo a las prioridades nacionales y las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización.

1. Se habrá formulado una política de salud, con planes estrategias y objetivos definidos que han sido incorporados dentro de la Salud como un componente estratégico del proceso de desarrollo nacional.
2. Se habrá establecido una adecuada coordinación entre todos los subsectores e instituciones públicas y privadas involucradas en el proceso de la salud y mejoramiento de la calidad de vida, en particular de los más desposeídos.
3. Se habrá mejorado la participación nacional, en particular del Ministerio de Salud, dentro de las iniciativas regionales y subregionales para lograr mejores resultados en la lucha contra problemas comunes y potenciar el desarrollo de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.
4. Se habrán ejecutado totalmente los programas de cooperación de la Representación, promoviendo la acción conjunta entre ésta y las instituciones nacionales, movilizandando intensamente los recursos humanos y materiales.
5. Se habrá generado la capacidad de diagnóstico, elaboración, gerenciación y ejecución de proyectos en desarrollo en particular en las comunidades locales más postergadas y de menores recursos.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se ha contribuido a la formulación de la política nacional de salud, que permita establecer un sistema de atención orientado a mejorar los servicios en cantidad y calidad, especialmente aquellos destinados a los grupos más vulnerables de la población y sectores más desprotegidos.

2. Se han logrado altos niveles de coordinación entre los subsectores y las instituciones públicas y privadas a fin de usar racionalmente los recursos y mejorar las condiciones de los servicios de salud y la calidad de vida de la población.

3. Se ha logrado una activa participación nacional en las iniciativas regionales y subregionales.

4. Se ha logrado que los programas de cooperación técnica se ejecuten eficientemente.

5. Se ha promovido la capacidad local en materia de identificación de necesidades así como el desarrollo y ejecución de proyectos que contribuyan a mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida.

Indicadores

1. Documento de política nacional de salud terminado, aprobado y en vigencia.

1. Se habrá desarrollado y aprobado los documentos y normas que promuevan y establezcan efectivamente la coordinación.

1. Se habrá incorporado en el Sector, las iniciativas regionales y subregionales y la asignación de recursos permanentes para aquellas orientadas a vigilar y controlar enfermedades y problemas de salud de alta prioridad.

2. Se habrá promovido la cooperación interpaís, mediante el intercambio de recursos humanos y tecnológicos; así como, por otras acciones orientadas al mismo fin.

1. Se habrá ejecutado el 100% de los fondos asignados a cada programas.

2. Se habrá fortalecido la acción conjunta con las instituciones y funcionarios nacionales.

3. Se habrá logrado obtener los resultados esperados en cada programa de cooperación.

4. Se habrán mejorado y agilizado los procesos administrativos y de gestión de cada programa y del conjunto, para lograr que sean medios al servicio de la acción, en beneficio directo de la población.

1. Se habrá logrado la elaboración, aprobación, financiamiento y puesta en ejecución de 10 proyectos de desarrollo local, en particular en poblaciones deprimidas.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	2,423,000	46.6	2,820,700	48.4	3,185,300	48.8
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	175,800	3.4	197,600	3.4	228,400	3.5
INFORMACION PUBLICA	INF	175,800	197,600	3.4	228,400	3.5
POLITICA PUBLICA Y SALUD	316,600	6.1	321,800	5.6	361,100	5.6
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	234,500	236,500	4.1	264,800	4.1
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	82,100	85,300	1.5	96,300	1.5
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,359,600	28.1	1,675,400	28.6	1,902,100	29.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	1,322,500	1,629,900	27.8	1,852,200	28.2
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	37,100	45,500	.8	49,900	.8
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	440,400	8.5	474,900	8.2	519,200	8.0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	440,400	474,900	8.2	519,200	8.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	130,600	2.5	151,000	2.6	174,500	2.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	130,600	151,000	2.6	174,500	2.7
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,557,900	29.9	1,286,200	22.1	1,427,600	21.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,150,000	22.1	842,600	14.5	924,200	14.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	1,150,000	842,600	14.5	924,200	14.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	407,900	7.8	357,400	6.1	405,000	6.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	407,900	357,400	6.1	405,000	6.2
MEDICAMENTOS ESENCIALES	0	-	86,200	1.5	98,400	1.5
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	0	86,200	1.5	98,400	1.5

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	284,900	5.5	625,500	10.8	691,100	10.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	194,200	3.7	193,700	3.4	221,100	3.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	194,200	3.7	101,900	1.8	115,600	1.8
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	0	-	91,800	1.6	105,500	1.6
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	359,200	6.2	388,000	6.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	0	-	359,200	6.2	388,000	6.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	90,700	1.8	72,600	1.2	82,000	1.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ALIMENTACION Y NUTRICION	61,100	1.2	72,600	1.2	82,000	1.3
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	29,600	.6	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	437,000	8.4	435,200	7.5	474,600	7.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	437,000	8.4	435,200	7.5	474,600	7.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	402,900	7.7	435,200	7.5	474,600	7.3
SALUD DE LOS TRABAJADORES	34,100	.7	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	504,200	9.6	653,000	11.2	742,300	11.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	418,800	8.0	494,300	8.5	563,000	8.6
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	222,600	4.3	255,000	4.4	292,600	4.5
SIDA	17,700	.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	178,500	3.4	239,300	4.1	270,400	4.1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	43,600	.8	78,000	1.3	87,200	1.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	43,600	.8	78,000	1.3	87,200	1.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD PUBLICA VETERINARIA	41,800	.8	80,700	1.4	92,100	1.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ZONOSIS	41,800	.8	80,700	1.4	92,100	1.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
GRAN TOTAL	5,207,000	100.0	5,820,600	100.0	6,520,900	100.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	782,600	19.8	781,900	67.3	666,100	100.0
POLITICA PUBLICA Y SALUD	122,500	3.1	237,900	20.5	101,100	15.2
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	122,500	3.1	237,900	20.5	101,100	15.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	660,100	16.7	544,000	46.8	565,000	84.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	621,800	15.7	544,000	46.8	565,000	84.8
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	38,300	1.0	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,968,400	49.7	380,300	32.7	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,879,800	47.5	380,300	32.7	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	1,874,100	47.4	380,300	32.7	0	-
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	5,700	.1	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	88,600	2.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	88,600	2.2	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	241,000	6.1	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	118,900	3.0	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	118,900	3.0	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	70,600	1.8	0	-	0	-
PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	70,600	1.8	0	-	0	-
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	51,500	1.3	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	51,500	1.3	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	4,500	.1	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	4,500	.1	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 4,500	.1	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	960,800	24.3	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	960,800	24.3	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 481,100	12.2	0	-	0	-
SIDA	GPA 479,700	12.1	0	-	0	-
GRAN TOTAL	3,957,300	100.0	1,162,200	100.0	666,100	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	3,711,800	4	11	1,682,200	83,400	47,400	42,000	688,500	228,300	0	940,000
OMS - WR	1,495,200	2	3	624,200	57,000	31,000	82,000	309,300	100,900	0	290,800
TOTAL	5,207,000	6	14	2,306,400	140,400	78,400	124,000	997,800	329,200	0	1,230,800
% DEL TOTAL	100.0			44.3	2.7	1.5	2.4	19.2	6.3	.0	23.6
1996-1997											
OPS - PR	4,112,200	3	11	1,590,000	129,700	89,600	100,500	539,200	269,900	0	1,393,300
OMS - WR	1,708,400	3	3	937,800	73,300	51,100	82,100	209,900	113,900	0	240,300
TOTAL	5,820,600	6	14	2,527,800	203,000	140,700	182,600	749,100	383,800	0	1,633,600
% DEL TOTAL	100.0			43.4	3.5	2.4	3.1	12.9	6.6	.0	28.1
1998-1999											
OPS - PR	4,639,000	3	11	1,759,900	129,700	103,500	100,500	623,500	311,800	0	1,610,100
OMS - WR	1,881,900	3	3	1,015,300	73,300	59,100	82,100	242,700	131,600	0	277,800
TOTAL	6,520,900	6	14	2,775,200	203,000	162,600	182,600	866,200	443,400	0	1,887,900
% DEL TOTAL	100.0			42.5	3.1	2.5	2.8	13.3	6.8	.0	29.0

PUERTO RICO

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Según el Censo de Población 1990, de un total de 3.522.037 habitantes, 1.705.624 (48,4%) eran hombres y 1.816.395 (51,6%) mujeres. El 27% de la población tenía menos de 14 años, 17,5% tenía de 15 a 24 años, 45,6% de 25 a 64 años y 9,7% 65 y más años de edad; la mediana de la edad fue de 28,5 años. Para 1991 se estimaba que la población había aumentado en un 0,6%.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida al nacer (1990-1995) es de 71,7 años para los hombres y de 78,2 para las mujeres. En 1990 la tasa de mortalidad infantil era de 13 por 1.000 nacidos vivos.

3. Las enfermedades del corazón y el cáncer fueron las primeras causas de defunción, responsables en conjunto del 37,5% del total de las defunciones. Las enfermedades del corazón continúan siendo la primera causa, y en 1992 murieron unas 5.868 personas por este grupo de causas.

4. En 1992 la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar como causa de defunción, al igual que en 1990 y 1991. Por esta causa murieron 1.836 personas, que representan el 6,7% del total de defunciones en 1992. En 1991 causó 1.668 muertes.

5. La cuarta causa de defunción fue la infección por el VIH, causante del SIDA. Se notificaron 1.420 muertes por esta causa: 1.162 (81,8%) en hombres y 258 (18,2%) en mujeres.

6. La enfermedad cerebrovascular fue la quinta causa, con 1.285 (4,7%) defunciones.

7. Los aumentos más marcados se produjeron en la mortalidad por SIDA (11,5%), diabetes (9,1%), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (10,3%) y septicemia (13,1%). Las defunciones por enfermedades del corazón no registraron un aumento real, y la tasa (ajustada) fue de 163,2 por 100.000 habitantes en 1991 y 1992.

8. En términos proporcionales, las afecciones de mayor prevalencia son la artritis y el reumatismo, la enfermedad hipertensiva, el asma, las enfermedades del corazón y la diabetes, las cuales representan casi una tercera parte (30,9%) del total de las afecciones crónicas.

9. La mayor incidencia de afecciones agudas durante 1989 correspondió a las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 81,5 afecciones por cada 100 personas. Le siguen las enfermedades infecciosas y parasitarias, las lesiones y las enfermedades del aparato digestivo, con tasas de 28,8, 17,2 y 11,3 afecciones por cada 100 personas, respectivamente.

Factores que afectan el estado de salud

10. La transformación social experimentada por Puerto Rico durante los últimos 50 años ha traído como consecuencia un aumento significativo de la longevidad y de la esperanza de vida. Se espera que este patrón continúe y que para el año 2030 el 15 % de la población pertenezca al grupo de personas de 65 años y más. Esta y otras tendencias, como el paso de una sociedad agrícola y rural a una urbana e industrial, han significado cambios en la morbilidad y mortalidad. El perfil epidemiológico ha cambiado y junto con las enfermedades tropicales infecciosas agudas coexisten las enfermedades crónicas degenerativas, con una alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Abunda el consumo elevado de alcohol y tabaco, la población no hace suficiente ejercicio físico, su dieta contiene grasas y proteínas en exceso, y una proporción creciente consume drogas ilícitas.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

11. La salud en el desarrollo: En 1992 Puerto Rico se convierte en Miembro Asociado de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Esta decisión sirve como idea-fuerza para revitalizar la relación entre Puerto Rico y la Región de las Américas. A partir de las elecciones realizadas en el Estado Libre Asociado en 1992, se ha puesto en marcha un proceso a través del cual un nuevo modelo de prestación de servicios a pacientes médico-indigentes ofrecerá una mejor calidad de servicios de salud y eliminará las barreras al acceso a los servicios de atención primaria secundaria y terciaria.

12. Se están estudiando el conjunto de leyes relacionadas con salud para dotar al sector de una mayor flexibilidad para poder ir incorporando al sistema con diferentes enfoques y modelos de prestación a medida que avanza el proceso de reforma. El modelo de "cuidados dirigidos" está siendo favorecido para que, a través de centros de atención a la salud en manos privadas, se puedan enfatizar las intervenciones para la promoción y protección de la salud, así como también optimizar la utilización racional de los nuevos recursos tecnológicos.

13. Dentro del proceso de reforma se está elaborando un proyecto de ley sobre la impericia médica, en el que se tratará de evitar tanto que el paciente no tenga protección ante los errores médicos, como el abuso de la vía legal para obtener compensaciones exorbitantes e inflacionarias para el sistema.

14. En el campo de la bioética se está gestando un movimiento cada vez más intenso para la implantación de comités de ética en hospitales, tanto privados como públicos, y para abordar seriamente temas como la muerte cerebral y la eutanasia.

15. Se está avanzando en términos de que todos los profesionales de la salud, para mantener su licencia, tienen que obtener créditos universitarios de educación continua.

16. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: Para lograr la equidad y el acceso universal a la atención de salud de alta calidad, especialmente para los médico-indigentes, en el marco de una descentralización efectiva hacia el nivel local, Puerto Rico está llevando a cabo una profunda reestructuración del sector salud. La meta fundamental de la reforma es frenar el rápido aumento de los costos y asegurar que todos los habitantes obtengan atención de salud de calidad a un costo razonable.

17. Se está avanzando cautelosamente pero sin vacilaciones en un proceso de privatización, región por región del sistema de salud, haciendo ajustes sobre la marcha. En las regiones donde se ha implantado el proceso, se han privatizado las instalaciones gubernamentales de prestación de servicios de salud; se ha contratado, a través de un proceso de licitación, a una compañía aseguradora por región, que se compromete a organizar a los recursos de salud locales (que estén interesados en servir a los médico-indigentes) en centros de cuidados dirigidos que brindan toda una gama de servicios, incluso los de promoción y protección de la salud; los profesionales y hospitales privados, y los privatizados, son obligados a organizarse en los referidos centros de cuidados dirigidos si desean participar en el tratamiento de los médico-indigentes; los médico-indigentes reciben una tarjeta que les da acceso a todos los servicios de un centro de cuidados dirigidos. El Departamento de Salud, con la colaboración de la Administración de Seguros de Salud (ASES), vigila que las compañías aseguradoras y los proveedores privados cumplan con las pautas definidas por el gobierno para el servicio a los médico-indigentes. La cobertura determinada por dichas pautas deberá incluir todos los servicios necesarios para mantener el buen estado de salud física y mental de la población, a saber, servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos, hospitalarios, de laboratorio, dentales y de medicamentos.

18. Promoción y protección de salud: El Departamento de Salud ha comenzado su evolución de un papel de prestador de servicios de salud, más que nada para los indigentes, a una función rectora que enfatiza la promoción y protección de la salud. La prioridad estratégica es que la política pública ya establecida forme parte integral de los procesos operativos del Departamento de Salud. Las actividades en este campo consisten en elaborar, organizar y diseminar material informativo y educativo sobre la prevención de las enfermedades de mayor incidencia en Puerto Rico, con énfasis en las enfermedades crónicas y los estilos de vida. Se han comenzado campañas agresivas en la televisión en relación a las drogas ilícitas, al abuso del alcohol, a la educación sexual y especialmente sobre el uso del condón.

19. Bajo el nuevo esquema de cuidados dirigidos, se espera dar una mejor cobertura a los niños, a la salud mental y a los casos de farmacodependencia.

20. Desarrollo y protección del ambiente: El 97,3% de la población de Puerto Rico recibe agua potable suministrada por la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA). El restante 2,7% de la población se abastece de sistemas de agua pequeños no operados por el AAA debido a la inaccesibilidad o alto costo de brindar los servicios en ciertas áreas. Pero aun dentro del AAA hay algunos sistemas que aun no practican la filtración en el proceso de tratamiento del agua.

21. El Gobierno ha lanzado un programa de reacondicionamiento de los sistemas de agua y alcantarillado, que incluye, entre otros, la construcción de un importante acueducto.

22. Con el apoyo de la OPS se están analizando los problemas ambientales de Puerto Rico con un enfoque global con vistas a determinar las inversiones

necesarias en ambiente y salud, sobre todo tomando en consideración los riesgos que los accidentes en el transporte de combustibles, y ciertos subproductos de la industria y el comercio, representan para la salud, el turismo y la economía.

23. Prevención y control de enfermedades: El nuevo modelo producto de la reforma del sector basado en los centros de cuidados dirigidos hace hincapié en la prevención de las enfermedades con un enfoque de riesgo. Entre otros, se están poniendo en marcha campañas para el control de la hipertensión y la diabetes. El VIH/SIDA está siendo objeto de extensa legislación, y nuevos programas se están desarrollando a través de los centros de cuidados dirigidos y en las comunidades. Todos los trabajadores de salud tienen ahora que ser vacunados contra la hepatitis B. En términos de la salud pública veterinaria, existe una renovada vigilancia con respecto a la protección de los alimentos provenientes de la industria lechera y de la carne. Se está tratando de erradicar el sarampión, y se están llevando a cabo campañas de vacunación al respecto.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

24. El plan fundamental es la reforma integral del sector salud y las prioridades son asegurar que todos los habitantes, especialmente los de escasos recursos, tengan acceso a atención de buena calidad y a servicios de promoción y protección de la salud; asimismo, se trata de frenar el aumento descontrolado de los costos de salud, en el contexto de una política que busca reducir el peso del estado sobre la economía y la sociedad de Puerto Rico.

Prioridades nacionales para cooperación técnica

25. Basado en las prioridades identificadas por el Gobierno, la cooperación Puerto Rico-OPS se llevará a cabo en el área descrita bajo "Estrategia de Cooperación" y "Prioridades Nacionales".

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

26. La estrategia de cooperación entre Puerto Rico y la OPS es la utilización y fortalecimiento del papel de Puerto Rico como nexo entre Norte y Sur de América en materia de salud. La OPS cooperará con el Gobierno para fortalecer el proceso de reforma del sector salud --con énfasis en la descentralización y en la promoción de la salud-- para facilitar el uso de la capacidad instalada de Puerto Rico para la investigación y para la capacitación del personal de salud. La diseminación de información científico-técnica, la generación de políticas y planes, la investigación, y la cooperación técnica directa constituyen los enfoques funcionales que en general caracterizarán esta estrategia.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Obtener el apoyo de la OPS para lograr un mejor entendimiento, refinar y difundir la experiencia de Puerto Rico en la transformación del sector salud, la capacitación, la investigación, la promoción y protección de la salud y la descentralización.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: DIFUSION DE EXPERIENCIA A REFORMA DEL SECTOR SALUD

PROPOSITO

Apoyar a Puerto Rico en la difusión y refinamiento de la reforma del sector, con énfasis en la equidad, poniendo la capacidad instalada del Estado Libre Asociado al servicio de la subregión y de la Región de Las Américas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se logrará un mayor conocimiento y difusión de la experiencia de Puerto Rico en la reforma del sector, y de la capacidad instalada en investigación y educación en salud.

1. La experiencia y capacidad de Puerto Rico habrá logrado una mayor difusión, especialmente en la cuenca del Caribe.

1. Para fines de 1997, se habrán llevado a cabo estudios, consultorías, foros, simposios y visitas tendientes a difundir la experiencia y la capacidad instalada de Puerto Rico.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	199,000	100.0	230,000	100.0	230,000	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	199,000	100.0	230,000	100.0	230,000	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	199,000	100.0	230,000	100.0	230,000	100.0
GRAN TOTAL	199,000	100.0	230,000	100.0	230,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL PUESTO PROF.	PERSONAL PUESTO LOCAL	CANTIDAD	CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1994-1995											
OPS - PR	199,000	0	0	0	96,700	0	20,000	0	0	0	82,300
TOTAL	199,000	0	0	0	96,700	0	20,000	0	0	0	82,300
% DEL TOTAL	100.0			.0	48.5	.0	10.1	.0	.0	.0	41.4
1996-1997											
OPS - PR	230,000	0	0	0	230,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	230,000	0	0	0	230,000	0	0	0	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
1998-1999											
OPS - PR	230,000	0	0	0	230,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	230,000	0	0	0	230,000	0	0	0	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0

SAINT KITTS Y NEVIS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. El censo de 1991 en Saint Kitts y Nevis registró una población de 41.826 habitantes, de los cuales 32.696 correspondían a Saint Kitts y 9.130 a Nevis. La población total esta constituida por 20.692 hombres y 21.134 mujeres. La población ha disminuido desde el censo de 1980, el cual indicó arrojó un total de 43.309 habitantes. La disminución se ha atribuido a la posibilidad de emigración en el grupo de 25 a 44 años. Ello marca la necesidad de investigar las verdaderas razones de la disminución en la cantidad de habitantes.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida es 66,4 años para los hombres y 75,4 para las mujeres. La tasa de mortalidad bruta ha disminuido desde 1988, cuando fue de 10,5, a 9,0 en 1992. La tasa de mortalidad infantil ascendió a 22,2 en 1989, 27,3 en 1990 y 16,3 por 1000 nacidos vivos. Las defunciones neonatales todavía representan una proporción alta de la mortalidad infantil. Las principales causas de mortalidad en niños menores de 1 año en 1990 fueron afecciones originadas en el período perinatal, acusando una tasa de 27,3 por 1000. Entre los niños de 1 a 5 años, la gastroenteritis y la malnutrición vinculadas a los datos hospitalarios en algunas comunidades sigue presentando problemas. No obstante, la gastroenteritis ha registrado una disminución. La mortalidad y la morbilidad materna siguen siendo bajas. Se requiere notificación de las enfermedades de transmisión sexual, aunque el seguimiento de los contactos no siempre se realiza. Los datos sobre traumatismos, intoxicación y causas externas del Departamento de Urgencias revelan que se ha producido un aumento entre 1991 (5764) y 1992 (6307) con cinco defunciones en 1991 y siete defunciones en 1992. El número de enfermos mentales registrados ha aumentado en forma sostenida entre 1988 (187) y 1992 (249) con la mejora de los servicios de psiquiatría y salud mental.

3. Las enfermedades crónicas y no transmisibles han desplazado a las enfermedades transmisibles como principales causas de mortalidad. Existen enfermedades cerebrovasculares, trastornos hipertensivos, enfermedades endocrinas y metabólicas, cardiopatía isquémica, neoplasmas malignos de los órganos genitourinarios y carencias nutricionales en las personas mayores de 65 años que requieren una investigación de la calidad de la atención para los ancianos.

Factores que influyen en los servicios de salud

4. El producto interno bruto (PIB) siguió describiendo una tendencia ascendente y marcó 6,8% en 1991. La inflación en 1991 acusó un 4,3%, reflejando marcados aumentos en el costo de los alimentos y la ropa. La economía está basada en la agricultura (azúcar), las industrias livianas y el turismo.

5. El medio ambiente continúa siendo un elemento de preocupación para el Ministerio de Salud y Asuntos de la Mujer debido a la falta de tratamiento en el sistema rural de abastecimiento de agua y la eliminación de excretas en terrenos rocosos, lo cual dificulta la construcción de las letrinas de pozo. Los drenajes abiertos en la ciudad de Basseterre contribuyen a contaminar el agua de mar y perjudican a las industrias del turismo y la pesca y a la salud de la población.

6. La creciente cantidad de vendedores ambulantes es causa de inquietud en términos del control y la inocuidad de los alimentos. Un proyecto piloto de lucha antivectorial ha fortalecido la capacidad de manejar los vectores en pequeña escala. Es necesario ampliar el programa a otras áreas con posterioridad al análisis de los datos del estudio de CAP.

7. Los servicios de salud están a cargo de una red de centros de salud, dispensarios, dos hospitales de distrito y un hospital de remisión de pacientes en Saint Kitts y uno en Nevis. El acceso a los servicios es adecuado, con la excepción de algunos servicios especializados en el Hospital J. N. France. Si bien existe una política concreta sobre los servicios de salud de distrito, es preciso racionalizar los límites, permitiendo de ese modo una mejor concentración de los servicios y una mejor utilización del personal de salud. Los servicios psiquiátricos y de salud mental han mejorado con la construcción de un pabellón psiquiátrico y el giro a un programa comunitario, tal cual lo manifiesta el tratamiento de pacientes en forma ambulatoria, el adiestramiento de enfermeras en salud mental psiquiátrica y la disponibilidad de un psiquiatra. Las recomendaciones de ofrecer adiestramiento localmente y en el exterior, que surgieron por el estudio de las causas de la mortalidad perinatal, se han puesto en práctica y seguirán vigentes. En cuanto al programa de infección por el VIH y ETS, se han creado tarjetas de notificación, pero no siempre se está aplicando el seguimiento de contactos. Se necesita con urgencia vigilancia y apoyo a las personas con SIDA.

8. Es necesario fortalecer la capacidad de gestión en todos los niveles de los servicios de salud. La disponibilidad de personal adiestrado en la cantidad, variedad y niveles necesarios para viabilizar los programas se considera un problema. Faltan recursos humanos e infraestructura para ciertos servicios especiales en el principal establecimiento de atención secundaria, lo cual genera costosos envíos a otros países para recibir tratamiento. El gobierno ha introducido un seguro de salud para todos los empleados estatales.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

9. Salud en el desarrollo: El Ministerio de Salud elaboró un proyecto de política de salud en 1989 que se refiere a los objetivos del desarrollo para ayudar a las personas a vivir productivamente en lo económico y satisfactoriamente en lo social. El documento se adhiere a la prestación de servicios de salud para todos en el año 2000. El gobierno ha manifestado que la salud es un factor de alta prioridad en el desarrollo del país. Se han establecido sistemas de información a nivel comunitario mediante la aplicación del proyecto CHIS, ejecutado por la OPS y financiado por el BID.

10. Desarrollo de sistemas de salud: El Ministerio ha apoyado el proceso de descentralización de los servicios de salud y el desarrollo de sistemas locales de salud según se ve en la disponibilidad de ciertos servicios como salud maternoinfantil, planificación familiar, salud bucodental, salud mental, salud ambiental, control de la diabetes y la hipertensión, visitas a domicilio y vigilancia de la alimentación y la nutrición a nivel comunitario. El Ministerio ha instituido el cobro de aranceles a los pacientes privados y continúa buscando

formas de financiar los servicios de salud. El Ministerio participa en el programa de medicamentos esenciales de ECDS. El Gobierno está comprometido con los preparativos para casos de desastre y su mitigación, y ha elaborado planes para el país y ofrecido adiestramiento.

11. Promoción y protección de la salud: Los representantes de Saint Kitts y Nevis participaron en la redacción de la Carta de Promoción de la Salud. Los programas de psiquiatría y salud mental han estado funcionando para incluir el adiestramiento del personal de salud y dirigir el programa hacia los servicios comunitarios. La protección de grupos de alto riesgo ha estado orientada a mejorar los establecimientos para la población geriátrica, el abuso de sustancias nocivas en los adolescentes y la prevención del embarazo en adolescentes por medio de programas de educación familiar y planificación familiar.

12. Prevención y control de enfermedades: Los programas de vacunación infantil contra las seis enfermedades del PAI han continuado con un alto porcentaje de cobertura. Hay planes en marcha para extender la cobertura e incluir la vacuna contra la hepatitis B. La vigilancia para la erradicación del sarampión y la poliomielitis se ha realizado con la asistencia del CAREC. Las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes se han controlado a nivel de la comunidad. Saint Kitts ha participado en el proyecto de prevención del cáncer del cuello uterino para el Caribe.

13. Desarrollo y protección ambiental: El Ministerio se ha ocupado de los servicios básicos de saneamiento y continúa tratando de buscar soluciones para los problemas de eliminación de excretas y tratamiento de agua en las zonas rurales.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

14. El Ministerio ha identificado las siguientes prioridades para el desarrollo nacional de salud.

15. Mejorar la gestión de los servicios de salud por medio de adiestramiento, normas y pautas operativas, salud del adolescente y mantenimiento de los equipos biomédicos.

16. Reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas por medio de estrategias de promoción de la salud que incluirán adiestramiento apropiado de los recursos humanos, programas de detección y encuestas de CACP.

17. Mejorar la calidad de la higiene del medio mediante adiestramiento apropiado del personal.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

18. Se tratarán las áreas prioritarias en la iniciativa CCH y se elaborarán planes operativos para alcanzar las metas y los objetivos 1996-1997. La cooperación técnica entre países se promoverá como una estrategia para fortalecer la prestación de servicios de salud.

19. Los enfoques funcionales para administrar la cooperación técnica son: Desarrollo de políticas; planes y normas; Adiestramiento; Investigación; Difusión de información.

20. El programa se dividirá en cuatro proyectos: a) Sistemas y servicios de salud; b) Promoción de la salud/enfermedades crónicas; c) Higiene del medio; d) Salud materno-infantil

21. Los enfoques funcionales en el área de desarrollo de los servicios de salud serán adiestramiento para personal de salud en epidemiología, sistemas de información de salud, nutrición e ingeniería biomédica para apoyo de los servicios de salud.

22. Con el aumento de las IRA y el asma, se prepararán materiales de educación pública y el enfoque de la OPS consistirá en difundir la información a los trabajadores de salud.

23. Un nuevo foco de interés en la SMI es la salud del adolescente. Se investigará un enfoque funcional al respecto para recoger los datos del punto de comparación y emplearlos en la elaboración de un programa basado en las necesidades identificadas del adolescente. Este enfoque ayudará a lograr que la planificación del programa sea realista.

24. El concepto de promoción de la salud será impulsado a nivel nacional. En este sentido, se adiestrará adecuadamente a los educadores de salud para desempeñar esta función de modo que el personal sanitario pueda incorporar las estrategias de promoción de la salud en sus programas individuales.

25. Para fortalecer el programa de cáncer del cuello uterino, el enfoque funcional de la OPS será una encuesta de CACP para determinar la situación en el país. La información derivada del estudio también se utilizará para elaborar un registro de cáncer.

26. La incidencia de hipertensión y diabetes justifica el establecimiento de un programa eficaz de prevención. Por lo tanto, los planes, las políticas, las normas y el adiestramiento serán las áreas funcionales para la cooperación técnica de la OPS.

27. Con el programa de higiene del medio el enfoque funcional consistirá en el adiestramiento en salud pública veterinaria e incluirá la lucha antivectorial y el manejo de residuos sólidos.

PRIORIDADES NACIONALES

1. Aptitudes de gestión en todos los niveles.
2. Fortalecer los sistemas de información sanitaria.
3. Uso de la información para la planificación y gestión sanitaria.
4. Adiestramiento en determinadas áreas técnicas.
5. Planificar la participación de la comunidad en la lucha antivectorial.
6. Fortalecimiento del manejo de efluentes.
7. Manejo de residuos sólidos.
8. Adiestramiento en residuos sólidos; vertedero sanitario y gestión de programas.

- ()
9. Mejor adiestramiento en control de la calidad del agua.
 10. Adiestramiento de las enfermeras en educación de enfermería, gestión y otras áreas de especialización.
 11. Manejo de ETS, infección por el VIH y SIDA.
 12. Adiestramiento de los educadores sanitarios en promoción de la salud.
 13. Programa de detección y tratamiento del cáncer del cuello uterino.
 14. Fortalecer el programa de detección y educación en asma, hipertensión en la mujer y diabetes.
 15. Fortalecer el programa de salud de los adolescentes.

- ()
16. Fortalecer el programa de nutrición para la promoción de la salud.
 17. Fortalecer el programa de salud y educación para la vida familiar para las escuelas secundarias.
 18. Capacidad de ingeniería biomédica.
 19. Dotación y mantenimiento del equipo para la lucha antivectorial.
 20. Establecimiento de ONG para personas con SIDA.
 21. Adiestramiento en apoyo psicológico para el personal de salud, las iglesias y otras ONG.
 22. Fortalecer la tecnología en determinadas áreas técnicas.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Incrementar la eficacia y la eficiencia de la gestión de los sistemas de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adiestramiento de recursos humanos.
2. Elaboración de normas y pautas operativas.
3. Mayor desarrollo del sistema de información.
4. Mejoramiento de la capacidad de vigilancia.
5. Aumento en la capacidad de evaluación epidemiológica.
6. Mejoramiento de la gestión del programa contra SIDA y ETS.

PROYECTO 2: PROMOCION DE LA SALUD

PROPOSITO

Reducción de la prevalencia de enfermedades crónicas.

1. Servicios de salud orientados al cliente en funcionamiento en 1997.
 2. Aumento de la productividad de ciertos recursos humanos de salud en un 2% en 1997, por comparación con 1995.
1. Cantidad acordada de nacionales adiestrados para 1996 y 1997 en:
 - a) administración de hospitales, b) administración general, c) especialistas en enfermería y otras áreas técnicas como nutrición, y d) mantenimiento de equipos biomédicos.
 1. Normas y pautas operativas para el personal de enfermería de más antigüedad, los oficiales médicos de distrito y los dietistas, elaboradas y discutidas con el Ministerio de Salud para 1996 y en pleno funcionamiento para 1997.
 1. Un mínimo de tres módulos más de SIS y personas adiestradas para su uso para 1997.
 1. Enfermeras de la comunidad, el hospital, oficiales médicos de distrito y médicos particulares adiestrados en métodos de vigilancia de PFA y cuadros febriles exantemáticos para 1997.
 1. Para 1996 un mínimo de 20 enfermeras, médicos y oficiales médicos de distrito habrán completado el taller de CAREC de tres semanas en el país.
 1. Estrategias para la movilización y coordinación de recursos a nivel local e internacional elaboradas para 1996 y en pleno funcionamiento para 1997.
 1. En 1997, mayor proporción de diabéticos y pacientes con trastornos hipertensivos bajo control de acuerdo con las normas nacionales, por comparación con 1994.
 2. Para 1997, reducción de 10% de la mortalidad por cáncer de cuello uterino y de la proporción de los estadios III y IV del cáncer, por comparación con el nivel de 1994.

()

Objetivos

()

Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Determinación del estado de las enfermedades crónicas.

2. Fortalecimiento del programa sobre el cáncer de cuello uterino.

3. Adiestramiento de recursos humanos.

4. Promoción del concepto de promoción de la salud.

5. Personal adiestrado en orientación sobre el SIDA.

6. Mejoramiento de los programas de nutrición.

PROYECTO 3: SALUD AMBIENTAL

PROPOSITO

Mejoramiento de las condiciones ambientales.

3. El 50% de la población describe las estrategias de promoción de la salud para 1997.

4. La mayoría de los programas del Ministerio de Salud elaborados y ejecutados usando las estrategias de Promoción de la Salud para 1997.

1. Encuesta de CACP sobre el cáncer de cuello uterino terminada para 1996 con recomendaciones, y puesta en práctica para 1997.

2. Programa de detección y protocolos para la identificación y tratamiento de la hipertensión y la diabetes diseñados para 1996 y puestos en práctica para 1997.

1. Programa de detección de cáncer de cuello uterino organizado en 1996, y personal comunitario de salud adiestrado para 1997.

2. Esbozo de las etapas del registro de cáncer entregado para 1996 y operativo para 1997.

1. Adiestramiento adecuado de todos los educadores sanitarios en promoción de la salud para 1996.

2. Adiestramiento de un colposcopista para 1997.

3. Dos auxiliares de nutrición y dietética adiestrados para 1996.

1. Consulta nacional sobre promoción de la salud realizada para 1996.

2. Todo el personal sanitario educado para comprender las consecuencias de la promoción de la salud para 1996.

1. Adiestramiento de los prestadores de atención de salud en aptitudes para los servicios de orientación para 1996.

1. Elaboración de las estrategias de promoción de la salud para los programas de nutrición para 1996 y puesta en práctica para 1997.

1. Reducción de los índices de infestación domiciliar por Aedes aegypti Breauteau a 6 para 1997.

2. Toda la población tiene acceso al agua potable no contaminada en un radio de 100 metros de su vivienda.

3. Recolección de la basura doméstica dos veces por semana para toda la población para 1997.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoramiento de la gestión y la planificación de los vertederos sanitarios.
2. Mejoramiento del programa de gestión de la calidad del agua por medio de elaboración de normas y adiestramiento.
3. Adiestramiento de los recursos humanos.
4. Evaluación del proyecto de lucha antivectorial.

PROYECTO 4: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejoramiento de los servicios de salud para adolescentes, madres y niños.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora en el tratamiento del asma.
2. Apoyo al programa del PAI.
3. Elaboración del programa de salud de los adolescentes.

4. Reducción de la incidencia de las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos en 50% para 1997, por comparación con 1994.

5. Instalaciones sanitarias al alcance del 95% de la población para 1997.

1. Un mínimo de 2 personas adiestradas en la administración de vertederos sanitarios para 1996.

2. Plan de vertederos sanitarios en pleno funcionamiento para 1997.

1. Programa de calidad del agua con normas y procedimientos diseñados para 1996 y puestos en práctica para 1997.

2. Un mínimo de cuatro personas adiestradas en control de calidad del agua para 1997.

1. Para 1997, se adiestrará a varios nacionales en otros países en: a) inspección de carne y otros alimentos, b) mantenimiento de equipos para la lucha antivectorial, y c) manejo de residuos sólidos.

2. Programa de adiestramiento en servicio para la lucha antivectorial para el personal de salud pública terminado para 1996 y completamente ejecutado para 1997.

1. Evaluación del impacto del proyecto de lucha antivectorial en una o dos comunidades para 1996 y ampliación del proyecto para 1997.

1. Mayor cobertura de vacunación para 1996.

2. Establecimiento del programa de salud de los adolescentes para 1996.

3. Reducción de las admisiones hospitalarias debido a las IRA y el asma en un 5% entre 1994 y 1997.

1. Adiestramiento de los médicos y el personal de enfermería a nivel hospitalario y de distrito en el tratamiento de IRA y asma para 1996.

2. Preparación de materiales de educación pública sobre las IRA y el asma para 1996.

1. Recomendación del cronograma ampliado para el PAI y la hepatitis para 1996 y plan anual de gestión revisado para 1997.

1. Análisis de la situación completo para 1996.

2. Definición del programa nacional de salud de los adolescentes y sus políticas para 1996 y puesta en práctica para 1997.

3. Elaboración y puesta a prueba del programa de estudios para la enseñanza continua en educación sanitaria y educación familiar en las escuelas secundarias para 1996 e introducción en forma gradual para 1997.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	124,600	76.4	124,600	70.4	134,300	69.4	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	124,600	76.4	124,600	70.4	134,300	69.4	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	124,600	76.4	124,600	70.4	134,300	69.4
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	15,300	9.4	25,200	14.2	28,400	14.7	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	15,300	9.4	25,200	14.2	28,400	14.7	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	WCH	15,300	9.4	25,200	14.2	28,400	14.7
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	23,200	14.2	27,300	15.4	30,800	15.9	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	23,200	14.2	27,300	15.4	30,800	15.9	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	23,200	14.2	27,300	15.4	30,800	15.9
GRAN TOTAL	163,100	100.0	177,100	100.0	193,500	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	92,900	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	92,900	100.0	0	-	0	-
SIDA	GPA	92,900	100.0	0	0	-
GRAN TOTAL	92,900	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	38,500	0	0	0	7,000	0	8,000	12,900	3,700	0	6,900
OMS - WR	124,600	0	0	1,900	16,700	10,500	48,000	16,400	6,600	0	24,500
TOTAL	163,100	0	0	1,900	23,700	10,500	56,000	29,300	10,300	0	31,400
% DEL TOTAL	100.0			1.2	14.5	6.4	34.3	18.0	6.3	.0	19.3
1996-1997											
OPS - PR	52,500	0	0	0	10,400	0	17,300	9,200	9,200	0	15,600
OMS - WR	124,600	0	0	0	12,500	11,600	50,000	25,100	9,200	0	16,200
TOTAL	177,100	0	0	0	22,900	11,600	50,000	42,400	18,400	0	31,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	12.9	6.5	28.3	23.9	10.4	.0	18.0
1998-1999											
OPS - PR	59,200	0	0	0	10,400	0	20,100	10,600	10,600	0	18,100
OMS - WR	134,300	0	0	0	12,500	13,400	50,000	29,000	10,700	0	18,700
TOTAL	193,500	0	0	0	22,900	13,400	50,000	49,100	21,300	0	36,800
% DEL TOTAL	100.0			.0	11.8	6.9	25.9	25.4	11.0	.0	19.0

SANTA LUCIA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. El censo de población de 1991 indicó un total de 135.975 habitantes en Santa Lucía, y con base en las proyecciones actuales, el país tendrá una tasa de crecimiento anual de 1,2%. Se trata de una población joven, pues 56% de la población es menor de 25 años y aproximadamente 47,8% es menor de 19.

Indicadores del estado de salud

2. La esperanza de vida aumentó de 65,1 años en 1978 a 68,3 en 1989 para los hombres, y de 73,0 a 73,9 para las mujeres. Las tasas brutas de mortalidad han fluctuado entre 6,5 y 5,9 por 1.000 en 1987 y 1990. Las diez causas principales de muerte son las cardiopatías y las enfermedades circulatorias pulmonares, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, las afecciones perinatales, los accidentes, la hipertensión, la neumonía y la influenza, la diabetes mellitus, las enfermedades intestinales infecciosas, las enfermedades hepáticas crónicas y la cirrosis.

3. Entre los niños de 0 a 5 años, las principales causas de muerte son las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas, los accidentes, las enfermedades intestinales infecciosas, la neumonía y la influenza. Las afecciones perinatales causan alrededor del 50% de las defunciones en los menores de 5 años.

4. La mortalidad materna es baja, pero la anemia ferropriva en la mujer embarazada y la mujer en general continúa ocasionando problemas.

Factores que afectan el estado de salud

5. La eliminación de los residuos sólidos se ha identificado como un problema que propicia las plagas de roedores. La finalización de la represa Roseau y la implantación de un sistema de vigilancia para el control de la esquistosomiasis sigue siendo crítica. El 35% de la población no cuenta con medios aprobados de eliminación de desechos fecales. El gobierno ha decidido crear una entidad encargada del tratamiento de residuos sólidos en Castries y sus alrededores, cuyo sistema de recolección será privatizado. El proyecto piloto para el manejo de rellenos sanitarios ha recibido financiación del GTZ, y el CEHI está a cargo de su ejecución.

6. La economía de Santa Lucía sigue progresando. En 1991 el país tuvo una tasa de crecimiento de 2,5%, aunque la producción de plátanos declinó 26%, con una disminución concomitante de 18% en las exportaciones. La economía se basa en la agricultura y el turismo, siendo este el elemento principal para su estrategia de desarrollo. La estrategia de desarrollo nacional se basa en cuatro pilares, figurando el medio ambiente como parte integral del plan de desarrollo. En 1991, el índice de servicio de la deuda se estimó en 31% y los pagos de servicio de la deuda se estimaron en 6% del ingreso actual del gobierno central. A pesar del buen desempeño económico, el desempleo sigue siendo del 20%, debiéndose esto a que el mercado de trabajo tiene una gran proporción de trabajadores no calificados.

7. Los servicios de salud son accesibles y están a cargo de una red de centros de salud y el hospital de referencia. Para mejorar la administración del Hospital

Victoria, el gobierno ha decidido establecer una comisión de hospitales y ha iniciado la introducción del sistema de recuperación de costos en el hospital. Las necesidades de recursos humanos siguen siendo un problema y el gobierno está explorando todas las formas posibles de adiestramiento. La demanda de servicios especiales en Santa Lucía es motivo de creciente preocupación para el Ministerio; sin embargo, el gobierno está investigando activamente las formas de responder a esta necesidad.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

8. Salud en el desarrollo humano: El gobierno ha afirmado que la salud es una prioridad en el desarrollo del país. Se ha enunciado una política de salud y se encuentra en gestación un plan decenal de salud (1995-2004). El adiestramiento en la elaboración de políticas, planes y programas de salud será decisivo para apoyar el plan de salud orientado a proseguir nuevas direcciones para el sector de la salud. Se han establecido sistemas de información a nivel comunitario con la asistencia del proyecto Sistema Comunitario de Información Sanitaria, financiado por el BID y la OPS.

9. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: El gobierno se ha concentrado en el desarrollo de la infraestructura tanto a nivel hospitalario como de la comunidad. Se han modernizado el hospital principal, con la financiación del gobierno de Francia, y el Centro de Salud de Castries, con ayuda del Proyecto de Salud Maternoinfantil de financiación italiana, ejecutado por la OPS/OMS para aumentar la accesibilidad a los servicios. Se ha brindado adiestramiento al personal sanitario en las áreas prioritarias identificadas para apoyar el desarrollo de los servicios de salud, en tanto el país sigue buscando recursos por medio del programa de becas de la OPS y otros organismos. Los programas de atención de salud para grupos vulnerables, como madres, niños, adolescentes y jóvenes, se han concentrado en la salud reproductiva, la atención perinatal y la salud del adolescente.

10. Promoción y protección de salud: Los representantes del país participaron en la redacción de la Carta de Promoción de la Salud que se dio a conocer a la población de Santa Lucía. El gobierno se ha ocupado más de la gestión del programa del Hospital Psiquiátrico. La información y la educación sobre enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión han formado parte del programa de prevención a nivel del distrito.

11. Desarrollo y protección del ambiente: En el área de los servicios básicos de saneamiento, el gobierno ha respondido esencialmente por medio del Programa de Tratamiento de Residuos Sólidos de la OECO, financiado por el Banco Mundial. Para mejorar la ordenación del agua, se instituyó la construcción de la represa Roseau, pero su finalización sufrió un contratiempo debido a las inundaciones en toda la isla en 1994. Se han hecho planes de privatizar el sistema de recolección de residuos sólidos. La eliminación de desechos fecales sigue ocasionando problemas.

12. Prevención y control de enfermedades: Los programas de vacunación contra las seis enfermedades del PAI se han aplicado y mantenido con un alto porcentaje de cobertura. El país no ha sido afectado por la poliomielitis y ha tomado medidas para eliminar el sarampión. El gobierno se propone introducir programas de protección alimentaria en la prevención de las enfermedades transmitidas por

alimentos y diarreas por medio del adiestramiento de los manipuladores de alimentos en los hoteles, los restaurantes y los trabajadores itinerantes.

13. El sistema de vigilancia para la prevención y el control de la esquistosomiasis sigue en pie.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

14. Las principales políticas de salud son: La prestación continua de atención de salud a la nación por medio de dispensarios, centros de salud y hospitales de distrito; la creación de programas y prestación de mayor cantidad de servicios a los adolescentes. El establecimiento de programas de promoción de la salud para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles; La integración de la lucha contra la infección por el VIH y las ETS en los servicios de salud; Mejorar la atención en el Hospital Victoria; El desarrollo de una política de salud dental para evaluar la atención hasta la edad de 15 años en toda la isla; Fortalecimiento de todos los niveles de salud mental; Fortalecimiento de la colaboración entre los ministerios; Mejoramiento de los servicios de gestión y los sistemas de información requeridos; Atención permanente para los discapacitados a nivel comunitario; Fortalecimiento de la educación familiar por medio de su introducción en el sistema escolar.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

15. Las áreas prioritarias para la cooperación técnica de la OPS durante el bienio (1996-1997) son las siete áreas prioritarias de la Cooperación para la Salud en el Caribe con sus objetivos y metas y las orientaciones estratégicas y programáticas (1996-1997) de la OPS/OMS.

16. Las áreas de cooperación técnica con la OPS/OMS serán: Sistemas y servicios de salud; Promoción y protección de la salud; Higiene del medio; Salud materno-infantil;

17. Los enfoques funcionales que la OPS adoptará son: Movilización de recursos; Desarrollo de políticas, planes y normas; Adiestramiento; Difusión de información sobre investigaciones.

18. En el rubro sistemas y servicios de salud, el adiestramiento estará dirigido al personal sanitario a nivel local para definir la nueva dirección del sector sanitario y la introducción de la gestión estratégica de los sistemas locales de salud. El adiestramiento en el exterior estará dirigido a las áreas pertinentes. Se brindará apoyo constante para mejorar la atención perinatal, adiestrando al personal en el uso de una forma simplificada de atención perinatal, garantizando la cobertura de vacunación infantil universal para la eliminación del sarampión y otras enfermedades inmunoprevenibles.

19. Las necesidades del sistema de salud comprenden renglones como el mantenimiento y la prevención biomédica.

20. Los enfoques funcionales que la OPS/OMS utilizará en el área de promoción y protección de la salud serán: adiestramiento de la ciudadanía para adquirir nuevas aptitudes de comunicación social y el uso de los medios de comunicación en la promoción de la salud; difusión de información a la ciudadanía sobre la promoción de cambios en los modos de vida para impedir la aparición de enfermedades infecciosas y crónicas; y la elaboración de políticas, planes, normas e investigación para fortalecer la salud mental y los programas de salud de los adolescentes.

21. En higiene del medio el enfoque que la OPS adoptará en materia de adiestramiento se referirá a la protección alimentaria y la lucha antivectorial para reducir las enfermedades transmitidas por los alimentos y apoyar la erradicación de los vectores. La difusión de información será crucial para fortalecer el programa de lucha antivectorial. En el programa para el control de calidad del agua, se formularán planes y políticas para impartir dirección al programa.

22. La estrategia de salud materno-infantil recalcará la calidad de los servicios para las mujeres y los niños mediante el proceso de investigación y los planes para la creación de programas teniendo en cuenta los resultados.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Fortalecer la vigilancia de la calidad del agua.
2. Ampliación del programa de lucha antivectorial.
3. Redefinición y fortalecimiento de la Unidad de Higiene del medio.
4. Protección e inocuidad de los alimentos.
5. Reforma del sector de la salud.
6. Mejorar la calidad de los servicios de SMI, evaluación y uso de los formularios SPCR.
7. Vigilancia del sarampión y la poliomielitis.
8. Mejorar el tratamiento del asma.
9. Fortalecer los programas contra infección por el VIH y ETS.
10. Uso de las estrategias de promoción de la salud.
11. Uso de los medios de comunicación en los programas de salud.
12. Fortalecer el programa de salud de los adolescentes.
13. Ampliar y mejorar los servicios de salud mental.
14. Fortalecer el programa de cáncer del cuello uterino y la diabetes.
15. Adiestramiento.
16. Fortalecer los servicios de mantenimiento en los niveles hospitalario y comunitario.
17. Piloto de los sistemas locales de salud.
18. Fortalecer el programa de salud bucodental.
19. Fortalecer el manejo de residuos sólidos.
20. Proporcionar tecnología de información sanitaria, el manejo de residuos sólidos y líquidos, la planificación familiar y el enfoque comunitario de educación para la vida familiar.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Redefinición de la misión del Ministerio de Salud y comunicación a toda la población de Santa Lucía.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adiestramiento de recursos humanos.
2. Establecimiento de la capacidad para vigilar los equipos biomédicos.
3. Finalización de la dirección de la reforma del sector de la salud.
4. Proyectos piloto para los sistemas locales de salud.
5. Creación de sistemas de gestión e información.
6. Fortalecimiento del programa contra el SIDA y las ETS.

PROYECTO 2: PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD

PROPOSITO

Institucionalizar la estrategia de promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Concientizar a la población sobre la estrategia de promoción de la salud.

1. Para 1997 las decisiones sobre sistemas y gestión de salud a nivel central, local y hospitalario serán tomadas por equipos de profesionales de la salud, teniendo en cuenta la información actualizada.

2. El sistema nacional de información de salud estará en pleno funcionamiento para 1997.

3. El 80% de los profesionales de salud serán adiestrados adecuadamente con aptitudes prácticas y estarán trabajando en los correspondientes sectores para 1997.

1. Todos los becarios serán nominados anualmente, dentro del tope del presupuesto, y colocados en programas adecuados de adiestramiento para 1997.

1. Adiestramiento de recursos humanos para el mantenimiento de los equipos biomédicos para 1996.

2. Instauración del programa de mantenimiento preventivo para 1997.

1. El personal sanitario fundamental de todos los niveles define la nueva dirección del sector de la salud para 1996.

1. Elaboración de un proyecto de movilización de recursos para los sistemas locales de salud en el área piloto para 1996.

2. Personal adiestrado para la introducción de la gestión estratégica de los SILOS y equipo de gestión estratégica para 1996.

1. Instalación de sistemas de información para la gestión de los servicios de salud a nivel central, local y hospitalario para ciertos servicios para 1996.

1. Mayor desarrollo del programa contra el SIDA y las ETS apoyado por los organismos locales y las ONG para 1996.

1. Todos los programas de salud a nivel nacional y regional examinados en cuanto al contenido de promoción de la salud y su enfoque para 1996.

1. Adiestramiento del personal de salud en el uso de nuevas aptitudes de comunicación social para 1996.

Objetivos

2. Identificación de los factores sociales relacionados con la diabetes.
3. Creación del programa de control del cáncer.
4. Apoyo del programa de salud mental en elaboración de políticas, adiestramiento y estudio de factibilidad.
5. Creación de un programa comunitario de salud dental.

PROYECTO 3: SALUD AMBIENTAL

PROPOSITO

Mejoramiento de las condiciones ambientales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejoramiento de la gestión y la planificación del vertedero sanitario.
2. Mejoramiento del programa de control de calidad del agua por medio de la elaboración de normas, adiestramiento y redefinición de la Unidad de Higiene del Medio.

Indicadores

1. Investigación de los factores sociales y conexos de la diabetes y orientación de las estrategias para 1996.
1. Apoyo de un mayor desarrollo del programa de control del cáncer de cuello uterino para 1996.
2. Epidemiología de otros cánceres dilucidada para 1997.
1. Elaboración de políticas, legislación y un programa de salud mental en colaboración con la comunidad para 1996.
2. Adiestramiento de recursos humanos en los renglones correspondientes: enfermería psiquiátrica, salud mental comunitaria, abuso de sustancias tóxicas, etc. para 1997.
3. Terminación del estudio de factibilidad para mejorar la institución psiquiátrica y elaboración de una propuesta para la movilización de recursos si fuera necesario para 1997.
1. Evaluación del estado de la salud dental a nivel comunitario para 1996.
2. Realización de un estudio de fluoración comparativo para 1996.
1. Menor cantidad de basura doméstica per cápita recogida de las comunidades y vertedero sanitario administrado eficazmente para 1997.
2. Disponibilidad de agua potable en forma permanente al 70% de la población para 1997.
3. Reducción del índice de infestación domiciliaria por Aedes a <1% para 1997 en ciertas comunidades.
4. No aparición de enfermedades transmitidas por los alimentos para 1997.
1. Un mínimo de cuatro personas adiestradas en la administración de vertederos sanitarios para 1977.
2. Terminación del diseño de ingeniería para el vertedero sanitario en un lugar designado y finalización de la propuesta del proyecto para 1996.
1. Creación de programas con normas y procedimientos para 1996.
2. Adiestramiento en el control de calidad del agua.
3. Recomendaciones al Ministro de Salud para 1996 para la redefinición y fortalecimiento de la gestión de la Unidad de Higiene del Medio para el control de la calidad del agua.

Objetivos

3. Creación del programa de protección de alimentos y adiestramiento del personal.

4. Lucha antivectorial. Fortalecimiento del programa integrado de Lucha Antivectorial.

PROYECTO 4: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejoramiento de la calidad de la atención de la salud maternoinfantil.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Evaluación de la calidad de los servicios de SMI.

2. Introducción de SPCR.

3. Vigilancia y apoyo al PAI.

4. Evaluación de la epidemiología del asma y creación y puesta en marcha del programa.

5. Creación de un programa de salud de los adolescentes.

Indicadores

1. Creación del programa integrado de protección de alimentos con énfasis en la vigilancia y la legislación. Adiestramiento de todos los inspectores sanitarios en APPCC para 1997.

1. Adiestramiento de docentes de educación primaria en otras 9 comunidades en apoyo de la Educación para la Lucha Antivectorial para 1997.

2. Elaboración de la estrategia de comunicación y participación social para limpiar el medio ambiente para 1996.

1. El 40% de las mujeres recibirán atención prenatal hacia la 12a. semana para 1997.

2. Reducción del 10% de la mortalidad perinatal en dos años.

3. Certificación de la eliminación del sarampión para 1996.

4. Reducción de la morbilidad debida al asma en un 10% del nivel de 1994 para 1997, especialmente en los niños.

1. Terminación de la evaluación de los servicios de SMI usando el protocolo de la OPS y conclusión de las recomendaciones para mejorar el MS para 1997.

1. Adiestramiento para usar el formulario de SPCR y cómo analizar los datos para 1996, y en pleno uso para 1997.

1. Terminación del análisis epidemiológico de Haemophilus influenzae B y la hepatitis B para 1996.

2. Realización del análisis económico de la inclusión en el PAI para 1997.

3. El administrador del PAI participa en las reuniones anuales para presentar informes sobre las enfermedades y los planes del PAI.

1. Estudio del asma empleando el protocolo de ISAAC completado y analizado para 1996.

2. Elaboración e introducción de una estrategia integral de control del asma para 1996.

3. Adiestramiento de personal en servicios de salud relacionados con el tratamiento del asma para 1997.

1. Evaluación de las necesidades de salud del adolescente con recomendaciones para el desarrollo de un programa para 1996, e introducción del programa para 1997.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	156,800	82.8	130,700	63.4	139,800	62.1	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	156,800	82.8	130,700	63.4	139,800	62.1	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	156,800	82.8	130,700	63.4	139,800	62.1
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	11,000	5.8	54,100	26.2	60,900	27.1	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	11,000	5.8	22,100	10.7	25,000	11.1	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	WCH	11,000	5.8	22,100	10.7	25,000	11.1
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	32,000	15.5	35,900	16.0	
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	32,000	15.5	35,900	16.0	
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	21,500	11.4	21,500	10.4	24,200	10.8	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	21,500	11.4	21,500	10.4	24,200	10.8	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	21,500	11.4	21,500	10.4	24,200	10.8
GRAN TOTAL	189,300	100.0	206,300	100.0	224,900	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	133,900	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	133,900	100.0	0	-	0	-
SIDA	GPA	133,900	100.0	0	0	-
GRAN TOTAL	133,900	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	21,500	0	0	0	0	0	4,000	5,600	6,600	0	5,300
OMS - WR	167,800	0	0	1,900	20,900	10,500	66,000	29,700	12,000	0	26,800
TOTAL	189,300	0	0	1,900	20,900	10,500	70,000	35,300	18,600	0	32,100
% DEL TOTAL	100.0			1.0	11.0	5.5	37.1	18.6	9.8	.0	17.0
1996-1997											
OPS - PR	53,500	0	0	0	10,000	0	0	19,100	9,900	0	14,500
OMS - WR	152,800	0	0	0	17,300	6,900	60,000	27,700	11,700	0	29,200
TOTAL	206,300	0	0	0	27,300	6,900	60,000	46,800	21,600	0	43,700
% DEL TOTAL	100.0			.0	13.2	3.3	29.1	22.7	10.5	.0	21.2
1998-1999											
OPS - PR	60,100	0	0	0	10,000	0	0	22,100	11,300	0	16,700
OMS - WR	164,800	0	0	0	17,300	8,000	60,000	32,100	13,600	0	33,800
TOTAL	224,900	0	0	0	27,300	8,000	60,000	54,200	24,900	0	50,500
% DEL TOTAL	100.0			.0	12.1	3.6	26.6	24.1	11.1	.0	22.5

SAN VICENTE

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La población de San Vicente y las Granadinas, según el último censo levantado en 1992, era de 107.598 habitantes, de los cuales 52.977 eran hombres y 52.621, mujeres (50,1% y 49,83%, respectivamente). La población ha aumentado en forma sostenida (9,12%) en los 12 años transcurridos entre 1980 (que era de 98.604 habitantes) y 1992. La proporción entre hombres y mujeres se modificó de 94:100 en 1989 a 101:100 en 1992. Deberán investigarse los factores que explicarían esta variación.

Indicadores del estado de salud

2. Los indicadores sanitarios se han mantenido constantes y en algunos casos se registraron mejoras significativas en varios componentes del sector de la salud. La tasa de mortalidad infantil se redujo a un nivel sin precedentes de 14,5 por 1000 nacidos vivos en 1993. La tasa bruta de natalidad se mantuvo en 24,6 por 1000 habitantes, en tanto que la mortalidad materna sigue siendo de cero según las cifras oficiales (1992-1993). La esperanza de vida al nacer era de 69 años para los hombres y de 72 años para las mujeres en 1991. El grupo de 65 años y más, que representa el 6,5% de la población, absorbe una proporción cada vez mayor de los servicios de atención de salud.

3. Entre las causas principales de muerte entre 1988 y 1992 cabe destacar las enfermedades que afectan al corazón y al sistema cerebrovascular (23%), la hipertensión (11,9%), las enfermedades metabólicas (7,1%) y los accidentes y traumatismos (5,9%). Estas son categorías en las cuales la prevención —mediante la promoción de la salud y la modificación del estilo de vida— podrían ejercer una influencia favorable. Debido a la disminución de la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 4 años de 29,4 por 1000 en 1988 a 11,2 en 1992, el principal problema que aún debe resolverse en materia de salud infantil es la morbilidad perinatal. Los adolescentes tienen problemas de abuso de menores y de comportamiento vinculado al consumo de drogas que no son fácilmente cuantificables, pero que son cada vez más numerosos.

Factores que afectan el estado de salud

4. Las condiciones ambientales que son motivo de preocupación son la calidad del agua, la eliminación de residuos sólidos y la lucha antivectorial. Dado que aún está en preparación el proyecto sobre residuos sólidos del Banco Mundial, sigue habiendo problemas en tres zonas de vertederos. La vigilancia de la calidad del agua es limitada debido a la falta de equipo y de personal adiestrado. Si bien se han registrado pocos brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos, sigue preocupando la capacidad de resolver este problema ante el número cada vez mayor de establecimientos de preparación y expendio de alimentos, sobre todo puestos callejeros y vendedores ambulantes. La situación del sector de la salud encaja dentro del panorama de desarrollo nacional con un entorno político estable y una economía basada en la agricultura, principalmente la explotación del banano, con énfasis creciente en el turismo, actividad considerada como uno de los cuatro pilares económicos del país. Actualmente, el país está atravesando una etapa de transición en la cual se está diversificando la actividad económica para incluir el turismo y la industria de la informática. Los objetivos del Plan de Desarrollo

Sanitario (1996-2000) coinciden con los del Plan Nacional de Desarrollo, aunque es limitada la capacidad de planificación del Ministerio de Salud.

5. El sistema de salud es accesible y cubre a la población mediante una red de centros de salud, un hospital psiquiátrico y un hospital general. Se están remodelando los establecimientos de atención de salud para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen, sobre todo desde que el Ministerio de Salud está estudiando diferentes métodos para compartir costos, además de haber adoptado recientemente amplias medidas de recuperación de costos. El sector privado ha incrementado la prestación de servicios y ahora compete al Ministerio la tarea de vigilarlos y reglamentarlos.

6. La falta de un enfoque integral en materia de salud mental hace que el país no pueda hacer frente al aumento de comportamientos anómalos que tienen su origen en el abuso de sustancias tóxicas y en la violencia, lo que trae aparejada una nueva preocupación por la salud de los adolescentes.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

7. Salud en el desarrollo humano: El plan estratégico quinquenal (1996-2000) del Ministerio de Salud se encuentra en proceso de elaboración. El gobierno ha expresado su compromiso con la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC) y los planes reflejan las áreas, metas y objetivos prioritarios. Se ha puesto en práctica el sistema de salud comunitaria para la planificación, programación y evaluación de los servicios de salud a nivel distrital. Se efectuó una evaluación conjunta de los servicios de salud en 1994 y se emplearon los resultados para planificar los programas de salud.

8. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: El Ministerio ha continuado apoyando la descentralización de los servicios de salud y el desarrollo de sistemas locales de salud. Se han tomado medidas para fortalecer los equipos y servicios de salud en los distritos. El mejoramiento de la administración del hospital de referencia ha sido el resultado de un trabajo de equipo y de la utilización de sistemas de información para la toma de decisiones. Se ha capacitado a personal de salud en diversas categorías en los temas necesarios para respaldar el sistema de salud.

9. Promoción y protección de salud: En la elaboración de la Carta del Caribe de Promoción de la Salud participaron representantes de San Vicente y las Granadinas; además, se ha comenzado a sensibilizar al personal de salud sobre el concepto de la promoción de la salud.

10. Desarrollo y protección del ambiente: Se ha formulado un plan de tratamiento de residuos sólidos e identificación de sitios de vertederos, capacitándose al personal de higiene del medio en aspectos básicos de saneamiento, control de calidad del agua, inspección de alimentos y control de calidad de la carne y otros alimentos.

11. Prevención y control de enfermedades: Se efectuó una revisión conjunta del programa de vacunación contra la seis enfermedades incluidas en el PAI con un alto nivel de cobertura de la población infantil. Continuó la vigilancia de la erradicación del sarampión y la poliomielitis con asistencia del CAREC. Se integraron programas sobre enfermedades crónicas, como la diabetes y la

hipertensión, a los servicios de salud distritales. En el caso de grupos específicos considerados en riesgo, como gestantes y niños, se ha empleado un sistema de referencia del distrito a programas hospitalarios integrados de lucha antivectorial y control de roedores.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

12. El Ministerio ha identificado los siguientes planes y prioridades para el desarrollo sanitario nacional.

13. Mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud mediante la adecuada capacitación de diversas categorías de personal sanitario.

14. Mejorar la eficacia del programa de salud mental en San Vicente y las Granadinas mediante la formación de recursos humanos, la evaluación y la reestructuración de programas.

15. Mejorar el estado de la salud de las madres y los niños mediante la vigilancia continua de las enfermedades transmisibles y la morbilidad materna, la planificación y la programación de servicios de SMI, incluida la higiene escolar.

16. Promover la salud y reducir la incidencia de enfermedades crónicas mediante la adopción de modos de vida más sanos por la población, aplicando la estrategia de promoción de la salud.

17. Crear un ambiente más limpio, seguro y saludable mediante el tratamiento de residuos sólidos, un mejor suministro de agua, el tratamiento de aguas residuales y la capacitación.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

18. Los enfoques funcionales que la OPS empleará en materia de cooperación técnica de acuerdo con las prioridades nacionales son: Elaboración de políticas, planes y normas; Difusión de información; Capacitación e investigación.

19. Se atenderán las áreas prioritarias en cinco proyectos, empleando los enfoques funcionales para lograr los resultados esperados. Las cinco áreas serán: Desarrollo de sistemas y servicios de salud; salud mental; Salud materno-infantil; Promoción de la salud y enfermedades crónicas; Higiene del medio.

20. Sistemas y servicios de salud: Para ayudar al país en la prestación de servicios de salud más eficientes y eficaces se requiere capacitar al personal sanitario en diferentes categorías y niveles. Se impartirá capacitación a los administradores de programas a efectos de que empleen un enfoque lógico en la planificación, la programación y la evaluación. Además, se fomentará la investigación en servicios de salud para que los planes se apoyen en datos exactos. Asimismo, se reforzará la capacidad administrativa de los servicios de salud mediante capacitación en el servicio al personal de salud y se respaldará un plan estratégico para el desarrollo de la escuela de enfermería, empleando el enfoque funcional de políticas, planes y normas.

21. Salud mental: Se investigará la formulación del programa comunitario de salud mental con miras a evaluar la marcha del mismo y la orientación que deberá dársele en su reestructuración. Será importante capacitar personal en salud mental para facilitar la puesta en práctica del programa reestructurado.

22. Salud materno-infantil: Se aplicarán criterios estratégicos a la formulación y orientación de los planes y programas encaminados a mejorar la calidad de los servicios de SMI. Se ampliará el programa de higiene escolar para poder satisfacer las necesidades sanitarias de los grupos en edad escolar que actualmente están subatendidos. Como enfoques funcionales se formularán planes, programas y políticas.

23. En lo que se refiere a la prevención de los embarazos en adolescentes se formularán, como enfoque funcional, políticas y planes y se divulgará la información entre los adolescentes.

24. Promoción de la salud y enfermedades crónicas: A efectos de fortalecer la capacidad de formación de agentes sanitarios en el ámbito de la promoción de la salud, es menester incorporar actividades vinculadas a este tema en sus labores cotidianas. Los elementos específicos de este proyecto son el control del cáncer del cuello uterino, la diabetes y la hipertensión. Se difundirá información por los medios de comunicación y se adoptarán estrategias de mercadeo social, siempre en relación con las actividades de promoción de la salud y de modos de vida más sanos.

25. Como base de la planificación de programas, se apoyará la investigación con el objeto de determinar cuáles son los factores que reducen la calidad de vida de los ancianos. Para poner en práctica el Plan de Desarrollo Sanitario (1996-2000) se formularán, como enfoque funcional, políticas y planes.

26. Se proporcionará asistencia técnica para la ampliación del sistema de información sanitaria de la comunidad a los servicios hospitalarios, empleando como enfoque funcional la capacitación y la divulgación de información al personal sanitario.

27. Higiene del medio: El enfoque funcional de la OPS para el programa de higiene del medio será la capacitación en el uso racional del agua y los vertederos, la divulgación de información sobre la ampliación del programa de lucha antivectorial y la planificación para el diseño de un sistema de vigilancia de la calidad del agua.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Fortalecer la capacidad nacional del personal en el uso de la metodología del marco lógico para evaluar el plan de salud 1991-95.

2. Revisar el desarrollo organizativo que se requiere para avanzar en la descentralización de los sistemas de salud.

3. Desarrollar la capacidad nacional para la investigación y el análisis epidemiológico.

4. Formular un programa de formación de administradores de nivel medio para el personal de salud empleando los recursos actuales de la Escuela de Enfermería.

5. Formular opciones estratégicas para la función futura de la Escuela de Enfermería.

6. Continuar fortaleciendo la capacidad de planificación de recursos humanos.

7. Fortalecer los procedimientos administrativos del Ministerio de Salud.

8. Seguir desarrollando y fortaleciendo el sistema de información a nivel hospitalario y comunitario, incluyendo proyectos específicos del país para atender las necesidades.

9. Mejorar, en general, la administración hospitalaria centrándose en el desarrollo de sistemas y en la capacitación del personal en la materia.

10. Sensibilizar al personal administrativo superior en materia de preparativos para casos de desastre.

11. Tratar las infecciones respiratorias agudas y el asma en los niños y adaptar localmente la estrategia de SMI.

12. Realizar un estudio sobre la mortalidad y morbilidad maternas.

13. Ampliar el programa de higiene escolar.

14. Vigilar las enfermedades que son objeto de atención por el PAI.

15. Ampliar el programa integrado de lucha antivectorial.

16. Impartir capacitación sobre la administración de vertederos sanitarios y sobre la vigilancia de la calidad del agua.

17. Impartir capacitación a enfermeros, psiquiatras y otro personal de salud.

18. Proporcionar apoyo psicológico y controlar el abuso de sustancias tóxicas.

19. Realizar un análisis coyuntural y formular un programa comunitario de salud mental.

20. Fortalecer el departamento de terapia ocupacional.

21. Aplicar el enfoque de promoción de la salud.

22. Controlar el SIDA y las ETS.

23. Investigación sobre el SIDA y las ETS.

24. Elaborar materiales educativos para alfabetizar a nivel básico.

25. Formular intervenciones para facilitar cambios de comportamiento.

26. Efectuar un análisis de la situación en materia de nutrición.

27. Analizar los datos obtenidos en encuestas sobre enfermedades crónicas.

28. Capacitar al personal en análisis de datos y nutrición a nivel comunitario.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: HIGIENE DEL MEDIO

PROPOSITO

Crear un ambiente más limpio, seguro y saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá ampliado el proyecto integrado de lucha antivectorial.
2. Se habrá mejorado la vigilancia de la calidad del agua.
3. Se habrá mejorado la administración de los vertederos sanitarios.

PROYECTO 2: DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

Prestar servicios de salud más eficientes y eficaces

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se estará empleando el marco lógico para la planificación, la programación y la evaluación de la salud.

1. Se habrán reducido los índices de ciertos vectores para 1996.
2. Para 1996 serán menos visibles los residuos sólidos en el ambiente.
3. Para 1997, el 90% de la población dispondrá de agua potable de manera continua.
4. No se habrán notificado brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos en el período 1995-1997.

1. Para 1997 se habrá ampliado la asistencia técnica para el proyecto integrado de lucha antivectorial a otras cinco comunidades.

1. Para 1997 se habrá diseñado un sistema de vigilancia de la calidad del agua y se habrá impartido capacitación para llevarlo a cabo.

1. Para 1997 se habrán capacitado por lo menos tres personas en administración de vertederos sanitarios.

1. Para 1997 se habrá ampliado la cobertura de la población en la prestación de servicios primarios y secundarios de salud.

2. Para 1997 será menor el número de personas que deben salir de San Vicente por no contar con servicios locales de salud adecuados.

3. Para 1996 se habrá reducido o mantenido el costo unitario de los servicios selectivos y se habrá elevado la productividad.

4. Para 1997 estarán en operación los servicios de salud pensando primero en los pacientes.

1. Para 1997 se habrá capacitado a todos los administradores de programas en el uso del marco lógico para la planificación, la programación y la evaluación.

2. Para 1996 se estarán realizando investigaciones en servicios de salud.

Objetivos

2. Se habrá capacitado al personal de salud en programas locales y en el extranjero.

3. Se habrán respaldado actividades de desarrollo organizativo.

4. Se contará con información sanitaria y se estará utilizando.

5. Se habrán mejorado los procedimientos administrativos del Ministerio de Salud.

PROYECTO 3: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Se habrá mejorado la situación de la salud maternoinfantil.

Indicadores

1. Para 1997 se habrán formulado y puesto en marcha programas de capacitación administrativa en el servicio para todas las categorías del personal.

2. En 1997 se habrá concluido el plan estratégico de desarrollo de la Escuela de Enfermería, y habrá comenzado su aplicación.

3. Para 1996-1997 se habrá capacitado a personal nacional en ciertas áreas.

1. Se habrán formulado ciertos objetivos de organización y desarrollo del plan propuesto de salud 1996-2000.

1. Para 1997 se contará con un sistema de información sanitaria en la comunidad en todos los servicios comunitarios, que será compatible con los servicios hospitalarios.

2. Para 1997 se habrán diseñado sistemas de información vinculados al sistema de información sanitaria en la comunidad para automatizar las operaciones de los departamentos hospitalarios y se habrá capacitado al personal en el uso de los mismos.

3. Para 1996 se habrá establecido el sistema de información para la gestión a fin de facilitar la asignación de recursos y se habrá impartido capacitación en el uso de dicho sistema para las tareas habituales de administración hospitalaria.

1. Para 1996 se habrán revisado las estructuras y procedimientos organizativos.

1. Para 1997 no se habrá notificado ningún caso de sarampión y la incidencia de otras enfermedades que son objeto del PAI se habrá reducido en un 5% con respecto a las cifras de 1994.

2. Para 1997 el número de embarazos notificados en el grupo de menores de 19 años de edad se habrá reducido en un 5% con respecto a las cifras de 1994.

3. Para 1996 se habrá determinado la morbilidad y la mortalidad maternas.

4. Para 1996 se estará empleando la estrategia de SMI en todo el sector de la salud.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	142,200	76.7	143,200	70.7	154,100	69.6	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	142,200	76.7	143,200	70.7	154,100	69.6	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	142,200	76.7	143,200	70.7	154,100	69.6
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	17,400	9.4	37,600	18.5	42,600	19.3	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	17,400	9.4	16,700	8.2	19,200	8.7	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	17,400	9.4	16,700	8.2	19,200	8.7
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	20,900	10.3	23,400	10.6	
SALUD MENTAL	MNH	0	20,900	10.3	23,400	10.6	
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	25,800	13.9	22,000	10.8	24,600	11.1	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	25,800	13.9	22,000	10.8	24,600	11.1	
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	25,800	13.9	22,000	10.8	24,600	11.1
GRAN TOTAL	185,400	100.0	202,800	100.0	221,300	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	56,600	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	56,600	100.0	0	-	0	-
SIDA	GPA	56,600	100.0	0	0	-
GRAN TOTAL	56,600	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	159,600	0	0	2,200	16,700	10,500	60,000	22,700	15,000	0	32,500
OMS - WR	25,800	0	0	0	8,300	0	12,000	4,700	800	0	0
TOTAL	185,400	0	0	2,200	25,000	10,500	72,000	27,400	15,800	0	32,500
% DEL TOTAL	100.0			1.2	13.5	5.7	38.8	14.8	8.5	.0	17.5
1996-1997											
OPS - PR	180,800	0	0	0	17,100	10,200	60,000	42,500	20,900	0	30,100
OMS - WR	22,000	0	0	0	5,100	0	0	6,900	3,500	0	6,500
TOTAL	202,800	0	0	0	22,200	10,200	60,000	49,400	24,400	0	36,600
% DEL TOTAL	100.0			.0	10.9	5.0	29.7	24.4	12.0	.0	18.0
1998-1999											
OPS - PR	196,700	0	0	0	17,100	11,800	60,000	49,200	24,000	0	34,600
OMS - WR	24,600	0	0	0	5,100	0	0	8,000	4,000	0	7,500
TOTAL	221,300	0	0	0	22,200	11,800	60,000	57,200	28,000	0	42,100
% DEL TOTAL	100.0			.0	10.0	5.3	27.2	25.8	12.7	.0	19.0

SURINAME

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Suriname está ubicado en la costa nordeste de América del Sur. Es un país que está más cerca de la comunidad del Caribe que de América del Sur, ya que comparte muchas características con los países del Caribe, como la composición multicultural de la población.

2. La selva húmeda montañosa cubre cerca del 80% del país y la mayoría de las personas viven en los llanos costeros. Suriname tiene un área de 163.263 kilómetros cuadrados y al 31 de diciembre de 1992 tenía una población de cerca de 404.000 habitantes. Dos tercios viven en Paramaribo, capital del país, ciudad principal y puerto más grande, o en sus inmediaciones.

3. Paramaribo, con sus suburbios, tiene una población de 200.000 habitantes. Debido a la emigración en gran escala, predominantemente a Holanda, aproximadamente 200.000 surinameses viven fuera de su país.

4. Los Países Bajos rigieron a Suriname durante la mayor parte del período que va desde 1667 hasta 1975, cuando éste obtuvo su independencia. El idioma oficial de Suriname es el holandés. Además, se hablan sarnami, japonés, chino y sranan.

5. La población está compuesta por personas de muchos antecedentes étnicos. Los indostanos, descendientes de inmigrantes de la India, constituyen más de un tercio de la población. Los criollos, de ascendencia africana mezclada con europeos y negros, constituyen cerca de un tercio de la población. El resto de la población se compone de indonesios, japoneses, chinos, libaneses y europeos. Cada grupo étnico mantiene su propia cultura, religión e idioma. La tasa de crecimiento anual fue del 1,9% en 1990 y del 1,8% en 1991.

Indicadores del estado de salud

6. La incidencia de actos de violencia que dan lugar a defunciones y lesiones ha estado subiendo en forma sostenida en años recientes en Suriname.

7. Las tasas de mortalidad infantil y de cobertura de vacunación mejoraron durante los ochenta, pero la tasa de vacunación disminuyó en años recientes, aun en ciertas zonas urbanas. Los esfuerzos extraordinarios que se han realizado para mantener tasas altas de cobertura durante los años ochenta están fracasando como resultado de continuas y crecientes pérdidas de personal adiestrado del servicio de salud pública.

8. Las tasas brutas de mortalidad han permanecido bastante constantes en el último decenio. La tasa bruta de mortalidad fue de 6,9 por 1.000 en 1990 y de 6,4 por 1.000 en 1991. Aproximadamente un tercio de la mortalidad médicamente certificada se atribuye a cardiopatías, vasculopatías y diabetes mellitus.

9. En 1990, la mortalidad infantil se calculó en 20,9 por 1.000 nacidos vivos. Las causas principales de mortalidad infantil son los nacimientos prematuros y las complicaciones obstétricas. La malnutrición está aumentando, según las cifras de vigilancia del BOG. En 1991 el BOG halló malnutrición en 28% de los niños de 0 a 4 años de edad en los poblados de amerindios cerca de la frontera brasileña. En poblados bushnegro del distrito de Brokopondo, 11% de los niños padecían malnutrición (peso por debajo de P3 para la talla o por debajo de las normas de

talla para la edad). En la mayoría de los casos, en ambos grupos la malnutrición se clasificó como aguda, y se la observó principalmente entre los niños de 1 y 2 años de edad. En el año escolar 1989-1990 se midió y se pesó a los niños de primer grado de 33 escuelas de Paramaribo. En 14% de los niños de primer grado que tenían entre 5 y 8 años, la relación entre el peso y la talla era inferior a P3. En ciertos vecindarios este porcentaje alcanzó máximos de 18%, 38% y 39%. Entre los niños de 1 a 4 años de edad las causas principales de muerte son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y los accidentes.

10. Los accidentes, los homicidios y los suicidios son causas importantes de defunción entre los adultos. La toxicomanía y el alcoholismo son causas principales de morbilidad en los adultos. Suriname tiene tasas elevadas de prevalencia de tabaquismo, mucho más altas que Holanda o Estados Unidos. La alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, según informa el ETS-Clinic (Dermatologische Dienst), ilustra uno de los peligros que amenazan la salud de los adultos jóvenes en Suriname.

11. La malaria es endémica en el interior y miles de personas están infectadas. En 1992-1993 se produjo una grave epidemia de malaria a lo largo del río Suriname. La esquistosomiasis está todavía activa en las zonas rurales del distrito de Saramacca. La incidencia de lepra está descendiendo, pero todavía hay algunas zonas con problemas en el interior. Las epidemias de fiebre tifoidea son todavía comunes en el interior, pero el número nacional de casos notificados ha estado bajando desde 1986, cuando comenzó la actividad de la guerrilla. En febrero de 1992 se notificaron 3 casos confirmados de cólera, todos en el interior. Los casos se limitaron a algunos poblados a lo largo del río Marowijne. Desde este episodio, no se han notificado casos adicionales. La migración de las personas del interior a Paramaribo no ha dado lugar a transmisión reconocida de cólera en las zonas urbanas, a pesar de las malas condiciones de higiene en muchos vecindarios. No se han notificado casos de peste bubónica ni de fiebre amarilla durante decenios, pero la leptospirosis y el dengue siguen siendo enfermedades infecciosas importantes.

Factores que afectan el estado de salud

12. Después de un decenio de contracción socioeconómica grave, Suriname ha entrado en la etapa de reconstrucción, que se caracteriza por tres procesos: 1) la democratización de la política y el gobierno, la cual dio lugar a elecciones libres de dirigentes nacionales y locales en mayo de 1991; 2) el proceso de paz, que dio lugar al tratado de paz de agosto de 1992, el cual puso fin formal a la guerra de guerrillas; 3) el ajuste estructural de la economía.

13. Sin embargo, estos procesos no han producido un vuelco de la tendencia descendente en la economía. La inflación fue de 26% en 1991 y mucho más elevada (46%) en 1992, y se la calcula en 125% en 1993.

14. El proceso de paz ha ocasionado el regreso de 7.000 refugiados de la Guayana Francesa. Esto ha ocasionado exigencias extraordinarias sobre el gobierno y el pueblo para reconstruir el destruido Distrito Marowijne. La construcción de toda la infraestructura del gobierno en el interior es una prioridad nacional, pero se ve obstaculizada por la falta de consenso entre los responsables de la política y los organismos donantes, y por la falta de mecanismos para incorporar a las comunidades locales en el proceso.

15. A fines de 1992 el gobierno tuvo que tomar varias medidas difíciles, que darán lugar a precios aun más altos en 1994 y años posteriores.

16. El tipo de cambio en el mercado paralelo aumentó de Sf 25 por cada dólar estadounidense en 1992 a Sf 40 en febrero de 1993, a Sf 83 en octubre de 1993, a 185 en julio de 1994 y a 500 en diciembre de 1994. La ayuda financiera de los Países Bajos para el sector productivo no ha podido detener la disminución de la productividad y las exportaciones. El final de 1992 y el comienzo de 1993 fueron testigos de un aumento de malestar en el mercado de trabajo. Los sindicatos exigían enormes aumentos de sueldo, o incluso pago en dólares estadounidenses.

17. En el sector de la salud, la ayuda externa ya ha contribuido a aliviar la escasez de los medicamentos esenciales y algunos suministros médicos, pero el problema del personal capacitado que abandona los hospitales y las instituciones de salud pública se ha tornado aun más agudo en 1993.

18. En muchas partes del interior, especialmente en el oriente, la reconstrucción de las instituciones del gobierno no está siguiendo el mismo ritmo que las necesidades de los refugiados que regresan. Principalmente debido a lo alto de los costos, lo bajo de los jornales y la moral y los problemas con el agua y el saneamiento, la lucha antivectorial y los programas de erradicación de la malaria no han podido alcanzar tasas adecuadas de cobertura. Esto deja a grandes sectores de la población vulnerable a las epidemias, según se manifestó en las epidemias de dengue y shigelosis en 1992 y 1993. Hasta el presente, el desplazamiento de las personas del interior hacia los barrios pobres de la ciudad no ha causado las epidemias temidas de enfermedades como la fiebre tifoidea y el cólera, pero todavía existe el peligro.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

19. La salud en el desarrollo humano: Se están adoptando políticas sanitarias y planes nacionales en respuesta a la situación socioeconómica en deterioro.

20. El sector de la salud tiene problemas financieros enormes. Estos problemas son causados por la inflación, el financiamiento variable de la asistencia sanitaria y la carencia de mecanismos para controlar su calidad y costos.

21. Un elemento principal de la estrategia sanitaria nacional es el fortalecimiento del Ministerio de Salud como cuerpo coordinador central del sistema nacional, mientras al mismo tiempo se descentraliza el sistema y se da cabida a instituciones privadas y semiprivadas, como los servicios de salud regionales (RGD) y las fundaciones que administran los que fueron hospitales estatales.

22. La estrategia de atención primaria de salud y la meta de salud para todos son los principios orientadores de las políticas y las estrategias sanitarias. Hay varias estrategias que son elementos esenciales de la política sanitaria: el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, en particular de los comités y las instituciones locales, para la planificación y la ejecución de los servicios de atención de salud; la colaboración intersectorial al nivel local y nacional mediante actividades en las áreas de nutrición y producción de alimentos, abastecimiento de agua potable, saneamiento, eliminación de residuos sólidos, educación, etc.; por último, el fortalecimiento de los servicios preventivos como vacunación, atención materno-infantil, promoción de la lactancia materna, buena nutrición para los niños y planificación de la familia.

23. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: Se están elaborando programas para racionalizar todo el sistema de prestación de servicios que emplean el método de atención primaria. Para prestar una amplia gama de servicios de salud, las instituciones deben fortalecerse, los recursos humanos deben utilizarse adecuadamente y todo el sistema debe financiarse. Estos programas ven la necesidad de un enfoque sistemático para la planificación y la programación, especialmente al nivel local, para conseguir la cobertura total de los grupos prioritarios y vulnerables de la comunidad, al tiempo que garantizan también la atención adecuada secundaria y terciaria mediante un sistema nacional de remisión de casos. Puesto que en la actualidad prácticamente todos los recursos sanitarios se encuentran en Suriname, se hará hincapié especial en mejorar la gestión, descentralizar la administración y garantizar la disponibilidad (y el mantenimiento) de la tecnología apropiada y los suministros, especialmente los medicamentos esenciales.

24. El desarrollo de una base financiera sólida para el RGD mediante estudios de costo-beneficio, confección de presupuestos y negociación con instituciones financieras (Seguro de Salud del Estado, Ministerio de Asuntos Sociales) tendrá suma prioridad en 1996-1997.

25. Se están programando actividades que cierren la brecha entre la teoría y la práctica en la atención primaria de salud, al centrarse en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud para definir la función del sector intramuros en la APS. Se prevé además que dichas actividades ayudarán a coordinar la planificación sanitaria a los niveles regional y nacional y la integración de BOG, RGD, Misión Médica, COVAB y otras instituciones en el proceso de planificación para la formulación del BPB, el APB y el PTC de cooperación técnica de la OPS, y constituirán un elemento importante de desarrollo de los servicios de salud.

26. Promoción y protección de la salud: La salud familiar se considera esencial para el éxito del enfoque de atención primaria de salud. Una actividad principal en 1996-1997 será el desarrollo del llamado "consultatiebureau" para los niños menores de 5 años, que se convertirá en un verdadero consultorio para dicha edad, con un alcance mayor de servicios que los actuales. Esto incluirá el desarrollo de servicios adicionales de vigilancia del crecimiento y extensas actividades de adiestramiento para el personal sanitario. Estas actividades comenzaron en 1995 y continuarán en 1996-1997.

27. Otra actividad importante en 1996-1997 será el establecimiento de vínculos de cooperación formal entre los programas para el establecimiento de consultorios para los niños menores de 5 años y la Oficina de Desarrollo Infantil, el programa de higiene escolar, el programa para la creación de guarderías infantiles, el programa de nutrición y el PAI.

28. Los elementos cruciales para esta mayor cooperación son las actividades conjuntas dirigidas a mejorar los sistemas de información sanitaria y la supervisión en el terreno. El desarrollo de normas, especialmente las normas operativas para las guarderías infantiles y para la atención perinatal, son una parte integral de estas actividades. También se realizará una encuesta especial para aclarar aspectos de la situación sanitaria de los niños menores de 5 años, las mujeres y los niños de edad escolar.

29. Desarrollo y protección del ambiente: En la agricultura se emplean grandes cantidades de plaguicidas, incluidos compuestos sumamente tóxicos, lo cual plantea una amenaza para la salud de muchos agricultores a causa del uso indebido de estos

productos químicos. Por lo general no se conoce qué residuos quedan de los plaguicidas en los cultivos alimenticios para el consumo local. Sin embargo, hay fuertes indicadores de que la cantidad de estos residuos constituye una amenaza para la salud del país. Los estudios en este campo se ven obstaculizados por falta de organización y de equipo de investigación. Además, el uso de los plaguicidas conduce a la contaminación de las zonas pantanosas y, por lo tanto, pone en peligro a las poblaciones de peces y la flora y fauna silvestre.

30. Prevención y control de enfermedades: Se están planificando actividades con el objeto de establecer sistemas y redes eficaces de información, y de fortalecer la prevención, el control y los servicios de tratamiento. Estas actividades incluyen control de las enfermedades infecciosas como las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y otras enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, la leptospirosis, la filariasis, la leishmaniasis, el dengue, etc. El control de la lepra es también una parte integral del programa. Se incluyen además enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes o el control del cáncer. La malaria se transmite solo en el interior. La fiebre amarilla ya no es un problema prioritario de salud pública, pese a que el temor constante del dengue hace obligatorio el control de *Aedes aegypti*. Estas actividades también se dirigen contra la esquistosomiasis y otras enfermedades causadas por helmintos transmitidos por la tierra, con énfasis en la detección y el tratamiento adecuado en los centros de salud en zonas endémicas.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

31. La estrategia de desarrollo nacional de Suriname se basa en los principios de democracia, independencia y justicia social. La descentralización del sistema de gobierno y la participación de las comunidades locales en el gobierno regional se han formulado específicamente como intervenciones importantes en la estrategia para el desarrollo nacional. En defensa de los principios de equidad y universalidad, la provisión de atención sanitaria básica en los vecindarios urbanos pobres, las zonas rurales y el interior, ha adquirido más importancia que nunca. El fortalecimiento de los establecimientos locales de atención de salud tiene prioridad más alta en los años venideros. La ampliación del Plan de Seguro de Salud del Estado para los funcionarios públicos a fin de que incluya a la mayoría de la población, especialmente los trabajadores y los pobres, es un elemento imprescindible de esta estrategia. Todos los programas de atención de salud deben realizar esfuerzos orientados hacia grupos especiales de riesgo como las poblaciones urbanas pobres, las poblaciones rurales, las comunidades tribales en el interior, las mujeres y los niños. El desarrollo de un programa de salud ocupacional apoyará la meta nacional de mayor productividad. La campaña contra la malaria tiene también importancia económica.

32. La política del Ministerio de Salud durante los años 1996-1997 se orienta a las estrategias de atención coordinada y desarrollo nacional, ya que la crisis socioeconómica exige una respuesta nacional coordinada.

33. Se continuará y aumentará la atención que se presta a la participación de las comunidades locales en la planificación y ejecución del programa de atención de salud, mediante el establecimiento de consejos sanitarios de distrito y la organización de congresos sanitarios para formular planes sanitarios de distrito.

34. Mediante una mayor cooperación con los ministerios de Agricultura, Asuntos Sociales, Desarrollo y Recursos Naturales Regionales y otras organizaciones, el MS apoyará los esfuerzos para mejorar el estado de nutrición y los niveles de vida de la población.

35. Los programas de educación sanitaria se fortalecerán mediante la cooperación con el Ministerio de Educación y los medios de comunicación. La protección ambiental será otra área principal para la cooperación intersectorial.

36. La reducción de costos, el aumento de la razón costos/beneficios y la racionalización de los programas de atención de salud son piedras fundamentales de la estrategia del MS. Las medidas relacionadas con el presupuesto (especialmente para hospitales) son aspectos clave de la estrategia.

37. Para poder coordinar las diferentes políticas dentro del sector de la salud y en otros sectores, la capacidad de recursos humanos del MS y otras instituciones en el sistema de atención de salud debe fortalecerse contra la erosión continua por la "fuga de cerebros" (trabajadores de salud capacitados que dejan el servicio público para incorporarse a la práctica privada o emigran a países extranjeros) y el aumento de los efectos negativos que repercuten en el sistema de atención de salud como resultado del ajuste estructural.

38. Se están tomando medidas para: impedir que se debilite aun más el sistema de atención de salud; detener la fuga de cerebros entre los trabajadores de salud adiestrados, tanto del país como hacia el más lucrativo sector privado; reemplazar al personal perdido y adiestrar a nuevo personal de salud; mejorar la gestión, la eficiencia, el control de costos y la coordinación intersectorial en el sistema de atención de salud.

Prioridades nacionales para la cooperación técnica

39. El gobierno ha destacado las siguientes prioridades en su plan anual de 1995.

40. Poner más énfasis que nunca en la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria de salud; proveer atención de salud esencial a todos los habitantes de Suriname, especialmente a las poblaciones marginadas; y justicia social.

41. Continuar la política de descentralización de los servicios y privatización de las instituciones gubernamentales, así como de cooperación y especialización entre los hospitales.

42. Fomentar la atención de salud en el hogar y en la comunidad y desalentar las remisiones innecesarias de pacientes a los niveles más costosos de atención.

43. Tomar medidas de control de costos relacionadas con los subsidios y los aranceles; aprobar leyes en apoyo de medidas de control de costos.

44. Desarrollar la participación comunitaria y la cooperación intersectorial como aspectos cruciales, especialmente en las áreas de alimentación y nutrición, abastecimiento de agua potable, instalaciones sanitarias, recolección de basura y educación.

45. Fortalecer los servicios preventivos, como los programas de vacunación y la integración de los servicios preventivos y los servicios curativos.

46. Fortalecer los sistemas de información sanitaria y la vigilancia epidemiológica para proporcionar información sobre la situación y las tendencias en materia sanitaria a los responsables de la política.

47. Desarrollar programas de adiestramiento para el personal sanitario que aumenten sus destrezas para la ejecución de las estrategias de atención primaria de salud.

48. Para reiterar, la estrategia principal a emplear para ejecutar las prioridades mencionadas es el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Dados los distritos políticos y electorales existentes en Suriname, la cooperación intersectorial, la coordinación y la comunicación son parte integrante de la vida diaria. Hay también extensos y aceptados antecedentes de enérgica participación comunitaria por intermedio de organizaciones no gubernamentales.

49. A pesar de las abrumadoras dificultades, 1994 se acercó mucho a la meta de fortalecer los sistemas locales de salud, alcanzando etapas muy avanzadas de negociación con el gobierno holandés para obtener US\$ 1,1 millones para fortalecer los Servicios Regionales de Salud. El documento "Hacia una orientación estratégica de la atención primaria de salud" ya ha sido aceptado por el gobierno y forma la base de la propuesta del proyecto bajo consideración para la financiación por el gobierno holandés. Se prevé que este proyecto traerá un beneficio enorme para la nación.

50. Aunque la población es pequeña, en el país prosperan varios cientos de ONG que participan activamente y se manifiestan con vehemencia, las cuales siempre han mostrado voluntad de participar. Todas ellas se movilizarán a través de los congresos de salud de distrito, en un intento por ofrecer la mejor combinación de servicios de calidad a la comunidad.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

51. En respuesta a las prioridades nacionales de cooperación técnica en materia de salud, dentro del alcance de su trabajo la OPS ayudará a movilizar recursos para facilitar la participación de las universidades y los profesionales, las organizaciones y los líderes locales; aumentar el nivel de apoyo financiero que venga de fuera el país, las actividades de difusión de información que se centren en el uso de los medios de comunicación para incrementar el conocimiento del público sobre los temas sanitarios críticos, y organizar seminarios para informar a los líderes locales, políticos y profesionales; agilizar las actividades de adiestramiento para mejorar las capacidades técnicas y administrativas del personal supervisor y de operaciones en el sector de la salud; y proveer ayuda para la preparación de leyes y reglamentos y el proceso de descentralización, así como para las actividades que incluyan la elaboración de normas, planes y políticas, estudiando el uso y la distribución de los profesionales de la salud adiestrados y normalizando la recolección de datos y su procesamiento. Durante este bienio habrá cierta necesidad de promover investigación para el desarrollo de recursos humanos. En vista de la actual situación económica del país, la movilización de recursos será un aspecto muy importante de los esfuerzos de la OPS/OMS. La atención se colocará tanto en la consolidación de los compromisos que ya se están recibiendo de otras fuentes como en la identificación de otros recursos, tanto nacional como internacionalmente. En todas las áreas anteriores del programa se prestará atención específica a la promoción de la cooperación técnica entre países y se identificarán los recursos apropiados para permitir que OURLAND participe plenamente en la iniciativa subregional.

52. La OPS ayudará en todos los aspectos del adiestramiento de los supervisores de distrito y los funcionarios locales, para formular las políticas, los planes y las normas necesarios, para la prestación eficaz de los servicios y para la integración del sector intramuros como parte esencial de la estrategia de APS.

53. La OPS ayudará mediante el apoyo de las actividades de mantenimiento de los niveles adecuados y aceptables para los servicios de atención de salud en puestos de atención pre y posnatal y la atención de los niños mediante la vacunación, el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, la nutrición, la perinatología y la detección y el tratamiento temprano de los trastornos del desarrollo. El apoyo a estas actividades se canalizará por conducto de la oficina de desarrollo infantil (MOB), los consultorios para niños menores de 5 años (RGD y otras organizaciones) y el programa de higiene escolar (de MOB y RGD).

54. Dentro del ámbito de su misión, la OPS cooperará en el desarrollo de políticas, planes y normas para el programa de SMI en su totalidad y en particular para las zonas prioritarias. Dado que la cobertura de vacunación ha descendido, se pondrá énfasis específico en el restablecimiento de los niveles de cobertura del PAI. El deterioro de la situación económica y ambiental ha creado grandes sectores particularmente vulnerables, y en consecuencia será necesario identificar los grupos vulnerables en lo que se refiere a la nutrición. También será necesario coordinar la relación de trabajo con grupos y organismos intersectoriales a fin de unificar los recursos, investigar el valor nutritivo de los alimentos que se cultivan localmente y promover proyectos de demostración y preparación de alimentos.

55. En vista de que las enfermedades diarreicas, en especial la shigelosis, junto con las infecciones respiratorias son problemas principales, la OPS cooperará en un ambicioso programa de adiestramiento de médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud en todo el país. La movilización de los recursos se dirigirá a garantizar la financiación para el desarrollo futuro del programa de SMI.

56. La OPS ayudará mediante actividades nacionales encaminadas a controlar las enfermedades de importancia nacional mediante la identificación de los factores que tienen una relación directa con la causa, la propagación, la magnitud, la gravedad, etc. de las enfermedades en un tiempo dado y una comunidad dada. Esto se logrará mediante el fortalecimiento de la capacidad para la vigilancia epidemiológica y el control de brotes. Las enfermedades y trastornos principales bajo vigilancia abarcan la gama completa de los problemas de salud descritos en la sección sobre la situación del desarrollo sanitario nacional. Las soluciones se basarán en la evaluación epidemiológica en el corto, mediano y largo plazo. Esto requiere la recolección y el análisis de grandes cantidades de datos, no solamente de las enfermedades propiamente dichas sino de los cambios en la presentación de las enfermedades. Este es un proceso continuo y dinámico e incluye el diagnóstico y pronóstico constantes de la situación sanitaria. Analizado desde este punto de vista, el programa epidemiológico desempeña una función esencial de apoyo a todos los demás problemas de salud.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Establecer un sistema nacional de información sanitaria.
2. Prevenir el contagio de las enfermedades transmitidas por vectores y por los alimentos.
3. Mejorar la calidad ambiental.
4. Mejorar el abastecimiento de agua, la eliminación de las aguas residuales y el manejo de los residuos sólidos.

5. Establecer una administración eficaz de salud y seguridad ocupacional en el país.
6. Reducir la transmisión y la repercusión de las infecciones por micobacterias.
7. Proveer servicios básicos de atención de salud a la población basados en los principios de equidad y facilidad de acceso.
8. Formar los recursos humanos adecuados para el sistema de atención de salud.

9. Reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a las IRA y la diarrea.
10. Fortalecer la cooperación entre Suriname y los países vecinos y otros países en la región.
11. Contribuir a la reducción de los problemas nutricionales en los sectores vulnerables de la población.
12. Reducir la mortalidad materna y perinatal.

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: PROTECCION Y DESARROLLO AMBIENTAL**PROPOSITO**

Fortalecer la administración y la gestión de la salud ocupacional dentro del Ministerio de Trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se dispondrá de datos estadísticos sobre los riesgos, los traumatismos y las enfermedades ocupacionales, y se usarán de manera eficaz para la gestión de la salud y la seguridad ocupacionales en el país.
2. Comités de salud y seguridad ocupacionales establecidos y plenamente funcionales en ciertas industrias grandes.
3. Se prepararán nuevas políticas y leyes de salud y seguridad ocupacionales.

PROYECTO 2: SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA Y SANEAMIENTO**PROPOSITO**

Aumentar la eficiencia administrativa del abastecimiento público de agua y los servicios de saneamiento, mediante una mayor cobertura y la mejora de las aptitudes de los recursos humanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mediante la movilización de fondos de diferentes fuentes, se mejorarán los sistemas básicos de abastecimiento de agua y las instalaciones de saneamiento en dos zonas urbanas marginales de Paramaribo.
2. Ciertas comunidades de la cuenca Amazónica tendrán acceso a agua potable y a servicios básicos de saneamiento según lo dispuesto por el Gobierno.
3. Se dispondrá de más puestos de trabajo para personas capacitadas en las áreas de operación de plantas, perforación y construcción de pozos y control de calidad del agua, como lo ha solicitado la Empresa de Agua de Suriname.

1. Para fines de 1997 se contará con una administración más eficaz de salud ocupacional y eliminación de riesgos en el trabajo.

1. Para 1997, la base de datos computadorizada sobre salud y seguridad ocupacionales se habrá fortalecidos y estará en pleno funcionamiento.

1. Para fines de 1997 se habrán establecido al menos 20 comités.

1. Para fines de 1996 se habrá revisado la política existente para incluir propuestas informales del sector laboral y un proyecto de propuesta presentado al Gobierno.

2. Para fines de 1997 se habrá finalizado la legislación de salud y seguridad ocupacional, y se la habrá presentado ante el Parlamento para su aprobación.

1. La cobertura aumentará 1%, se dispondrá de agua potable de buena calidad al menos 12 horas por día y los residuos sólidos se recogerán y eliminarán adecuadamente una vez a la semana.

1. Para fines de 1997, cerca de 400 familias de Pontbuiten y Sophiaslust tendrán acceso fácil a agua potable y a letrinas de fosa.

2. Para fines de 1997 se habrán establecido sistemas de recolección de residuos sólidos comunitarios en estas dos comunidades.

1. Para fines de 1996 se habrán rehabilitado los sistemas existentes de abastecimiento de agua y se habrán construido otros nuevos.

2. A la población se le suministrarán letrinas de fosa.

1. Para fines de 1997, se habrán aumentado los conocimientos de 40 operadores de la planta de tratamiento de agua.

Objetivos

PROYECTO 3: CALIDAD AMBIENTAL

PROPOSITO

Lograr un entorno favorable a la salud en las comunidades costeras.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Una inspección integrada de salud pública en BOG, tal como lo ha propuesto el Gobierno.
2. El agua potable de Paramaribo y de algunos otros distritos cumplirá las normas establecidas con respecto a los coliformes y el contenido de hierro, siguiendo normas mínimas establecidas por el Gobierno.
3. Mejor calidad del agua en los ríos del distrito Commewijne y en el río Suriname.
4. Se elaborarán mejores normas de higiene del medio y se adoptarán nuevas leyes según el programa del Gobierno.
5. Ejecución de proyectos más integrados de higiene del medio identificados por el PIAS.

Indicadores

2. Para fines de 1996 se habrá adiestrado a diez técnicos en la perforación y construcción de pozos.

3. Para fines de 1996, se habrá adiestrado a cerca de 10 personas en las técnicas de laboratorio para el análisis de agua.

1. Agua potable inocua, alcantarillas y eliminación de aguas residuales, al alcance de por lo menos el 60% de la población.

1. Para mediados de 1996, las actividades de inspección de alimentos se habrán integrado para controlar mejor la calidad ambiental.

1. En Paramaribo, para 1996 se analizarán por lo menos 40 muestras de agua cada mes y se aplicarán medidas de cumplimiento de las normas.

2. En algunos otros distritos, para 1977 se analizarán al menos 10 muestras de agua y se aplicarán medidas de coerción para el cumplimiento de las normas.

1. En Paramaribo, para 1977 se habrán adoptado lagunas de aguas residuales para la eliminación de los desechos fecales provenientes de la limpieza de las letrinas de fosa y de los tanques sépticos.

2. Para fines de 1996, los vertederos de residuos sólidos existentes a lo largo del río Suriname habrán sido abandonados y se contará con un nuevo vertedero sanitario disponible y plenamente operativo.

3. La concentración de metales pesados como el mercurio y el cianuro se vigilará con regularidad en ciertos ríos del distrito Commewijne y se aplicarán medidas de coerción.

1. Para fines de 1996 se habrán revisado las normas de higiene del medio y las normas existentes, se habrán establecido normas nuevas y el proyecto de propuesta se habrá presentado al Gobierno.

2. Para mediados de 1997 se habrán revisado las leyes de higiene del medio y se habrá redactado la propuesta que se presentará al Gobierno.

1. Para mediados de 1996 se habrá finalizado, y el gobierno lo habrá aprobado, el plan nacional de acción en materia de salud y medio ambiente.

2. Para fines de 1996 se habrán movilizado los fondos para la ejecución del plan.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 4: PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES****PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad nacional y local de prevención y respuesta ante los brotes de enfermedades causadas por vectores y de enfermedades transmitidas por los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecer la capacidad estadística y analítica en la lucha antivectorial y la inocuidad de los alimentos.

2. El laboratorio se equipará según las normas internacionales en apoyo de las actividades de vigilancia e investigación.

3. Se desarrollarán protocolos y procedimientos para la colaboración entre las instituciones.

4. Se apoyará el establecimiento de la oficina central del Programa para el Control de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos.

5. Aumento de la capacidad de desarrollar proyectos de investigación.

1. Se establecerán índices actuales para las enfermedades transmitidas por los alimentos y por vectores.

2. Las tasas actuales de morbilidad y de mortalidad por enfermedades transmitidas por los alimentos y por vectores disminuirán 2%.

1. Para diciembre de 1996 el personal de salud pública de nivel medio en el programa de lucha antivectorial utilizará la información proporcionada por el PAI.

2. Para febrero de 1996 se contará con una base de datos sobre los alimentos que pueden transmitir enfermedades.

3. Para diciembre de 1997 se habrán publicado informes de vigilancia.

1. Para diciembre de 1996 se habrán adiestrado tres técnicos de laboratorio en metodología específica.

2. Para fines de 1997 se habrá instalado un laboratorio certificado.

3. Para junio de 1997 se habrá ejecutado el programa de garantía de la calidad.

4. Se elaborarán normas de bioseguridad.

5. Para diciembre de 1997 se habrán adquirido equipo de laboratorio y suministros.

6. Para diciembre de 1997 se habrá elaborado y se encontrará en funcionamiento un programa de mantenimiento preventivo.

1. Para junio de 1996 se habrá establecido y estará en funcionamiento el comité intersectorial.

2. Para diciembre de 1997 se habrán elaborado proyectos conjuntos.

1. Para fines de 1997 se habrán llevado a cabo al menos cinco reuniones de adiestramiento y tres talleres para el personal de la oficina del programa y el personal del centro de salud.

1. Para junio de 1996 se habrá instalado el comité de evaluación de investigación.

2. Para agosto de 1996 se contará con procedimientos y protocolos documentados para los honorarios de investigación.

Objetivos

6. Se elaborarán programas de educación especial para el personal de la industria de los alimentos.

PROYECTO 5: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

PROPOSITO

Desarrollar sistemas formales de cooperación entre Suriname, Barbados, Guyana, Guayana Francesa y otros países de la región.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se establecerán sistemas formales para el intercambio de información y desarrollo de los programas conjuntos por Suriname, Guyana y Guayana Francesa.

2. Se desarrollarán actividades conjuntas con relación al control de la malaria y enfermedades objeto del PAI en poblaciones migratorias y zonas fronterizas.

3. Se establecerá un convenio formal de enlaces cooperativos regionales en el área del desarrollo y adiestramiento de recursos humanos.

PROYECTO 6: EPIDEMIOLOGIA Y BIOESTADISTICA

PROPOSITO

Mejorar el acceso a la información sanitaria.

SURINAME

Indicadores

3. Para diciembre de 1996 se habrán adiestrado al menos dos asistentes de investigación en métodos de investigación entomológica, en encuestas de campo para la detección de leptospirosis y en diagnóstico de laboratorio.

4. Para diciembre de 1996 se habrá realizado el proyecto de investigación dentro de BOG.

1. Para fines de 1997 se habrá adiestrado al 100% de las personas que manipulan alimentos.

2. Para fines de 1997 se habrá realizado la campaña nacional de educación sanitaria sobre inocuidad de los alimentos.

1. Establecer planes de trabajo con los países de la región y determinar recursos de financiamiento adicional.

1. Se realizarán reuniones fronterizas anuales.

2. Para diciembre de 1997 se habrán formalizado protocolos para la cooperación entre las organizaciones de prestación de atención de salud en las zonas fronterizas y de trato con poblaciones migratorias.

1. Para junio de 1997 se habrá realizado el congreso de atención de salud en las Guayanas.

2. Para diciembre de 1996 se habrá desarrollado el programa de lucha contra la malaria en las Guayanas, con el apoyo de la Asociación Rotaria Internacional.

1. Para diciembre de 1996 se habrán preparado los protocolos para la cooperación técnica regional en los programas de adiestramiento de enfermería.

2. Para diciembre de 1997 se encontrará en ejecución un programa de intercambio de enfermeras entre Suriname y Guyana.

3. Para diciembre de 1996 se habrá formulado un proyecto para el desarrollo conjunto de un programa de estudios de maestría en salud pública en la Universidad de Suriname, por la UWI, la Universidad de Guyana, la Universidad de las Antillas Francesas y la Universidad de Suriname.

1. Para fines de 1966 se encontrará en funciones el sistema de información sanitaria nacional en al menos 2 distritos.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los datos disponibles sobre la atención de salud se compartirán entre los proveedores de atención de salud.

2. Se establecerá el desarrollo de un banco de datos en el sistema de atención de salud.

3. Mejorará la capacidad de análisis epidemiológico a los niveles central y periférico.

4. Como resultado de las negociaciones en curso, se establecerán canales de comunicación formal sobre la vigilancia epidemiológica entre Suriname, la República de Guyana y Guayana Francesa.

PROYECTO 7: CONTROL DE ENFERMEDADES

PROPOSITO

Desarrollar un programa nacional de control de infecciones causadas por micobacterias que cuente con una oficina central de coordinación y las capacidades de los centros de salud para la prevención, el tratamiento y la detección de casos y la vigilancia epidemiológica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El Ministerio de Salud anunciará oficialmente el programa de control de las enfermedades causadas por micobacterias.

2. Disponibilidad y diseminación de información sobre la prevalencia de las infecciones por micobacterias.

1. Para fines de 1996 se habrá establecido y funcionará eficazmente el protocolo para la colaboración con ONG y grupos de la comunidad sobre los programas especiales.

1. Para fines de 1997 el Ministerio de Salud contará con datos epidemiológicos y bioestadísticos de todas las regiones y proveedores de servicios de atención de salud.

1. Para fines de 1996 se contará con una sede específica de bioestadística con 2 computadoras de gran memoria.

2. Para fines de 1997 se fortalecerá la capacidad del laboratorio central para detectar la tuberculosis, la leptospirosis, el dengue y la rubéola.

1. Para fines de 1996 se habrán evaluado los protocolos desarrollados sobre los proyectos piloto.

2. Para fines de 1997 se habrán diseminado los resultados sobre las enfermedades crónicas entre las otras Guayanas.

1. La oficina del programa nacional estará equipada y el personal capacitado se encontrará en funciones.

2. Se contará con capacidad de laboratorio para el diagnóstico y las pruebas de sensibilidad.

1. Para enero de 1996 se habrá establecido el grupo de estudio para la formulación de un programa y la iniciación nacional de la base organizativa del programa.

2. Para marzo de 1996 se habrá presentado al Ministerio de Salud un proyecto de programa nacional.

3. Para junio de 1996 el Ministerio de Salud habrá aprobado oficialmente el programa nacional.

4. Para diciembre de 1996 se habrá establecido la oficina del programa.

1. Para febrero de 1996 se habrán evaluado los datos de 1993, 1994 y 1995 por grupo étnico, distribución de edades, proporción entre hombres y mujeres, demografía y relación con otras enfermedades.

Objetivos

3. Mayor conciencia entre la población general acerca de las infecciones por micobacterias.

4. Mejorarán las aptitudes de los clínicos para el reconocimiento oportuno, la remisión y el tratamiento apropiado de las infecciones micobacterianas.

5. Se encontrará en funciones el sistema de información de vigilancia del tratamiento, el seguimiento y el reconocimiento oportuno de las tendencias de la resistencia a los antimicrobianos.

PROYECTO 8: DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

PROPOSITO

Proveer servicios básicos curativos y preventivos a la población de la zona costera y del interior, haciendo hincapié en las poblaciones subatendidas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Información sobre las características de costo-beneficio, la eficiencia y la eficacia de las actividades de atención de salud a disposición de los administradores.

Indicadores

2. Para diciembre de 1996 se habrá realizado un estudio de PPD entre 10.000 habitantes de Saramacca.

3. Para junio de 1977 se habrá realizado el estudio serológico sobre los anticuerpos contra micobacterias en 20.000 habitantes del interior.

1. Para diciembre de 1996 se habrá diseñado, probado, publicado y difundido una carpeta.

2. Para diciembre de 1996 se habrán elaborado y transmitido programas por televisión y radio.

3. Para junio de 1977 se habrá diseñado, impreso y difundido un cartel.

4. Desde enero hasta diciembre de 1997 se habrán realizado visitas educativas a grupos destinatarios específicos.

1. Para junio de 1997 se habrá publicado y difundido el manual entre los clínicos.

1. Para marzo de 1996 se habrán instalado computadoras en el consultorio y laboratorio de enfermedades pulmonares.

2. Para junio de 1996 se habrá desarrollado e instalado la base de datos.

3. Para agosto de 1996 se habrá establecido una red entre los servicios de epidemiología, de laboratorio y clínicos relacionados con las enfermedades pulmonares.

1. Un sistema económicamente sólido y bien administrado de centros de atención de salud, policlínicas y farmacias para la asistencia sanitaria básica en la zona costera de Suriname.

1. Para febrero de 1996 se habrá firmado el contrato con la Universidad de Suriname y otros organismos de investigación (para realizar investigación operativa sobre las actividades de atención de salud).

Objetivos

2. Se elaborarán procedimientos administrativos para la vigilancia continua de los costos y la búsqueda de soluciones.

3. Desarrollo de estructuras formales para el intercambio regular de información y acciones conjuntas entre RGD, MOB, MZ, Stichting LOBI, JTV y COVAB (cooperación intersectorial) y estructuras similares para la cooperación intersectorial entre RGD, la Empresa de Aguas y el Ministerio de Recursos Naturales.

4. Se promoverá la participación comunitaria en el diseño y ejecución de los programas de salud de la comunidad.

5. Se elaborará el sistema para la reunión y la utilización de datos epidemiológicos a nivel rayon y en la oficina central de RGD.

6. Se promoverán los preparativos para casos de desastre y emergencias en Suriname.

7. Mayor conciencia de la comunidad y participación con relación a la seguridad, la protección y el mantenimiento de la atención de salud local, las instalaciones y la infraestructura de apoyo (electricidad, abastecimiento de agua, sistemas de aguas residuales, eliminación de desechos, limpieza).

8. Mejora de la capacidad de gestión y de planificación para la prestación de servicios, tanto al nivel central como periférico.

Indicadores

1. Para febrero de 1996 se encontrará en funciones el comité de vigilancia de costos.

2. Se adiestrará en el análisis de costo-beneficio a determinados funcionarios del departamento financiero.

1. Para marzo de 1996 se habrán realizado talleres sobre el establecimiento de vínculos formales.

2. Para junio de 1996 se habrán establecido estructuras provisionales.

3. Para junio de 1996 se habrán establecido, por decreto gubernamental o por ley, las estructuras formales.

1. Para diciembre de 1966 se habrán establecido juntas rayon con representación multisectorial para coordinar las actividades rayon.

2. Organización de congresos anuales multisectoriales rayon para establecer prioridades de salud y enlaces cooperativos entre los sectores.

1. Para enero de 1996 se habrá contratado un consultor y su informe/propuesta será presentado ante el Ministerio de Salud para junio de 1996.

1. Para julio de 1977 se habrán coordinado los esfuerzos entre los diversos organismos participantes.

2. Para julio de 1977 se habrán organizado los talleres.

3. Para septiembre de 1966 se habrá organizado el taller sobre medidas de emergencia, incluidos vacunación, inmunización y abastecimiento de agua.

1. Para febrero de 1966 se habrá organizado un programa de relaciones públicas.

2. Para marzo de 1996 se habrán establecido comunidades vecinales en apoyo del mantenimiento y la seguridad de las oficinas.

1. Para diciembre de 1996 se habrán establecido estructuras formales para la evaluación continua de la función de la Misión Médica, atendiendo a la situación socioeconómica rápidamente cambiante en el interior como resultado de la "fiebre del oro" y las inversiones en silvicultura y minería, y publicación de un documento sobre políticas.

2. Para junio de 1996 se habrán reorganizado la Misión Médica y PAS (Pater Albrinck Stichting).

Objetivos

9. Desarrollo de la propuesta para una base financiera sólida de la Misión Médica e infraestructura física de la atención de salud en el interior.

PROYECTO 9: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Fortalecer el desarrollo de recursos humanos utilizando la Escuela Central de Enfermería y Profesiones Afines (COVAB) y la Universidad de Suriname.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se actualizarán los recursos humanos del Ministerio de Salud, MOB, RGD, la Misión Médica, BGVS, JTV, COVAB, la Escuela de Medicina y otras organizaciones de atención de salud.

2. Se reforzarán la organización y la gestión del sistema educativo de COVAB, los hospitales, RGD, la Misión Médica y la Universidad de Suriname.

Indicadores

3. Para junio de 1997 se encontrará en funcionamiento el sistema de gestión e información sanitaria.

4. Para junio de 1997 se habrá reestructurado el sistema de remisión de pacientes.

5. Para diciembre de 1977 todos los establecimientos de salud estarán abastecidos con medicamentos esenciales para tres meses.

1. Para diciembre de 1996 se contará con una póliza de seguro de salud nacional que incluya cobertura para la prestación de atención de salud en el interior.

2. Para diciembre de 1996 se habrá organizado el congreso multisectorial para establecer esquemas de recuperación de costos y un fondo rotatorio para la Misión Médica.

3. Para diciembre de 1996 se habrá formulado un proyecto conjunto de la Misión Médica y el Ministerio de Educación para la construcción de casas para el personal sanitario.

4. Para diciembre de 1996 se habrá preparado el proyecto conjunto formulado por la Misión Médica, el Ministerio de Educación y otras organizaciones de trabajo en el interior para establecer un servicio común de transporte.

5. Para diciembre de 1996 se habrán establecido los enlaces de comunicación por radio y teléfono con ciertos centros de salud.

1. COVAB, la escuela de enfermería y la Universidad de Suriname satisfarán al menos el 10% de las necesidades de adiestramiento del sistema de atención de salud.

1. Para febrero de 1996 se habrán preparado informes de evaluación de RGD. Los correspondientes a la Misión Médica se producirán para febrero de 1996.

2. Para mayo de 1996 se habrá finalizado y ejecutado el protocolo para evaluar las necesidades de adiestramiento de personal de enfermería (COVAB).

3. Para diciembre de 1996 se habrá elaborado la base de datos de los recursos humanos de enfermería (COVAB).

1. Para diciembre de 1996 se habrán organizado tres seminarios en Paramaribo y uno en Nickerie sobre los aspectos de organización del programa de adiestramiento en enfermería.

2. Para diciembre de 1997 se habrá puesto en práctica el sistema de información sobre recursos humanos de COVAB.

Objetivos

3. Fortalecer el programa de estudios de enfermería mediante las metodologías apropiadas.

4. Se propiciará la cooperación entre COVAB, la Universidad de Suriname y las organizaciones de asistencia sanitaria.

5. Se desarrollarán o identificarán módulos de adiestramiento y programas de estudios específicos para el personal de RGD, Misión Médica, BOG y otras organizaciones de atención de salud.

PROYECTO 10: CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

PROPOSITO

Desarrollar un programa de control de las IRA con una oficina central de coordinación y la capacidad de manejar los casos en los centros de atención de salud, y mejorar el tratamiento de las enfermedades diarreicas por conducto de los establecimientos sanitarios.

Indicadores

3. Para diciembre de 1996 se habrán desarrollado programas y la propuesta del proyecto de cooperación técnica entre COVAB y OPS/OMS, UNESCO y otras organizaciones intersectoriales.

1. Para abril de 1996 se habrá establecido el comité de vigilancia de programas de estudios (COVAB).

2. Para diciembre de 1997 se habrán establecido los programas de adiestramiento de COVAB y se habrán publicado los informes.

3. Para fines de 1997, se habrán desarrollado los procedimientos y las estructuras para la participación de las jefas de enfermeras y los administradores de pabellones de hospital en el diseño y la ejecución de los programas de adiestramiento de COVAB.

1. Participación de los usuarios (es decir, hospitales, consultorios privados, universidad) en la preparación y evaluación del programa finalizado de estudios de enfermería.

2. Para diciembre de 1996 se habrá establecido un convenio formal de cooperación entre COVAB y la asociación de enfermeras.

1. Se elaborarán módulos de adiestramiento y programas de estudios para RGD, la Misión Médica y el personal de BOG en las siguientes áreas: participación comunitaria; comunicación; gestión; educación sanitaria; desarrollo de programas de APS; investigación de brotes y ciertos casos de problemas de salud.

2. Se prepararán módulos de adiestramiento y programas de estudios para personas clave en las comunidades locales, en las siguientes áreas: planificación y programación, para fines de 1996; participación comunitaria, para mediados de 1997; comunicación, para fines de 1997.

1. Para diciembre de 1997 se habrán reducido 5% los indicadores de hospitalización y de mortalidad debidos a las IRA y las enfermedades diarreicas.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Refuerzo de la oficina de programas contra las IRA.
2. Desarrollo del sistema de información sobre IRA.
3. El personal de centros de salud se adiestrará en el tratamiento de casos.
4. Se fortalecerá la conciencia entre la población general en cuanto a las IRA.
5. Desarrollo del sistema de notificación y reacción local sobre las IRA.
6. Aumentarán los conocimientos de los trabajadores de salud sobre las enfermedades diarreicas.
7. Se elaborarán y difundirán a los niveles nacional y local paquetes integrados de información sobre el crecimiento y el desarrollo.

PROYECTO 11: SALUD MATERNOINFANTIL

PROPOSITO

Mejorar la atención del parto y la utilización de los servicios de atención prenatal y posnatal, en especial de los niños menores de 5 años.

Indicadores

1. Para marzo de 1966 se habrá adiestrado al director del programa contra las IRA.
 2. Para marzo de 1966 se habrá adiestrado a un administrador adjunto.
 3. Para marzo de 1966 se habrá adiestrado a un asistente administrativo.
 4. Para marzo de 1966 se habrá equipado la oficina.
 5. Para junio de 1966 se habrá establecido el comité asesor nacional de lucha contra las IRA.
-
1. Para julio de 1966 se tendrá en funcionamiento un sistema de informes y reacciones.
-
1. Para septiembre de 1966 se habrán celebrado cinco talleres para personal de los centros de salud.
-
1. Para enero de 1966 y diciembre de 1966 se habrán llevado a cabo dos encuestas.
 2. Para junio de 1966 se habrán elaborado los materiales de educación sanitaria.
-
1. Para marzo de 1966 se contará con el programa de computadora en funcionamiento.
 2. Para julio de 1966 se habrá adiestrado al personal local y central en el uso del sistema.
 3. Para diciembre de 1966 se habrá evaluado el proyecto piloto.
 4. Para enero el sistema adaptado estará en condiciones de funcionar.
-
1. Para julio de 1966 se habrán celebrado cinco talleres sobre el tratamiento de las enfermedades diarreicas destinados al personal sanitario.
-
1. Para marzo de 1967 se habrán realizado encuestas sobre el conocimiento de las madres de niños menores de 5 años acerca del desarrollo.

1. Todos los centros de salud del Servicio Regional de Salud (RGD) y la Misión Médica (MZ) tendrán programas locales dirigidos a la detección temprana, la prevención y el tratamiento de los problemas de salud relacionados con el embarazo y el nacimiento, así como a las guarderías para niños menores de 5 años.

2. Cobertura del 99% de los embarazos por programas nacionales y locales de atención de salud.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se propondrán programas locales de perinatología con metas definidas, estrategias y actividades para uso en los centros de salud locales.

2. Mayor conciencia entre la población general y grupos destinatarios especiales (mujeres entre 15 y 44 años de edad, especialmente en las zonas rurales y en el interior), acerca de la atención de salud durante el embarazo y después de él.

3. Desarrollo de la propuesta del proyecto para establecer consultorios para los niños menores de 5 años.

4. Apoyo a la ejecución de las normas establecidas para los servicios preventivos de salud de los niños.

5. Se propiciará la colaboración entre la organización comunitaria y los consultorios para niños menores de 5 años en materia de educación sanitaria.

PROYECTO 12: ALIMENTACION Y NUTRICION

PROPOSITO

Mejorar el bienestar nutricional de los segmentos vulnerables de la población.

1. Para junio de 1996 se habrán realizado encuestas entre las parteras y los ginecólogos.

2. Para julio de 1996 se habrán desarrollado normas y protocolos para la atención perinatal y obstétrica.

3. Para diciembre de 1996 se habrán celebrado cinco talleres.

1. Para julio de 1996 se habrán realizado encuestas sobre conocimientos, actitudes y comportamientos con relación a la atención durante y después del embarazo.

2. Para noviembre de 1996 se habrán preparado materiales de educación sanitaria para los medios de comunicación y para uso en las comunidades y los centros de salud locales.

1. Para marzo de 1996 se habrá elaborado la propuesta del proyecto.

2. Para junio de 1996 se habrá desarrollado el programa de estudios para el adiestramiento del personal de siete consultorios modelo para niños menores de 5 años en cooperación con COVAB y la universidad.

3. Para diciembre de 1996 se habrán elaborado programas para la expansión de los consultorios modelo para niños menores de 5 años.

1. Para fines de 1977 se habrá impreso el manual para los consultorios para niños menores de 5 años.

2. Para junio de 1996 se habrán impreso y estarán disponibles las nuevas tablas de crecimiento.

3. Para marzo de 1977 todo el personal técnico de los consultorios para niños menores de 5 años se habrá adiestrado en la vigilancia del desarrollo y detección temprana de los trastornos del desarrollo y habrá adquirido aptitudes de educación sanitaria.

1. Para diciembre de 1977 se habrá ejecutado el programa integrado de educación sanitaria de la comunidad.

1. Para fines de 1977 se habrán reducido 5% la morbilidad y las tasas de mortalidad debidas a la malnutrición.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se establecerán el sistema de información para la gestión y los comités de gestión.
2. Se promoverá el establecimiento del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.
3. Se evaluarán las repercusiones de la nutrición, así como las políticas y los proyectos.
4. Se concluirán y pondrán a disposición para su difusión los informes sobre el estado de nutrición de escolares y de los niños menores de 5 años.
5. Se evaluará la inocuidad de los alimentos y el sistema de vigilancia nutricional.
6. Se contará con información sobre la alimentación y atención de lactantes sobre la cual basar los programas futuros.
7. El personal nacional tendrá acceso a información sobre los acontecimientos internacionales en los programas de nutrición y la cooperación técnica con organizaciones internacionales y países de la región.

PROYECTO 13: APOYO DE GESTION PARA EL DESARROLLO SANITARIO NACIONAL

PROPOSITO

Dentro del marco general de las orientaciones estratégicas y programáticas, establecer un apoyo eficaz administrativo y de gestión para las actividades de cooperación técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se reorganizarán y fortalecerán las unidades de gestión administrativa y financiera de la Representación.

Indicadores

1. Para fines de 1977 se habrán desarrollado la estructura y los procedimientos para la comunicación y cooperación entre las unidades de BOG.

1. Para junio de 1966 se habrá celebrado el congreso nacional multisectorial de alimentación y nutrición.
2. Para agosto de 1996 se habrá establecido el consejo intersectorial provisional.
3. Antes de diciembre de 1996 se habrá establecido, por ley o por decreto, el Consejo Nacional Oficial de Alimentación y Nutrición.

1. Para diciembre de 1996 se habrán realizado talleres con responsables de la política, planificadores y otros.

1. Para junio de 1996 se habrán realizado encuestas sobre el estado de nutrición de los escolares y de los menores de 5 años.

1. Se establecerá el valor nutritivo de los alimentos consumidos por grupos socioeconómicamente vulnerables.

2. Se establecerán las tasas de incidencia de ceguera nocturna y anemia.

1. Para fines de 1996 se iniciará investigación aplicada sobre las prácticas de alimentación de lactantes.

1. El personal de la unidad de nutrición participará en la reunión anual de la Asociación Caribeña de Nutricionistas y Dietistas.

2. El personal de la unidad de nutrición participará en la conferencia anual sobre alimentación y nutrición.

1. Satisfacción de las autoridades sanitarias con la cooperación técnica de la OPS.

2. Se logran los objetivos establecidos en el BPB.

3. Se informatizan subsistemas como archivos, personal, adquisiciones y pagos por cheque.

1. Para fines de 1996 se habrán preparado y puesto en práctica manuales de escritorio, sistemas y procedimientos.

2. Durante 1996 y 1997 se prestará adiestramiento adicional en los sistemas FFMS y AMPES.

ObjetivosIndicadores

2. Aumentará el apoyo de las actividades técnicas.

1. Se logrará al menos el 80% de las actividades del APB.

2. Se obtendrán datos de calidad e información para la gestión en forma oportuna.

3. Se vigilarán las actividades del APB y el PTC a través de mecanismos ya existentes o recién establecidos.

3. Se producirán y utilizarán datos de gestión y se reunirá y difundirá la información técnica.

1. Se prepararán y utilizarán informes técnicos, se reorganizará el centro de documentación y se producirá un boletín informativo trimestral.

4. Se elaborarán las recomendaciones para el PWR entrante.

1. Para diciembre de 1996 se habrá reorganizado la disposición de la oficina y mejorado su ubicación.

2. Para marzo de 1996 se habrá reasignado el personal y sus responsabilidades según su potencial y conocimientos.

3. Para junio de 1996 se habrá instalado una red de computadoras y se habrá proporcionado el adiestramiento necesario.

4. Para marzo de 1996 se habrán adquirido muebles para la oficina.

5. Mejorarán el conocimiento y las aptitudes del personal de la Representación.

1. Para junio de 1996 se habrá adiestrado al personal en sus responsabilidades respectivas y en sus tareas administrativas.

2. Para marzo de 1996 se habrá contratado un secretario y demás personal necesario para la oficina (centro de documentación, mecanógrafo, etc).

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	680,900	48.5	595,400	44.8	647,000	44.9	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	607,400	43.2	511,900	38.5	552,300	38.4	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	607,400	43.2	511,900	38.5	552,300	38.4
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		47,200	3.4	53,100	4.0	59,600	4.1
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	47,200	3.4	53,100	4.0	59,600	4.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES		26,300	1.9	30,400	2.3	35,100	2.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	26,300	1.9	30,400	2.3	35,100	2.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	181,100	13.0	195,300	14.7	212,800	14.8	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		103,200	7.4	115,900	8.7	131,000	9.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	103,200	7.4	115,900	8.7	131,000	9.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD		77,900	5.6	79,400	6.0	81,800	5.7
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	77,900	5.6	79,400	6.0	81,800	5.7
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	55,800	4.0	63,100	4.7	71,100	4.9	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.		55,800	4.0	63,100	4.7	71,100	4.9
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	55,800	4.0	63,100	4.7	71,100	4.9
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	365,600	26.1	345,800	26.0	365,100	25.3	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		365,600	26.1	345,800	26.0	365,100	25.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	365,600	26.1	345,800	26.0	365,100	25.3

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	117,300	8.4	130,100	9.8	145,800	10.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	117,300	8.4	130,100	9.8	145,800	10.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	0.0	0	0.0	0	0.0
OCD	117,300	8.4	130,100	9.8	145,800	10.1
GRAN TOTAL	1,400,700	100.0	1,329,700	100.0	1,441,800	100.0

 PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	25,700	2.5	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	25,700	2.5	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	0	0.0	0	-	0	-
CPS	25,700	2.5	0	-	0	-
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	334,900	31.9	845,000	100.0	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	334,900	31.9	845,000	100.0	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	0	0.0	0	0.0	0	-
UAH	334,900	31.9	845,000	100.0	0	-
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	688,300	65.6	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	688,300	65.6	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA.	281,000	26.8	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	37,100	3.5	0	-	0	-
SIDA	351,100	33.5	0	-	0	-
LEPRA	19,100	1.8	0	-	0	-
VID	0	0.0	0	0.0	0	-
CDD	0	0.0	0	0.0	0	-
GPA	0	0.0	0	0.0	0	-
LEP	0	0.0	0	0.0	0	-
GRAN TOTAL	1,048,900	100.0	845,000	100.0	0	100.0

 ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	893,200	1	1	463,500	30,600	25,900	64,000	80,600	36,300	0	192,300
OMS - WR	507,500	1	0	295,500	33,300	18,400	28,000	41,000	72,300	0	19,000
TOTAL	1,400,700	2	1	759,000	63,900	44,300	92,000	121,600	108,600	0	211,300
% DEL TOTAL	100.0			54.0	4.6	3.2	6.6	8.7	7.8	.0	15.1
1996-1997											
OPS - PR	822,800	1	1	345,200	30,500	28,900	64,000	93,200	42,000	0	219,000
OMS - WR	506,900	1	0	266,800	33,700	21,300	28,000	47,400	83,600	0	26,100
TOTAL	1,329,700	2	1	612,000	64,200	50,200	92,000	140,600	125,600	0	245,100
% DEL TOTAL	100.0			46.1	4.8	3.8	6.9	10.6	9.4	.0	18.4
1998-1999											
OPS - PR	897,800	1	1	359,700	30,500	33,400	64,000	107,700	48,500	0	254,000
OMS - WR	544,000	1	0	276,200	33,700	24,600	28,000	54,700	96,700	0	30,100
TOTAL	1,441,800	2	1	635,900	64,200	58,000	92,000	162,400	145,200	0	284,100
% DEL TOTAL	100.0			44.0	4.5	4.0	6.4	11.3	10.1	.0	19.7

TRINIDAD Y TABAGO

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Según el censo de 1990 la población era de 1.234.388 habitantes. La tasa de crecimiento de la población disminuyó de 15,9% (de 1970 a 1980) a 14,3% (de 1980 a 1990), lo que indica una tendencia a la desaceleración. Esto se debió en parte a la disminución de la tasa de natalidad (de 27,6 en 1980 a 19,5 en 1990), combinada con una tasa bruta de mortalidad estable (6,9 en 1980 y 6,7 en 1990) así como una emigración sustancial entre 1984 y 1989.

2. A pesar de un cambio hacia una estructura etaria más de transición, cerca de 30% de la población sigue siendo menor de 15 años y el cambio será mínimo antes del año 2015. Entre 1990 y 2010, el crecimiento más significativo será en el grupo de 35 a 55 años de edad. Los mayores de 65 años constituyen el 5,6% de la población total y, si bien habrá poca variación en el cambio porcentual hacia 2015, el tamaño real de la población mayor de 65 años se duplicará para el año 2010. En consecuencia, la razón de dependencia de 60,9 disminuirá muy lentamente.

3. Dos grupos étnicos, originarios del Africa y del oriente de la India, en conjunto comprenden más del 75% de la población en proporciones casi iguales. Los datos preliminares de una encuesta realizada en 1994 (Encuesta Piloto sobre el Estado de Salud) indican un aumento marginal de la proporción de los originarios de la India oriental sobre los originarios del Africa, y un aumento más significativo de personas de grupos étnicos mestizos. También es notable la agrupación de grupos étnicos por ubicación geográfica con la tendencia de la población de origen indiooriental a predominar en localidades rurales y más orientadas a la agronomía. Los pobladores de Tabago son predominantemente de ascendencia africana (> 90%).

Indicadores del estado de salud

4. En Trinidad y Tabago la salud ha mostrado mejoras progresivas desde los años cuarenta. En 1991, la esperanza de vida al nacer ha aumentado a 71,6 años para los hombres y 72,8 años para las mujeres. Sin embargo, para la edad de 65 años la ganancia en el período 1950-1990 fue solo de tres años para uno y otro sexo.

5. Las disminuciones en las tasas de mortalidad han ocurrido principalmente en la población menor de 15 años y en particular en el grupo de menos de 5 años de edad (de 13,2 en 1960 a 2,8 en 1990). Ha habido poco cambio en la mortalidad entre las mujeres mayores de 15 años durante los últimos 10 años, pero entre los hombres han habido mejoras en los grupos de 45 y más años de edad (de 16,0 en 1960 a 10,4 en 1990). Casi el 50% de la población todavía muere antes de haber alcanzado la edad de 65 años y muchas de estas defunciones son evitables. Más de 50 de cada 100 defunciones se deben a enfermedades causadas por los modos de vida que las personas eligen; las causas principales de mortalidad, en orden descendente (1992), son las siguientes: las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares y los traumatismos.

6. Según se indica por medio de los años de vida productiva perdidos antes de la edad de 65 años, las causas más comunes en 1994 para los hombres fueron traumatismos y cardiopatías (11%), y para las mujeres, el cáncer (15%). Cabe destacar que actualmente el SIDA es la causa principal de muerte por enfermedades infecciosas.

7. Según la Oficina Estadística Central, la tasa de mortalidad infantil disminuyó singularmente a 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 1990. Sin embargo, dos encuestas han revelado que dicha tasa podría ser más elevada. La mortalidad perinatal en Trinidad y Tabago es alta (19,7 por 1.000 nacidos vivos y mortinatos). Las estadísticas desglosadas indican que puede haber diferencias entre las zonas rurales y urbanas del país. En 1992 las causas principales tenían que ver con el bajo peso al nacer, las malformaciones congénitas y las enfermedades prenatales de alto riesgo. Para el grupo de menos de 1 año de edad, las causas principales de morbilidad notificada por los centros de salud son las infecciones de las vías respiratorias y de la piel. La incidencia anual estimada de diarrea (episodios/año) ha mostrado poco cambio en los últimos tres años, yendo de 1,6 en 1992 a 1,5 en 1994.

8. La reducción de la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años en gran medida ha sido la causa de la mejor esperanza de vida. En 1990-1992, 27,3% de las defunciones entre los hombres y 21,7% entre las mujeres de este grupo de edad fueron causadas por traumatismos. Las enfermedades congénitas, las enfermedades infecciosas y el cáncer también son importantes. Los informes de morbilidad destacan las enfermedades de la piel y las respiratorias.

9. En 1992, los traumatismos causaron 39,5% de las defunciones entre los varones y 30,4% entre las mujeres en el grupo de 5 a 14 años de edad. Al igual que entre los niños más pequeños, los informes de morbilidad de los centros de salud del Ministerio indican que las causas fueron las infecciones respiratorias y las enfermedades de la piel.

10. Los traumatismos son la causa más importante de defunción entre los adultos jóvenes de 15 a 24 años (1992). En este grupo de edad dos tercios de las defunciones entre varones y un tercio de las defunciones entre mujeres se deben a traumatismos. El SIDA ahora está causando 6,8% de las defunciones entre varones. En las mujeres, el cáncer causa 10,8% de las defunciones. Se carece de informes de morbilidad para este grupo de edad. Están aumentando las enfermedades de transmisión sexual, y los estudios indican una alta prevalencia de factores de riesgo que más adelante podrían dar lugar a morbilidad debida a enfermedades crónicas. En el grupo de 25 a 34 años de edad, casi 41% (hombres) y 11,2% (mujeres) de las defunciones se debieron a traumatismos en 1992. El SIDA causa 21% de las defunciones entre los hombres y 10% entre las mujeres. El cáncer causa 14,1% de las defunciones entre las mujeres.

11. En 1992, los traumatismos siguieron siendo la causa principal de muerte en los varones adultos de 34 a 44 años (25,2%), pero le siguieron muy de cerca las enfermedades circulatorias (20,6%) y el cáncer (8,6%). En las mujeres, el cáncer (27,1%) y la diabetes (10%) son predominantes.

12. Para los adultos de más edad, de 45 a 64 años (1992), la cardiopatía domina el perfil de mortalidad tanto en los hombres (30%) como en las mujeres (26,7%). La diabetes figura en segundo lugar tanto para los hombres (15,9%) como para las mujeres (23,8%). El cáncer se clasifica en tercer lugar en los hombres (12,9%) y en las mujeres (20,1%). Si bien el accidente cerebrovascular se clasifica en cuarto lugar, las tasas son mayores en las mujeres (120,9 por 100.000) que en los hombres (106,6 por 100.000). Cabe observar que las tasas de traumatismos son tres veces mayores en los hombres.

13. Aunque los ancianos representan solo 6% de la población en la actualidad, esa proporción va en aumento. Se espera que su número se duplique para el año 2010. La exactitud de la certificación de la causa de muerte es menor en este grupo de edad. Las principales causas de muerte son las enfermedades circulatorias, la diabetes y el cáncer. (Cabe observar que muchas personas mueren de causas evitables, como la neumonía y la malnutrición.)

14. No se dispone de datos fidedignos sobre el estado de la salud bucodental. En general, los datos sobre morbilidad son inadecuados, excepto los que se reciben por conducto del sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles, los cuales indican que la gastroenteritis, la sarna y la gonorrea son las principales enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. El SIDA y la tuberculosis continúan preocupando debido a que la incidencia está en aumento. También está surgiendo la amenaza del dengue hemorrágico. Hasta la fecha, Trinidad y Tabago ha permanecido libre del cólera y no se ha notificado ningún caso endémico de malaria.

Factores que afectan el estado de salud

15. Los subgrupos socialmente desfavorecidos de la población pueden verse afectados por una mengua de su situación de salud, pero el sistema de información no puede detectar estos cambios porque hay poco desglose de datos por localidad o entre zonas urbanas y rurales. Mientras que 98% de la población cuenta con agua potable, una encuesta reciente sobre conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto al cólera, realizada en zonas de riesgo especialmente alto, reveló que más de 90% de los hogares que estaban conectados a tuberías de abastecimiento de agua también hallaban que era necesario almacenar agua en tanques, botellas y tambores, aumentando de ese modo el riesgo de exposición a enfermedades transmitidas por el agua y por vectores. El almacenamiento adecuado de dichas fuentes de agua constituye una inquietud.

16. Excepto en los acontecimientos no planificados, la recolección de los residuos sólidos ha sido adecuada por lo general. Cada vez más, sin embargo, la basura no se recoge debido a la acción industrial por parte de los recolectores. Pero es preciso prestar atención a los posibles efectos sobre la salud y el medio ambiente de los lugares de acumulación de desechos y de la falta de controles adecuados para la eliminación de los desechos peligrosos.

17. Los datos no son suficientes para cuantificar la magnitud de la contaminación del aire, el agua y el suelo de manera científica. No obstante, se tiene certeza de que la contaminación ambiental es generalizada sobre la base de varias evaluaciones rápidas y la infraestructura de la industria pesada, manufacturera y agrícola que existe, con poco control real de las descargas de contaminantes.

18. El principal proveedor de servicios de atención de salud es el gobierno, que gastó TT\$ 594 millones en 1992 (TT\$ 574 millones en gastos ordinarios más TT\$ 20 millones en desarrollo de capital). El gasto público anual promedio per cápita en salud ha descendido de alrededor de TT\$ 525 en el período 1981-1986 a TT\$ 280 en 1987-1992 (en dólares constantes de 1985), si bien ha aumentado la proporción relativa del gasto total del gobierno que le corresponde al sector sanitario, yendo de un promedio de 6,5% a 7,7% en este período. En 1993 y 1994, el gasto sanitario del gobierno aumentó considerablemente debido al incremento del gasto para el desarrollo de capital: la ejecución del programa de mejoramiento sectorial, el Hospital del Distrito Arima, la extensión del Hospital General San Fernando y el Programa de Reforma del Sector de la Salud realizado por el Gobierno de Trinidad y Tabago y el BID. Sin embargo, hay una disminución notable del gasto

ordinario real, que disminuyó a TT\$ 541 millones en 1993 y TT\$ 535 millones en 1994, mientras al mismo tiempo se registró un aumento de la tasa de inflación en 1992 a 11%, debido a la fluctuación del dólar de Trinidad y Tabago en abril de 1993.

19. Según estudios realizados por el gobierno y el BID, se calcula que aproximadamente otros TT\$ 550 millones se gastaron en salud en el sector privado, principalmente en el área de medicamentos y consultas con médicos. Hay poca reglamentación de parte de los establecimientos privados de salud, con excepción de los hospitales y las farmacias privadas, y no hay requisitos para la acreditación continua por parte de ningún establecimiento (incluidos hospitales, laboratorios) o médico.

20. Una investigación del sistema de registro de los nacimientos y las muertes en los hospitales ha revelado que existen anomalías en la clasificación y el carácter integral del registro, lo cual tiene repercusiones en la fiabilidad de los indicadores de la situación sanitaria. Aún más, el registro de las estadísticas vitales es lento, depende de registradores no adiestrados y los registros no se computadorizan. Es imperativo que se establezcan oficinas de registro en los hospitales principales, donde ocurren más de 90% de los nacimientos y la mayor parte de las defunciones. Esto reviste gran importancia para la notificación de la mortalidad infantil y la mejora de la disponibilidad general de los datos sobre mortalidad.

21. La distribución de los recursos humanos destinados a la salud entre hospitales y centros de atención primaria es motivo de inquietud. La situación de la enfermería en los hospitales ha mejorado, habiéndose graduado en 1993 el primer grupo de enfermeras desde 1989, pero debido a la larga trayectoria de la carrera de los servicios de la comunidad hay muchas vacantes entre los visitantes médicos y por lo general la escasez de la atención primaria es crítica. Además, muchos de los visitantes médicos tienen más de 45 años, así es que el plan de suministro de visitantes médicos y el adiestramiento para los mismos debe considerar la necesidad absoluta así como la pérdida debida a la jubilación, que ahora se calcula en cerca de 10% por año. La Facultad de Medicina tuvo su primer grupo de graduados en Medicina y Odontología en 1994 y, según proyecciones preliminares, habría una situación potencial de excedentes en estas dos esferas en el año 2000. La escasez en las profesiones paramédicas constituyen la preocupación principal, en particular dada la creciente incidencia de enfermedades crónicas y traumatismos.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

22. Salud en el desarrollo humano: Con la disminución de los recursos económicos en Trinidad y Tabago y las políticas concomitantes para abordar la carga negativa de la deuda mediante políticas de ajuste estructural, se ha vuelto cada vez más importante lograr que las políticas sean sensibles al alivio de la carga de la pobreza y aborden los temas de equidad. Dado lo limitado de los recursos en las instituciones, es necesario que el sector de la salud participe activamente en la formulación de planes para el alivio de la pobreza y la mejora de la equidad.

23. De acuerdo con su nueva función que surge de la descentralización, el Ministerio de Salud ha preparado un enunciado de misión para la nueva organización, el cual reza: "El Ministerio de Salud se dedica a promover el bienestar y velar por que los servicios de atención de salud de calidad estén al alcance de los habitantes de Trinidad y Tabago de manera asequible, sostenible y equitativa."

24. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: La historia del proceso de reforma del sector de la salud en Trinidad y Tabago comprende una serie de consultas que recomiendan la descentralización administrativa del Ministerio de Salud (MS), que se inició hace unos 38 años con el Informe de la Comisión Julien y culminó con las recomendaciones más recientes contenidas en el Plan de Descentralización de 1992 del MS. La fase del diseño del Programa de Reforma del Sector de la Salud, realizado por el gobierno y el BID, comenzó en enero de 1993.

25. El cambio estructural fundamental es la descentralización del Ministerio mediante la creación de nuevos organismos autónomos que funcionarán como los principales proveedores de los servicios de atención de salud. Estas Direcciones Sanitarias Regionales están siendo establecidas por un instrumento jurídico de la Ley de Direcciones Sanitarias Regionales de 1994, que ha sido aprobada por el Parlamento. Las operaciones de estas direcciones se iniciarán en forma escalonada desde el 1 de enero de 1995 y, según los planes, estarán en pleno funcionamiento para enero de 1996.

26. El marco de política nacional se elaborará sobre la base de los principios de la evaluación de las ganancias en salud y las necesidades de salud, y se negociarán los presupuestos de las Direcciones Sanitarias Regionales según las metas acordadas y las prioridades que se determinen mediante el examen de las necesidades de salud de la población local. Las direcciones tendrán a su cargo prestar servicios de salud en forma continua a una población definida dentro de las normas de la política nacional. Dichas direcciones serán los empleadores del personal y poseerán y administrarán los terrenos, los edificios y el equipo de la región. Funcionarán según convenios o contratos anuales de servicio negociados con el Ministerio.

27. El Ministerio se convertirá en el "comprador" de los servicios de atención de salud. Libre de las responsabilidades operativas, desarrollará sólida capacidad de planificación y formulación de políticas y logrará mejores resultados de salud a nivel nacional mediante una combinación de mecanismos que incluirán patrocinar y reglamentar el "entorno de calidad" dentro del cual tendrán que funcionar las direcciones y el sector privado.

28. Promoción y protección de la salud: Las principales causas de mortalidad y morbilidad en Trinidad y Tabago son prevenibles y son enfermedades relacionadas con el modo de vida, a saber, enfermedades crónicas, traumatismos y el SIDA. Para lograr cambios en el modo de vida y formular políticas destinadas a producir cambios de comportamiento se precisa una estrecha colaboración con varios organismos, en especial los de salud.

29. El desafío principal para la promoción de la salud es establecer mecanismos eficaces para la colaboración intersectorial de los sectores público y privado, las ONG y otros organismos que tienen repercusiones en la salud. La reforma del sector de la salud, unida a la descentralización de los servicios sociales, facilitará una planificación más eficaz con la iniciativa local de Gobierno en las Comunidades Sanas y la formulación de políticas públicas que favorecen la salud.

30. Será necesario abordar la preparación de modelos de atención con otros sectores, como el de los servicios sociales, con el fin de identificar las opciones más apropiadas para mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, los discapacitados y grupos especiales.

31. Los indicadores de la salud maternoinfantil han demostrado mejoras con el transcurso del tiempo en Trinidad y Tabago. El nuevo ímpetu de la descentralización del servicio de salud en esta esfera mejorará la calidad de la atención de la salud reproductiva y proporcionará servicios que estén orientados al consumidor. Para lograr esto, se necesitará cada vez más lograr que el personal de salud sea sensible a las necesidades de sus clientes y que se proporcionen servicios apropiados para aumentar la utilización eficaz de los servicios de salud reproductiva y del adolescente.

32. Desarrollo y protección ambiental: Si bien Trinidad y Tabago gozan de una cobertura relativamente alta de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, la ampliación de servicios no está manteniéndose al ritmo del crecimiento demográfico en las zonas rurales y periurbanas, y la calidad del agua potable se está deteriorando. Estas inquietudes tienen lugar contra el telón de fondo del proceso en curso de privatización de la Dirección de Agua y Alcantarillado. El tema clave pertinente a la gestión de esta entidad es la necesidad de aumentar la inversión en el sector mientras al mismo tiempo se mejora el desarrollo y la gestión de los proyectos.

33. Se han redactado leyes nacionales que, cuando sean sancionadas, crearán una Dirección de Ordenamiento del Medio Ambiente, controlarán las fuentes de contaminación y mejorarán el ordenamiento de los recursos naturales. En 1994, se formó un equipo nacional de estudio con el fin de elaborar un plan para la integración de la salud y el medio ambiente a la planificación nacional para el desarrollo sostenible. Este plan finalizará después de una consulta nacional, que tendrá lugar en abril de 1995, y se presentará en la Conferencia Panamericana sobre la Salud y el Medio Ambiente en el Desarrollo Sostenible, que tendrá lugar en Washington, D.C., en agosto de 1995. Lo que falta, sin embargo, es la existencia de un órgano oficial que se encargue de la coordinación entre los sectores de salud, medio ambiente y desarrollo. En forma paralela al proceso de integrar los sectores, el sector sanitario mismo está pasando por un proceso de reforma mediante el cual muchas funciones que actualmente están centralizadas, incluidas algunas de saneamiento ambiental, pasarán al nivel local.

34. En el pasado la ausencia de leyes y cumplimiento adecuados llevó a una contaminación industrial generalizada. Los desechos peligrosos, en particular el plomo, constituyen una preocupación específica ya que el país carece de una instalación de eliminación de desechos peligrosos y, en consecuencia, los desechos se eliminan en forma indiscriminada, lo cual a veces tiene como resultado que grupos vulnerables, en particular los pobres, se vean expuestos a sustancias tóxicas. También es motivo de inquietud este tipo de exposiciones en los lugares de trabajo, especialmente en la industria. Al respecto es necesario desarrollar la capacidad de evaluación de riesgos y de comunicación de riesgos.

35. Prevención y control de enfermedades: La causa principal de mortalidad y morbilidad en Trinidad y Tabago son las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Es preciso emprender más actividades en cuanto al desarrollo de modelos de atención de la salud para manejar poblaciones en riesgo y evaluar programas para determinar su eficacia. Durante el bienio 1996-1997, la atención se concentrará en mejorar los sistemas de información para la vigilancia de la repercusión de estos programas en la reducción de la morbilidad evitable debida a enfermedades no transmisibles.

36. Como resultado de la epidemia del cólera en América Latina, en el bienio 1994-1995 se llevaron a cabo actividades de adiestramiento y educación pública para la prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos. En el próximo

bienio, las actividades relacionadas con la inocuidad de los alimentos se concentrarán en mejorar la vigilancia epidemiológica. En lo que se refiere a las enfermedades transmitidas por vectores, igual énfasis se dará a la promoción de la participación comunitaria y a la mejora de la vigilancia epidemiológica. En la salud pública veterinaria, en el último bienio se dio énfasis a la mejora de los sistemas de vigilancia. Menos prioridad se asignó al adiestramiento de agricultores en la prevención de enfermedades, sin embargo, este aspecto se intensificará en el bienio 1996-1997.

37. Entre 1983 y diciembre de 1993 se notificaron a la Unidad Nacional de Vigilancia 1.470 casos de SIDA, habiendo aumentado las tasas de incidencia anuales de menos de 1 por 100.000 en 1983 a 21 por 100.000 en 1993. Las tasas de mortalidad aumentaron marcadamente, de menos de 1 por 100.000 en 1983 a aproximadamente 13 por 100.000 en 1993. Se ha informado un total de 947 defunciones.

38. A diciembre de 1993, 3.585 personas sometidas al examen de anticuerpos contra el VIH arrojaron resultados positivos, con tasas de seroprevalencia ascendentes, de 1,4 personas infectadas por 100.000 en 1984 a 53,4 en 1992. Las pruebas adicionales que respaldan esta tendencia indican un aumento de personas positivas al VIH entre las que acuden a consultorios prenatales. Las tasas de seropositividad se duplicaron de 0,28% en 1990-91 a 0,6% en 1992.

39. El modo principal de la transmisión en Trinidad y Tabago es el contacto sexual. El contacto heterosexual ahora está clasificado como el principal modo de transmisión; se informó que 46,9% de los casos notificados era debido a contacto heterosexual.

40. En 1990 el SIDA ocupaba el segundo lugar entre las causas de muerte en los hombres de 25 a 34 años de edad, y el quinto entre las mujeres en el mismo grupo de edad. El 70,2% de los casos era en el grupo de 20 a 40 años de edad. La revisión interna del Programa del SIDA indica que debe darse más énfasis a la educación pública y a la elaboración de mecanismos para aumentar la participación de las ONG y otros organismos en el programa del SIDA.

41. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud: El gobierno sigue comprometido con su política declarada de: 1) mejor disciplina fiscal, 2) confianza en el sector privado para la inversión incremental, 3) las exportaciones como importante fuente de crecimiento y empleo, y 4) el fortalecimiento de la red de seguridad social y la necesidad de mejores programas de educación, salud, vivienda, seguro de desempleo y jubilación.

42. Desde la fluctuación del dólar de Trinidad y Tabago en abril de 1993, la moneda ha permanecido bastante estable debido a que se ha ceñido a la disciplina fiscal en lo que se refiere a los gastos ordinarios. En 1993 se presentaron propuestas para la reforma de los ministerios de seguridad nacional, educación y salud. Se están preparando planes para las propuestas para el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Desarrollo de las Comunidades, y para la ejecución de proyectos de vivienda local y de la Dirección de Agua y Alcantarillado (WASA).

43. Los problemas de la WASA son de pertinencia específica al desarrollo de la salud nacional debido a que el estado de salud depende en forma crítica de un buen suministro de agua no contaminada. La presente situación es tal que si bien el nivel de la producción excede la demanda calculada, la escasez de agua es

generalizada —con el correspondiente aumento de la escasez de agua en la mayoría de las viviendas—, lo cual crea diferentes problemas de salud pública. La escasez se debe principalmente a las pérdidas en el sistema de distribución, que se calcula son de 50% de la producción. La mencionada dependencia calcula que se requieren TT\$ 300 millones para reparar y mejorar la infraestructura de distribución de agua, y el gobierno actualmente está negociando mecanismos para ello como una prioridad para 1995.

44. El principio básico de todas estas reformas lo constituyen las iniciativas para la reforma del sector público, que incluye la transformación y la reestructuración de los ministerios según líneas programáticas y la introducción de prácticas comerciales y de gestión en el interés de mejorar la prestación eficaz de servicios de alta calidad. Para el proceso de reforma general son decisivos los sistemas de recursos humanos y los temas conductuales que rodean el cambio; la Unidad de Reforma del Sector Público está abordando activamente estos temas.

45. Se considera que las iniciativas de reforma del Ministerio de Salud son relativamente avanzadas en lo que se refiere a los otros ministerios. En su mayor parte, esto se ha debido a la ejecución del Plan de Descentralización del MS de 1992, y el Programa de Reforma del Sector de la Salud realizado por el gobierno y el BID en enero de 1993. El cambio estructural más fundamental es la creación de nuevos organismos autónomos que funcionarán como los principales proveedores de servicios de atención de salud. Estas Direcciones Sanitarias Regionales están siendo establecidas mediante un instrumento jurídico, la Ley Regional de Direcciones Sanitarias de 1994, que se promulgó el 19 de diciembre de 1994. Las juntas de las cinco direcciones han sido nombradas y se cuenta con planes para el nombramiento de los directores generales y los directores ejecutivos para mediados de 1995. Las operaciones de las direcciones se iniciarán por etapas desde el 1 de enero de 1995, y según los planes estarán en pleno funcionamiento para enero de 1996.

46. El Ministerio se convertirá en el "comprador" de los servicios de atención de salud. Libre de las responsabilidades operativas, desarrollará sólida capacidad de planificación y formulación de políticas y logrará mejores resultados sanitarios a nivel nacional mediante una combinación de mecanismos que incluirán patrocinar y reglamentar el "entorno de calidad" dentro del cual tendrán que funcionar las direcciones y el sector privado. El Ministerio fijará las prioridades de salud de la nación sobre la base de la evaluación objetiva de las necesidades. Al influir en la prestación de la atención por parte de las Direcciones Sanitarias Regionales mediante contratos de servicio, el Ministerio reglamentará la oferta y la demanda para lograr servicios de alta calidad y buen precio en los sectores público y privado. Además, promoverá nuevas actividades nacionales de salud pública orientadas al logro de cambios conductuales en la población en general hacia modos de vida más sanos. Esto conllevará trabajar con otros ministerios en las áreas de gran inquietud para la salud, como la prevención de traumatismos.

47. De acuerdo con su nueva función, el Ministerio preparó un enunciado de misión para la nueva organización que declara: "El Ministerio de Salud se dedica a promover el bienestar y velar por que los servicios de atención de salud de calidad estén al alcance de los habitantes de Trinidad y Tabago de manera asequible, sostenible y equitativa."

48. Con el fin de apoyar las actividades requeridas para realizar esta estrategia de descentralización y reorganización administrativa, se ha preparado el Programa

de Reforma del Sector de la Salud 1995-1999, a partir del proyecto llevado a cabo por el gobierno y el BID en 1993-1994, que tiene como componentes principales: 1) La racionalización de los servicios públicos y privados de salud, incluidos: a) el fortalecimiento de la atención primaria con un sistema de equipos de atención de salud, policlínicas y programas de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, y b) la reducción de los hospitales de 13 a 7 y del número total de camas en 400; 2) La descentralización de la propiedad, el empleo y la administración de los servicios mediante el traspaso de todas las responsabilidades operativas a cinco organizaciones regionales bajo contrato con el Ministerio de Salud para proporcionar un equilibrio, que sea eficaz en función de los costos, de los servicios públicos y privados en los presupuestos globales.

49. La reforma del Ministerio de Salud para convertirlo en un órgano patrocinador y normativo dedicado a la promoción de los servicios (públicos y privados) basados en la evaluación de las necesidades de salud y el costo.

50. La realización de otros estudios prácticos sobre los méritos y la factibilidad de fijar tarifas que paguen los usuarios y un sistema nacional de seguro de salud, y llevar a cabo los pasos esenciales para poner en vigencia este último.

51. La preparación de nuevos sistemas de gestión a todos los niveles, incluidos adiestramiento en desarrollo gerencial y capacitación técnica para lograr las nuevas orientaciones y los servicios necesarios.

52. Los principales objetivos del Programa de Reforma del Sector de la Salud son fortalecer las políticas y la planificación del sector; velar por que el gasto público y privado del sector se destine ahora a servicios orientados a reducir los problemas de salud de alta prioridad, promover cambios del modo de vida y otras intervenciones sociales orientadas a reducir la morbilidad y la mortalidad prevenible; lograr un alto nivel de eficacia en función de los costos en los servicios públicos y privados; y desarrollar un alto nivel del conocimiento por parte del público de las relaciones entre el comportamiento, el pago por los servicios y la situación de salud. El mencionado programa se financiará mediante un préstamo para el sector de la salud para el período 1995-1999, otorgado por el BID, pero se reconoce que muchos de los cambios requeridos tendrán un plazo más largo para su ejecución y en general se empleó un horizonte de planificación de 10 años.

53. El programa se ha estructurado en dos fases: fase I (1995-1999) y fase II (2000-2004). Se emplearon criterios explícitos en la identificación de los componentes prioritarios para la fase I sobre la base de la contribución relativa que cada uno realiza a lo siguiente: i) el logro de reformas institucionales y estructurales —el MS, las Direcciones Sanitarias Regionales—, alternativas financieras; ii) el logro del cambio a la atención primaria, la asistencia ambulatoria y la atención de las comunidades: fortalecimiento de la infraestructura y los servicios clave de atención primaria; adiestramiento y transferencia del personal de hospitales a servicios de atención primaria; contención de gastos ordinarios; permitiendo la reducción de costos de los hospitales; mejoramiento de la calidad y la equidad, logro de un equilibrio apropiado de los servicios en todo momento y en todas las Direcciones Sanitarias Regionales.

54. En términos generales, la aplicación de estos criterios señalan las siguientes prioridades para la fase I (1995-1999): apoyo en materia de recursos humanos para ejecutar y desarrollar las nuevas estructuras institucionales; actividades de desarrollo en materia de gestión, y adiestramiento; apoyo técnico para implantar

nuevos sistemas operativos, como sistemas de información y desarrollo de la atención primaria (incluido el sector privado), la garantía de la calidad, auditoría médica y confección de protocolos clínicos; estudios específicos pequeños para facilitar la toma de decisiones en esferas clave, incluido el seguro nacional de salud; infraestructura de atención primaria, en particular las policlínicas fundamentales y los centros de salud asociados; servicios de atención de las comunidades para permitir el cierre de ciertos hospitales y lograr servicios apropiados; nuevos programas de control de las enfermedades crónicas; gastos en determinados hospitales con el fin de permitir el cierre de los hospitales más pequeños, aumentar los servicios ambulatorios y mantener el equilibrio regional en la capacidad, la calidad y la eficiencia de los servicios; servicio de ambulancia para facilitar el acceso a menos hospitales; actividades de comunicaciones que promuevan reformas y el uso eficaz de los servicios.

55. Áreas prioritarias nacionales para la cooperación técnica: En consecuencia, el Programa de Reforma del Sector de la Salud es, en efecto, el plan estratégico del nuevo Ministerio de Salud, y para apoyar su ejecución el Gobierno de Trinidad y Tabago buscará ayuda externa para las áreas descritas en la gráfica 1 sobre la base de las prioridades que se han acordado con el BID y de un análisis de sus propios recursos.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

56. En vista de que se planea la ejecución del Programa de Reforma del Sector de la Salud, que será financiado por un préstamo del BID, la colaboración e integración de actividades con dicho programa seguirá siendo en 1996-1997 un aspecto crucial de la estrategia de la OPS para la cooperación técnica. A medida que se realiza su reestructuración, el nuevo Ministerio queda dentro de un importante programa de cambio organizativo; 1996 y 1997 serán años importantes para desarrollar las nuevas aptitudes que necesita el MS para convertirse en un "comprador" informado y para el fortalecimiento de la capacidad de las Direcciones Sanitarias Regionales como proveedoras de servicios. En su mayor parte, las actividades del programa de cooperación técnica de la OPS se realizarán de manera conjunta con los recursos del Programa de Reforma del Sector de la Salud, con el fin de labrar la fructífera ejecución de ambos programas. El adiestramiento será un componente importante del enfoque para apoyar la implantación de las nuevas estructuras y llevar a cabo el programa de racionalización del cual depende la contención de los costos de la asistencia sanitaria. La movilización de recursos será importante para crear apoyo a muchas de las iniciativas de reforma, incluidas la promoción y protección de la salud, y estará estrechamente vinculada con la difusión de información. La elaboración de planes y políticas para que el nuevo Ministerio guíe la asignación de recursos hacia adelantos sanitarios será una piedra fundamental de importancia decisiva para el futuro. En todas las áreas programáticas anteriores se prestará atención específica a la promoción de la cooperación técnica entre países y se identificarán los recursos apropiados para permitir que Trinidad y Tabago participen plenamente en la iniciativa subregional de salud.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Promoción de la salud mediante la educación sanitaria y la participación comunitaria dirigida a la modificación de modos de vida y la detección temprana de las enfermedades que afectan a la situación sanitaria y representan las causas principales de mortalidad y morbilidad.

2. Fortalecimiento de la capacidad para el análisis epidemiológico y la investigación de servicios de salud, con miras a mejorar la asignación de recursos para el logro de beneficios de salud.

3. Apoyo al perfeccionamiento de recursos humanos dirigido a la elaboración de políticas y procedimientos para llevar a cabo las nuevas estructuras institucionales en el Ministerio de Salud y las Direcciones Sanitarias Regionales, el desarrollo de gestión, apoyando el cambio a la atención primaria y ambulatoria.

4. Apoyo al desarrollo y la ejecución de los sistemas de manejo a niveles central y regional que incluyen aspectos financieros, información, recursos humanos, garantía de la calidad y acreditación.

5. Apoyo a la ejecución del Plan Nacional de Servicios de Salud que incluye: fortalecimiento del sistema de referencia dentro de la atención primaria y entre los servicios primarios y hospitalarios, y fortalecimiento de los servicios de apoyo, incluidos los de diagnóstico y farmacia.

6. Apoyo al desarrollo de un programa integrado para la prevención y el control de enfermedades que tiene por objetivo el control de las enfermedades transmisibles, como las transmitidas por vectores.

7. Apoyo al desarrollo del programa de enfermedades no transmisibles. Sí).

8. Apoyo al desarrollo del PAI.

9. Apoyo a la ejecución del segundo Plan a Mediano Plazo para la Prevención y el Control del VIH, prestando especial atención a la gestión de programas, la integración con el programa de control de las ETS y el enfoque de comportamiento.

10. Apoyo a las actividades orientadas a hacer llegar los servicios de agua y saneamiento a grupos vulnerables, abordando los problemas asociados con suministros intermitentes de agua, eliminación inadecuada de aguas residuales y alivio de la contaminación del aire, el agua y el suelo en zonas críticas.

11. Apoyo al desarrollo de organismos del sector de la salud y otras entidades intersectoriales afines para evaluar y controlar los riesgos de higiene del medio.

12. Desarrollo de la capacidad del Ministerio de Salud, haciendo hincapié en la salud pública veterinaria, la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos, y el control y la protección alimentaria.

13. Apoyo a la mejora de la higiene reproductiva, la salud de los adolescentes y los niños.

14. Fortalecimiento de programas de salud en cuanto se relacionan con la salud de las mujeres, que incluirá: el análisis de temas relacionados con las diferencias por razón de sexo en la salud y la relación entre la salud de las mujeres y el desarrollo; la ejecución de los programas estará destinada a mejorar la salud y la educación de las mujeres.

15. Identificación y movilización de recursos gubernamentales y no gubernamentales a niveles nacional e internacional para ayudar en la prestación de servicios de salud de calidad y el uso más eficaz de los recursos.

Objetivos

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: POLITICA PUBLICA Y SALUD

PROPOSITO

Fortalecer la capacidad del sector público, las ONG y otros organismos de incorporar los elementos para mejorar la salud y abordar los temas de diferencia de trato por razón de sexo y equidad en sus planes y políticas de desarrollo social.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán elaborado planes y políticas de salud a los niveles nacional y regional para abordar la repercusión de la asignación de recursos en la salud con referencia específica a los temas de equidad.

2. Aumento de la conciencia de la interacción entre las diferencias por razón de sexo, la salud y el desarrollo.

3. Se habrán creado mecanismos para facilitar la colaboración intersectorial en el desarrollo de planes y programas.

PROYECTO 2: APOYO AL DESARROLLO, GESTION Y COORDINACION DE LOS PROGRAMAS DE PAIS

PROPOSITO

La eficacia y la eficiencia de la Representación habrán mejorado como resultado de la realización del programa de cooperación técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán fortalecido el desarrollo, la gestión y la coordinación de los proyectos.

1. Para fines de 1997, se habrá logrado un aumento de al menos 20% del número de las políticas, elaboradas por el sector de la salud y otros sectores, que aborden temas de trato debido a la condición de varón o mujer y de equidad.

1. Para fines de 1997, 50% del personal encargado de la formulación de políticas a niveles nacional y regional se habrá sensibilizado en cuanto a la repercusión de la asignación de recursos para hacer frente a la cuestión de la equidad en materia de salud.

2. Para fines de 1997, se habrán creado al menos dos programas entre el sector de la salud y otros sectores para reducir la repercusión de la pobreza en la salud.

1. Para 1997 se habrá logrado un aumento de al menos 10% de desglose por edad y sexo en la información que se notifica normalmente.

2. Para fines de 1997 al menos 20% del personal del sector de la salud habrá participado en talleres de sensibilización en cuanto a la diferencia de trato por razón de sexo.

3. Para fines de 1997, al menos 25% de los organismos de salud y otros habrán recibido información regular sobre temas de diferencias de trato por razón de sexo.

1. Para 1997, habrán aumentado al menos 20% las políticas y programas intersectoriales para reducir la repercusión de la pobreza en la salud.

1. Para fines de 1997 se habrá logrado un marcado aumento de la ejecución programática de todos los proyectos del programa de cooperación técnica.

1. Para fines de 1997, el 100 por ciento del personal seleccionado se habrá adiestrado en: desarrollo, gestión y evaluación de proyectos; comunicaciones por los medios de difusión; aplicaciones de computación.

2. Para fines de 1996 se habrán examinado y revisado los procedimientos para la ejecución de las actividades programadas para responder a las necesidades del Ministerio de Salud descentralizado y las Direcciones Sanitarias Regionales.

Objetivos

2. Se habrán realizado la iniciativa, las metas y los objetivos de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC).

PROYECTO 3: EVALUACION DE LA SITUACION SANITARIA Y DE SUS TENDENCIAS**PROPOSITO**

El objetivo de este proyecto es fortalecer la capacidad de análisis epidemiológico en un sistema descentralizado.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá establecido la metodología para vincular los datos epidemiológicos nacionales a la asignación de recursos.

2. El sistema de información en salud estará en funcionamiento dentro del sistema de planificación de la salud a niveles nacional y regional.

3. El personal de salud y de gestión estará adiestrado en los conceptos de evaluación de las necesidades de salud y en contratación para obtener beneficios de salud.

Indicadores

3. Para fines de 1996 habrán mejorado los sistemas de información en la Representación y 70% del personal habrá recibido adiestramiento en el uso de los mismos.

1. Para fines de 1997 al menos un proyecto de la iniciativa de CSC se habrá formulado y finalizado.

2. Para fines de 1996 se habrá actualizado la lista de direcciones de la iniciativa de CSC y las actualizaciones se habrán distribuido a la población en general.

3. Para fines de 1996 se habrá registrado un notable aumento de nuevos elementos sobre los temas de salud.

1. Para fines de 1996 al menos dos Direcciones Sanitarias Regionales estarán empleando datos comunes para la planificación.

1. Para fines de 1997 al menos 70% del personal de planificación se habrá adiestrado en el uso de la metodología.

2. Para fines de 1996 se habrá elaborado la metodología y estará en funcionamiento para fines de 1997.

1. Para 1997 al menos dos metas en cuanto a la situación de la salud se habrán incluido en los convenios anuales de servicio.

2. Para fines de 1997 se habrán establecido bases de datos integradas a niveles nacional y regional.

1. Para 1996 se habrán realizado al menos cinco talleres regionales para sensibilizar a la administración en cuanto a los conceptos de prioridades de la salud e intervenciones eficaces en función de los costos.

2. Al menos 60% del personal de salud estará actualizado en evaluación de las necesidades de salud.

Objetivos

PROYECTO 4: DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

PROPOSITO

El objetivo de este proyecto es fortalecer la capacidad de gestión y técnica del Ministerio de Salud, las Direcciones Sanitarias Regionales y otras instituciones que ejercen repercusión en el sector para apoyar el logro de los objetivos del Programa de Reforma del Sector de la Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá proporcionado desarrollo gerencial para el nuevo Ministerio de Salud en las áreas clave de financiamiento de la atención de salud, mercadeo social, economía de la salud, promoción de la salud.
2. Se habrán creado e implantado los sistemas de garantía de la calidad.
3. Se habrán elaborado la política y los protocolos nacionales para salud bucodental, radioterapia y servicios de laboratorio clínico.
4. Se habrá simplificado el sistema nacional de suministro de medicamentos.
5. Se habrá apoyado el adiestramiento técnico en áreas clave de la atención primaria y los servicios ambulatorios.
6. Se habrá elaborado una política sobre la oferta de recursos humanos en salud, en forma conjunta entre la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) y el NIHERST.

Indicadores

1. Para mediados de 1997 se habrán realizado al menos dos talleres sobre gestión para el personal superior de gestión y técnico en la sede del Ministerio de Salud y en las Direcciones Sanitarias Regionales.

1. Para 1997 al menos 70% del personal de gestión del Ministerio de Salud habrá concluido el nuevo programa de desarrollo gerencial.

1. Para 1996 al menos dos Direcciones Sanitarias Regionales tendrán en funcionamiento sistemas de garantía de la calidad, y para fines de 1997 al menos tres Direcciones Sanitarias Regionales los tendrán.

1. Para fines de 1996 se habrán elaborado la política y los protocolos nacionales para la radioterapia en EWMSC y estarán en uso para mediados de 1997.

2. Para fines de 1996 se habrán elaborado la política y los protocolos de laboratorio clínico y estarán en funcionamiento en al menos tres hospitales para fines de 1997.

3. Para 1997 se habrán elaborado la estrategia y los planes de acción de salud bucodental.

1. Para mediados de 1997 se habrá proporcionado apoyo continuo para mejorar el uso racional de los medicamentos.

1. Para fines de 1997 al menos el 80% del personal de atención primaria habrá participado en programas trimestrales de capacitación técnica.

2. Para fines de 1997 se habrá proporcionado capacitación en técnicas quirúrgicas ambulatorias para al menos dos hospitales.

1. Para mediados de 1997 se habrá elaborado la política y se la habrá presentado al MS y al Ministerio de Educación.

2. Para fines de 1997 se habrá establecido el programa de posgrado en Medicina Familiar.

3. Para fines de 1996 se habrá elaborado el plan de recursos humanos para ciertos servicios de apoyo.

Objetivos

7. Los programas de preparativos para casos de desastre se habrán establecido en las Direcciones Sanitarias Regionales.

PROYECTO 5: PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD**PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad de los sectores de salud y otros sectores de formular y evaluar planes y programas sectoriales e intersectoriales para el desarrollo de comunidades sanas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán elaborado mecanismos institucionales que promuevan el desarrollo de intervenciones estratégicas para crear comunidades sanas.

2. Se habrá fortalecido la capacidad de las Direcciones Sanitarias Regionales para guiar los procesos intersectoriales.

3. Se habrá elaborado la estrategia de información en promoción de la salud para el personal del sector público así como grupos de la comunidad.

Indicadores

1. Para fines de 1997 se habrán llevado a cabo el cien por ciento (100%) de los planes de preparativos para casos de desastre en cinco (5) Direcciones Sanitarias Regionales.

1. Para 1997 habrá habido un aumento de al menos 15% en el desarrollo de una política pública favorable a la salud.

1. Para 1997 al menos 60% de las Direcciones Sanitarias Regionales habrán informado a las autoridades nacionales sobre el logro de las metas.

2. Para 1997 al menos 60% de las Direcciones Sanitarias Regionales tendrán planes intersectoriales para abordar los temas prioritarios.

3. Para 1997 se habrán implantado sistemas de información para la vigilancia del logro de las metas en al menos 60% de las Direcciones Sanitarias Regionales.

1. Para 1997 se habrá adiestrado al menos al 40% del personal de salud del sector público y de la comunidad en aptitudes de promoción de la salud.

2. Para 1997 al menos 60% de las Direcciones Sanitarias Regionales estarán utilizando las estrategias de promoción de la salud en la planificación y ejecución de programas.

3. Para 1997 al menos el 60% de Direcciones Sanitarias Regionales tendrán planes intersectoriales para abordar los temas prioritarios.

4. Para 1997 habrá un aumento de al menos 20% de ONG que funcionan en colaboración con el sector público en las iniciativas de promoción de la salud.

1. Para 1997 al menos el 20% del personal del sector sanitario y los grupos de la comunidad habrán recibido información actualizada sobre temas de promoción de la salud.

2. Para 1997 habrán aumentado en 15% las ONG y otros organismos conscientes del logro de las metas nacionales de promoción de la salud.

3. Para 1997 habrán aumentado en 30% las ONG y otros organismos que participan activamente en los seminarios sobre promoción de la salud.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 6: TEMAS DE SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y POBLACION

PROPOSITO

Se habrá fortalecido la capacidad del sector de la salud de prestar servicios de calidad en salud reproductiva.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrá mejorado la calidad de los servicios de salud reproductiva.

2. Estarán en funcionamiento mecanismos eficaces para la vigilancia y evaluación de las políticas en relación con la salud de niños y adolescentes y la salud reproductiva.

PROYECTO 7: ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION E INMUNIZACION

PROPOSITO

Fortalecer la capacidad del sector de la salud de reducir la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación en Trinidad y Tabago.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá fortalecido el programa para el control de enfermedades prevenibles por vacunación.

1. Para 1997 se habrá evaluado al menos 30% de los programas existentes de salud reproductiva, según indicadores definidos de calidad.

1. Para 1997 al menos el 30% de las Direcciones Sanitarias Regionales estarán empleando indicadores definidos para la vigilancia de la calidad de la atención de salud reproductiva.

2. Para 1997 se habrá adiestrado a 40% del personal de cada Dirección Sanitaria Regional en aptitudes para evaluar la calidad de los servicios.

3. Para 1997 el 30% del personal técnico y administrativo habrá estado expuesto a información sobre tecnologías pertinentes.

1. Para 1997 habrá un aumento de 10% del número de grupos de garantía de la calidad establecidos para vigilar los programas sobre salud reproductiva.

2. Para 1997, el 40% del personal técnico y administrativo estará adiestrado en el uso de sistemas de información para vigilar y evaluar la calidad de la salud reproductiva.

3. Para 1997 se habrá evaluado al menos 20% de las políticas existentes en relación con la salud de niños y adolescentes.

1. Para 1997 se habrá alcanzado una reducción de 5% de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

1. Para 1997 habrá aumentado en un 10% la vacunación contra enfermedades prevenibles.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 8: EVALUACION Y MANEJO DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE****PROPOSITO**

Desarrollar la capacidad institucional de evaluar y controlar los riesgos de salud relacionados con los peligros ambientales.

2. Se habrá establecido la Comisión Nacional de Salud, Medio Ambiente y Desarrollo para promover la colaboración intersectorial.

3. Se habrán preparado planes para el fortalecimiento institucional de los servicios de higiene del medio en las Direcciones Sanitarias Regionales, para apoyar la reforma del sector de la salud al nivel local.

4. Se habrá fortalecido la capacidad del sector de la salud para evaluar y controlar los desechos peligrosos.

5. Se habrá establecido un programa nacional de participación comunitaria en agua y saneamiento.

PROYECTO 9: INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS**PROPOSITO**

Desarrollar la capacidad del Ministerio de Salud en prevención y control de enfermedades transmitidas por los alimentos.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido la Comisión Nacional de Salud, Medio Ambiente y Desarrollo.

2. Para fines de 1997 estarán en funcionamiento programas de servicios de higiene del medio en cinco Direcciones Sanitarias Regionales.

3. Para fines de 1997 se habrá establecido un programa nacional de manejo de desechos peligrosos.

1. Para fines de 1996 se habrá presentado al Ministerio de Salud un plan para el establecimiento de la Comisión.

2. Para fines de 1997 se habrá celebrado la primera reunión de la Comisión.

1. Para fines de 1996 se habrá llevado a cabo la evaluación de los servicios de higiene del medio en las cinco Direcciones Sanitarias Regionales.

2. Para fines de 1997 se habrán realizado planes para el fortalecimiento institucional de los servicios de higiene del medio en las cinco Direcciones Sanitarias Regionales.

1. Para fines de 1996 al menos 24 miembros del personal del sector de la salud habrán recibido adiestramiento en un cursillo sobre evaluación de riesgos y 24 miembros en un taller sobre comunicación de riesgos.

2. Para fines de 1997 se habrán elaborado planes para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades ocupacionales.

3. Para fines de 1997 se habrá preparado un plan nacional de manejo de desechos peligrosos.

1. Para fines de 1996 se habrá presentado a las autoridades nacionales un plan para un programa de participación comunitaria nacional.

2. Para fines de 1997 se habrá realizado al menos un proyecto piloto de participación comunitaria.

1. Para fines de 1997 el sistema de vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos estará en conformidad con las normas internacionales.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán fortalecido los programas para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

PROYECTO 10: PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL SIDA

PROPOSITO

Aumentar la capacidad del sector de la salud para vigilar las actividades intersectoriales y llevar a cabo programas para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán creado mecanismos para promover vínculos entre los organismos de salud dedicados a la prevención del SIDA.

2. Se habrán fortalecido las capacidades de difusión de información del Programa Nacional contra el SIDA.

3. Se habrá mejorado la capacidad de diagnóstico del Laboratorio de Salud Pública de Trinidad.

PROYECTO 11: MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

PROPOSITO

Respaldar el desarrollo de sistemas de información para detectar cambios en los patrones de las enfermedades transmitidas por vectores.

Indicadores

1. Para 1997 el sistema GUIVETA estará en funcionamiento a nivel nacional.

1. Para 1997 habrá una reducción de al menos 2% de los casos notificados de ETS y de SIDA.

1. Para 1997 habrá habido un aumento de 10% del número de proyectos planificados y ejecutados conjuntamente entre el sector público y las ONG.

2. Para 1997 habrá habido un aumento de al menos 25% de participación activa de los organismos ajenos al sector de la salud en el Comité Nacional contra el SIDA y su subcomité.

1. Para 1997 habrá habido un aumento de 50% del número de organismos ajenos al sector de la salud incluidos en la lista de distribución de los informes de actividad y epidemiológicos del Programa Nacional contra el SIDA.

2. Para fines de 1997 habrá habido un aumento de al menos 20% del número de educadores sobre SIDA previamente adiestrados que participen activamente en las actividades de educación de Programa Nacional contra el SIDA.

3. Para 1997 habrá habido un aumento de 20% del personal del sector de la salud expuesto a información sobre el tratamiento clínico de las ETS y el SIDA.

4. Para 1997 se habrán implantado al menos 50% de las recomendaciones de la estrategia revisada de educación sobre el SIDA.

1. Para 1997 se habrá respondido en forma oportuna al 99% de las solicitudes de diagnóstico de laboratorio.

1. Para fines de 1997 se habrá establecido el sistema de información de lucha antivectorial.

ObjetivosIndicadores**RESULTADOS ESPERADOS**

1. Se habrán fortalecido los programas para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores.

1. Para 1997 estará en funcionamiento un sistema de manejo de datos para la lucha antivectorial.

PROYECTO 12: TUBERCULOSIS**PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad del sector de la salud para prevenir y controlar la tuberculosis en Trinidad y Tabago.

1. Para 1997, se habrá logrado una reducción de 10% de la transmisión de la tuberculosis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El sistema de información nacional sobre control de la tuberculosis estará en funcionamiento.

1. Para 1997 se habrá logrado una mejora de al menos 50% en la detección, notificación y seguimiento de los casos de tuberculosis.

PROYECTO 13: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad del sector de la salud y otros sectores para la prevención y el control de enfermedades.

1. Para 1997 se habrá logrado una reducción de al menos 5% de la incidencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán implantado las estrategias para la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles empleando un enfoque intersectorial.

1. Para 1997 se habrá logrado un aumento de 15% de los programas orientados a la reducción del riesgo de las enfermedades no transmisibles a niveles nacional y regional.

2. Para 1997 se habrá logrado aumentar en 20% el personal de atención primaria de salud adiestrado en el uso de métodos evaluativos para determinar la repercusión de los programas de intervención dirigidos a reducir las enfermedades no transmisibles.

PROYECTO 14: ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO**PROPOSITO**

Promover mayor inversión en el sector de agua y saneamiento y apoyar directamente la mejora de la calidad del agua potable y la participación comunitaria en el sector.

1. Para fines de 1997 habrá aumentado en 25% la inversión en el sector de agua.
2. Para fines de 1997 se habrá logrado la desinfección universal del agua potable.
3. Para fines de 1997 se habrá logrado aumentar en 10% el número de proyectos de participación comunitaria en el sector de agua/saneamiento.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrán elaborado un análisis sectorial y un plan de inversión nacional en el sector de agua para promover mayor inversión en el sector.
2. Se habrá establecido el plan de mejoramiento de la calidad del agua potable.
3. Se habrá establecido un programa nacional de participación comunitaria en el sector de agua y saneamiento.

Indicadores

1. Para mediados de 1996 se habrá llevado a cabo un análisis sectorial en el sector del agua.
2. Para fines de 1996 se habrá llevado a cabo un plan nacional de inversión en el sector.
 1. Para fines de 1996 se habrán evaluado los programas de vigilancia y control de la calidad del agua potable.
 2. Para fines de 1997 se habrá preparado un plan de mejoramiento de la calidad del agua potable.
1. Para fines de 1996 se habrá presentado a las autoridades nacionales un plan para un programa nacional de participación comunitaria.
 2. Para fines de 1997 se habrá llevado a cabo al menos un proyecto piloto de participación comunitaria.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	919,600	44.2	980,000	43.8	1,095,000	44.5
POLITICA PUBLICA Y SALUD	48,800	2.3	55,100	2.5	62,400	2.5
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	48,800	2.3	55,100	2.5	62,400	2.5
WHD						
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	753,300	36.3	791,400	35.3	880,600	35.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	753,300	36.3	791,400	35.3	880,600	35.8
CPS						
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	50,100	2.4	55,600	2.5	62,000	2.5
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	50,100	2.4	55,600	2.5	62,000	2.5
HST						
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	67,400	3.2	77,900	3.5	90,000	3.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	67,400	3.2	77,900	3.5	90,000	3.7
TCC						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	746,800	35.9	800,000	35.7	851,800	34.7
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	746,800	35.9	800,000	35.7	851,800	34.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	746,800	35.9	800,000	35.7	851,800	34.7
UAH						
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	27,000	1.3	29,900	1.3	33,300	1.4
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	27,000	1.3	29,900	1.3	33,300	1.4
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	27,000	1.3	29,900	1.3	33,300	1.4
FOS						
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	314,000	15.1	347,100	15.5	380,900	15.5
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	314,000	15.1	347,100	15.5	380,900	15.5
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	255,900	12.3	281,300	12.6	306,000	12.5
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	58,100	2.8	65,800	2.9	74,900	3.0
CWS ERA						

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	73,000	3.5	83,500	3.7	95,800	3.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	73,000	3.5	83,500	3.7	95,800	3.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	MCD 73,000	3.5	83,500	3.7	95,800	3.9
GRAN TOTAL	2,080,400	100.0	2,240,500	100.0	2,456,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	11,900	3.3	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	11,900	3.3	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	11,900	3.3	0	-	0
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	3,200	.9	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	3,200	.9	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	WCH	3,200	.9	0	-	0
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	6,800	1.9	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	6,800	1.9	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	6,800	1.9	0	-	0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	340,800	93.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	340,800	93.9	0	-	0	-
SIDA	GPA	340,800	93.9	0	-	0
GRAN TOTAL		362,700	100.0	0	100.0	0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	547,000	1	0	242,500	33,200	32,900	0	51,300	40,500	0	146,600
OMS - WR	1,533,400	3	5	864,200	68,100	13,100	176,000	85,900	70,700	0	255,400
TOTAL	2,080,400	4	5	1,106,700	101,300	46,000	176,000	137,200	111,200	0	402,000
% DEL TOTAL	100.0			53.2	4.9	2.2	8.5	6.6	5.3	.0	19.3
1996-1997											
OPS - PR	801,800	2	0	464,800	21,000	38,400	0	41,800	33,400	0	202,400
OMS - WR	1,438,700	2	5	667,700	43,000	18,400	200,000	137,300	82,100	0	290,200
TOTAL	2,240,500	4	5	1,132,500	64,000	56,800	200,000	179,100	115,500	0	492,600
% DEL TOTAL	100.0			50.5	2.9	2.5	8.9	8.0	5.2	.0	22.0
1998-1999											
OPS - PR	878,800	2	0	492,400	21,000	44,400	0	48,400	38,800	0	233,800
OMS - WR	1,578,000	2	5	724,500	43,000	21,400	200,000	158,900	94,800	0	335,400
TOTAL	2,456,800	4	5	1,216,900	64,000	65,800	200,000	207,300	133,600	0	569,200
% DEL TOTAL	100.0			49.6	2.6	2.7	8.1	8.4	5.4	.0	23.2

ISLAS TURCAS Y CAICOS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. Para el momento del censo de 1990 se encontraban en las Islas Turcas y Caicos 12.350 personas, de las cuales 11.465 eran residentes y el resto eran visitantes. De esas personas, 7.901, es decir el 69% se clasificó como "naturales". La población está compuesta de personas de las Islas Turcas y Caicos, de ciudadanos de Haití, de la República Dominicana, de Jamaica, de los estados del Caribe oriental, del Reino Unido y de los Estados Unidos de América. La distribución de la población por grupos de edad es la siguiente: de menos de 5 años, 17,7%; de 5 a 16 años, 31,25. Se ha registrado una importante corriente migratoria de trabajadores procedentes de Haití y la República Dominicana. Desde que se levantó el censo ha ocurrido un cambio definitivo de la población que se desplazó de las islas periféricas a las dos islas principales, Gran Turca y Providenciales, aumentando la población de esta última a una tasa más acelerada.

Indicadores de estado de salud

2. La tasa de natalidad bruta para 1992 fue de 21,0 por 1000 habitantes y la de mortalidad bruta fue de 3,6. La tasa de mortalidad infantil para 1991 fue de 11,69 por 1000 nacidos vivos. No han ocurrido casos de mortalidad materna desde 1984. La causa principal de defunción entre 1990-1992 fue la insuficiencia cardíaca, pero otras causas importantes de defunción fueron las afecciones originadas en el período perinatal, la neumonía, el SIDA y los accidentes. Las causas principales de morbilidad son los trastornos cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes mellitus. Desde 1986, se ha observado una disminución en la tasa de enfermedades de transmisión sexual, específicamente de la gonorrea y la sífilis. Sin embargo, hasta septiembre de 1993 se habían notificado 39 casos de SIDA y de ellos, 30 han muerto.

Factores que afectan el estado de salud

3. Las Islas Turcas y Caicos comprenden un gran número de cayos deshabitados y ocho islas, de las cuales seis están pobladas. Las Islas Turcas y Caicos constituyen el territorio dependiente de la Corona británica más grande del Caribe. Abarca una masa territorial de 193 millas cuadradas distribuidas en un área de aproximadamente 200 millas cuadradas; en consecuencia, la cobertura de los servicios a una población dispersa entre varias islas es una tarea difícil para el sistema de salud pública. La base de la economía es el turismo. La mayoría de las personas está empleada en la industria, los servicios gubernamentales, la pesca y un sector financiero que es pequeño, pero en expansión. El sector turístico en expansión ha creado la consiguiente demanda en el suministro del agua y en los servicios de eliminación de aguas servidas. Además, la presión creciente para el desarrollo en la zona costera ha surgido como la constante más crítica para la salud del medio ambiente en las Islas Turcas y Caicos.

4. Los servicios de salud del territorio están subordinados a la oficina del Secretario Permanente de Servicios de Salud, quien a su vez rinde cuentas al Ministro de Salud y Servicios Sociales. Los servicios se prestan en las esferas de medicina, odontología, salud ambiental y bienestar social. El Médico Jefe, que rinde cuentas al Secretario Permanente, es responsable del Departamento de

Medicina, cuyo núcleo es el Hospital (36 camas), que es también la sede administrativa situada en la isla Gran Turca. El total de dispensarios en las islas es de 10, que son atendidos por una enfermera graduada, una enfermera/partera y una enfermera de salud pública, y reciben la visita regular de un médico, excepto en el caso de Providenciales y las islas Caicos meridionales donde hay médicos residentes, además del personal de enfermería. Los Servicios de Salud Dental están a cargo del Jefe de Atención Dental y tres enfermeras del dispensario más importante de Gran Turca que viajan con frecuencia a las islas periféricas para prestar sus servicios en los dispensarios de esas islas. En materia de salud ambiental, además del Jefe, que es el responsable del Departamento, trabajan en la sede de Gran Turca, tres especialistas en salud ambiental que a su vez se apoyan en otros funcionarios de salud ambiental ubicados en las islas periféricas.

5. Debido a los problemas económicos y políticos que asolan a Haití, un número considerable de ciudadanos de ese país ha emigrado a las Islas Turcas y Caicos lo que sobrecarga, los servicios de salud.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud

6. En este momento el Ministerio de Salud y Servicios Sociales está tomando parte en un Proyecto de Ajuste del Sector de la Salud, destinado a mejorar los servicios de salud en cuatro de los territorios dependientes de la Corona Británica en el Caribe. El proyecto es financiado por el Gobierno Británico. Al finalizar este proyecto, se ha previsto modificar la estructura de gestión, lo cual permitirá separar las funciones de gestión de los servicios y las responsabilidades técnicas del hospital. De igual manera, se ha previsto preparar un Plan Nacional para el Sector de la Salud con miras a definir con mayor claridad cuáles deben ser las prioridades nacionales. Tres de las áreas prioritarias del Proyecto de Ajuste son el desarrollo de un sistema integrado de información, un plan de formación de recursos humanos y la definición de estrategias de financiamiento.

7. Dada la importancia del turismo para la economía de las Islas Turcas y Caicos es imperativa la conservación del medio ambiente si se quiere lograr un desarrollo sostenible. La necesidad de prestar una atención más estricta a la inocuidad de los alimentos es también pertinente para la industria turística. La mayor parte del desarrollo sigue ocurriendo en Providenciales, que tiene la tasa más alta de crecimiento de la población; en consecuencia, se está asignando prioridad a mejorar la variedad y la calidad de los servicios (en especial, la atención de los enfermos hospitalizados) en esta isla. La farmacodependencia, el SIDA, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes son todas importantes causas de morbilidad. En vista de su relación con los aspectos relativos a los modos de vida, la aplicación de una política de promoción de la salud (que se ha previsto concluir para 1995) reviste suma importancia.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

8. Como parte del proyecto de Protección Ambiental la asistencia técnica directa será la estrategia principal que se aplicará. Esta se prestará en las esferas de

protección de las fuentes de aguas subterráneas, repercusión de los efluentes de las fosas sépticas, sistemas de agua potable utilizando energía solar y ordenamiento de las zonas costeras.

9. Se dará adiestramiento sobre evaluación del impacto ambiental para responder a las exigencias que impone el rápido desarrollo que está ocurriendo en Providenciales.

10. Para el fortalecimiento de los servicios de salud se emplearán una combinación de adiestramiento y de asistencia técnica directa. Se impartirá adiestramiento para ayudar a fortalecer las capacidades técnicas y de gestión en el personal. Por otra parte, se enseñará a los manipuladores de alimentos a reducir la contaminación de los alimentos y del agua para el consumo humano.

11. Se prestará asistencia técnica directa con miras a la preparación y la puesta en práctica de estos programas de adiestramiento y a formular políticas y normas para la gestión de áreas fundamentales de la atención de salud.

12. Se prepararán y divulgarán materiales educativos para apoyar la promoción de la salud y los programas de inocuidad de los alimentos.

13. Se aportarán equipos para fortalecer la capacidad del Sistema de Información Sanitaria.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. En razón del tamaño reducido del país, de sus limitaciones en recursos humanos, y de la dependencia actual de profesionales procedentes de otros países, será necesaria la cooperación técnica en todas las áreas prioritarias que intervienen en el esfuerzo de mejoramiento de la salud.

2. Se ha pedido a la OPS que preste cooperación técnica con la finalidad de apoyar y complementar el proyecto de ajuste del sector de la salud. Lo que esto va a significar en 1996-97 no se sabrá con exactitud mientras no esté terminado el plan y no se haya concluido la reestructuración de los servicios de salud.

3. Sin embargo, la OPS continuará prestando cooperación técnica para la puesta en práctica y el uso eficaz de los sistemas de información, así como para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en la práctica epidemiológica.

4. En el área del Desarrollo de los Sistemas de Salud se brindará apoyo al fortalecimiento institucional de los servicios de salud tanto hospitalarios como comunitarios, a la formación de recursos humanos con miras a mejorar la calidad de la atención y los preparativos para casos de desastre.

5. Se apoyará la formulación de políticas públicas en cuestiones de salud y la ejecución de un programa de promoción de la salud. También se dará asistencia técnica para el desarrollo de un programa de comunicación social que aborde los temas prioritarios de salud.

6. En materia de Protección y Desarrollo Ambiental se apoyará la mejora en cuestiones de vigilancia y control de la calidad del agua y de la contaminación de las zonas costeras; de igual modo, se prestará asistencia para las actividades de gestión de los desechos sólidos y peligrosos. También se ha solicitado asistencia en materia de reforestación y conservación de recursos.

7. Se prestará cooperación técnica para la prevención y el control de enfermedades con miras a mejorar la comprensión de las causas y los factores de riesgo asociados con las enfermedades transmitidas por los alimentos. Las Islas Turcas y Caicos seguirán participando en el programa de CPI con apoyo de la OPS.

()

Objetivos

()

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: PROTECCION AMBIENTAL

Mejora general de los programas de protección ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adopción de las pautas de calidad del agua y las normas de vigilancia nacionales.

2. Mejoramiento del control del desarrollo y del medio ambiente en la zona costera.

3. Inicio de la reforestación y la conservación de recursos.

4. Mejoramiento de la capacidad de gestión de los desechos sólidos y peligrosos.

1. Para finales de 1997, la calidad del agua satisface las normas mínimas de la OMS.

2. Para finales de 1996 se habrán eliminado la basura expuesta y los incendios en los vertederos de desechos.

3. Reforestación de un 5% de tierra expuesta para mediados de 1997.

1. Para finales de 1996 se habrá adoptado la política nacional sobre protección de las fuentes de aguas subterráneas.

2. El sistema de vigilancia de la calidad del agua, WASAM, se habrá modificado y aplicado para fines de 1996.

3. Sistemas de agua potable utilizando energía solar se habrán introducido en comunidades pequeñas para mediados de 1997.

4. Programa piloto para probar el impacto de los efluentes de las fosas sépticas sobre las fuentes de aguas subterráneas iniciado para finales de 1997.

1. Evaluación de la calidad del agua y de la contaminación costera concluida para finales de 1996.

2. Dos profesionales nacionales capacitados en cuestiones de evaluación del impacto ambiental para mediados de 1997.

3. Consulta nacional sobre el desarrollo del Sector Público y del Privado en la Zona Costera a principios de 1997.

1. Consorcio del sector privado establecido para movilizar recursos locales destinados a reforestación hacia finales de 1996.

2. Especies locales seleccionadas y propagadas para iniciar el proyecto a mediados de 1997.

1. Esquema del Plan Maestro de residuos sólidos para la isla Gran Turca y las Caicos concluido para mediados de 1996.

2. La evaluación de desechos peligrosa y de hospitales concluida para finales de 1996.

3. Plan Maestro Integrado para la gestión de los residuos sólidos iniciado a comienzos de 1997.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 2: ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD**

PROPOSITO

Mejorar la gestión de los servicios de salud para reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades y trastornos comunes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La capacidad técnica y de gestión del personal de salud mejorada.
2. Mejoramiento de la capacidad y de la disposición para el análisis y la recuperación de los datos para planificación y evaluación.
3. Mejoramiento de la capacidad del personal de salud en el área de los Preparativos para Casos de Desastre.
4. Se habrá fortalecido el programa de protección de alimentos.
5. Fortalecimiento del programa de promoción de la salud.

1. Para finales de 1977, se habrá llegado a un acuerdo sobre los indicadores de salud disponibles en 3 meses del final del período de los informes.

2. Para fines de 1977, reducción de los ingresos a hospitales debidos a complicaciones de la hipertensión, la diabetes y las enfermedades relacionadas con el abuso de drogas.

3. Para finales de 1977, la incidencia de las enfermedades transmitidas por los alimentos reducida en 25% con respecto a la cifra de 1995.

1. Al menos 20 personas de áreas prioritarias de los servicios de salud se habrán adiestrado localmente e internacionalmente para fines de 1997.

2. Las normas y los procedimientos para la gestión de los aspectos fundamentales desarrollados para fines de 1997.

1. Para finales de 1977, la tecnología apropiada de sistemas de información para la gestión estará en dos islas más que a finales de 1995.

2. El personal de salud en las dos islas mencionadas adiestrado en el empleo de la tecnología hacia finales de 1997.

1. El plan de respuesta en caso de desastre para cada isla actualizado para finales de 1996.

2. Para finales de 1997, se habrá impartido adiestramiento en el manejo en caso de desastres a no menos de 15 personas.

1. Para fines de 1996 se habrá adiestrado a 80% de los trabajadores de servicios alimentarios en prácticas adecuadas de manipulación de alimentos.

2. Diseño de un programa educativo para enseñar al público a identificar aquellos factores que contribuyen a la contaminación de los alimentos y del agua destinados al consumo humano e inicio del mismo para finales de 1997.

1. Para fines de 1996, al menos 20 personas adiestradas en la formulación y la evaluación de estrategias de intervención.

2. Política pública sobre salud formulada y aceptada para mediados de 1997.

3. El programa de comunicación social, abordando los temas prioritarios, formulado e iniciado para fines de 1997.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	47,000	74.5	65,000	80.7	69,400	80.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	47,000	74.5	65,000	80.7	69,400	80.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	47,000	74.5	65,000	80.7	69,400	80.9
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	16,100	25.5	15,500	19.3	16,400	19.1
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	16,100	25.5	15,500	19.3	16,400	19.1
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	16,100	25.5	15,500	19.3	16,400	19.1
GRAN TOTAL	63,100	100.0	80,500	100.0	85,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	171,500	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	171,500	100.0	0	-	0	-
SIDA	171,500	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	171,500	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
1994-1995										
OPS - PR	63,100	0	0	18,100	0	12,000	19,300	8,000	0	5,700
TOTAL	63,100	0	0	18,100	0	12,000	19,300	8,000	0	5,700
% DEL TOTAL	100.0	.0	.0	28.7	.0	19.0	30.6	12.7	.0	9.0
1996-1997										
OPS - PR	68,500	0	0	11,600	5,500	23,600	12,800	5,800	0	9,200
OMS - WR	12,000	0	0	12,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	80,500	0	0	23,600	5,500	23,600	12,800	5,800	0	9,200
% DEL TOTAL	100.0	.0	.0	29.3	6.8	29.4	15.9	7.2	.0	11.4
1998-1999										
OPS - PR	73,800	0	0	11,600	6,400	23,600	14,800	6,700	0	10,700
OMS - WR	12,000	0	0	12,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	85,800	0	0	23,600	6,400	23,600	14,800	6,700	0	10,700
% DEL TOTAL	100.0	.0	.0	27.5	7.5	27.5	17.2	7.8	.0	12.5

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. En 1995, la población de los Estados Unidos de América habrá ascendido a un total aproximado de 263,1 millones de habitantes. En 1990 el país tenía 248,71 millones de habitantes, es decir, 10% más que en 1980. Entre 1980 y 1990, el número de ancianos y de ciertas minorías dentro del país creció con mayor celeridad que el número total de habitantes. La población negra aumentó 15%, llegando a totalizar 30 millones de almas, mientras que el número de hispanos aumentó más de 50% para sumar 22 millones de personas. En cuanto a los asiáticos y los habitantes provenientes de las islas del Pacífico, su número creció más del doble, con lo cual dichos grupos llegaron a totalizar 7 millones de personas.

Indicadores de estado de salud

2. Durante el período 1990-1995, la esperanza de vida al nacer fue de 72,6 años para los varones y 79,3 años para las mujeres. En 1993, la tasa de mortalidad infantil de la nación disminuyó hasta colocarse en un nivel bajo jamás logrado antes, es decir, 8,3 por cada 1000 nacidos vivos. Sin embargo, todos los años mueren en el país casi 39.000 bebés (es decir, alrededor del 1% de los niños nacidos con vida) antes de cumplir el año de edad. Las principales causas de mortalidad infantil son las siguientes: 1) las malformaciones congénitas, 2) el síndrome de muerte súbita del lactante, 3) los trastornos relacionados con la gestación breve y el bajo peso al nacer, 4) el síndrome de dificultad respiratoria y 5) las complicaciones al nacer.

3. Entre 1980 y 1990, la tasa de mortalidad ajustada por edad para las cardiopatías, que son la causa principal de muerte para ambos sexos, descendió 24%. En 1990 dicha mortalidad, en el caso de las personas de raza blanca, fue casi el doble entre los hombres que entre las mujeres; en cuanto a la población afroestadounidense, dicha tasa, en el caso de los hombres, superó en más del 60% a la de las mujeres.

4. Conforme el número de muertes debidas a las cardiopatías ha ido descendiendo, el cáncer ha pasado a ser, a partir de 1987, la causa principal de defunciones para las personas cuyas edades oscilan entre los 24 y los 64 años. En 1989, dicha enfermedad ocasionó 290,9 defunciones por 100.000 habitantes dentro del grupo de personas que contaban entre 45 y 64 años de edad. Se calcula que 30% de las muertes debidas al cáncer se relacionan con el consumo de tabaco, mientras que otro 35% se vincula con la alimentación. Desde 1987, el cáncer de pulmón ha sido la causa principal de muerte entre las mujeres. Entre 1980 y 1990, las defunciones producidas por dicha enfermedad entre las mujeres afroestadounidenses y las de raza blanca aumentaron entre 41 y 46%. Asimismo, las tasas de mortalidad aumentaron 11% entre los hombres afroestadounidenses (91,0 por 100.000 habitantes), al tiempo que permanecieron estables para los varones de raza blanca (59,0 por 100.000 habitantes). Los tumores mamarios se han convertido en la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres.

5. La pandemia de SIDA sigue constituyendo una amenaza para el estado de salud de millones de ciudadanos estadounidenses. Actualmente, cerca de un millón de personas están infectadas con el VIH. Al mes de junio de 1993, se habían

notificado 315.390 casos de SIDA. El 55% de todos los casos notificados de SIDA pediátrico se da entre los niños afroestadounidenses.

6. Las minorías sufren un número desproporcionado de muertes, enfermedades, discapacidades y casos de malas condiciones de salud. Los indicadores de salud utilizados normalmente, como la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad infantil, ponen al descubierto la persistencia de diferencias cada vez mayores entre las minorías y los grupos mayoritarios. Los comportamientos violentos han superado en los Estados Unidos todos los niveles anteriores. Cada año se asesina a más de 20.000 personas y se hiere a 2.000.000. Esta violencia es la segunda causa de muerte entre los jóvenes que cuentan entre 13 y 24 años de edad, y es la segunda causa de muerte entre los afroestadounidenses, tanto varones como mujeres, de ese grupo etario.

Factores que afectan el estado de salud

7. En las postrimerías de los años setenta, el estilo de vida y los factores ambientales obtuvieron reconocimiento nacional debido a su papel en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Pese a los adelantos registrados en relación con las tasas de mortalidad correspondientes a los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías por una parte, y en la esperanza de vida general por la otra, más de la mitad de los ciudadanos estadounidenses muere en forma prematura. En los Estados Unidos, tales decesos representan una pesada carga, tanto en términos económicos como humanos. La atención sanitaria y la pérdida de productividad debidas a algunos de los principales problemas de salud del país representan un costo elevado, cuyo valor aproximado asciende a US\$ 135.000 millones en el caso de las cardiopatías y a US\$ 158.000 millones para los lesiones.

8. Otros factores que influyen en la situación de salud son el hecho de que cada dos meses cerca de 2 millones de personas pierden su cobertura de seguro médico. Se calcula que para 1996 uno de cada cuatro ciudadanos estadounidenses habrá carecido de cobertura de seguro médico en algún momento. Desde 1980, los costos de la salud en los Estados Unidos se han casi cuadruplicado. Sin algún tipo de reforma de la atención sanitaria, se estima que para el año 2000 uno de cada cinco dólares del PBI estadounidense se habrá invertido en ese rubro. Asimismo, se calcula que de cada dólar facturado por un hospital, 25 centavos se invierten en gastos administrativos y no en la atención de los pacientes.

9. Pese a que, contra lo que se predijo en un principio, el Congreso no aprobó ningún plan de reforma integral de la atención sanitaria en 1994, se prevé que cuestiones tales como la reforma de la atención sanitaria y de la asistencia social seguirán siendo objeto de gran debate a nivel nacional y legislativo, con importantes consecuencias para la situación de salud de la población de los Estados Unidos.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

10. Salud en el desarrollo humano: El poder legislativo federal ha adquirido un papel de primerísima importancia en el debate sobre la reforma del sistema nacional de salud. La prensa, el gobierno y la sociedad en general están siguiendo de cerca el efecto de las tendencias macroeconómicas sobre la salud, especialmente en relación con el efecto que la reducción de escala de las empresas

tiene sobre la cobertura de seguro médico de las personas. Los medios epidemiológicos nacionales han alcanzado un nivel de desarrollo tal que el país puede hacer un seguimiento riguroso del estado de salud según características biológicas y sociales, incluidos la edad, el sexo y el estilo de vida. La bioética está siendo objeto de renovada atención, sobre todo a la luz de los progresos registrados en la tecnología de la atención sanitaria y la ingeniería genética.

11. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: La necesidad de lograr justicia y acceso generalizado a la atención sanitaria para los grupos más necesitados de la población está íntimamente relacionada con la cuestión del elevado nivel en el que el sistema de salud de los EE.UU. depende del pago de dinero para el suministro de atención médica por intermedio de los seguros privados. Unas tres cuartas partes de la población cuentan con la cobertura de seguros privados suministrados por los empleadores o adquiridos a título individual; sin embargo, 14% de los habitantes carecen de seguro médico.

12. Uno de los problemas principales con que se enfrenta el país es el de cómo desarrollar un sistema de atención sanitaria que cubra, a un precio razonable, a todas las personas necesitadas de cuidado médico. En vista del costo creciente de la atención sanitaria y el elevado número de personas desprovistas de seguro de salud, la reforma del sistema de atención sanitaria se ha convertido en un asunto prioritario para la nación.

13. El gobierno tiene dos grandes programas públicos de financiación, es decir, Medicare y Medicaid, que en 1990 financiaron 30,8% del total invertido en atención médica personal, y que representaron 74,5% de la parte que les cabe a las arcas públicas en la financiación de la atención sanitaria. El programa Medicare presta servicios a las personas de 65 o más años de edad, los discapacitados y los que padecen estados avanzados de enfermedades renales. El Medicaid, por su parte, es un programa combinado a cargo de los gobiernos federal y estatales que tiene por objeto brindar servicios a los pobres. El gobierno federal establece tanto las pautas generales con las cuales se determina quién puede acceder al programa, como los servicios obligatorios. Los distintos estados pueden optar por ampliar la cobertura básica y ofrecer un mayor número de servicios. El Medicaid es la entidad que mayores aportes hace para financiar los gastos por atención médica a largo plazo: en 1990 financió 45% de la atención brindada en hogares para convalecientes.

14. Promoción y protección de la salud: Los objetivos nacionales en cuanto a la salud dependen mucho de los programas educativos y comunitarios para promover la salud y prevenir enfermedades. Los programas de promoción y protección de la salud tienen por objeto llegar al público y mejorar las condiciones sanitarias fuera de los entornos tradicionales de atención médica. La estrategia nacional tiene tres componentes relacionados entre sí: evaluación, intervención y liderazgo. En distintas organizaciones, pertenezcan o no al gobierno federal, sean públicas o privadas, se está promoviendo el empleo de varios métodos de intervención. El Servicio de Salud Pública (PHS) de los EE.UU. ofrece liderazgo nacional para las actividades de promoción de la salud; lo hace estimulando la formación de coaliciones y promoviendo un mayor liderazgo a nivel estatal y local (municipal). Asimismo, dicho servicio brinda apoyo a la puesta en práctica y el mejoramiento de la educación sanitaria para los jóvenes, celebrando para ello convenios de cooperación con los organismos educativos nacionales, estatales y locales (municipales) que corresponde, así como también con universidades y departamentos de salud. Esos convenios de cooperación tienen por objeto ayudar

a prevenir los comportamientos riesgosos relacionados con los grandes problemas sanitarios, incluida la infección por el VIH.

15. Las afecciones relacionadas con la alimentación, como las coronariopatías, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes mellitus, son importantes causas de muerte y discapacidad en los Estados Unidos. El mejoramiento de la nutrición materno-infantil tiene una importancia decisiva para la mejora de la salud a nivel nacional. Los objetivos del país en cuanto a la nutrición se relacionan con la obesidad, el vínculo entre la alimentación y las enfermedades, la aplicación de las "Pautas alimenticias para los estadounidenses" a los servicios alimentarios, el asesoramiento en cuanto al régimen de alimentación, la rotulación de los alimentos, la educación escolar sobre la nutrición, la salud materno-infantil y la alimentación de los ancianos.

16. Desarrollo y protección del ambiente: Los factores ambientales desempeñan un papel de primerísima importancia en el proceso de desarrollo, salud y enfermedad de los seres humanos. Los retos más difíciles que hoy se le plantean a la salud ambiental en los Estados Unidos provienen de las incertidumbres acerca del efecto tóxico y las derivaciones de índole ecológica que tiene el empleo de productos químicos naturales y sintéticos, combustibles fósiles y distintos agentes físicos. Cerca de 82% de los principales productos químicos industriales no fueron sometidos nunca a ensayos para determinar sus propiedades tóxicas o sus vínculos con ciertas enfermedades, y tan sólo un puñado de productos químicos ha pasado por pruebas apropiadas para determinar si pueden llegar a producir o favorecer la aparición de cánceres.

17. La coordinación de los servicios de salud ambiental requiere la participación del Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Organismo de Protección Ambiental, el Departamento de Agricultura, el Departamento de Transporte, los organismos estatales y locales (municipales), el sector privado y los grupos comunitarios.

18. Prevención y control de enfermedades: En su lucha para prevenir y controlar las enfermedades, las autoridades del gobierno han elegido como objetivos al sarampión, la tuberculosis, la infección por el VIH y el SIDA, los problemas comportamentales, el abuso de sustancias tóxicas, la salud bucodental y las enfermedades transmitidas por los alimentos, entre otros problemas. Los programas de prevención que tienen por objeto promover los cambios de comportamiento siguen siendo la estrategia principal en la lucha contra la infección por el VIH y el SIDA. Se han puesto en práctica programas masivos de educación y prevención para disminuir el consumo de drogas inyectables y los comportamientos sexuales de alto riesgo, y promover el empleo de preservativos. En todo el país se han iniciado tareas para establecer programas de prevención creativos, mejorar la atención de los pacientes con SIDA y realizar investigaciones sobre la atención médica. En cuanto al abuso de sustancias tóxicas, el gobierno procura aumentar el nivel de conocimiento individual sobre los efectos nocivos de las drogas, a fin de disminuir la pérdida de vidas y el deterioro de la salud causados tanto por el alcohol como por las drogas. El Departamento de Agricultura y otras dependencias del gobierno realizan distintas actividades para evitar que las enfermedades de los animales penetren en el territorio estadounidense.

19. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud: En la actualidad, una de las políticas más amplias con que cuentan los Estados Unidos para mejorar la situación sanitaria y prevenir enfermedades es un plan estratégico denominado "Healthy People 2000" ("Un pueblo sano para el 2000"), cuya meta básica es la de aumentar el número de personas que disfrutan de una vida larga y saludable. Tal

concepto se basa en la idea de que una vida larga debe estar acompañada de un aumento en el número de años vividos sin discapacidades. El plan tiene, además, otras dos grandes metas: la segunda es la de eliminar las diferencias que existen en el campo de la salud entre los distintos grupos de la población, mientras que la tercera es la de lograr que todo el mundo tenga acceso a los servicios de prevención de enfermedades.

20. En apoyo de estas tres metas existen 300 objetivos cuantificables en 22 áreas prioritarias, de las cuales 21 se agrupan en tres grandes categorías: la promoción de la salud, la protección de la salud y los servicios preventivos. Existe otra área prioritaria más, que pertenece a todas esas categorías al mismo tiempo y que se relaciona con los sistemas de vigilancia y de datos. Muchos de esos objetivos están dirigidos en forma concreta al mejoramiento del estado de salud de los grupos de alto riesgo, que, en comparación con la población total, sufren un grado desproporcionadamente elevado de enfermedades, discapacidades y muertes prematuras.

21. Esta iniciativa en el terreno de las políticas se basa en la convicción de que, por sí sola, la atención médica no podrá solucionar los problemas sanitarios de la sociedad, pero que las elecciones comportamentales responsables por parte de cada persona harán que la gente pueda disfrutar de los beneficios de una vida saludable.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

22. La cooperación técnica entre la OPS y los Estados Unidos, establecida en respuesta a las prioridades nacionales, recurrirá a los amplios conocimientos y la profunda experiencia de dicho país, en apoyo del desarrollo sanitario de otras naciones de las Américas, con especial énfasis en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Los principales métodos funcionales serán la movilización de recursos, la difusión de información científica y

técnica, la capacitación y la cooperación técnica directa. Las actividades se concentrarán en áreas como el control de las enfermedades transmisibles y crónicas; la salud reproductiva, femenina y familiar; la promoción de la atención primaria de salud; el fomento de la higiene del medio; la administración de los sistemas de información; la gestión de la administración pública, etc. Asimismo, dichas actividades incluirán el otorgamiento de becas para profesionales, a fin de impartirles capacitación superior en lugares situados fuera de los Estados Unidos.

23. Una nueva estrategia deberá incluir la identificación de oportunidades, a fin de que los conocimientos y la experiencia adquiridos en América Latina y el Caribe se puedan aplicar a la resolución de problemas en los Estados Unidos, especialmente entre los grupos minoritarios y desfavorecidos, donde sólo se pueden utilizar recursos limitados. De este modo, los Estados Unidos podrán beneficiarse con la experiencia de otros miembros y convertirse en socio pleno de la Organización.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Cooperar en cuestiones relacionadas con la salud pública y el desarrollo de las Américas, ofreciendo el apoyo y los conocimientos y experiencia de los Estados Unidos, con énfasis en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

2. Ofrecer capacitación especializada a ciudadanos de otros países en las áreas sanitarias que tienen importancia para las autoridades estadounidenses.

3. Utilizar los conocimientos y la experiencia de América Latina y el Caribe para hallar posibles soluciones a los problemas sanitarios que sufren determinados grupos de la población de los Estados Unidos.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: INTERCAMBIO INTERAMERICANO**PROPOSITO**

Promover el trabajo de la OPS, especialmente en las áreas definidas por las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para el período 1995-1998; facilitar la presencia de los conocimientos y la experiencia estadounidenses en las relaciones sanitarias interamericanas; y beneficiar a la salud pública de los Estados Unidos recurriendo a la experiencia y los conocimientos con que se cuenta en América Latina y el Caribe.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Durante el bienio se habrá mantenido, por una parte, el apoyo del BPB OPS/EUA a las áreas de trabajo de las OEP para el período 1995-1998, y por la otra, la presencia de los conocimientos y la experiencia estadounidenses en los proyectos y actividades correspondientes.

2. Los profesionales de América Latina y el Caribe habrán trabajado con sus colegas de los Estados Unidos para ayudar a tratar ciertas cuestiones relacionadas con la salud en distintos grupos poblacionales de los Estados Unidos.

PROYECTO 2: BECAS

Ofrecer apoyo para becarios e internos provenientes de los Estados Unidos, a fin de que se capaciten en las áreas de importancia para las OEP para el período 1995-1998 a las cuales no se tiene acceso en el país.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los profesionales de los Estados Unidos habrán adquirido un mayor nivel de información y conocimientos sobre las cuestiones sanitarias de importancia para la OPS.

1. Cantidad de apoyo de importancia crucial que se habrá ofrecido a ciertos proyectos dentro de las áreas de trabajo de las OEP para el período 1995-1998.

2. Número de instituciones estadounidenses y proyectos sanitarios que se habrán puesto en contacto con los métodos utilizados para tratar las cuestiones relacionadas con la salud en América Latina y el Caribe.

1. Número de consultores y asesores estadounidenses que habrán participado en los proyectos y actividades de la OPS.

2. Cantidad de apoyo financiero que se habrá brindado para los proyectos desarrollados como parte de las OEP para el período 1995-1998.

1. Número de proyectos realizados en los Estados Unidos en los que habrán participado profesionales de América Latina y el Caribe.

2. Cantidad de apoyo que se habrá ofrecido para las actividades que se llevan a cabo en la frontera entre los Estados Unidos y México.

1. Habrá aumentado el número de profesionales con capacitación y experiencia en las áreas de trabajo que tienen importancia tanto para el Servicio de Salud Pública de los EE.UU. como para la OPS.

1. Durante el bienio se habrán ofrecido por lo menos 20 becas o pasantías para profesionales estadounidenses, en las áreas de trabajo de las OEP para el período 1995-1998.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	396,400	100.0	416,600	100.0	416,600	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	278,400	70.2	292,600	70.2	292,600	70.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	278,400	70.2	292,600	70.2	292,600	70.2
UAH						
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	118,000	29.8	124,000	29.8	124,000	29.8
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	118,000	29.8	124,000	29.8	124,000	29.8
HRH						
GRAN TOTAL	396,400	100.0	416,600	100.0	416,600	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL CANTIDAD							
1994-1995										
OPS - PR	175,000	0	0	0	58,400	0	0	59,900	56,700	0
OMS - WR	221,400	0	0	0	70,900	0	118,000	0	0	0
TOTAL	396,400	0	0	0	129,300	0	118,000	59,900	56,700	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	32.6	.0	29.8	15.1	14.3	.0
1996-1997										
OPS - PR	292,600	0	0	0	292,600	0	0	0	0	0
OMS - WR	124,000	0	0	0	0	0	124,000	0	0	0
TOTAL	416,600	0	0	0	292,600	0	124,000	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	70.2	.0	29.8	.0	.0	.0
1998-1999										
OPS - PR	292,600	0	0	0	292,600	0	0	0	0	0
OMS - WR	124,000	0	0	0	0	0	124,000	0	0	0
TOTAL	416,600	0	0	0	292,600	0	124,000	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			.0	70.2	.0	29.8	.0	.0	.0

URUGUAY

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. En 1992 la población total se estimaba en 3.130.500 habitantes, de los cuales 1.366.331 (43,6%) vivían en Montevideo y 1.764.169 en el interior del país (56,4%). El 89,3% de la población era urbana, y el 10,7% rural. Entre 1975 (censo anterior) y 1985, se produjo una disminución de la población rural (proceso que se mantuvo en los años siguientes), con una disminución neta en los departamentos del centro del país y un incremento de la población asentada en las zonas limítrofes.

2. La estructura por edad muestra una población claramente envejecida, con porcentajes elevados y crecientes de personas de 65 años y más, y proporciones descendentes de los menores de 15 años. Estos aspectos se aprecian en los cambios operados a partir del censo de 1963, cuando el 28,0% de la población tenía menos de 15 años, el 59,7% estaba en el grupo de 15 a 59 y el 12,3% tenía 60 años y más. Estos valores eran de 27,7, 58,2 y 14,1% en 1975, y de 26,8, 57,6 y 15,6% en 1985. La tendencia se mantuvo en las proyecciones posteriores.

3. Entre 1963 y 1985 la relación entre activos potenciales y dependientes mayores de 65 años pasó de 8,4 a 5,5, lo que indica una gran presión sobre los sistemas de seguridad social. La población dependiente está integrada mayoritariamente por dependientes de edad avanzada, lo que se acentúa con el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida.

4. La fecundidad, que experimentó un descenso en la primera mitad del siglo, se mantuvo estable de 1950 a 1975, para comenzar después un nuevo descenso. Se estima que la tasa de fecundidad era de 2,43 en 1985-1990 y de 2,33 en 1990-1995. Esa tendencia se debe a una disminución de las tasas bruta y neta de reproducción cercana al nivel de reemplazo; la tasa de reproducción neta estimada era de 1,14 en 1985-1990 y de 1,02 en 1990-1995.

Indicadores del estado de salud

5. En 1991 el 100% de las defunciones tuvieron certificado médico. El 7,2% de las defunciones correspondieron a "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos"; ese porcentaje es de 10,0% en Montevideo y de 2,4% en el interior.

6. En la tendencia de la mortalidad proporcional por edad durante los años 1980, 1984, 1987 y 1991 se destacan la disminución relativa de la mortalidad del grupo de menores de 5 años (de 7,6% en 1980 a 4,3% en 1991); la estabilización de la del grupo de 5 a 44 años (7,0% en 1980 y 6,4% en 1991); el descenso de la del grupo de 45 a 64 años (de 22,2% en 1980 a 20,0% en 1991), y el aumento sostenido de la del grupo de 65 años y más (de 63,2% en 1980 a 69,0% en 1991). El mayor descenso se produjo en los menores de 5 años, cuya participación proporcional entre 1980 y 1991 disminuyó un 43%.

7. El análisis de las tasas específicas de mortalidad publicadas por la OPS para el período 1960-1989 muestra una leve disminución de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio, infecciosas y parasitarias, y por accidentes, y un aumento apreciable de la mortalidad por tumores. La tendencia

de la tasa de mortalidad infantil entre 1988 y 1991 muestra una desaceleración de su ritmo de descenso; en 1992 fue de 18,7 por 1.000 nacidos vivos. Esta disminución se acompañó de una drástica disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (3,8 en 1980 a 0,7 en 1991), infecciones respiratorias agudas, causas perinatales y deficiencias nutricionales. El número de defunciones por accidentes y violencia aumentó de 33 en 1980 a 67 en 1991.

8. Al comparar la mortalidad infantil entre los residentes de Montevideo que utilizan los servicios de las IAMC y del Ministerio, se observó que en 1991 el riesgo en los usuarios del Ministerio era 2,5 veces más elevado. Esta diferencia es aún mayor para la mortalidad posneonatal, donde la tasa de mortalidad en los usuarios del Ministerio es cuatro veces mayor que en los de las IAMC. A nivel nacional la diferencia es menor: en 1991, las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad posneonatal fueron de 25,0 y 9,6 en los establecimientos del Ministerio y en el Hospital de Clínicas, en comparación con 13,8 y 4,1 en los establecimientos de las IAMC.

Factores que afectan el estado de salud

9. Una evaluación de las condiciones de vida hecha utilizando el índice de necesidades básicas insatisfechas elaborado por la Dirección General de Estadística y Censos con datos del censo de 1985, mostró que el 27,6% de la población nacional vivía en hogares con necesidades básicas insatisfechas, con un porcentaje mayor en el interior (34,5%) que en Montevideo (19,0%).

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

10. Desde las primeras épocas de su existencia, la sociedad Uruguay se preocupó por la atención a la salud, sin embargo, el desarrollo escasamente planificado del sector lo caracteriza actualmente como compuesto por organismos estatales, paraestatales y privados, con distintas formas y disímiles niveles de calidad. Básicamente está integrado por el subsector mutual y por el subsector público a cargo del MSP. Las políticas de salud se presentan en función de los principales problemas de salud. La actual gestión de salud declara que el Estado debe redefinir las funciones que le competen dentro de la prestación de servicios de salud, cuales competen al sector privado y encauzar la participación de la sociedad civil. A tales efectos debe abandonar viejas conductas centralistas, paternalistas y de clientelismo; debe abrir los caminos de la participación con el objetivo final de transferir la administración de parte de su infraestructura a la comunidad organizada sin perder el rol de regulador, de orientador y de fijador de prioridades.

11. El MSP desarrolla sus acciones a través de varias estructuras, destacándose la Dirección General de Salud y la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Además, se encuentran otros servicios médicos brindados por numerosas otras dependencias de la Administración Central, Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Gobiernos Municipales.

12. El sector privado está constituido principalmente por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) y por empresas que brindan servicios parciales de atención, fundamentalmente unidades de emergencia móvil, sanatorios, hospitales privados y clínicas de diversos tipos. En la actualidad existen 52 IAMCs que brindan asistencia médica integral a aproximadamente 1,5 millones de personas.

13. La organización de los servicios muestra una tendencia hacia la descentralización, aunque es muy poco lo alcanzado. No se han desarrollado los sistemas locales de salud. No hay una política definida sobre recursos humanos. El exceso de médicos y las políticas de privatización han llevado a la aparición de modalidades diferentes de trabajo médico y al surgimiento de la figura del médico como empresario. Sin embargo, persiste la escasez de profesionales de enfermería. El gasto en salud no aumenta en forma significativa y en consecuencia no crece el subsector público.

14. En la propuesta programática elaborada por la nueva gestión de salud se explicita que "desde una perspectiva integral, los estilos de vida están ligados al nivel de vida, integrando el contexto socio-económico y cultural de la sociedad y siendo modelados por dicho contexto. Constituye un desafío introducir modificaciones en las conductas personales y en las pautas culturales que resulten nocivas para la salud y transformarlas en aquellas que protejan al individuo". El programa se plantea como objetivo desarrollar conductas y patrones culturales que promuevan la salud en la población mediante el desarrollo de un conjunto de estrategias. Para esto se propone acciones en materia educativa, en materia sanitaria, en el lugar de trabajo, en el ámbito comunitario y en el ambiente físico. Además, agrega que las políticas de producción y precios del tabaco, alcohol y alimentos deberían estar en consonancia y apoyar activamente las políticas sanitarias.

15. El tratamiento dado por los medios de comunicación a los temas de salud en general, se caracteriza por la solidez de los contenidos y la seriedad en la forma. El sensacionalismo es la excepción. Los vínculos entre las instituciones de salud y educación están bien establecidos y permiten un buen manejo de los temas de salud por parte del sistema educativo formal. Está suficientemente difundida en el país, la noción de la necesidad de reorientar los servicios de salud, hacia prácticas preventivas y hay movimiento de instituciones públicas y privadas en este sentido, inclusive con consideraciones sobre la posibilidad de establecer remuneración para las actividades preventivas.

16. El país enfrenta una situación en la cual el perfil de las enfermedades más prevalentes se modifica en la misma forma que lo ha hecho en países más desarrollados. Enfermedades degenerativas y accidentes adquieren gran importancia. Hábitos tóxicos y enfermedades de transmisión sexual, previsiblemente van a continuar en ascenso. La salud del trabajador enfrenta mayores desafíos y lo mismo ocurre con la salud de los ancianos.

17. Uruguay con una población marcadamente urbanizada, posee aproximadamente un 85% de habitantes con acceso al agua potable y un 50% de viviendas conectadas a redes de saneamiento, la gestión municipal en residuos sólidos necesita coordinación y reestructuración, siendo aspectos que también demandan desarrollo, la seguridad para sustancias químicas peligrosas, calidad ambiental, salud ocupacional y capacitación de recursos humanos. El sector posee como instituciones referenciales al MVOTMA, MSP, OSE e Intendencias Municipales. Los grandes proyectos ambientales cumplidos en los últimos años demandaron financiamiento externo, y sería necesario asociar el componente salud y ambiente, a los proyectos nacionales de desarrollo.

18. Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud: El objetivo general de la nueva política de salud es brindar a la población una atención médica universal, equitativa, integral, oportuna, accesible y fundamentalmente humanística, tomando en consideración y como centro de todas sus actividades la dignidad del ser humano.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

19. Las autoridades de salud han priorizado cinco grandes objetivos: 1) Reducción de la mortalidad infantil; 2) Mejoramiento de la salud de adolescentes y jóvenes; 3) Mejoramiento de la atención de la población mayor de 65 años; 4) Efectiva descentralización de ASSE y mejoramiento de la calidad de sus servicios; 5) Apoyo a las Instituciones de Atención Médica Colectiva. Así como tres grupos de daños a la salud: A) Enfermedades cardiovasculares; B) Cáncer; C) Sida; a cuya prevención se dedicarían esfuerzos especiales, incluyendo un fuerte desarrollo de la comunicación social a través de medios masivos y de la coordinación con las instituciones de educación formal.

20. El Gobierno ha destacado su intención de proteger el medio ambiente y ampliar la cobertura y calidad de saneamiento. La estrategia de cooperación pretende apoyar la consecución de los tres primeros objetivos en el área de formulación de políticas y normas, adiestramiento y difusión de información. La colaboración para la consecución del cuarto objetivo nacional comprende la formulación de políticas y normas, la difusión de información y un importante esfuerzo de adiestramiento. En aquellos departamentos que no sólo acepten responsabilidades por servicios, sino también por la promoción y prevención, se apoyará la comunicación social, para la persecución de municipios saludables y la consolidación de SILOS, a través del adiestramiento, la difusión de información y la movilización de recursos.

21. En relación al quinto objetivo, la cooperación se limitará a la difusión de información y el adiestramiento. Los daños considerados prioritarios serán el núcleo central del apoyo a las acciones de promoción de salud, incluyéndose la cooperación para el perfeccionamiento e intensificación de la comunicación social a través de medios masivos. Los esfuerzos nacionales dedicados al mejoramiento de la salud ambiental serán apoyados a través de adiestramiento, difusión de información y movilización de recursos.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

Las prioridades nacionales para las cuales se solicita cooperación técnica de la OPS son las siguientes:

1. Establecer políticas de salud dirigidas a grupos poblacionales desfavorecidos.
2. Vincular el sistema de salud formal al entorno familiar y a las comunidades.
3. Desarrollar los recursos humanos necesarios para la reforma del sector salud.
4. Introducir la dimensión ambiental en las políticas globales.
5. Perfeccionar los programas de prevención y control de las enfermedades prioritariamente prevalentes en el país.
6. Fortalecer la gestión administrativa del sector salud.
7. Mejorar la infraestructura física del sector.
8. Realizar una adquisición crítica de tecnología, regulada por el Estado.
9. Asegurar un segundo y un tercer nivel de atención médica adecuados.

()

10. Adecuar las condiciones laborales del sector, buscando revertir el multiempleo.

11. Promover un adecuado control de calidad de los medicamentos y un seguimiento de los precios de dichos insumos.12. Brindar asistencia médica integral a aproximadamente 550.000 personas usuaria de ASSE.

()

12. Brindar asistencia médica integral a aproximadamente 550.000 personas usuaria de ASSE.

13. Implementar un programa de salud laboral en coordinación con el Ministerio de Trabajo.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: DESARROLLO DE POLITICAS DE SALUD**PROPOSITO**

Implementar políticas de salud adecuadas a las necesidades de la población. Atender prioritariamente a grupos de población más vulnerables, en situación de pobreza, postergados o con dificultades de acceso.

RESULTADOS ESPERADOS

1. A través de un cronograma de encuentros y disseminación de información pertinente, montar, conjuntamente con el MSP los canales de comunicación necesarios para la coordinación de las actividades de salud de la seguridad social, las organizaciones comunitarias, los gobiernos locales y el sector privado.

2. Elaborar una propuesta de uso eficaz de los sistemas de información como apoyo al proceso de decisión política en salud, incluyendo el perfeccionamiento de la tecnología en la utilización de la información científica.

3. Formar grupo pluri-institucional de análisis de la situación de la mujer en el desempeño de actividades de desarrollo humano.

4. Apoyar la formación de un núcleo multi institucional de análisis de políticas públicas de salud y de formulación de propuestas y proyectos de salud.

PROYECTO 2: PROMOCION DE SALUD**PROPOSITO**

Desarrollar programas de promoción de salud destinados a producir cambios de comportamiento en la población, buscando la protección de la salud y el uso adecuado de los servicios de salud.

1. Tener los planes de acción completados en el primer cuatrimestre del período.

2. Haber reflejado todos los resultados esperados en las actividades de los APBs de 1996 y 1997.

1. Realizar seis reuniones anuales de coordinación.

2. Editar y Circular las evaluaciones y recomendaciones de los grupos de coordinación a todos los Departamentos del país.

1. Lograr, durante el bienio, la utilización efectiva de los sistemas de información en la elaboración de análisis de situación de salud en por lo menos cinco Departamentos del país.

2. En coordinación con el MSP y la Universidad vincular los Departamentos del interior a Internet.

3. Aumentar, durante el período en un 20% el número de usuarios efectivos del Centro de Documentación de la PWR.

1. Identificar y convocar los integrantes del grupo de análisis en el primer semestre del período.

2. Tener elaborado y divulgado los documentos de análisis en el período.

1. Completar el adiestramiento de los integrantes departamentales del núcleo de análisis a través de la realización de cuatro talleres en el primer año del bienio. reuniones anuales de coordinación.

2. Obtener adecuados documentos de análisis y formulación de políticas de salud en por lo menos nueve departamentos del país, hasta el final del período.

1. Obtener, al final del período, un aumento de 20% en las prácticas promocionales y preventivas en los servicios de salud.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar conjuntamente con la Dirección Nacional de Salud un plan facilitador de la implantación de una cultura de salud basada en un entorno saludable y en la adopción de estilos de vida que favorezcan la salud.
2. Identificar con la Administración de Servicios de Salud del Estado y con la Dirección Nacional de Salud las áreas de concentración de la cooperación técnica en lo que se refiere a los programas de salud reproductiva y salud de niños, adolescentes y ancianos.
3. Hacer llegar a todos los departamentos del país la información existente sobre las formas de movilizar sistemáticamente los recursos locales para mejorar la salud y el bienestar de la población.

PROYECTO 3: FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

PROPOSITO

Actuar sobre la atención de la salud a través de la formación de recursos humanos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollar lineamientos para el análisis sistemático de las opciones de organización y financiamiento de los sistemas, servicios e instituciones de salud.
2. Apoyar el MSP en la identificación de grupos y selección de intervenciones para desarrollar programas específicamente focalizados en grupos prioritarios de la población.
3. Elaborar, conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, con el Banco de Previsión Social y con la Universidad, un plan de fomento de la capacidad de gestión de las instituciones del sector, en el marco de la descentralización y de la coordinación intersectorial en el nivel local.

Indicadores

1. Implementar el plan de acción para la promoción de la salud en por lo menos seis departamentos del país durante el bienio.
2. Obtener datos departamentales sobre la prevalencia de factores condicionantes de salud en el primer año del bienio.
1. Completar cuatro documentos de análisis de situación y propuestas de acciones, durante el bienio.
2. Realizar seis talleres de fortalecimiento de la capacidad gerencial de los responsables por los programas de atención a niños, adolescentes y ancianos, en el período.
1. Vincular por lo menos tres Departamentos del país al movimiento de Comunidades Saludables, durante el bienio.
2. Multiplicar la literatura existente sobre comunidades saludables en Latinoamérica y distribuirla en los 19 departamentos del país.
1. Realizar seis talleres de capacitación para docentes de alto nivel (grados 4 y 5), durante el bienio.
1. Tener elaborado documento de revisión de las opciones en primer año del período. administración estratégica local para líderes locales, cubriendo cuatro regiones del país durante el bienio.
2. Realizar un encuentro nacional e discusión de opciones en segundo año del período.
1. Obtener la identificación de los grupos receptores de la ayuda, y la elaboración de los planes de acción en los primeros seis meses del período.
2. Organizar reuniones de trabajo para anualizar y seleccionar las medidas a ser aplicadas a los grupos vulnerables de la población.
1. Apoyar la realización de cinco talleres sobre administración estratégica local para líderes locales, cubriendo cuatro regiones del país durante el bienio.
2. Editar y divulgar las conclusiones de los talleres en los 19 departamentos del país en el período de dos años.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 4: DESARROLLO AMBIENTAL****PROPOSITO**

Promover el crecimiento del sector salud y ambiente mediante una coordinación intersectorial e interinstitucional, a nivel nacional, que permita efectivizar acciones integradas a la perspectiva del desarrollo sostenible aportando las soluciones necesarias a los problemas ambientales identificados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Fortalecimiento de la Dirección Nacional de Medio Ambiente (DINAMA) del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) en un papel de gestor, supervisor y evaluador ambiental de proyección nacional.

2. Fortalecimiento del MSP en su papel de coordinador en salud ambiental.

3. Obtención de diagnósticos precisos y actualizados en diferentes sectores del área de salud y ambiente.

1. Obtener al final del período por lo menos cinco iniciativas ejecutadas dentro de la coordinación expresada en el propósito.

2. Completa capacitación, al final del período, de los recursos humanos de los grupos técnicos del MSP y MVOTMA, que interactúen en el área de salud y ambiente, tanto en gestión como en aspectos de sus temáticas sectoriales.

3. Formulación de por lo menos un plan de trabajo conjunto entre el MSP y el MVOTMA y otras instituciones tendencias Municipales, Enseñanza, etc..., a) al finalizar el año, en áreas prioritarias de salud y ambiente para el país: a) residuos sólidos, b) sustancias peligrosas, c) agua y saneamiento, d) calidad ambiental.

1. Número de iniciativas/año/ en salud y ambiente producidos por la coordinación MSP-MVOTMA.

2. Desarrollo y ejecución de un Plan Nacional de Residuos Sólidos coordinado por el DINAMA/MVOTMA con participación de la totalidad de los municipios del país, al final del período.

3. Introducción y adopción del Sistema de Monitoreo de Agua Potable y Saneamiento (SIMAS) a nivel del MVOTMA, OSE e Intendencia Municipal de Montevideo al final del período, con apoyo de cooperación técnica a la actualización de la gestión y planificación de actividades del sector.

4. Desarrollo por parte de DINAMA/MVOTMA dentro de la coordinación interinstitucional, de no menos de dos normativas/año y dos procedimientos/año, referidos a la protección de la salud y al ambiente de sustancias peligrosas.

5. Implementación y capacitación, al final del período, de un grupo de trabajo técnico de DINAMA/MVOTMA, en el área salud y ambiente y con especial referencia a calidad ambiental.

1. Capacitación para el final del período de los recursos humanos, de tipo técnico en saneamiento ambiental, de todo el país, en temas prioritarios nacionales en ambiente y salud.

2. Ejecución de no menos de 4 actividades diagnósticas y formulación de 4 proyectos en salud ambiental para el final del período, a cargo de la División de Salud Ambiental (DSA) del MSP con cooperación técnica de OPS.

3. Desarrollo de por lo menos un proyecto conjunto en calidad ambiental entre el MSP/DSA y MVOTMA/DINAMA para el final del primer año.

1. Número de diagnósticos ambientales/año.

Objetivos

4. Apoyar técnicamente las iniciativas de la Administración de Obras Sanitarias del Estado (OSE) y otras instituciones (Municipios, etc...) en agua potable y saneamiento con énfasis en la asistencia a áreas rurales y suburbanas y sistemas de monitoreo de ejecución y gestión.

5. Desarrollo de sistemas de vigilancia para la seguridad en el manejo y producción de sustancias químicas peligrosas.

6. Obtener un sistema nacional de gestión, proceso y disposición final de residuos sólidos, con normativa técnica y legal única, para protección de la salud y la calidad ambiental.

7. Fortalecimiento y desarrollo de la salud ocupacional, con apoyo prioritario a la promoción y prevención, en un encare intersectorial e interinstitucional.

8. Apoyo y cooperación al desarrollo de estrategias y acciones dirigidas a elevar la calidad ambiental de medios urbanos, suburbanos y rurales, dentro de planes de desarrollo regional.

PROYECTO 5: CONTROL DE PRINCIPALES DANOS A LA SALUD

PROPOSITO

Desarrollar programas de control de los principales daños a la salud, a través de la colaboración intersectorial y de la reorientación de los servicios en el sentido de enfatizar las prácticas preventivas.

Indicadores

1. Número de proyectos apoyados/año en agua y saneamiento.

2. Puesta en marcha del SIMAS.

1. Número de recursos humanos entrenados.

2. Número de planes implementados para el manejo y disposición de sustancias químicas peligrosas.

1. Logro de una normativa técnico-legal única.

2. Logro de una coordinación nacional de gestión y ejecución municipal en residuos sólidos.

3. Número de recursos humanos/año entrenados.

1. Número de actividades/año/ en salud ocupacional.

2. Número de recursos humanos/año /entrenados.

1. Número de actividades/año/en calidad ambiental.

2. Número de recursos humanos/año/entrenados.

3. Número de proyectos implementados en calidad ambiental.

1. Al final del período contar con una medición precisa de la prevalencia y incidencia de las enfermedades prioritarias, en todos los departamentos del país.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Brindar apoyo técnico y financiero para la configuración de los grupos de trabajo que elaboraran las normas de prevención y control de enfermedades no transmisibles, especialmente cáncer, cardiovasculares y enfermedades mentales con representación de todos los ámbitos geográficos del país.

2. Fortalecer la capacidad de gestión del MSP con la finalidad reducir y controlar la transmisión sexual, sanguínea y perinatal de la infección por el VIH y otras E.T.S. en Uruguay.

3. Apoyar el MSP en las gestiones para seguir avanzando en las metas de erradicación y/o control de rabia urbana, Chagas transfusional, T.infestan y transmisión vectorial de Chagas y otras zoonosis.

4. Mantener la eficacia del programa nacional de vacunación a través de la diseminación actualizada de la información pertinente y de las gestiones oportunas para las compras de vacunas; desarrollar la capacitación de los trabajadores de salud para que puedan detectar y tratar oportunamente los casos de enfermedades diarreicas, ampliar los recursos humanos capacitados en el manejo de las infecciones respiratorias agudas y organizar la capacitación del personal necesario para consolidar u avanzar en la erradicación de la rabia urbana, del T.infestan, del chagas transfusional y del sarampión.

1. Formular y lograr aprobación para plan de acción contra enfermedades no transmisibles en por lo menos cinco departamentos del país, durante el bienio.

2. Desarrollar normas de prácticas clínicas de medicina preventiva en cáncer de mama y enfermedad isquémica del corazón en las principales instituciones médicas, públicas y mutuales, durante el primer año del bienio.

1. Para 1997 el 85% de la población será como prevenir la infección por vía sexual.

2. Para 1997 el 100% de los laboratorios donde se realice extracción de sangre cuenten con servicios de consejería.

3. En 1997 se disminuya en un 20% la transmisión de E.T.S.

4. Para 1997 se disminuya en un 20% el subregistro de casos de SIDA.

5. Para 1997 la transmisión del VIH por transfusión no sea mayor de 0,06%.

6. Para 1996 todos los Bancos de Sangre y laboratorios del país integren la red de control de calidad.

1. Mantener la incidencia nula de casos de rabia humana y animal.

2. Mantenimiento de la cobertura de tamizaje serológico para Chagas al 100% de los volúmenes donados y bancos de sangre del país.

3. Corte de la transmisión vectorial de T.cruzi sostenido, con eliminación total de T.infestan de los departamentos endémicos del norte uruguayo (Rivera, Tacuarembó, Salto, Paysandu y Río Negro).

4. Tener funcionando en el final del período 19 sistemas de vigilancia y control de zoonosis, en todos los departamentos del país, dentro del marco del Convenio MSP y Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca.

1. Coberturas de inmunizaciones de las poblaciones blancas, cerca del 100% .

2. Detección oportuna y tratamiento adecuado de todos los casos de diarrea y infecciones respiratorias atendidos por los servicios de salud.

3. Establecer sistemas de vigilancia para las enfermedades erradicables en todos los departamentos del país.

Objetivos

Indicadores

PROYECTO 6: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO

Mejorar la capacidad operativa del sector a través del fortalecimiento de la administración y de la gestión.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Apoyar el desarrollo, gestión y coordinación de los programas de cooperación técnica en los países.

1. Ejecutar en lo bienio, por lo menos un 70% de la programación.

1. Realizar todos los trámites necesarios para se ejecuten el 100% de las actividades adecuadamente programadas en el bienio.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	778,200	53.4	962,800	55.0	1,093,000	55.8	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	623,000	42.8	776,100	44.3	874,200	44.6	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	623,000	42.8	776,100	44.3	874,200	44.6
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	105,600	7.2	129,400	7.4	152,500	7.8	
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	105,600	7.2	129,400	7.4	152,500	7.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	49,600	3.4	57,300	3.3	66,300	3.4	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	49,600	3.4	57,300	3.3	66,300	3.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	199,900	13.7	220,700	12.6	244,900	12.5	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	129,500	8.9	143,200	8.2	159,100	8.1	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	129,500	8.9	143,200	8.2	159,100	8.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	70,400	4.8	77,500	4.4	85,800	4.4	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	70,400	4.8	77,500	4.4	85,800	4.4
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	52,100	3.6	58,900	3.4	66,800	3.4	
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	52,100	3.6	58,900	3.4	66,800	3.4	
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA. DE FAMILIA	WCH	52,100	3.6	58,900	3.4	66,800	3.4
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	30,500	2.1	33,300	1.9	36,700	1.9	
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	30,500	2.1	33,300	1.9	36,700	1.9	
EVALUAC./GEST. DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	30,500	2.1	33,300	1.9	36,700	1.9

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	397,300	27.2	475,400	27.1	516,400	26.4	
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	397,300	27.2	475,400	27.1	516,400	26.4	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	397,300	27.2	475,400	27.1	516,400	26.4
GRAN TOTAL	1,458,000	100.0	1,751,100	100.0	1,957,800	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	121,200	16.0	0	-	0	-	
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	121,200	16.0	0	-	0	-	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	121,200	16.0	0	-	0	-
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	635,200	84.0	0	-	0	-	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	635,200	84.0	0	-	0	-	
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	67,800	9.0	0	-	0	-
SIDA	GPA	567,400	75.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	756,400	100.0	0	100.0	0	100.0	

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	1,346,200	2	3	644,500	33,300	13,200	36,000	111,200	55,600	0	452,400
OMS - WR	111,800	0	0	0	50,100	0	16,000	11,400	7,900	0	26,400
TOTAL	1,458,000	2	3	644,500	83,400	13,200	52,000	122,600	63,500	0	478,800
% DEL TOTAL	100.0			44.2	5.7	.9	3.6	8.4	4.4	.0	32.8
1996-1997											
OPS - PR	1,632,200	2	3	832,000	33,300	16,300	36,000	128,500	64,300	0	521,800
OMS - WR	118,900	0	0	0	50,100	0	16,000	13,200	9,100	0	30,500
TOTAL	1,751,100	2	3	832,000	83,400	16,300	52,000	141,700	73,400	0	552,300
% DEL TOTAL	100.0			47.5	4.8	.9	3.0	8.1	4.2	.0	31.5
1998-1999											
OPS - PR	1,830,600	2	3	916,400	33,300	18,800	36,000	148,600	74,200	0	603,300
OMS - WR	127,200	0	0	0	50,100	0	16,000	15,200	10,600	0	35,300
TOTAL	1,957,800	2	3	916,400	83,400	18,800	52,000	163,800	84,800	0	638,600
% DEL TOTAL	100.0			46.7	4.3	1.0	2.7	8.4	4.3	.0	32.6

VENEZUELA

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. De acuerdo con el censo de 1990, la población de Venezuela era de 19.352.222 Habitantes al 30 de junio. Las proyecciones oficiales son que el país tuvo 21.345.470 Habitantes el 30 de junio de 1994 y tendrá 21.644.000 para el 30 de junio del 95, con una tasa bruta de crecimiento de 2.5 al año.

2. La población es predominantemente urbana (84.1%). Es una población joven con 13% en el grupo de 0 a 4 años, 24,3% entre 5 a 14 años, 20,01% entre 15 a 24 años y solamente 4% con 65 años y más.

3. Salud en el desarrollo humano. Las políticas neoliberales aplicadas produjeron en un primer momento un incremento del producto interno bruto, mismo que para 1994 presenta una caída a menos del 3.3%. Simultáneamente, se ha producido un incremento de la pobreza extrema: en 1982 se estimaba que los estratos sociales 1 y 2 eran del orden del 5.5% de la población. Esto se incrementó en 1993 al 8.16% a expensas de un incremento en el estrato 5, que pasó de un 38% en 1982 a un 40% en 1993. (FUNDACREDESA, 1994).

4. Las necesidades básicas insatisfechas (NBI) estimadas para la población venezolana, según encuesta social de 1981, eran del 47% y para 1991 eran del 63%.

5. Durante 1993 y 1994 se ha producido un deterioro socioeconómico debido a procesos inflacionarios y a la reducción del gasto público, iniciados en los años 80. Sumados a los efectos y secuelas aun presentes de los programas de ajuste de los últimos años, se produjeron reacomodos económicos y sociales que han contribuido a incrementar las desigualdades y a acentuar la concentración del ingreso. A la pobreza cada vez más extendida y a los signos obvios de desigualdad, se sumó la evidencia creciente de corrupción y la generalización de un juicio sobre la ilegitimidad de los modelos económicos puestos en práctica.

6. Es importante destacar que la pobreza rural alcanza el 76.8% de los hogares frente al 34.3% de los hogares urbanos, y la pobreza extrema en el medio rural, es el 51% frente al 14.2% en el medio urbano.

7. A principios de 1994, estalló la crisis del sistema bancario venezolano lo que ha intensificado el proceso inflacionario, apareciendo signos de recesión y descontento social. Sin embargo, las reservas en dólares a diciembre de 1994, se estiman en 11.960 millones de dólares y la deuda externa es de 33.000 millones de dólares.

8. Los estudios de la situación de salud según condiciones de vida (UCV/OPS, 1993) han demostrado que existe una correlación entre el porcentaje de necesidades insatisfechas (NBI), de las poblaciones y la tasa de mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad por diarreas, por tuberculosis, por causas obstétricas, por enfermedades transmisibles, por enfermedades inmunoprevenibles, incluidos el tétano neonatal y con la mortalidad no diagnosticada; por lo que las poblaciones prioritarias vulnerables en Venezuela las constituyen las comunidades rurales y urbano marginales.

9. Otra resultante de la situación socioeconómica es el incremento el índice de violencia en las grandes ciudades, condicionado entre otros, por la creciente marginalidad y el incremento del desempleo que se estima en el 9%.

10. La deficiente alimentación, el inadecuado estado de las viviendas y la falta de estímulos psicosociales ha producido una importante problemática de retardo mental.

11. En relación a los determinantes y condicionantes de la problemática nutricional: la canasta básica de alimentos se estimaba en 1983, en 1.100 bolívares mensuales, mientras que en la actualidad se estima en 28.000 bolívares (dos salarios mínimos urbanos). Se suma a lo anterior que en el medio rural se ha producido también un fuerte abandono del campo, ya que en 1988 se estimaban en 2.200.000 las hectáreas cultivadas, y para 1993 estas se estimaban solo en 1.700.000 y el total de personas dependientes de la agricultura, paso de 812.000 a 762.000 Como consecuencia de las medidas económicas.

12. En los últimos años ha habido un éxodo de indígenas hacia las grandes ciudades. Esta situación así como la expansión de la frontera de exploración en las regiones colindantes con Brasil y Guayana, seguirán siendo factores importantes de riesgo hacia el aumento de la incidencia de enfermedades endémicas, como la malaria.

13. En el sector educación, el índice de deserción estudiantil esta estimado en un 9% para la matrícula básica y en un 13.4% En los estudiantes de secundaria. El índice de analfabetismo se estima en 7.8% de la población mayor de 15 años, pero existen estados que varían entre un 12 a 17% de analfabetismo, y no se ha estimado el analfabetismo funcional, pero se estima que es bastante alto en razón de que solamente el 40% culmina la educación primaria.

14. Las crecientes desigualdades sociales se expresan en situaciones de inequidad en salud, como se evidencia en los indicadores tradicionales del estado de salud: la esperanza de vida al nacer esta muy próxima a los 70 años, siendo esta para varones de 67 años y para mujeres de 73,3 % en 1990. Estudios recientes de FUNDACREDESA destacan que esta no es uniforme, ya que el promedio de edad al morir para el estrato 1 y 2, se estima en 70 años, mientras que en el estrato 3 es de 62, en el estrato 4 de 61 y en el estrato 5 de 58 años.

15. Las principales causas de muertes son la enfermedad del corazón, cáncer y accidentes. Solo dos de las 10 primeras causas son infecciosas, la neumonía y las enteritis y otras enfermedades diarreicas.

16. La caracterización de la mortalidad según los años de vida potencialmente perdidos demuestran que las afecciones originadas en el período perinatal, representan el 21,6% de estas y los accidentes el 13.7%.

17. En los estudios señalados, la mortalidad no diagnosticada en las parroquias que tienen entre el 80 al 100% de las NBI es de 32.6% mientras que las que tienen del 0 al 20% solamente son del 2.6%.

18. Las enfermedades transmisibles son tres veces más frecuentes en las parroquias que tienen entre el 80 al 100% del NBI, que entre las que tienen del 0 al 20%. La mortalidad infantil es dos veces más frecuente en los grupos que tienen entre el 80 al 100% del NBI, contra los que tienen del 0 al 10%.

19. Entre otros indicadores la tasa específica de mortalidad infantil se estima en 27.4/1.000. La mortalidad materna registrada se ha mantenido en alrededor del 60/100.000 nacidos vivos. Como uno de los condicionantes de estas situaciones se identifica el hecho de que la encuesta social de 1992 registro bajas coberturas cualitativas en atención prenatal, solamente el 7.1% De las mujeres embarazadas tienen 4 y más consultas, estimándose la cobertura institucional en 90%.

20. Desarrollo de sistemas y servicios de salud: El sector salud esta conformado por múltiples entes dispensadores de salud (aproximadamente 127 instituciones), las que se han hecho cada vez más inoperantes, ineficientes y poco justas y que están agrupadas en dos sectores, el público y el privado.

21. El sector público esta conformado por diferentes organismos, entre los cuales esta el ministerio de Sanidad y Asistencia social con un 49% de la demanda; el Instituto Venezolano de los seguros sociales 32%; el Instituto de Previsión y Asistencia del Ministerio de Educación (IPASME) 3%; Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas y la Gobernación del Distrito Federal. En estos organismos públicos existen una notoria falta de coordinación, lo que se traduce en una creciente duplicación de recursos y una insatisfactoria prestación de servicios. Recientemente se ha unificado a nivel de Caracas un gabinete de Salud que integra la infraestructura del Ministerio de sanidad con la Gobernación.

22. El sector privado ha crecido progresivamente con características de disgregación y sin control, siendo algunos de ellos ineficientes, con progresivo incremento de costos y falta de equidad en la atención de salud.

23. El presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que en 1994 fue de 87.000 millones de bolívares, tuvo la siguiente composición de gastos: 71% en atención hospitalaria; 12,6% en atención ambulatoria; 5,6% atención del ambiente; 10,7% a programas y 0,3% a promoción social (rondon, r., 1994). Para 1995 se ha aprobado 193.681 millones (7%) para el Ministerio de Sanidad del presupuesto nacional.

24. En general se estima en 442.000 millones de bolívares la inversión en salud en 1994, lo que da un per-cápita aproximado de más de 100 dólares por persona.

25. Frente a la situación de recursos escasos y la urgente necesidad de reorganizar la prestación de servicios de salud, existe una tendencia a enfatizar la necesidad de hacer análisis de la situación de salud por los niveles locales, por lo que se han iniciado trabajos de integración de la captación y utilización de la información epidemiológica y de salud en general procedente de diversas fuentes (SISVAN, morbi-mortalidad, condiciones de vida, servicios y demografía, etc) con fines de poder priorizar problemas de salud y grupos poblacionales para la colocación de recursos críticos.

26. En el cuatrienio 1990/1993, a nivel nacional se definieron las prioridades políticas, estimulándose el proceso de descentralización, el que se inicia

efectivamente en octubre de 1994. En 1995 abarca siete estados, estando en proceso tres estados más y un cuarto en donde se acaba de firmar el convenio de transferencia de competencias y responsabilidades.

27. El seguro social se encuentra en proceso de reestructuración y ha firmado 10 convenios con diferentes estados, conformándose comisiones mixtas para realizar estudios y recomendaciones para lograr las transferencias definitivas de los servicios.

28. Hay voluntad política para impulsar la descentralización de los estados, lo que se lograría en su totalidad para el año 2002, con el objetivo de lograr 23 direcciones autónomas que constituyan sistemas regionales de salud.

29. En Venezuela, existen interesantes experiencias en el proceso de sistemas locales de salud, en 26 distritos sanitarios y se han iniciado el proceso de municipios hacia la salud en 10 municipios.

30. Promoción y protección de la salud. La estrategia global de la atención primaria de salud identificada como la solución de los problemas esenciales de las comunidades es identificada como una de las respuestas más efectivas frente a la compleja situación de salud del país, priorizándose como campos de acción en salud la promoción y la prevención.

31. En mujer, salud y desarrollo, el estudio de condiciones de vida y salud en Venezuela, ha demostrado que el binomio de mujer-pobreza es el más postergado del país, ya que tanto el embarazo de adolescentes menores de 15 años, como el de mujeres entre 45 y 49 años, es más frecuente en las parroquias con alto porcentaje de NBI. Además se han iniciado proyectos sobre maltrato de la mujer y se han continuado las iniciativas sobre prevención y atención a la violencia contra la mujer. El liderazgo de la mujer en las iniciativas locales, es recondo y se ha priorizado la capacitación de las mujeres para promocionar el desarrollo social en los niveles locales.

32. Hay experiencias locales en marcha en promoción y prevención, tales como la intervención sobre factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles en los municipios de Baruta y el Hatillo, con plena participación social; el programa tabaco y salud, que logro la prohibición de fumar en los vuelos nacionales, centros de salud y escuelas entre otros; el inicio de la reestructuración de la atención psiquiátrica, con la incorporación de 5 regiones del país y el cierre de algunas colonias psiquiátricas; el diagnóstico y plan de acción de la salud mental y la propuesta de un sistema de información más actualizado, así como el de un sistema de vigilancia epidemiológica de la farmacodependencia.

33. El proyecto compromiso con la vida, es un proyecto del estado venezolano conducido por el ministerio de sanidad, en el que se han definido como prioridades para 1995 reducir la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la mortalidad por accidentes y la mortalidad por cancer del cuello uterino.

34. Paralelo a estas iniciativas, se esta avanzando en un proyecto nacional de promoción de la salud en las escuelas, que integrará las acciones ya en desarrollo

de masificación de la educación en las áreas de salud oral, SIDA, teniasis y cisticercosis, y otros problemas prioritarios de salud identificados a nivel nacional y de cada una de las regiones sanitarias.

35. Se ha iniciado el programa de fluoruración y yodación de la sal para la prevención de las caries y de las deficiencias de yodo y el programa de protección de alimentos de la Isla de Margarita, fomentando la estrategia de salud y turismo.

36. Cabe también destacar el programa de comunicación en salud, el que conjuntamente con nuestra cooperación ha logrado el establecimiento de dos cátedras de salud en las escuelas de periodismo y a nivel nacional existen páginas de salud en los principales órganos de divulgación masiva de los niveles estatales.

37. Sin embargo, en materia presupuestaria estas actividades cuentan con muy escasos recursos, pero esta siendo muy enfatizadas en los niveles locales para conseguir la plena participación social en su establecimiento.

38. Desarrollo y protección del ambiente. Venezuela ha aumentado considerablemente su cobertura de servicios de salud ambiental, pero se registran desigualdades en las áreas urbano-marginales y rurales. Hay un proceso de regionalización y descentralización de las empresas operadoras de estos servicios, y la responsabilidad del manejo de desechos sólidos ha iniciado a ser traspasado a los municipios.

39. El suministro de agua y la disposición de excretas proporcionan una cobertura de 85% y 61%, respectivamente, en los habitantes urbanos y un 80 y 15%, respectivamente, en los habitantes rurales. No obstante estas coberturas se han deteriorado, debido a la ausencia del incremento de las tarifas y a la ineficiencia de los establecimientos centralizados, además de un servicio de mantenimiento inadecuado.

40. La promulgación de la ley penal del ambiente, ha determinado que tanto la industria petrolera como la petroquímica, destinen importantes recursos para evitar los riesgos a su producción, habiéndose promovido la epidemiología ambiental.

41. Se ha creado el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad laboral y existe la propuesta de la elaboración de un plan básico de salud ocupacional.

42. El hecho de que el cólera afectara, fundamentalmente a las poblaciones indígenas, a las poblaciones rurales y a las urbano-marginales, ha evidenciado la necesidad de desarrollar tecnologías apropiadas y metodologías de análisis de costo mínimo, las que recientemente han comenzado a ser adoptadas por las universidades nacionales.

43. Algunas organizaciones no-gubernamentales y algunas alcaldías han aplicado tecnologías apropiadas en las áreas críticas, sin embargo lamentablemente aun las instituciones oficiales, no están desarrollando acciones de impacto en esta área.

44. Control y prevención de enfermedades: La certificación de la erradicación de la poliomielitis, cuyo último caso ocurriera en Venezuela en 1990, el programa de la eliminación del sarampión que en 1994 alcanzó una cobertura de 97% de la población < de 15 años, y el programa de la eliminación del tétanos neonatal, que al focalizar sus acciones en las parroquias postergadas del país, ha conseguido

disminuir a menos de una docena de casos al año esta enfermedad, serían los éxitos más importantes de esta área.

45. La utilización de estrategia de detección temprana y tratamiento precoz, la estratificación epidemiológica y el ordenamiento territorial han posibilitado la focalización de la malaria en sus nichos ecológicos, reduciéndose esta a cifras de 10.000 casos anuales, después de que en años anteriores se habían alcanzado cifras mayores a 50.000 casos por año.

46. De 1989 a 1990, se registro en el centro del país una epidemia de dengue hemorrágico con 12.220 casos y 73 defunciones. En 1993 y 1994 hemos tenido también nuevas situaciones epidémicas, por lo que el dengue se puede considerar ya en Venezuela como una enfermedad endémica.

47. En 1992 el colera se extendió a prácticamente todo el país, afectando 18 de las 23 entidades federales, registro 2.852 casos con 1.226 hospitalizaciones y 68 defunciones. Tuvo presencia durante 1993 en menor envergadura y no se ha registrado ningún caso durante 1994.

48. La lepra mantiene una distribución en 5 estados y en dos de ellos se encuentra actualmente en expansión. Por la elevada proporción de casos detectados en menores de 15 años, siendo la detección diagnóstica muy tardía. A partir de 1984, se viene desarrollando un ensayo clínico con la vacuna en tres estados del país.

49. En cuanto a tuberculosis, se ha ampliado la cobertura y capacidad de resolución del programa de control y en relación a SIDA se ha consolidado el programa nacional, con capacitación intra y extramuros, producción de material impreso para la diseminación de información, disminución del rechazo hacia los afectados y a los enfermos; supervisión de bancos de sangre y laboratorios; notificación oportuna y la implementación del registro de infectados, así como la realización de la investigación sobre costos de atención, se ha elaborado el plan de mediano plazo para prevención y control del VIH/SIDA para el periodo 1995/1997.

50. La rabia ha quedado restringida a la ciudad de Maracaibo y áreas colindantes, y en materia de salud animal, se ha formulado proyectos de erradicación de la fiebre aftosa y de la tuberculosis bovina y de control de la rabia paralítica.

Prioridades y planes para el desarrollo nacional en la salud

51. Salud en el desarrollo. El gobierno de Venezuela se propone lograr un desarrollo económico con equidad y para ello busca avanzar en la reconstrucción del país, con una firme voluntad redistributiva para avanzar hacia la justicia social, de forma de conseguir que los venezolanos disfruten en forma mas equitativa del desarrollo. Esto implica de acuerdo con el compromiso de solidaridad social del gobierno, la formulación y ejecución de una política social que comprende el mejoramiento del acceso de los servicios de salud, educación, vivienda, seguridad personal, medio ambiente, recreación y justicia.

52. Luce como uno de los objetivos del programa de estabilización y recuperación económica, el mejorar la calidad de vida de la población y lograr avances significativos en la reforma del estado.

53. La problemática mas significativa y el reto social de mayor envergadura, es el deterioro de los indicadores de salud y las importantes desigualdades en las condiciones de salud y de nutrición, entre diversos grupos de población.

54. Las políticas del sector salud, estan orientadas por los principios básicos de equidad, solidaridad, universalidad, democracia, honestidad y eficiencia.

55. Se ha priorizado el desarrollo de nuevos modelos de atención en salud a la población, a fin de mejorar el acceso y la cobertura de la red de servicios, fortaleciendo a la epidemiología para la utilización del enfoque de oportunidades de vida y de riesgo para orientar los recursos hacia la atención de los problemas prioritarios de salud, enfatizándose el análisis de la situación de salud, los estudios de impacto de las estrategias de intervención y la vigilancia epidemiológica.

56. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Con fines de lograr una salud digna para la población venezolana, se plantea una reforma del sector salud, basada en las siguientes estrategias:

57. Integración del sector salud: pretendiéndose redefinir la misión social de las diferentes instituciones del sector salud, para lograr la integración plena bajo la conducción, regulación y rectoría del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

58. Reestructuración del aparato institucional del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en las áreas orgánica, funcional, financiera, física y de recursos humanos, para que las direcciones regionales de salud y los distritos sanitarios asuman nuevos roles que le corresponden dentro de la descentralización.

59. Descentralización de los servicios de salud: impulsando una transformación política-administrativa, orientada hacia la transferencia de competencias y de servicios hacia la gobernación del estado, y luego por legislación y acuerdos locales de aquellos, hacia los municipios y parroquias, manteniendo el nivel central las atribuciones rectoras constitucionales del listado de políticas, normas, técnicas y de supervisión hacia los servicios descentralizados.

60. Actualización de la legislación sanitaria: mediante la creación de una nueva ley de sanidad nacional, que contemple la normativa para el nuevo papel rector del MSAS, que permita adecuar la legislación en salud: Ley orgánica de sanidad nacional 1930; Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 1987; Ley del Seguro Social 1946; modificación del artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina 1973, entre otros.

61. Promoción y protección de la salud. Buscando privilegiar los servicios preventivos, reforzando y promoviendo la estrategia global de atención primaria de salud, con la finalidad de incrementar la cobertura, calidad y la frecuencia de contacto para grupos de población sobre lo que impacta más la pobreza, con servicios donde se logre una distribución mas equitativa y efectiva de los recursos humanos y económicos, con participación activa de la población, buscando otorgar a las personas un mayor control sobre su salud en la participación comunitaria, con la finalidad de un uso inteligente y solidario de los servicios, para intervenir en la gestión y de esta manera funcionar como mecanismo de control social de los mismos.

62. La definición de los servicios y programas prioritarios se harán en base al perfil epidemiológico de las poblaciones y de acuerdo a los niveles de pobreza de las comunidades.

63. Protección y desarrollo del ambiente. Existe un plan de inversiones en ambiente y salud, el cual tiene varios proyectos a saber: proyecto de protección y conservación de fuentes de agua, con un componente de calidad de agua potable a través del Ministerio del Ambiente; el Fondo de Inversión Social, para apoyo técnico a las municipalidades para sistemas locales de agua; un proyecto de saneamiento del litoral central, con componentes de dotación de servicios de cloacas y tuberías para la captación y tratamiento natural de las aguas servidas a la población, pretendiéndose un aumento significativo de la eficiencia de los servicios básicos de saneamiento ambiental, así como el establecimiento del plan nacional de salud de los trabajadores e higiene del ambiente laboral.

64. Control y prevención de enfermedades. En cuanto a la prevención y control de enfermedades, la certificación y erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal, así como el incremento de la coberturas de vacunación de las otras enfermedades del PAI.

65. Proyecto de control de endemias, en el que se le da énfasis a la epidemiología, ecología y control de las enfermedades transmitidas por vectores, malaria, chagas, esquistosomiasis, oncocercosis, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, lepra, tuberculosis, parasitosis intestinales por helmintos, así como la prevención del cólera.

66. La disminución de la incidencia de la infección por el VIH y la reducción del impacto social y económico de esta enfermedad, creando concientización política y ciudadana, previniendo la infección, reduciendo el impacto a nivel individual y social, a través de la unificación de los esfuerzos y recursos de la comunidad.

67. La eliminación de la rabia urbana, el proyecto de control de teniasis y cisticercosis, y su ampliación hacia otras regiones endémicas, la eliminación de la fiebre aftosa y otras zoonosis de importancia económica para el país.

Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud

68. Basadas en las prioridades identificadas durante 1994 y el análisis de sus propios recursos, el gobierno ha solicitado asistencia externa en las áreas que se describen a continuación.

69. En lo que respecta a los proyectos directamente relacionados con el sector salud, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha propuesto la implementación de los proyectos: a) Control de enfermedades y b) Proyecto salud: reforma del sistema de salud y fortalecimiento y modernización del sector salud.

70. El primero tiene un financiamiento del Banco Mundial por un monto de US\$94 millones, con los siguientes componentes: Desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica, entomológica, prevención de enfermedades transmitidas por vectores; educación para la salud y tratamiento de aguas, así como también el fortalecimiento institucional mediante actividades de entrenamiento del personal; desarrollo de sistemas de información y construcción de nuevas bases de operaciones.

71. Los segundos, (reforma del sistema salud), con financiamiento del Banco Mundial por 54 millones de dólares, y con el objetivo de mejora de los servicios gubernamentales de atención de salud de los estados Aragua, Trujillo, Zulia y Falcón, y con los siguientes componentes: Política y reforma del sector salud; Descentralización y desarrollo institucional; Rehabilitación física y equipamiento de los establecimiento de salud (4 hospitales y 427 ambulatorios).

72. Y el proyecto de fortalecimiento y modernización del sector salud que cuenta con un financiamiento de 150 millones del Banco Interamericano del Desarrollo con los componentes siguientes: Reestructuración, fortalecimiento y modernización del ministerio de sanidad y asistencia social; Política y reforma del sector; Descentralización de los servicios.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

73. La cooperación técnica de la OPS/OMS en respuesta a las prioridades nacionales identificadas, apoyara la elaboración de políticas y planes, tendientes a la defensa del derecho a la salud como derecho de todo venezolano, apoyando el proceso de reestructuración y de descentralización como las políticas para conseguir la equidad en salud y la universalidad de la atención de los problemas de salud.

74. La recuperación del liderazgo y el papel rector del Ministerio de Sanidad y Asistencia social, así como la diseminación de información sobre el desarrollo de nuevos modelos de gestión y financiamiento y la actualización de la legislación sanitaria en apoyo de este proceso, es importante. La investigación y propuesta de desarrollo de un nuevo modelo conceptual ampliando el espacio de la salud pública, fortaleciendo la atención primaria de salud y su red ambulatoria, así como la formación de sus recursos humanos.

75. La cooperación técnica dirigida a apoyar movilizando recursos nacionales y asesorías técnicas directas, el plan de contingencia para enfrentar la crisis asistencial, el compromiso con la vida, la participación popular y la atención primaria de salud, privilegiando la promoción y la prevención. El uso racional de medicamentos esenciales y el relanzamiento de los programas como los planes a corto y mediano plazo.

76. De tal forma que la reforma del sector salud, la puesta en práctica del proyecto salud con financiamiento multilateral, la descentralización y transferencia de competencias mediante el fortalecimiento de los municipios hacia la salud y los sistemas locales de salud, con prioridad en áreas indígenas, rurales y urbano-marginales y la utilización de la estrategia de atención primaria de salud, privilegiando la promoción y prevención, el adiestramiento para el establecimiento de sistemas integrados de información a través de nuevos modelos de vigilancia epidemiológica y de monitoreo, que permitan las intervenciones en el nivel local, considerando los criterios de oportunidades de vida y de riesgo para focalizar acciones en grupos vulnerables de los diferentes programas de una forma integrada con eficiencia y eficacia, constituyan el marco de la cooperación técnica.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

Se solicita apoyo de la OPS para:

1. Evaluación de los proyectos sociales.
2. Mayor nivel de salud y calidad de vida, mediante la propuesta de nuevos modelos de atención.
3. Reducir las brechas de genero en salud.
4. Gerencia y coordinación del programa de cooperación técnica de Venezuela, Aruba y Antillas Neerlandesas.
5. Establecimiento y desarrollo de municipios hacia la salud y SILOS en áreas indígenas, rurales y urbano-marginales, focalizando acciones en grupos postergados y en grupos de riesgo en niveles locales.
6. Reestructuración, descentralización y transferencia de competencias y reforma integral del sector salud y puesta en práctica del proyecto salud y formulación del plan maestro de inversiones en ambiente y salud.
7. Desarrollo de planes de contingencia ante emergencias y desastres.
8. Investigación y desarrollo de recursos humanos.
9. Establecimiento de sistemas integrados de información y de nuevos sistemas de vigilancia epidemiológica y monitoreo.
10. Medicamentos esenciales.
11. Privilegiar la promoción y la prevención de la salud, e intervenciones del nivel local con criterios de oportunidades vida y enfoque de riesgo, mediante programas integrados eficientes y eficaces.
12. Atención primaria en salud y participación social; puesta en práctica del proyecto compromiso con la vida.
13. Saneamiento básico.
14. Formulación y desarrollo del plan nacional de salud de los trabajadores e higiene del ambiente laboral.
15. Control y prevención de enfermedades y puesta en práctica del proyecto control de endemias.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: EVALUACION DE PROYECTOS SOCIALES

PROPOSITO

Promover y apoyar una evaluación permanente de los proyectos sociales.

1. El país realiza evaluaciones periódicas de los proyectos sociales.
2. Las autoridades nacionales disponen de una base de datos sobre los proyectos sociales.
3. Se evalúa los planes con amplia participación de los niveles regionales y locales.
4. Las autoridades nacionales cuentan con asistencia técnica para la evaluación de los proyectos sociales.

PROYECTO 2: COORDINACION INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA

PROPOSITO

Desarrollo de estrategias integradas, participativas y sostenible de aumento del ingreso familiar para contribuir al logro de mayor equidad, mayor seguridad alimentaria y mejores niveles de salud a nivel rural y urbano marginal en 10 estados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementación de propuestas y estrategias de desarrollo integrado impulsando el mejoramiento de las condiciones de vida familiar, en por lo menos 2 municipios en 10 estados.
2. Fortalecimiento de organizaciones comunitarias para el logro del diseño y ejecución estratégica de proyectos locales y regionales, a nivel rural y urbano marginal.

1. Que el país disponga de instrumentos metodológicos para evaluar los proyectos sociales.

1. Se dispone de un programa de evaluación de los proyectos sociales.

1. Se dispone de indicadores básicos de proyectos sociales.

1. Se realizan reuniones de evaluación de proyectos sociales a nivel regional y local.

1. Se identifica y prioriza la asistencia técnica y se coopera en la evaluación de los proyectos sociales.

1. Funcionamiento de 10 proyectos estatales integrados autosostenibles, con participación comunitaria y captación de recursos locales y externos.

1. Funcionamiento, para fines de 1997, de 10 proyectos estatales de desarrollo diseñados y planificados en coordinación interinstitucional y comunitaria.

1. Para fines de 1997, presencia de grupos comunitarios en diez comunidades de 10 estados capaces de planificar, implementar y evaluar proyectos, movilizándose recursos financieros y humanos integrados.

2. Aumento de la participación de la mujer en el proceso productivo y en las acciones de salud.

3. En marcha sistemas participativos de monitoreo y evaluación de las condiciones de vida comunitarias.

Objetivos

3. Adecuación y optimización del proceso productivo en por lo menos diez comunidades en 10 estados, para satisfacer los elementos de la seguridad alimentaria.

4. Programas de educación permanente y promoción de un modelo integral de salud participativo funcionando en 10 estados.

5. Desarrollo de proyectos de saneamiento básico y uso racional de agroquímicos orientados al control y prevención de daños a la salud, en por lo menos 10 estados.

PROYECTO 3: MUJER, SALUD Y DESARROLLO

PROPOSITO

Fortalecer todas aquellas acciones tendientes a revalorizar y reforzar la capacidad de decisión de la mujer, a promover su autoestima y realización individual y social a proteger y defender sus derechos en salud, a evitar el abuso y violencia contra ella y a promover políticas y acciones dirigidas a eliminar las inequidades de génes en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Promover a nivel nacional y local la generación de conocimientos y la adopción de políticas y planes de acción sobre la situación de salud de la mujer y las "brechas de genero" existentes con enfoque de oportunidades de vida.

2. Haber iniciado la puesta en marcha de por lo menos 4 proyectos locales sobre salud de la mujer con enfoque de genero dirigido a grupos postergados funcionando.

PROYECTO 4: COORDINACION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO

Dirigir, coordinar y administrar los programas de cooperación técnica que adelanta la Organización; búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento para proyectos de cooperación y desarrollo de normas y procedimientos locales para el manejo de la cooperación y la administración.

Indicadores

1. Estudio y desarrollo de procesos productivos alternativos de alimentos.

2. Investigación y desarrollo de sistemas alternativos de financiamiento y comercialización para el logro del abastecimiento continuo de alimentos.

3. Modificación positiva de los hábitos alimenticios buscando un mejor equilibrio nutricional familiar.

1. Presencia activa de comités locales trabajando en aspectos de salud y educación en por lo menos diez comunidades en 10 estados.

1. Establecimiento del plan de uso racional de agroquímicos.

2. Sistemas de vigilancia epidemiológica de niveles de presencia de residuos agroquímicos en productos y personas.

1. Puesta en marcha de 6 iniciativas locales que prioricen el fortalecimiento de las capacidades organizativas y de liderazgo de las mujeres, para vigilar, promover y proteger su salud.

1. Enfoque de genero y condiciones de vida de salud de la mujer, incorporado en el trabajo en salud a nivel de 5 experiencias a nivel municipal.

2. Política de genero en salud diseñada y en ejecución en el MSAS.

1. Grupos comunitarios de salud de la mujer consolidados en por lo menos 4 niveles locales.

1. Incremento de la relación entre recursos extrapresupuestarios y recursos regulares manejados por la representación.

2. Impacto de la cooperación técnica medido en función a un porcentaje ponderado global de cumplimiento de los resultados esperados por proyecto.

3. Plan de desarrollo de la Representación ejecutado.

4. Plan de mejoras físicas y extensión de la cooperación lograda.

5. Incremento del porcentaje de acción interprogramática e interagencial en los proyectos, obtenido.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Gerenciar, coordinar y administrar la Representación en Venezuela, incluyendo apoyo a todos los programas de cooperación técnica.

2. Colaborar con el desarrollo de la cooperación andina en salud (CAS) y el programa de inversiones sobre ambiente y salud (PIAS).

3. Continuar desarrollando la Representación por medio de cursos, técnicas de gerencia y entrenamiento en servicio; y establecimiento del sistema de evaluación de eficacia de servicios.

PROYECTO 5: DESCENTRALIZACION DEL SISTEMAD DE SALUD

PROPOSITO

Fortalecer el proceso de descentralización del sector salud, con criterios de equidad, eficacia, eficiencia a través del desarrollo de los municipios saludables, articulados a los sistemas locales de salud como potenciadores de la estrategia de promoción de la salud, a fin de contribuir al logro de una mejor calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo de, al menos, un area de validación de municipios hacia la salud/SILOS en cada uno de los estados del país.

2. Incorporar la estrategia de promoción y protección de la salud a nivel de los servicios regionales y locales y desarrollo de, al menos, un área de validación de sistemas locales de salud/municipios hacia la salud en cada uno de los 22 estados y del distrito federal.

1. Incrementar en 10% el coeficiente de correlación entre el porcentaje de gastos y el % de entrega de la cooperación técnica, alcanzado en 1995.

2. Incrementar en 10% el manejo de recursos extrapresupuestarios, alcanzados en 1995.

3. Incrementar en 10% el numero de proyectos, obtenidos en 1995, que trabajan con coordinación interagencial.

1. Sistema de monitoreo de salud en el desarrollo hacia la meta de la equidad en el marco de la CAS establecido.

2. Información sobre el total de recursos invertidos adecuadamente en ambiente y salud obtenida.

1. Plan de desarrollo de la representación ejecutado en un 90%.

1. Al termino del bienio 1996-997 cada uno de los 22 estados y el distrito federal tendrán al menos un municipio hacia la salud organizado e integrado efectivamente al sistema local de salud y funcionando.

1. 23 municipios operando como municipios hacia la salud e integrados a los SILOS.

2. Una red nacional de municipios hacia la salud.

3. Al menos, 80% de las experiencias de gestión local, SILOS/municipios hacia la salud, evaluadas técnicamente.

4. Nuevo modelo de integración de distritos sanitarios y municipios, orientados a la producción social de la salud y mejor calidad de vida, diseñado y puesto en práctica en el 100% de las áreas de validación de SILOS.

5. Participación, al menos una vez al año, en reuniones subregionales andinas (CAS) sobre puntos focales en modernización y reorganización de sistemas de salud.

1. Por lo menos 23 sistemas locales de salud funcionando con programas específicos de promoción y protección de la salud.

2. Por lo menos 23 municipios hacia la salud funcionando con programas específicos de promoción y protección de la salud.

3. 10 conferencias zonales de reestructuración de la atención psiquiátrica con enfoque comunitario.

Objetivos

3. Incorporar contenidos de promoción y protección de la salud en los programas de enseñanza a nivel de pre y posgrado en las ciencias de la salud.

4. Optimizar la calidad de los sistemas de información a nivel regional y municipal.

5. La comunidad para la salud un área de desarrollo prioritario; intersectorial y multidisciplinario; orientada por el enfoque de promoción de la salud.

6. Capacidad de liderazgo y de gestión del Ministerio de Salud Desarrollada.

7. Cinco experiencias sistematizadas y difundidas de gestión social integrada en sistemas locales de salud/municipios hacia la salud ubicados en áreas indígenas, rurales y urbano marginales.

8. Proceso capacitante en administración estratégica local elaborado, validado y difundido en las 23 entidades federativas del país.

Indicadores

1. Asesorías internacionales con especialidad en las áreas específicas: salud mental comunitaria, reestructuración de la atención psiquiátrica, geriátrica y accidentes realizadas.

2. 10 talleres de trabajo para la inclusión, promoción y protección de la salud en las currículas.

1. Por lo menos 10 estados y dos municipios usando el codificador internacional de discapacidad.

2. Estados y municipios se habrán incorporado al sistema de vigilancia epidemiológica en fármacodependencia.

3. Por lo menos 6 estados y 6 municipios incorporados al sistema de vigilancia epidemiológica en accidentes de tránsito.

1. Diseño, desarrollo y monitoreo de planes de comunicación para la promoción de la salud a nivel central y en por lo menos 4 estados y 2 municipios.

2. Consolidación de espacios para la promoción de la salud en por lo menos en 85% de los medios de comunicación nacional y regional.

3. Desarrollo y monitoreo de cátedras de comunicación para la salud en el 100% de las escuelas de comunicación para el país.

4. Un programa de formación de comunicación para la salud, a nivel de postgrado diseñado.

1. Acreditación del 90% de los servicios de salud públicas y privadas del país.

1. Sistematización y evaluación, al menos, una experiencia de sistemas local de salud integrado al municipio hacia la salud, en (2) áreas indígenas, dos rurales y una urbano-marginal.

2. Publicación periódica sobre "gestión social en salud" funcionando como órgano técnico de comunicación social entre diferentes sistemas regionales y locales de salud.

1. Material educativo sobre la administración estratégica local elaborado, validado y difundido en las 23 entidades federativas del país.

2. Talleres sobre conducción, programación y gerencia estratégica local desarrollados en el 80% de los sistemas locales de salud en operación.

3. Al menos 30% de los docentes de las facultades relacionadas con ciencias de la salud capacitados en administración estratégica local.

Objetivos

9. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN), integrados y en funcionamiento en los niveles locales.

10. Políticas dirigidas a disminuir las inequidades en materia alimentaria y nutricional, de individuos y grupos, con énfasis en el fomento de la lactancia materna y el suministro de nutrientes carentes en la zona, promulgadas y ejecutadas.

11. Recursos humanos de la sociedad civil organizada, del nivel político local y del equipo de salud, capacitados y actualizado en materia de seguridad alimentaria y nutricional.

12. Una adecuada salud alimentaria promocionada a través de la comunidad y la educación en salud.

13. Sistemas de información en protección de alimentos (SIPAL) y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos (VETA) en funcionamiento.

Indicadores

1. Por lo menos en un municipio de siete estados del país, se hayan organizado y estén funcionando sistemas locales integrados de vigilancia alimentaria y nutricional.

1. Por lo menos en un municipio de 7 estados del país, se promulguen decretos, ordenanzas y/o resoluciones contra las inequidades en materia alimentaria.

2. Que por lo menos el 10% de la sociedad civil organizada de esos municipios este sensibilizada y participe en la toma de decisión y en el control y seguimiento de las políticas promulgadas.

3. Creación de un comité de lactancia materna en cada uno de los municipios intervenidos.

1. Un taller semestral local multidisciplinario e interinstitucional en materia de seguridad alimentaria, nutricional y lactancia materna en cada uno de los municipios intervenidos.

2. Capacitar por lo menos dos miembros de cada una de las organizaciones civiles, diez del nivel político local y diez del equipo de salud local en cada uno de los municipios objeto de la intervención.

3. Siete consejos de seguridad alimentaria local, establecidos.

1. Componentes de salud alimentaria incorporados en el 90% de los medios de comunicación masiva local, en cada uno de los municipios objeto de la intervención.

2. Componentes de salud alimentaria incorporados en todos los grados de la enseñanza de la escuela básica.

3. 80% De los maestros promotores de salud, de los municipios intervenidos, formados en seguridad alimentaria y nutricional.

1. SIPAL y VETA funcionando en 7 regiones del país.

Objetivos

PROYECTO 6: REFORMA DEL SECTOR SALUD

PROPOSITO

Impulsar el proceso de transformación integral del sector salud, de acuerdo con la política nacional de desarrollo y de salud, basado en las estrategias de integración sectorial.

Reestructuración ministerial, descentralización de servicios y actualización de la legislación sanitarias, y orientado hacia la reducción de inequidades en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Legislación sanitaria actualizada en concordancia con la propuesta de reforma del sector salud del ejecutivo y los acuerdos logrados en el parlamento.

2. Propuesta de reforma integral del sector salud, que incluya, al menos, lo referente a las funciones reguladoras, financieras y de provisión de servicios acreditados, elaborada y difundida en el 100% de las instituciones públicas y en el 70% de las privadas del sector salud.

3. La unidad coordinadora del proyecto salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con apoyo financiero multilateral, dispone de capacidad para el análisis, elaboración y gestión de proyectos requeridos para la reestructuración, fortalecimiento y modernización del sector salud.

4. El gobierno de Venezuela dispondrá de un plan maestro de inversiones en ambiente y salud.

Indicadores

1. Al término del bienio 1996-1997, se habrá iniciado la reforma del sector salud en sus fases de fortalecimiento de la gestión pública y unificación de los servicios públicos descentralizados, con desarrollo de la función de regulación, control y de rectoría del Ministerio de Salud.

2. Al término del bienio 1996-1997 estará vigente una nueva ley marco sobre el sector salud en Venezuela.

1. Comisiones de salud de senadores y de diputados actualizadas en lo referente a legislación sanitaria en el país, en América Latina y el Caribe y en otros países seleccionados del mundo.

2. Al menos tres (3) foro-debates a nivel nacional sobre la reforma sectorial, realizados.

3. Nueva legislación sanitaria promulgada en la "Gaceta Oficial".

1. Propuesta de reforma integral del sector salud, validada y aprobada por las autoridades del gobierno central.

2. Proyecto de reforma sectorial promovido y difundido con técnicas e instrumentos provenientes de la educación, la comunicación y el mercado social.

1. Relaciones entre el Ministerio de Sanidad y OPS/OMS, institucionalizadas y debidamente formalizadas en acuerdos.

2. Un documento de trabajo elaborado y difundido sobre la aplicabilidad de los estudios y disposiciones legales requeridos para los modelos de atención, gestión y financiamiento en salud.

3. Participación, al menos una vez por año en reuniones subregionales andinas (CAS) sobre puntos focales en el área prioritaria "salud en el desarrollo".

1. Evaluación de las inversiones venezolanas en ambiente y salud, realizada y difundida.

2. Solicitud del gobierno para integrarse al fondo multilateral de preinversión en ambiente y salud, enviada y aprobada.

3. Un documento sobre lineamientos para la formulación del plan maestro de inversiones en ambiente y salud, elaborado y difundido.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 7: PREPARACION PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES****PROPOSITO**

Disponer a nivel nacional de planes de respuesta ante emergencia y desastres.

RESULTADOS ESPERADOS

1. A nivel nacional los hospitales dispondrán de planes de emergencia y desastre.
2. A nivel nacional existirá una coordinación de actividades de prevención y atención ante emergencia y desastre.
3. Las instituciones relacionadas con las emergencias y los desastres dispondrán de información actualizada.
4. Las instituciones venezolanas (Ministerio de Relaciones Interiores, Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpo de Bomberos), dispondrán de equipos de expertos en las diversas áreas relacionadas con los desastres.
5. Tres (3) hospitales ubicados en áreas sísmicas tendrán desarrollado (1) un estudio de vulnerabilidad funcional y estructural.
6. Las instituciones de enseñanza primaria y superior tendrán en sus programas tópicos sobre emergencia y desastres.

PROYECTO 8: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**PROPOSITO**

El campo de recursos humanos será objeto de planificación participativa entre los diferentes actores que condicionan el campo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Las 23 regiones sanitarias y por lo menos el 75% de los niveles locales con planes estratégicos de formación y capacitación en desarrollo.

1. Existencia del sistema nacional de defensa civil y atención de emergencias y desastres que formule los planes de contingencia y desarrolle los simulacros en comunidades e instituciones.

1. Los hospitales ubicados en las áreas sísmicas dispondrán de planes ante emergencias y desarrollaran simulacros.

1. Las instituciones con competencia en las emergencias y desastres estarán formulando planes conjuntos ante emergencias y desastres.

1. Las instituciones (MRI-MSAS) dispondrán de las bases de datos desindex.

1. Existencia de equipos entrenados, debidamente evaluados y especialistas ubicados en diversas áreas relacionadas con los desastres.

1. Hospitales ubicados en las áreas sísmicas (Andes, centro, estado Sucre), dispondrán de la evaluación funcional y estructural y la institución rectora habrá iniciado acciones de mitigación en las instalaciones hospitalarias.

1. 100% de la población que recibe educación formal, estará en conocimiento de tópicos sobre emergencias y desastres.

1. Sistema de información de recursos humanos en desarrollo, actualizado y utilizado para toma de decisiones.

2. Políticas y prioridades de formación y capacitación definidas y utilizadas por las diferentes instituciones para su planificación.

3. RRHH con capacidad de respuesta integral frente a la problemática de salud.

1. Núcleos regionales y locales de formación y capacitación consolidados.

2. Sistema de monitoreo de formación y capacitación en funcionamiento en el 100% de las regiones.

Objetivos

2. Procesos educativos de por lo menos el 50% de las facultades del área de la salud en correspondencia con situación de salud nacional y regional.

PROYECTO 9: LIDERAZGO EN SALUD PUBLICA

PROPOSITO

Recuperar para la salud pública su liderazgo, prioridad y su potencialidad técnico-política.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El 100% de las facultades y escuelas del área de la salud a nivel universitario habrán implementado espacios curriculares en salud pública incrementando la cantidad y calidad de investigaciones en salud pública.

2. Programa de promoción de la salud a nivel escolar y comunitario en implementación.

3. Por lo menos el 60% de los estados con planes de fortalecimiento de la epidemiología y de la gestión en salud en desarrollo.

Indicadores

1. Por lo menos el 50% de las curriculas son diseñados, ejecutados y evaluados por grupos integrados por universidades y servicios.

2. Indicadores de gestión de calidad de la educación definidos y generando información utilizada para ajustes y re-orientaciones.

1. Los gerentes en salud utilizaran como criterio decisorio prioritario el análisis socioepidemiológico.

2. Las acciones de promoción y prevención en salud se incrementarán programática y presupuestariamente en por lo menos un 60% de lo actual.

1. Cuatro (4) proyectos de investigación en salud pública en desarrollo.

2. Por lo menos el 50% de los docentes del área de la salud, capacitados en salud pública.

3. El 100% de las facultades del área de la salud con centro de documentación e información en salud pública consolidados.

4. Por lo menos el 70% de las facultades con procesos de integración docente asistencial consolidados y con monitoreo y evaluación participativos.

5. Apertura de por lo menos una (1) maestría mas en salud pública.

6. 20 Escuelas de 5 universidades con intervenciones conjuntas con los servicios y gobiernos locales.

1. Comisión nacional y comisiones regionales interinstitucionales para la promoción de la salud conduciendo y desarrollando planes conjuntos.

2. Por lo menos el 50% de las escuelas a nivel nacional integradas al programa.

3. Planes de comunicación en salud a nivel masivo y alternativo en desarrollo en por lo menos el 60% de los estados.

1. En desarrollo 6 cursos de posgrado en gestión en salud, conducidos por grupos integrados servicios-universidad.

2. Planes regionales y distritales de capacitación en epidemiología en desarrollo en por lo menos el 60% de los estados.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 10: DESARROLLO TECNOLÓGICO****PROPOSITO**

Fortalecer la producción, circulación, intercambio y utilización de los conocimientos, tecnologías y prácticas en salud; institucionales y no convencionales en coherencia con la situación de salud de la población venezolana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La cooperación internacional en salud responderá a políticas y prioridades definidas participativa y estratégicamente por el MSAS.
2. Monitoreo del campo tecnológico en salud en por lo menos el 50% de los estados.
3. Políticas y prioridades de investigación en salud pública definidas a nivel nacional e n por lo menos 50% de los estados.

PROYECTO 11: MEDICAMENTOS ESENCIALES**PROPOSITO**

Promover el establecimiento de un servicio farmacéutico nacional que garantice la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales de calidad comprobada, especialmente a las comunidades mas postergadas.

RESULTADOS EPERADOS

1. Disponer de un programa de suministro de medicamentos integrado, moderno y eficiente.
2. Disponer de un programa de acción para promover y estimular el uso racional de los medicamentos.

1. El modelo de atención en salud integrara a nivel político-informativo los conocimientos, tecnologías y prácticas no convencionales en salud que tengan impacto positivo sobre la situación de salud de la población.

2. La investigación sobre prioridades de salud pública se incrementara en por lo menos un 40%.

3. El 100% de la cooperación internacional en salud estará orientada hacia las prioridades definidas estratégicamente.

1. Comité interinstitucional de becas consolidado y conduciendo planes estratégicos.

2. Monitoreo del 100% de la cooperación técnica en salud.

1. Diseño e implementación de sistemas de información en tecnología.

2. Grupos de monitoreo (servicio-universidad) consolidados en por lo menos 50% de los estados.

1. Grupos de conducción de la investigación en salud (servicio-universidad) consolidados en por lo menos 50% de los estados.

2. El apoyo técnico y financiero (nacional e internacional) a investigaciones en salud pública se incrementara en por lo menos un 40%.

1. Que el estado cuente con un servicio farmacéutico nacional, funcionando eficientemente.

1. Para finales de 1997 en funcionamiento 4 nuevas cooperativas de suministro de medicamentos en igual numero de entidades federales.

2. Reestructurados los servicios farmacéuticos de por lo menos el 50% de los distritos sanitarios del país.

3. Adiestrados en suministro de medicamentos y en farmacia simplificada, el 50% del personal involucrados en los servicios farmacéuticos institucionales, a nivel nacional.

1. Para 1997, en circulación y distribuido a nivel nacional, la 2da. Edición del FIN y la versión 2.0 De SAFTEN.

2. Para 1997 establecidos y en funcionamiento los comités fármaco terapeutico en cada dirección regional de salud (23) y del 50% de los distritos sanitarios del país.

Objetivos

3. Contar con un sistema ágil y eficaz para el control post-registro de medicamentos.

PROYECTO 12: SALUD REPRODUCTIVA Y DEL ADOLESCENTE

PROPOSITO

Promover la protección de la salud integral de la mujer, el crecimiento y desarrollo del niño y la salud integral del adolescente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Apoyar la ejecución de un plan de promoción de la salud de la mujer.
2. Desarrollar propuestas de atención integral de salud reproductiva de la mujer en las unidades operativas.
3. Promoción de la aplicación de normas de control y crecimiento de niños menores de 7 años.
4. Promoción de la utilización del manual actualizado de salud escolar para los maestros.
5. Control y tratamiento adecuado de los casos de diarrea.
6. Control y tratamiento adecuado de los casos de IRA.
7. Poner en ejecución el programa de atención integral al adolescente.

Indicadores

3. Para 1997 funcionando a nivel de cada dirección regional, el programa de farmacovigilancia nacional del INH "R.R."

4. Para finales de 1996 en funcionamiento la asignatura: uso racional de medicamentos en escuelas de salud pública.

1. En funcionamiento un programa sobre control postregistro de medicamentos con cobertura sobre el 50% de las especialidades farmacéuticas que se expenden en el país.

2. Realizado un curso anual sobre capacitación en producción y control de calidad de productos biológicos.

1. Disponer de un plan de promoción de la salud integral de la mujer, del niño y del adolescente.

1. Disponer de un plan nacional de promoción de la salud de la mujer.

1. Las autoridades nacionales cuentan con un plan de atención de salud reproductiva.

1. Los establecimientos de salud cuentan con normas de crecimiento y desarrollo y su personal capacitado para aplicar las normas.

1. Los maestros disponen de un manual de salud escolar y están capacitados para utilizarlos.

1. Disminución de la mortalidad por diarrea en un 20%.

1. Disminución de la mortalidad por IRA en un 20%.

1. Disponer de planes y programas estatales de atención integral al adolescente, en 4 estados.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 13: SALUD BUCAL****PROPOSITO**

Mejorar las condiciones de salud bucal de la población en mayor riesgo, privilegiando la promoción y la prevención y readecuando la respuesta científico-técnica y social de la odontología venezolana a las necesidades de la comunidad. Al término del bienio 1996-1997, se habrá fortalecido la capacidad de conducción y liderazgo de la odontología, al menos el 60% de los sistemas regionales de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. El componente de salud bucal incorporado en los sistemas regionales y locales de salud.
2. El programa nacional de fluoruración de la sal de consumo humano para la prevención masiva de caries dentales, consolidado en un plan estratégico nacional.

PROYECTO 14: SANEAMIENTO AMBIENTAL**PROPOSITO**

Suministro eficiente en cantidad y calidad de los servicios básicos en saneamiento ambiental.

RESULTADOS ESPERADOS

1. A nivel nacional el suministro de agua será en cantidad y calidad adecuada a la normativa legal vigente.

2. Al término del bienio 1996-1997, por lo menos el 80% de los sistemas locales de salud funcionando con estrategias de promoción de la salud habrán incorporado servicios integrales de salud bucal.

1. Una propuesta de salud bucal integral, con énfasis en promoción y prevención, elaborada y aprobada por las autoridades superiores de salud pública.

2. Un sistema de vigilancia estratégica en salud bucal en operación, por lo menos en el 80% de los sistemas locales de salud ubicados en 12 estados descentralizados.

1. Información actualizada sobre la cobertura lograda en la primera etapa del programa, realizada y analizada con enfoque estratégico.

2. Un documento de trabajo sobre las estrategias de ampliación de cobertura y consolidación a nivel nacional del programa de fluoruración de la sal, elaborado y difundido.

3. Estrategia de articulación servicio-docencia-comunidad en salud bucal en operación con las seis facultades de odontología del país en sistemas locales de salud en áreas indígenas, rurales y urbano-marginales.

1. Por lo menos en 12 estados, desarrollo de grupos regionales de salud bucal constituidos con participación de servicios públicos de salud, facultades de odontología y asociaciones académicas y gremiales de la región.

2. Por lo menos en 12 estados, organización y funcionamiento de servicios integrados de salud bucal orientado a grupos prioritarios en áreas indígenas, rurales y urbano-marginales.

1. Aumento significativo de la eficiencia de los servicios básicos en saneamiento ambiental comprobado en información oficial de cobertura y calidad.

1. En las 10 ciudades principales del país, el suministro de agua será en cantidad y calidad adecuada a la normativa y evidenciado en el informe oficial de eficiencia.

Objetivos

2. Las zonas predeterminadas para la ejecución de proyectos de desarrollo rural integrado disponen de propuestas en salud ambiental.

3. Los servicios de recolección y disposición de desechos sólidos tendrán oficinas operativas.

4. Las organizaciones públicas vinculadas a los servicios básicos dispondrán de información actualizada del sector.

5. A nivel nacional los hospitales y centros de salud dispondrán de los procedimientos para cumplir el decreto 2218.

6. Desarrollo de proyectos en el marco del plan de inversiones en ambiente y salud.

PROYECTO 15: SALUD DE LOS TRABAJADORES

PROPOSITO

Formulación y desarrollo del plan nacional de salud de los trabajadores e higiene del ambiente laboral.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Desarrollo del plan nacional de salud de los trabajadores.

2. Parametros de control de salud de los trabajadores ensayados y establecidos.

3. Establecimiento de programas de seguridad química en los principales centros de producción de riesgos químicos.

Indicadores

1. El proyecto de control de riesgos a la salud relacionados con el ambiente estará incorporado a las acciones de desarrollo rural integrado en 5 municipios.

1. En 10 ciudades principales los servicios de reducción y disposición final de desechos tendrá eficiencia operativa en mas del 70%.

1. Existencia en la dirección general de calidad ambiental del MARNR de información técnica de los servicios a nivel nacional.

1. Existencia de personal entrenado en la normativa que rige la materia de desechos especiales en todos los centros de salud a nivel nacional.

1. A nivel nacional se realizaran obras en saneamiento básico en el marco del plan de inversiones en ambiente y salud.

1. A nivel nacional se aplicara el plan nacional de salud de los trabajadores.

1. Las instituciones vinculada (MSAS, Ministerio del Trabajo y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales), participarán coordinadamente en la ejecución del plan nacional.

1. Cinco Estados con concentración industrial utilizan los parametros establecidos.

1. En 10 estados con mayor concentración de industrias químicas, deberán de elaborar sus mapas de riesgos tecnológicos.

2. En 5 estados con concentración industrial se dispondrá de servicios de emergencia e información de riesgos químicos.

ObjetivosIndicadores**PROYECTO 16: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES****PROPOSITO**

Fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial del sistema nacional de salud para la prevención y control de las enfermedades transmisibles, con énfasis en la descentralización, estratificación epidemiológica y participación activa de la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Capacitación de recursos humanos, con énfasis en el personal del nivel local para fortalecer las acciones de prevención y control de las enfermedades transmisibles.

2. Establecimiento, sostenimiento y permanente adecuación de la vigilancia epidemiológica en las diferentes estrategias de intervención de las enfermedades transmisibles.

3. Integración a nivel local y regional de las actividades de los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles.

4. Generación e incorporación de nuevos conocimientos relacionados con la prevención y control de las enfermedades transmisibles.

5. Fortalecer la capacidad nacional para el desarrollo de actividades de prevención y control basadas en la participación comunitaria.

6. Incremento de la cobertura poblacional con los inmunobiológicos disponibles y con los tratamientos estandarizados.

1. Políticas, planes y normas en ejecución bajos los principios de la descentralización.

2. Incremento de la cobertura y resolutivez de las acciones integradas de prevención y control.

1. Apoyo a las actividades de capacitación del nivel local en 20 entidades federales.

2. Apoyo a las actividades de capacitación en gerencia a nivel intermedio en 20 entidades federales.

1. Vigilancia epidemiológica establecida, reforzada y adecuada en las diferentes estrategias de intervención en 20 entidades federales.

2. Toda la información generada procesada, consolidada y analizada en un sistema único de vigilancia epidemiológica.

1. Actividades de diagnóstico integrado.

2. Programación integrada.

3. Realización, ejecución y evaluación.

1. Proyectos de investigación relacionados con las enfermedades transmisibles producidos e incorporados.

1. Actividades de participación comunitaria promovidas y ejecutadas para la prevención y control de enfermedades transmisibles en el contexto de los sistemas locales de salud (municipios hacia la salud).

1. Disponibilidad de insumos mínimos garantizados.

2. Programas de atención a las personas ejecutados oportuna y eficientemente.

Objetivos

7. Coordinación intra e intersectorial de las diversas instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales del sector salud para la prevención y control de enfermedades transmisibles.

PROYECTO 17: SISTEMAS DE INFORMACION

PROPOSITO

Mejorar los sistemas de información y fortalecer en el nivel nacional, regional, local y fronterizo la capacidad de análisis para los factores relacionados con el proceso salud-enfermedad como aspecto necesario para el establecimiento de prioridades, programación, vigilancia, intervención y evaluación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sistemas de información actualizados, implementados y estandarizados, en función de la vigilancia epidemiológica, según niveles de atención y para la región fronteriza.

2. Mejorar la red de laboratorios diagnósticos del país y fronterizos en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

3. Red de informática en funcionamiento en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

4. Fortalecida la capacidad de análisis para los factores relacionados con el proceso salud-enfermedad en el nivel nacional, regional, local y fronterizo.

Indicadores

1. Programas y actividades realizadas coordinadamente entre los diversos organismos.

2. Actualización y ampliación del funcionamiento de los comités de coordinación interagencial y de las ONG.

1. Sistemas de información y análisis epidemiológico en funcionamiento y utilizados para el establecimiento de políticas y planes, así como para el monitoreo y evaluación en el nivel nacional, regional, local y fronterizo.

1. Actualizados y en funcionamiento los sistemas de información para la vigilancia epidemiológica (nacional y regionales y un 60% de las municipales), según niveles de atención para la región fronteriza al finalizar 1996.

2. Capacitados el 70% de los recursos humanos vinculados con el sistema de información al finalizar el 1er. Semestre de 1997.

1. En el primer semestre de 1996, tener estandarizadas las técnicas de diagnóstico de laboratorio en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

2. Capacitado el 70% de los recursos humanos en técnicas de diagnóstico al finalizar 1997.

3. En el primer semestre de 1997, tener adquiridos los recursos materiales mínimos necesarios para el equipamiento de los laboratorios seleccionados.

1. Capacitación del 50% de recursos humanos en técnicas de computación y uso de software de aplicación a la vigilancia epidemiológica a finales de 1996.

2. Al finalizar 1997 tener adquiridos e instalados los equipos de computación para técnicas mínimas necesarias en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

1. Para finales de 1997, tener capacitados en técnicas para el análisis epidemiológico el 60% de los recursos humanos involucrados en la vigilancia epidemiológica.

Objetivos

5. Desarrollados los proyectos nacionales, regionales, locales y fronterizos de análisis de situación de salud, incorporando la estratificación epidemiológica.

6. Implantar la CIE-X

Indicadores

1. Para 1996 funcionando en el nivel nacional y en cada dirección regional, los proyectos de análisis de situación de salud, incorporando la estratificación epidemiológica.

2. En ejecución proyectos locales de análisis de situación de salud, según condiciones de vida en al menos 3 municipios de cada región.

1. Para finales de 1996 tener en uso la CIE-X.

2. Capacitados los recursos humanos que utilizaran la CIE-X.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,652,200	42.1	1,731,900	41.0	1,971,100	41.6	
POLITICA PUBLICA Y SALUD	89,800	2.3	103,800	2.5	119,900	2.5	
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	54,300 35,500	1.4 .9	62,800 41,000	1.5 1.0	72,500 47,400	1.5 1.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,022,500	26.1	1,052,200	24.8	1,207,000	25.6	
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	1,022,500	26.1	1,052,200	24.8	1,207,000	25.6
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	417,600	10.6	434,500	10.3	480,800	10.1	
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	417,600	10.6	434,500	10.3	480,800	10.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	122,300	3.1	141,400	3.4	163,400	3.4	
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	122,300	3.1	141,400	3.4	163,400	3.4
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,230,700	31.1	1,166,100	27.8	1,298,400	27.5	
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	617,300	15.6	632,500	15.1	706,700	15.0	
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD SALUD BUCODENTAL	UAH ORH	541,200 76,100	13.7 1.9	579,100 53,400	13.8 1.3	647,300 59,400	13.7 1.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	517,200	13.1	422,800	10.1	464,100	9.8	
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	517,200	13.1	422,800	10.1	464,100	9.8
MEDICAMENTOS ESENCIALES	96,200	2.4	110,800	2.6	127,600	2.7	
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	96,200	2.4	110,800	2.6	127,600	2.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	270,900	6.8	415,300	9.9	466,300	9.8
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	179,200	4.5	254,600	6.1	283,800	6.0
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA.DE FAMILIA	WCH 179,200	4.5	254,600	6.1	283,800	6.0
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	91,700	2.3	160,700	3.8	182,500	3.8
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT 91,700	2.3	160,700	3.8	182,500	3.8
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	170,400	4.3	192,500	4.6	218,200	4.6
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	170,400	4.3	192,500	4.6	218,200	4.6
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA 170,400	4.3	192,500	4.6	218,200	4.6
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	619,900	15.7	699,500	16.7	787,300	16.5
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	202,200	5.1	231,400	5.5	267,400	5.6
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 202,200	5.1	231,400	5.5	267,400	5.6
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	123,500	3.1	140,900	3.4	160,800	3.4
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 123,500	3.1	140,900	3.4	160,800	3.4
SALUD PUBLICA VETERINARIA	294,200	7.5	327,200	7.8	359,100	7.5
FIEBRE AFTOSA	FMD 0	-	13,800	.3	16,000	.3
ZOOZOSIS	ZNS 294,200	7.5	313,400	7.5	343,100	7.2
GRAN TOTAL	3,944,100	100.0	4,205,300	100.0	4,741,300	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	49,500	5.1	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	49,500	5.1	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROG. EN LOS PAISES	49,500	5.1	0	-	0	-
CPS						
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	77,100	8.0	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	77,100	8.0	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	77,100	8.0	0	-	0	-
EDV						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	838,300	86.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	793,400	82.2	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	53,100	5.5	0	-	0	-
CDD						
SIDA	477,100	49.4	0	-	0	-
GPA						
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	109,100	11.3	0	-	0	-
OCD						
LEPRA	154,100	16.0	0	-	0	-
LEP						
SALUD PUBLICA VETERINARIA	44,900	4.7	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	44,900	4.7	0	-	0	-
FMD						
GRAN TOTAL	964,900	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	2,685,700	2	9	940,200	75,100	129,300	98,000	371,700	200,700	15,400	855,300
OMS - WR	1,258,400	3	3	748,400	23,600	33,800	46,000	137,800	91,700	0	177,100
TOTAL	3,944,100	5	12	1,688,600	98,700	163,100	144,000	509,500	292,400	15,400	1,032,400
% DEL TOTAL	100.0			42.8	2.5	4.1	3.7	12.9	7.4	.4	26.2
1996-1997											
OPS - PR	2,558,000	2	9	873,100	58,400	119,000	58,000	301,700	191,400	17,800	938,600
OMS - WR	1,647,300	3	3	767,400	80,300	65,000	76,000	274,900	132,400	0	251,300
TOTAL	4,205,300	5	12	1,640,500	138,700	184,000	134,000	576,600	323,800	17,800	1,189,900
% DEL TOTAL	100.0			39.0	3.3	4.4	3.2	13.7	7.7	.4	28.3
1998-1999											
OPS - PR	2,914,100	2	9	984,900	58,400	137,700	58,000	348,700	221,000	20,600	1,084,800
OMS - WR	1,827,200	3	3	834,800	80,300	75,100	76,000	317,600	152,900	0	290,500
TOTAL	4,741,300	5	12	1,819,700	138,700	212,800	134,000	666,300	373,900	20,600	1,375,300
% DEL TOTAL	100.0			38.4	2.9	4.5	2.8	14.1	7.9	.4	29.0

**COORDINACION DE PROGRAMAS
EN EL CARIBE (CPC)**

**COORDINACION DE PROGRAMAS
EN EL CARIBE (CPC)**

COORDINACION DE PROGRAMAS EN EL CARIBE

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

1. La estrategia recalcará un mayor desarrollo de la Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe para permitirle realizar sus funciones de coordinación del uso de los recursos de la OPS asignados al Caribe y proporcionar apoyo directo a las actividades de cooperación técnica desplegadas en Barbados, el Caribe Oriental, los departamentos franceses de las Américas y los territorios dependientes del Reino Unido.

2. Se recalcará el uso del enfoque del marco lógico para mejorar la programación y asegurar el marco para la evaluación del proceso, la producción y los resultados. La definición de indicadores del propósito permitirá que la evaluación del impacto será factible en el futuro. Se realizarán evaluaciones conjuntas en ciertos países para garantizar que se mantenga la meta de un mínimo de una evaluación de cuatrienio por cada país.

3. Se fortalecerá la relación con la Secretaría de la CARICOM y las instituciones subregionales como la Universidad de las Indias Occidentales para poner en marcha las actividades de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. Se intensificará la cooperación técnica y se mejorará la coordinación de la iniciativa de CSC por medio de reuniones regulares con los directores de los programas nacionales y CMO. Para la Secretaría de la iniciativa de CSC, los esfuerzos de movilización de recursos tendrán que acelerarse y reprogramar los esfuerzos de la iniciativa después de completar la evaluación.

4. Se seguirá recalcando el aumento de la capacidad de administración del conocimiento. El Centro de Documentación se desarrollará aún más para convertirse en un depósito importante de información sobre la salud y las condiciones de salud en el Caribe, de fácil acceso a diferentes públicos. Se aumentarán los esfuerzos por mantener la base de datos creada, usando la tecnología disponible para la

difusión eficaz de la información, incluidas conexiones directas por computadoras con los medios de comunicación y el MS. La OPS evaluará las oportunidades que se presenten, a fin de abogar por la inclusión de los temas de salud y desarrollo en el proceso de desarrollo del Caribe, los cuales necesitarán participación en los foros de alto nivel de instituciones internacionales y regionales y promoción entre los sectores nacionales.

5. Mientras se aguarda la finalización del nuevo edificio de oficinas en 1996, se colocará el acento en el desarrollo de personal y sistemas, especialmente adiestramiento en computadoras y español. Para mejorar la eficacia de la cooperación, todo el personal técnico será adiestrado en gestión de proyectos, adiestramiento en educación de adultos y aptitudes de consulta. Se apoyará una mayor descentralización de los equipos del proyecto y se emprenderá un desarrollo escogido de la organización para mejorar la eficacia de la administración.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Mejoramiento de los sistemas de gestión e información de la prestación de cooperación técnica.

2. Fortalecimiento de los vínculos y mecanismos para una mejor vigilancia de las iniciativas subregionales.

3. Desarrollo de programas para la administración eficaz del conocimiento.

4. Promoción de las políticas pertinentes de salud y desarrollo, incluidas las de la mujer, la salud y el desarrollo y las políticas sociales y de salud para la mitigación de la pobreza.

Objetivos

PROYECTO 1: APOYO PARA LA GESTION DE LA COOPERACION TECNICA

PROPOSITO

Se mejorará la eficiencia y eficacia de la prestación de cooperación.

Indicadores

PROYECTOS BIENALES

1. Se mantendrá o reducirá el costo promedio por unidad de los talleres subregionales.

2. Se entregarán suministros, por ejemplo vacunas contra la rabia, a los países en forma oportuna.

3. Se asignará a los consultores a corto plazo que más se adecuen a las solicitudes de los países en un plazo de un mes.

4. Los becarios de la OPS serán asignados a programas de adiestramiento pertinentes en forma oportuna a un costo asequible.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

- | | |
|---|---|
| <p>1. Se mejorarán las instalaciones.</p> <p>2. Se habrán adiestrado recursos humanos.</p> <p>3. Se establecerán mecanismos para vigilar la prestación de cooperación técnica.</p> <p>4. Se habrán establecido sistemas de gestión.</p> <p>5. Se habrá reformulado y vigilado la iniciativa de CSC.</p> | <p>1. Para 1996 se habrá construido el nuevo edificio, se habrán adquirido e instalado los equipos de acuerdo con el plan en etapas para 1996-97 y se mantendrán las instalaciones actuales para garantizar que no se deteriore más el ambiente de trabajo.</p> <p>1. Todo el personal adiestrado en conversación en español, comunicaciones telefónicas y necesidades individuales de adiestramiento identificadas en la evaluación de desempeño se habrá reunido en un plazo no mayor de dos años.</p> <p>2. Se habrá adiestrado al personal escogido en base de datos, publicación con computadoras personales y operaciones con nuevos programas de computación para mejorar los sistemas de información para la gestión (SIG).</p> <p>3. Se habrá aumentado el manual de Organización y Procedimientos de la Organización Panamericana de La Salud (MOPP) y los manuales de estilo para satisfacer las necesidades de CPC.</p> <p>1. Se realizará un mínimo de (1) evaluación conjunta por año en el Caribe Oriental.</p> <p>2. Los equipos de CPC habrán preparado los instrumentos del AMPES y los habrán presentado en forma oportuna.</p> <p>3. Se habrá realizado un retiro de planificación estratégica para preparar el presupuesto bienal por programas 97-98.</p> <p>1. Para principios de 1996 habrá un administrador de la red de área local con responsabilidad del elaborar los SIG para la CPC.</p> <p>2. Se habrá discutido e integrado en AMPES el plan anual para el desarrollo organizativo permanente.</p> <p>3. Se habrán automatizado y puesto en funcionamiento otros sistemas de gestión, incluido manejo de documentos, bajo la coordinación del administrador de la red de área local.</p> <p>1. Se habrá evaluado y reprogramado la iniciativa de CSC a instancias de la Conferencia de los Ministros de Salud de CARICOM en 1996.</p> <p>2. Para 1997 se habrán elaborado los planes de trabajo de la iniciativa de CSC para abordar, si fuera necesario, nuevas estrategias, áreas prioritarias y metas, las cuales se habrán ejecutado conjuntamente con CARICOM.</p> <p>3. La iniciativa de CSC estará vigilada por CMO, los directores de los programas nacionales y la Secretaría Mixta de CARICOM/OPS durante todo el bienio.</p> |
|---|---|

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,974,000	100.0	2,186,600	100.0	2,406,900	100.0	
POLITICA PUBLICA Y SALUD	54,200	2.7	62,100	2.8	71,000	2.9	
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	54,200	2.7	62,100	2.8	71,000	2.9
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,919,800	97.3	2,124,500	97.2	2,335,900	97.1	
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	1,919,800	97.3	2,124,500	97.2	2,335,900	97.1
GRAN TOTAL	1,974,000	100.0	2,186,600	100.0	2,406,900	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	69,600	100.0	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	69,600	100.0	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	CPS	69,600	100.0	0	0	-
GRAN TOTAL	69,600	100.0	0	100.0	0	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS											
ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	938,100	2	5	792,300	0	39,500	0	4,400	39,500	54,200	8,200
OMS - WR	1,035,900	1	3	512,000	0	26,300	0	0	0	0	497,600
TOTAL	1,974,000	3	8	1,304,300	0	65,800	0	4,400	39,500	54,200	505,800
% DEL TOTAL	100.0			66.2	.0	3.3	.0	.2	2.0	2.7	25.6
1996-1997											
OPS - PR	1,080,700	2	5	904,900	0	35,200	0	20,800	38,900	62,100	18,800
OMS - WR	1,105,900	1	3	541,600	0	23,500	0	0	0	0	540,800
TOTAL	2,186,600	3	8	1,446,500	0	58,700	0	20,800	38,900	62,100	559,600
% DEL TOTAL	100.0			66.1	.0	2.7	.0	1.0	1.8	2.8	25.6
1998-1999											
OPS - PR	1,171,000	2	5	969,900	0	40,300	0	23,900	44,500	71,000	21,400
OMS - WR	1,235,900	1	3	590,200	0	26,900	0	0	0	0	618,800
TOTAL	2,406,900	3	8	1,560,100	0	67,200	0	23,900	44,500	71,000	640,200
% DEL TOTAL	100.0			64.9	.0	2.8	.0	1.0	1.8	2.9	26.6

PROGRAMAS MULTIPAIS (MCP)

PROGRAMAS MULTIPAIS (MCP)



OFICINA DE CAMPO: FRONTERA MEXICO/ESTADOS UNIDOS

SITUACION DE SALUD

Demografía

1. La frontera entre México y Estados Unidos no es únicamente una línea geográfica, sino una región interdependiente en la que se entrelazan dos culturas, con diferente nivel de desarrollo económico. En 1990 los diez estados fronterizos (cuatro de Estados Unidos y seis de México) contaban con una población total de 65.1 millones de habitantes, y se espera que serán más de 78 millones de habitantes en 1997.

2. En la década de los ochenta, la población residente en la franja fronteriza propiamente dicha, es decir la que vive en los condados y municipios colindantes con la línea divisoria, aumentó 32.2%. En 1990, habitaban alrededor de 9 millones de personas en esta zona, y se calcula serán más de 12 millones para el año 1996. La tasa de crecimiento poblacional para la región fronteriza es mucho mayor que la nacional de ambos países, así pues para los Estados Unidos es de 3.1% -dos veces superior a la tasa nacional- y para México es de 3.4% -58% superior a la del país-.

3. En 1990, cerca del 8.5% de la población total de Estados Unidos residía en los 4 estados de la frontera sur y el 1.8% en los condados fronterizos. Para el caso mexicano, el 25.5% de su población nacional vivía en los 6 estados fronterizos y el 4.2% en los municipios colindantes con Estados Unidos.

4. En relación al origen étnico de la población fronteriza estadounidense, para 1990 el 42.8% eran de origen hispano, pero si excluimos al condado de San Diego, California, esta proporción se eleva al 72%.

5. En Estados Unidos el 56.7% de la población fronteriza viven en San Diego, además es esta ciudad la que representa la densidad poblacional mayor con 228.1 habitantes por km²; en el lado mexicano, Tijuana es la que presenta la mayor concentración de población y la mayor densidad con 22% y 536.8 habitantes por km², respectivamente.

Indicadores del estado de salud

6. En 1990, la esperanza de vida al nacer fue de 71.8 años para los hombres y 78.8 años para mujeres en Estados Unidos y 66.5 años para los hombres y 73.1 para mujeres en México, mientras que en el área fronteriza estadounidense la esperanza de vida al nacer fue de 72.2 años para hombres y 79.3 años para mujeres y para el área fronteriza mexicana de 68.5 años para hombres y 74.2 años para mujeres.

7. Las principales causas de mortalidad para el período de 1989-91 en los condados fronterizos de Estados Unidos fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y accidentes. En las municipalidades mexicanas de la frontera fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes y diabetes. Las causas de mortalidad para Estados Unidos son primordialmente debidas a enfermedades crónicas. México tienen un patrón de transición epidemiológica, pues las enfermedades infecciosas continúan ocurriendo. Entre la población infantil, en los condados de la frontera de Estado Unidos, las causas perinatales

ocuparon el primer lugar, seguidas por las anomalías congénitas, el síndrome de muerte súbita, los accidentes y la neumonía e influenza. En los municipios fronterizos mexicanos, las principales causas de mortalidad infantil fueron aquellas originadas en el período perinatal, seguidas por las anomalías congénitas, la neumonía e influenza y las enfermedades causadas por infecciones intestinales.

8. En el grupo de edad preescolar, en los condados fronterizos de Estados Unidos, las tres principales causas de mortalidad fueron los accidentes, las anomalías congénitas y los tumores malignos. En el lado mexicano fueron los accidentes, la neumonía e influenza y las enfermedades infecciosas intestinales.

9. En el grupo de edad escolar, los accidentes y los tumores malignos fueron las principales causas de mortalidad en ambos lados de la frontera, seguidos por los homicidios en el lado estadounidense y las anomalías congénitas en el lado mexicano.

10. Las principales causas de mortalidad en los años productivos fueron similares en ambos países. En los condados estadounidenses se reportaron los tumores malignos, las enfermedades del corazón y los accidentes; en las municipalidades mexicanas, se reportaron los accidentes, los tumores malignos y las enfermedades del corazón.

11. En el grupo de 65 años de edad y mayores, coinciden las primeras causas de muerte en ambos lados de la frontera: las enfermedades del corazón y los tumores malignos, pero la tercera causa en el lado estadounidense fueron las enfermedades cerebro-vasculares, mientras que en lado mexicano fue la diabetes.

Factores que afectan el estado de salud

12. La elevada migración registrada durante los últimos 40 años ha sobrecargado la capacidad de las comunidades del área fronteriza para brindar una adecuada prestación de servicios públicos básicos, como son agua potable, disposición de basuras y servicios de salud.

13. Esta condición es visible, especialmente en el sur de Texas y de Nuevo México en Estados Unidos, en los barrios pobres conocidos como "colonias" y en casi toda la parte del norte de México, en los cinturones de miseria. Una proporción significativa de hogares en estas colonias no cuentan con disposición adecuada de excretas y residuos sólidos.

14. La contaminación por desechos humanos constituye una preocupación en la frontera, ya que ha traído como consecuencia un deterioro importante de las aguas superficiales que abastecen a las comunidades fronterizas.

15. En México se ha vivido en los últimos 15 años una importante crisis económica; en este tiempo, la población ha visto disminuir el poder adquisitivo de su salario, así como la eliminación de algunos subsidios para alimentos básicos, lo que ha inducido al deterioro de algunos indicadores económicos, sociales y de salud importantes, a pesar del esfuerzo del gobierno mexicano por destinar mayores recursos a la salud pública, como por ejemplo la vacunación infantil y la letrización.

16. Por otro lado, la instrumentación de acciones de control de enfermedades en forma conjunta no se ha realizado en el sentido amplio de la palabra, aunque la vigilancia epidemiológica internacional ha mejorado en base al intercambio de información epidemiológica.

Estado de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP)

17. Salud en el desarrollo humano. La aparición de nuevas tecnologías y su aplicación en la franja fronteriza, ha permitido impulsar el desarrollo de la capacidad regional para operar los sistemas de información, tal es el caso de la integración de bases de datos por medios electrónicos de los Perfiles de Salud, o la Red Computarizada de Vigilancia Epidemiológica Fronteriza (EPI-Net). Del mismo modo, la Oficina de Campo ha impulsado el intercambio de las experiencias y el conocimiento científico y técnico a través de sus publicaciones y las de la OPS/OMS.

18. Por otro lado, la información vista como un instrumento básico para la planeación y evaluación de los planes, políticas y programas de salud, ha sido impulsada en su desarrollo y utilización entre las autoridades estatales y locales de la frontera entre los dos países; así mismo se ha favorecido el desarrollo de la capacidad de análisis, planificación y formulación de políticas binacionales de salud por medio de la utilización de diversas herramientas técnicas, entre ellas el uso de la epidemiología.

19. Prevención y control de enfermedades. La Oficina de Campo ha trabajado por más de 50 años en la prevención y control de enfermedades en la zona fronteriza entre México y Estados Unidos, impulsando el trabajo conjunto de las autoridades locales, en particular con los programas sobre enfermedades infecciosas; tal es el caso de las transmitidas sexualmente, incluyendo SIDA, las enfermedades inmunoprevenibles y la tuberculosis. Se puede destacar, por ejemplo, el impulso a las actividades coordinadas de vacunación infantil en ambos lados de la frontera y la vigilancia y respuesta binacional para el control de brotes de estas enfermedades, así como el programa de vacunación "Nuestro Niños", que opera desde 1992 en Chihuahua, Texas y Nuevo México y que ahora los Gobernadores de los 10 estados fronterizos tomarán como una de sus prioridades de salud. También se destaca el "Centro Epidemiológico Fronterizo de Estudios del VIH/SIDA" establecido por esta Oficina de Campo en Mexicali, Baja California, para reunir a los epidemiólogos de California y Baja California. En relación al control de la Tuberculosis se pueden mencionar el programa biestatal entre California y Baja California, el de Chihuahua y Texas llamado "Juntos" y el de los "Dos Laredos", ambos de ámbito local. Se ha impulsado la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas y de las enfermedades diarreicas con buen éxito, como se demuestra por la ausencia de brotes de cólera en la frontera.

20. Dentro de las enfermedades no transmisibles se ha impulsado la lucha contra el cáncer especialmente en las mujeres, así como los programas de Salud Oral, siendo éste último uno de los temas centrales de la Reunión de la AFMES en 1994.

21. Desarrollo de sistemas y servicios de salud. El área de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud se ha visto favorecida desde que los gobiernos de México y los Estados Unidos han iniciado esfuerzos encaminados relacionados con la reforma de servicios de salud y establecimiento de municipios saludables a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. Para que estas actividades se lleven a cabo se ha extendido la red de servicios de salud, favoreciéndose de esta manera una cobertura más amplia en la atención de salud y aumentando el número de

investigaciones sobre sistemas de salud. Así mismo hay un aumento en cuanto a los recursos de salud, ya que existe una tendencia al desarrollo de sistemas de capacitación con el establecimiento de escuelas de salud pública en ambos lados de la frontera. Los recursos humanos para trabajar en la solución de los problemas de salud se han visto incrementados con la apertura por el lado estadounidense de las oficinas fronterizas de salud, y la propuesta de la creación de la Comisión Fronteriza de Salud. En lo que respecta al lado mexicano, el gobierno de México ha resuelto que la zona fronteriza sea considerada como un área prioritaria, por lo que se canalizarán recursos adecuados para desarrollar los sistemas y servicios de salud de la zona fronteriza.

22. Desarrollo y protección del ambiente. A partir de diciembre de 1990, cuando las negociaciones del Tratado de Libre Comercio de América del Norte dieron inicio, los asuntos ambientales cobraron particular importancia en la frontera de México y Estados Unidos. De tal manera, los gobiernos federales de ambos países, conjuntamente con las autoridades y habitantes de la región, prepararon el llamado Plan Integral Ambiental Fronterizo, cuya meta es "la protección de la salud pública y los ecosistemas" de la zona. Las prioridades que marca este Plan son las siguientes: 1) calidad ambiental (agua, aire, suelo), 2) control de fuentes contaminantes, 3) materiales y desechos peligrosos/desechos sólidos urbanos, y 4) planes de contingencia/mecanismos de respuesta en casos de desastre químico. Para la ejecución del Plan se diseñaron 2 estructuras: una para el desarrollo de proyectos (Comisión Ecológica Fronteriza) y otra para el financiamiento de los proyectos viabilizados (Banco Norteamericano de Desarrollo). En este marco el Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud de la OPS viene a llenar un espacio al presentar, por sí mismo, una estrategia práctica para la implementación de las tareas binacionales de protección al ambiente y la salud.

23. Promoción y protección de salud. Durante los últimos años, las instituciones de salud de México y Estados Unidos han puesto un mayor énfasis en el desarrollo de programas de prevención y protección de la salud. Este cambio representa un logro importante, ya que anteriormente el enfoque se había puesto en el control de las enfermedades y reparación del daño.

24. Las actividades de prevención y protección de la salud se enfocaron en la modificación de los estilos de vida que afectan adversamente la salud de la comunidad fronteriza. Entre las actividades que se promovieron se encuentran las relacionadas con los programas de: SIDA/VIH, diabetes, alcohol, tabaco y otras drogas, manejo higiénico de alimentos, control y prevención de la tuberculosis, y salud materno-infantil, incluyendo inmunizaciones y cáncer cervico-uterino, control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

Prioridades nacionales para cooperación técnica

Estados Unidos:

25. En los Estados Unidos existen tres metas nacionales de salud para el año 2000: Aumentar la esperanza de vida de la población; Reducir las desigualdades entre los diferentes grupos de población; Lograr que la población total de los Estados Unidos tenga acceso a los servicios de medicina preventiva.

26. Para poder lograr las metas antes mencionadas, se han identificado 22 áreas prioritarias, las cuales se encuentran agrupadas en tres grandes categorías: promoción de la salud, protección de la salud y servicios de prevención.

27. La promoción de la salud incluye aquellas actividades que están relacionadas con los estilos de vida de los individuos y que influyen en forma importante la salud de los mismos (por ejemplo el tabaquismo).

28. La protección de la salud se encuentra enfocada en aquellas estrategias que están relacionadas con el ambiente o medidas regulatorias que favorezcan la protección a la población.

29. Los servicios de prevención incluyen consejería, tamizaje, inmunizaciones e intervenciones quimioproliféricas para los individuos dentro del ambiente clínico.

30. Para que estas estrategias puedan realizarse es indispensable basarlas en aspectos tales como: la responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad, los profesionales de salud, los medios de comunicación y el gobierno.

México:

31. Las prioridades de salud para México durante el período 1994-2000 se encuentran encaminadas al desarrollo de una profunda reforma del sistema de salud y seguridad social, basada en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo.

32. Tomando como marco de referencia las prioridades políticas, se proponen ocho Prioridades Estratégicas de Salud: Descentralizar los servicios de salud; Desarrollar un paquete de servicios esenciales a toda la población (y proporcionarlo); Fortalecer la atención primaria de la salud, sin descuidar los servicios de hospitalización; Elevar la calidad y eficacia de todas las organizaciones de salud; Crear instancias para regular el ejercicio profesional y acreditación de instituciones educativas y las unidades de salud; Fortalecer la inteligencia institucional científica para la innovación tecnológica y desarrollo equilibrado de los recursos humanos; Participación comunitaria para la reforma del sistema de salud; Establecer un mecanismo plural y participativo para diseñar y evaluar las opciones de la reforma.

33. Al mismo tiempo se definieron las siguientes prioridades programáticas: a) prevención y control de enfermedades infecciosas, parasitarias y crónico-degenerativas; b) vigilancia epidemiológica; c) promoción y protección de la salud; d) regulación sanitaria; y e) proyectos específicos, tales como: 1) regiones fronterizas, 2) ciudades saludables, 3) saneamiento básico, 4) salud reproductiva (incorporada a los elementos de salud materna, infantil y planificación familiar), 5) grupos vulnerables, 6) desarrollo y reorganización de servicios, 7) apoyo a la investigación, y 8) formación de recursos humanos.

Prioridades binacionales de salud

34. Debido a las características propias en las cuales la Oficina de Campo/Frontera México-Estados Unidos (OC) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) proporciona su cooperación técnica, en donde es indispensable hacerlo en forma binacional, ya que el ámbito de influencia de la OC comprende la franja fronteriza México-Estados Unidos que involucra 6 estados fronterizos mexicanos (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas) y 4 estadounidenses (Arizona, California, Nuevo México y Texas), donde se encuentran localizados 39 municipios y 22 condados que comparten una frontera común, fue necesario definir en forma conjunta las prioridades binacionales de salud para la

frontera. Con base en lo anterior y a iniciativa de los gobiernos federales de México y Estados Unidos, la OC en su papel de Secretaría de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES), identificó en 1991, a través de un proceso de consenso seis prioridades binacionales de salud generales con sus áreas estratégicas de acción que responden a las necesidades de la frontera, éstas son (en orden alfabético): Atención primaria de la salud; Farmacodependencia; Promoción de la salud/prevenición de enfermedades; Salud Ambiental; Salud materno-infantil; Salud ocupacional

35. Estas prioridades generales de salud de la frontera han servido de marco para el diseño de la Estrategia Binacional de Salud (EBS) que tiene como propósito el promover el mejoramiento de la calidad de vida de la población de la frontera México-Estados Unidos. Para la implementación de la EBS se acordó que la Oficina de Campo en su papel de Secretaría de la AFMES desarrollaría un diagnóstico situacional de salud de la frontera (Los Perfiles de Salud), así como se apoyaría del desarrollo de proyectos binacionales de salud basados en las prioridades binacionales propias de cada pareja de ciudades hermanas.

ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA

Áreas Prioritarias Binacionales para la Cooperación Técnica en Salud.

36. En septiembre de 1993 se realizó la Reunión de Evaluación Conjunta de la cooperación técnica (REC) de la Oficina de Campo que contó con la participación de representantes de México, los Estados Unidos y la Oficina Central de la OPS. Durante esta Reunión de Evaluación Conjunta se acordó que la cooperación técnica que brinda la Oficina de Campo debería estar basada en la Estrategia Binacional de Salud y canalizada a través de las siguientes cuatro áreas prioritarias de trabajo, ordenadas alfabéticamente: Asociación Fronteriza Mexicano; Estadounidense de Salud; Perfiles de Salud; Proyectos de Ciudades Hermanas; Publicaciones

37. La misión de la Oficina de Campo como Secretaría Ejecutiva de la AFMES y como parte de la OPS, es mejorar la calidad de vida de la población fronteriza a través de la promoción de la cooperación en actividades binacionales que incluyen diseminación de información, la capacitación, la movilización de recursos y el desarrollo de políticas, planes y normas de salud. Para lograr su objetivo la Oficina de Campo se apoya en la estructura medular de la AFMES conformada por sus cuerpos de gobierno, los Consejos Binacionales de Salud, las Secciones Técnicas y los Grupos Conferenciales.

38. Los Perfiles de Salud vistos como la herramienta básica de trabajo de las autoridades locales de salud, tienen como meta el delinear el diagnóstico de salud de las ciudades hermanas de la frontera México-Estados Unidos, que les permitirá definir prioridades binacionales de salud a nivel fronterizo y evaluar los cambios resultantes de las acciones instrumentadas en forma conjunta.

39. Con relación a los Proyectos de Ciudades Hermanas, la OC tiene como propósito crear una estructura de cooperación que produzca vínculos sólidos entre las autoridades locales de salud de ambos lados de la frontera, para la instrumentación de acciones conjuntas, mediante la planeación de estrategias binacionales dirigidas a reducir el impacto de los problemas de salud identificados a través del análisis de los Perfiles de Salud.

40. La diseminación de información ha sido identificada como una de las cuatro tareas primordiales de la Oficina de Campo, por lo que se continuarán produciendo

Las publicaciones: la revista Salud Fronteriza, el Boletín Epidemiológico Fronterizo, la revista Noticias/News y los Perfiles de Salud de las Comunidades Hermanas de la Frontera México-Estados Unidos, así como otros informes y documentos relacionados con la salud en la frontera.

41. Las publicaciones de la Oficina de Campo tienen como objetivo el mejorar el conocimiento y entendimiento de la frontera, así como ser el foro de intercambio de información entre los trabajadores e investigadores de salud de los dos países.

42. Basados en estas cuatro prioridades, la Oficina de Campo continuará proporcionando su cooperación técnica como un medio para mejorar la situación de salud de la población fronteriza, al colaborar con los gobiernos de México y Estados Unidos a nivel federal, estatal y local en la solución de los problemas de salud identificados.

43. Para responder a las necesidades requeridas por las prioridades binacionales de salud, la Oficina de Campo se desempeñará dentro de las cinco áreas de trabajo de la OPS: Salud en el Desarrollo (HID), Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSS), Promoción y Protección de la Salud (HPP), Protección y Desarrollo Ambiental (EPD), y Prevención y Control de Enfermedades (DPC).

Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES)

44. Los gobiernos de Estados Unidos y México, conjuntamente con la OPS han visto a la AFMES como el conducto idóneo para que la Oficina de Campo otorgue su cooperación técnica en la frontera México-Estados Unidos, ya que la Asociación congrega a las autoridades de salud locales, estatales y federales de ambos países, a las instituciones de educación superior, a diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y a los trabajadores de la salud de la zona fronteriza.

45. Por lo anterior, los dos gobiernos y la OPS decidieron que la AFMES fuera una de las 4 prioridades de trabajo de la Oficina de Campo.

46. La AFMES tiene como misión mejorar la calidad de vida de la población fronteriza a través de actividades binacionales que incluyen la disseminación de información, la capacitación de los recursos humanos, la movilización de recursos y el desarrollo de políticas, planes y normas de salud.

47. Los objetivos de la AFMES son: 1) Reunir a los profesionales de salud de ambos lados de la frontera para discutir asuntos de salud de interés común, y 2) Formular recomendaciones a los gobiernos de Estados Unidos y México sobre asuntos binacionales de salud.

48. Para apoyar a la AFMES a cumplir su misión y sus objetivos, la Oficina de Campo colabora directamente con los Cuerpos de Gobierno, los Consejos Binacionales de Salud, las Secciones Técnicas y los Grupos Conferenciales de la Asociación.

Perfiles de salud

49. Los Perfiles de Salud son una de las 4 prioridades establecidas por las autoridades de salud de México y los Estados Unidos, como resultado de la Reunión de Evaluación Conjunta en septiembre de 1993, para que la Organización Panamericana de la Salud implemente dentro de un marco binacional de beneficio mutuo su cooperación técnica a través de la AFMES.

50. La meta de los Perfiles de Salud es que las autoridades del ramo cuenten con un instrumento base para la definición de la situación de salud de las ciudades hermanas, que les permita definir sus prioridades de salud de carácter binacional fronterizo, para la planeación de actividades conjuntas tendientes al revertimiento de los problemas de salud comunes, y como herramienta para evaluar los programas binacionales de salud y monitorear los cambios en la calidad de vida de la población fronteriza.

51. Sus propósitos primordiales son: a) servir de base para el conocimiento de la situación de salud de cada ciudad fronteriza así como de la situación simbiótica existente entre las Ciudades Hermanas; b) en base al análisis de esta situación, definir las prioridades binacionales de salud a fin de desarrollar actividades conjuntas para mejorar la calidad de vida de la población fronteriza, dentro de un marco de cooperación recíproca; y c) apoyar los procesos de toma de decisiones y de evaluación de las acciones de salud emprendidas por las comunidades hermanas.

52. Como principales áreas de acción tendrán las correspondientes a los programas técnicos de la Organización Panamericana de la Salud.

53. Para lograr los resultados expresados anteriormente, habrá sido necesario que la cooperación técnica se entregue mediante la asistencia directa a las autoridades de salud de las localidades y entidades fronterizas de ambos países; la participación en talleres, seminarios, conferencias y reuniones; impulso a la investigación; la disseminación de información; y la movilización de recursos.

Proyectos de ciudades hermanas

54. Los Proyectos de Ciudades Hermanas son una de las cuatro prioridades establecidas por las autoridades de salud de México y Estados Unidos, como resultado de la Reunión de Evaluación Conjunta en septiembre de 1993, para que la OPS implemente dentro de un marco binacional de beneficio mutuo su cooperación técnica a través de la AFMES.

55. Estos proyectos tienen como meta crear una estructura de operación que produzca vínculos sólidos entre las autoridades locales de salud de uno y otro lado de la frontera, cimentados sobre la base del ejercicio conjunto en la identificación de problemas binacionales de salud, planeación y organización en la ejecución de estrategias de resolución.

56. El propósito primordial es involucrar a las comunidades que se encuentren a uno y otro lado de la línea fronteriza en los Proyectos de Ciudades Hermanas, para que aborden aquellos problemas de salud pública comunes a sus poblaciones que puedan ser enfrentados bajo un mismo esquema de acción, y que emerjan del marco funcional de los perfiles de salud.

57. La entrega de la cooperación técnica será mediante asistencia directa, talleres, seminarios, conferencias, disseminación de información, investigación y movilización de recursos.

Publicaciones

58. Las publicaciones de la Oficina de Campo/Frontera México-Estados Unidos, son una de las cuatro prioridades establecidas por las autoridades de salud de México y Estados Unidos, como resultado de la Reunión de Evaluación Conjunta en septiembre de 1993, para que la OPS implemente dentro de un marco binacional de beneficio mutuo su cooperación técnica a través de la AFMES.

59. Estas publicaciones tienen como meta el impulsar el desarrollo técnico-científico de los recursos humanos existentes a lo largo de la frontera y de aquellos interesados en acciones de salud entre países, a través de la diseminación de las experiencias obtenidas de la implementación de actividades de salud en la zona fronteriza entre México y Estados Unidos, de compartir las metodologías empleadas y los resultados obtenidos. Estas publicaciones diseminan, además, la información generada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

60. La Oficina de Campo cuenta con diversas publicaciones bilingües (español-inglés), dirigidas a difundir información relativa a los 5 programas técnicos de la OPS. Dentro de las publicaciones que la Oficina de Campo realiza se encuentran, en un lugar preponderante, aquellas de circulación periódica, las cuales a continuación se describen brevemente:

a) La revista Salud Fronteriza, es la única revista científico-técnica que trata sobre asuntos de salud fronteriza. Se ha publicado trimestralmente por 11 años, su tiraje actual es de 1,650 ejemplares. Está dirigida a los trabajadores, investigadores y a un amplio grupo de universidades interesadas en las actividades fronterizas de salud, así como a los socios de la AFMES.

b) El Boletín Epidemiológico Fronterizo, está dirigido a epidemiólogos y trabajadores de salud interesados en las actividades de vigilancia epidemiológica de la frontera entre México y Estados Unidos. Se imprimen y distribuyen 700 ejemplares bimestralmente, desde hace 22 años.

c) Noticias/News, es la publicación informativa de la AFMES dirigida a sus socios, se imprimen 1,500 ejemplares cada trimestre.

d) Perfiles de Salud de las Comunidades Hermanas de la Frontera México-Estados Unidos, publicación anual o bienal en su primera edición que contiene información estadística sobre la frontera entre ambos países.

61. La Oficina de Campo realiza además reportes técnicos o informes de reuniones específicas. Estas publicaciones se elaboran de acuerdo a los compromisos establecidos por cada programa con las autoridades estatales, locales o federales.

PRIORIDADES NACIONALES PARA COOPERACION TECNICA DE LA OPS

1. Asociación fronteriza mexicano-estadounidense de salud.
2. Perfiles de salud.
3. Proyectos de ciudades hermanas.

ObjetivosIndicadores

PROYECTOS BIENALES

PROYECTO 1: AFMES**PROPOSITO**

Activar la participación de la comunidad (miembros de la AFMES, autoridades de salud locales, estatales y federales de ambos países y las ONG's e instituciones de investigación y educación superior) en la incorporación de la salud en el desarrollo y su utilización como instrumento de mejoría de la equidad y las condiciones de vida en la frontera.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Los miembros de la AFMES habrán discutido diversos temas de interés binacional y definido políticas y planes de cooperación entre México y Estados Unidos a nivel fronterizo.

PROYECTO 2: PROYECTO DE CIUDADES HERMANAS**PROPOSITO**

Promover actividades binacionales de mediano plazo, que produzcan vínculos sólidos entre las autoridades locales de salud de uno y otro lado de la frontera, que se apoyen en el ejercicio conjunto de la identificación de problemas de salud, así como en la planeación, organización y ejecución de estrategias que permitan mejorar las condiciones de vida de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Habrán sido formulados y ejecutados proyectos en las Ciudades Hermanas dentro de las prioridades de la Estrategia Binacional de Salud.

1. Para finales de 1997 se habrá incrementado la membresía de la AFMES en un 10%.

2. Para finales de 1997 las 25 autoridades de salud locales y las 10 estatales habrán desarrollado actividades conjuntas de salud.

1. Durante el bienio 1996-97 se habrán realizado 2 reuniones anuales, 6 reuniones del Comité Ejecutivo y 2 del Comité de Candidaturas de la AFMES.

2. Durante el bienio 1996-97 se habrán llevado a cabo al menos 60 reuniones entre los 12 Consejos Binacionales de Salud; se habrá intercambiado información y definido programas, planes y actividades tendientes a la prevención y control de las enfermedades.

3. Durante el bienio 1996-97, la AFMES habrá elaborado un Plan de Desarrollo a Mediano Plazo 1996-2000 que se implemente a través de los Consejos Binacionales de Salud, las Secciones Técnicas y los Cuerpos de Gobierno de la AFMES; estará basado en las orientaciones estratégicas de la OPS.

1. Se habrá prestado cooperación técnica a las Ciudades Hermanas por parte de la Oficina de Campo.

2. Se habrán desarrollado programas binacionales de salud basados en la priorización de los problemas de cada pareja de Ciudades Hermanas.

1. Durante el bienio 1996-97, se habrá involucrado a las autoridades de salud de las 14 parejas de ciudades hermanas y a los 10 Consejos Binacionales de Salud en el desarrollo de proyectos de Ciudades Hermanas, a través de la capacitación en diseño de proyectos y la utilización del "enfoque lógico" como recurso metodológico.

2. Durante el bienio 1996-97, se habrá impulsado la formulación y elaboración de la menos 15 propuestas de proyectos de Ciudades Hermanas.

3. Durante el bienio 1996-97, se habrá impulsado el desarrollo de al menos 5 proyectos colaborativos binacionales conjuntos en las ciudades hermanas.

4. Durante el bienio 1996-97, las autoridades locales de salud de la frontera México-Estados Unidos habrán definido sus prioridades binacionales de salud y habrán presentado por lo menos un proyecto por cada pareja de Ciudades Hermanas.

Objetivos

2. Habrá sido impulsada la implementación del PIAS en la frontera México-Estados Unidos.

3. Haber incentivado la cooperación Mexicano-Estadounidense en la frontera para proteger y mejorar la salud de las ciudades hermanas protegiendo los ecosistemas y cuencas naturales binacionales.

4. Se habrá impulsado la participación de las autoridades locales, estatales y federales, a las organizaciones no gubernamentales, a la comunidad y a las instituciones de investigación y enseñanza interesados en los asuntos fronterizos entre México y Estados Unidos, en el control y prevención de la diseminación de la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas sexualmente.

5. Se habrá activado la participación de las agencias gubernamentales y las ONG's de ambos lados de la frontera en la definición de líneas de acción comunes, fortaleciendo la cooperación técnica, la diseminación de la información, la capacitación de líderes y la investigación en la prevención y control de las enfermedades diarreicas, el cólera y las infecciones respiratorias agudas.

Indicadores

1. Durante el bienio 1996-97, habrá sido desarrollada al menos una propuesta para la implementación del PIAS en la frontera, a través de un mecanismo de acción binacional, enviada al Nadbank y a las autoridades federales de ambiente de ambos países para su evaluación.

1. Durante el bienio 1996-97, seis reuniones locales binacionales se habrán realizado con las autoridades pertinentes.

2. Durante el bienio 1996-97, se habrán preparado y diseminado al menos un artículo y una monografía sobre aspectos de "Salud, Ambiente y Desarrollo" en la zona fronteriza.

3. Durante el Bienio 1996-97, se habrá desarrollado el componente de salud y ambiente para la Reunión de Evaluación Conjunta.

1. Durante el bienio 1996-97, los temas de prevención y control de las ETS habrán sido debatidos por los miembros de la AFMES, los COBINAS y las organizaciones gubernamentales de ambos países, bajo un esquema binacional.

2. Durante el bienio 1996-97, las autoridades de salud locales y estatales fronterizas de ambos países, habrán compartido la información y definido el perfil de la infección por VIH/SIDA y las otras transmitidas sexualmente, en al menos 3 parejas de ciudades hermanas.

3. Durante el bienio 1996-97, las autoridades locales de salud de la frontera México-Estados Unidos habrán definido líneas colaborativas de acción para el control y la prevención de las ETS, en al menos 3 parejas de ciudades hermanas.

1. Para fines de 1997, por lo menos en 6 pares de ciudades hermanas se habrán formado comités locales binacionales para la prevención de las enfermedades diarreicas, el cólera y las infecciones respiratorias agudas.

2. Para fines de 1997, se habrán impulsado en ambos lados de la frontera por lo menos 2 estudios de investigación tipo CAP, sobre prevención y control de enfermedades diarreicas, cólera e infecciones respiratorias agudas.

3. Para fines de 1997, se habrá capacitado a líderes de los organismos gubernamentales y de ONG's de ambos lados de la frontera, en las estrategias de prevención y control de enfermedades diarreicas, cólera e infecciones respiratorias agudas.

4. Para fines de 1997, se habrá formado una red para el intercambio de información epidemiológica para el control de las enfermedades diarreicas, el cólera y las infecciones respiratorias agudas en la frontera de México y Estados Unidos.

Objetivos

6. Haber identificado y tratado los casos de tuberculosis que se encuentran en el área de El Paso, Texas y Cd. Juárez, Chihuahua.

7. Se habrá activado la participación de las instituciones de salud gubernamentales y no gubernamentales en el diseño de programas binacionales de salud encaminados a la prevención, y detección temprana de las adicciones.

8. Se habrán apoyado los esfuerzos de las comunidades fronterizas para el control de algunas zoonosis prevalentes y otras enfermedades infecciosas que amenazan la salud humana o ponen en peligro la productividad agropecuaria.

9. La capacidad local y estatal fronteriza habrá sido fortalecida para organizar y formular programas de protección de alimentos y sistemas de vigilancia epidemiológica para combatir las enfermedades transmitidas por alimentos.

PROYECTO 3: PERFILES DE SALUD**PROPOSITO**

Apoyar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población fronteriza mediante el análisis de la información en salud y la implementación de acciones de prevención y control.

Indicadores

1. Durante el bienio 1996-97 se habrán tratado por lo menos 200 casos de tuberculosis en el área de Cd. Juárez.

2. Durante el bienio 1996-97 se habrán realizado por lo menos 6 talleres de capacitación sobre tuberculosis al personal de salud de El Paso, Texas y Cd. Juárez, Chihuahua.

3. Durante el bienio 1996-97 se habrán desarrollado por lo menos dos folletos de educación sobre tuberculosis para población en general en la zona fronteriza.

4. Durante el bienio 1996-97 se habrán organizado 4 talleres fronterizos sobre tuberculosis.

5. Durante el bienio 1996-97 se habrá concluido un diagnóstico sobre la situación de la tuberculosis en la frontera México-Estados Unidos.

1. Durante el bienio 1996-97, se habrá terminado la evaluación de necesidades de programas de tratamiento y prevención contra las adicciones en la frontera México-Estados Unidos.

2. Durante el bienio 1996-97, se habrán realizado por lo menos dos reuniones fronterizas sobre adicciones.

1. Para fines de 1997, se habrá dado a conocer a las personas involucradas en salud pública de la frontera mexicano-estadounidense la situación actualizada de las zoonosis en la región fronteriza.

1. Para fines de 1997, los departamentos de salud de todas las ciudades fronterizas que participan en un Consejo Binacional de Salud, tendrán dentro de su estructura un programa de manejo adecuado de alimentos.

2. Para fines de 1997, todos los departamentos de salud de las ciudades fronterizas que participan en un Consejo Binacional de Salud, habrán incorporado el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos.

1. Para finales de 1997 se habrán definido las prioridades de salud binacional en al menos 10 parejas de Ciudades Hermanas.

2. Se habrá sistematizado el intercambio y análisis de la información en salud en las 12 parejas de Ciudades Hermanas y en los 10 estados fronterizos.

Objetivos

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá activado la participación de la comunidad en el análisis de la información y la tendencia de la situación de salud en la frontera entre México y Estados Unidos.

2. Se habrán actualizado los Perfiles de Salud de las Comunidades Hermanas de la Frontera México-Estados Unidos.

3. La capacidad local y estatal de las autoridades de salud de la frontera México-Estados Unidos habrá sido fortalecida para responder adecuadamente ante las contingencias epidemiológicas, mediante el impulso del uso de la epidemiología como herramienta para la toma de decisiones.

4. Se habrá activado la participación de la comunidad en el análisis de la situación y la tendencia de la salud en la frontera entre México y Estados Unidos a fin de apoyar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población fronteriza.

PROYECTO 4: PUBLICACIONES

PROPOSITO

La colección y diseminación de información científica y técnica en el campo de la salud para fortalecer la capacidad técnica de las instituciones de salud, las instituciones de investigación y educación en la frontera entre México y Estados Unidos.

Indicadores

1. Durante el bienio 1996-97, las autoridades de salud locales y estatales fronterizas habrán compartido información demográfica, socioeconómica y de salud, dentro de lo definido para los "Perfiles de Salud".

1. Durante el bienio 1996-97, las autoridades locales, estatales y federales de ambos gobiernos habrán definido el contenido de 2 nuevos capítulos de los Perfiles de Salud de las Comunidades Hermanas de la Frontera México-Estados Unidos.

2. Durante el bienio 1996-97, se dispondrá de un banco de datos sobre saneamiento básico y calidad ambiental de cada una de las ciudades hermanas, para la planeación y desarrollo de proyectos y programas binacionales.

3. Durante el bienio 1996-97, se habrá producido, editado, publicado y distribuido al menos un nuevo ejemplar de los Perfiles de Salud de las Comunidades Hermanas.

1. Durante el bienio 1996-97, se habrá impulsado el desarrollo de las habilidades del personal de salud local y estatal en el área de la epidemiología, mediante el desarrollo de al menos 4 cursos/seminarios a lo largo de la frontera.

2. Durante el bienio 1996-97, se habrá apoyado la realización de al menos 5 reuniones binacionales. Las áreas sustantivas habrán sido: epidemiología, salud ambiental, adicciones y Sistemas Locales de Salud.

1. Durante el bienio 1996-97, los temas de salud habrán sido debatidos por los miembros de la AFMES, los COBINAS y las organizaciones gubernamentales de ambos gobiernos, bajo un esquema binacional.

2. Durante el bienio 1996-97, al menos las autoridades locales y estatales de Chihuahua, Nuevo México y Texas estarán compartiendo información para la vigilancia epidemiológica internacional mediante una red electrónica de información computarizada (EPI-Net).

1. Para finales de 1997 se habrá distribuido el Boletín Epidemiológico Fronterizo a todas las autoridades de salud de la frontera, y Noticias y Salud Fronteriza a todos los miembros de la AFMES.

2. Para finales de 1997 se habrá distribuido el material científico y técnico de OPS/OMS a todas las autoridades fronterizas de salud.

ObjetivosIndicadores

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se habrá impulsado la diseminación de información en salud generada por los trabajadores e investigadores fronterizos.

1. Durante el bienio 1996-97, se habrán producido, editado, publicado y distribuido 8 números de Salud Fronteriza, 12 del Boletín Epidemiológico Fronterizo y 8 de Noticias.

2. Durante el bienio 1996-97, se habrán distribuido las diferentes publicaciones científicas y técnicas producidas por la OPS y la OMS a los miembros de la AFMES.

3. Durante el bienio 1996-97, se habrán producido, editado, publicado y distribuido al menos 6 reportes especiales de salud de la frontera mexicano-estadounidense.

4. Durante el bienio 1996-97, se habrán realizado tres documentos técnicos especiales sobre la situación del alcohol, tabaco y otras drogas, diabetes y violencia en la frontera México-Estados Unidos.

5. Se habrá distribuido material de promoción de la salud proporcionado por las Oficinas Centrales de OPS y OMS entre las autoridades de salud de la frontera México-Estados Unidos.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,189,200	84.4	1,226,000	80.0	1,347,500	79.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	904,100	64.2	964,500	62.9	1,057,600	62.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 904,100	64.2	964,500	62.9	1,057,600	62.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	285,100	20.2	261,500	17.1	289,900	17.1
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 285,100	20.2	261,500	17.1	289,900	17.1
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	44,100	3.1	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	44,100	3.1	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 44,100	3.1	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	61,200	4.3	137,300	9.0	157,100	9.3
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	61,200	4.3	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA	WCH 61,200	4.3	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	0	-	137,300	9.0	157,100	9.3
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HEO 0	-	137,300	9.0	157,100	9.3
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	45,200	3.2	169,300	11.0	193,600	11.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	45,200	3.2	169,300	11.0	193,600	11.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 45,200	3.2	40,100	2.6	45,800	2.7
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA 0	-	129,200	8.4	147,800	8.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	70,500	5.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	70,500	5.0	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	0.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	1,410,200	100.0	1,532,600	100.0	1,698,200	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	15,600	100.0	0	-	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	15,600	100.0	0	-	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA	0	0.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	15,600	100.0	0	0.0	0	0.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,027,100	1	3	425,700	0	28,700	0	83,900	60,500	132,000	296,300
OMS - WR	383,100	1	1	215,700	0	0	0	42,200	0	0	125,200
TOTAL	1,410,200	2	4	641,400	0	28,700	0	126,100	60,500	132,000	421,500
% DEL TOTAL	100.0			45.5	.0	2.0	.0	8.9	4.3	9.4	29.9
1996-1997											
OPS - PR	1,187,400	1	3	445,000	0	32,900	0	62,000	69,200	63,800	514,500
OMS - WR	345,200	1	1	207,900	0	0	0	22,900	0	0	114,400
TOTAL	1,532,600	2	4	652,900	0	32,900	0	84,900	69,200	63,800	628,900
% DEL TOTAL	100.0			42.7	.0	2.1	.0	5.5	4.5	4.2	41.0
1998-1999											
OPS - PR	1,320,900	1	3	471,600	0	37,500	0	70,800	79,200	73,100	588,700
OMS - WR	377,300	1	1	220,200	0	0	0	26,200	0	0	130,900
TOTAL	1,698,200	2	4	691,800	0	37,500	0	97,000	79,200	73,100	719,600
% DEL TOTAL	100.0			40.7	.0	2.2	.0	5.7	4.7	4.3	42.4

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	10,306,500	34.5	13,494,500	40.4	14,125,900	40.6
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	1,730,500	5.8	2,473,900	7.4	2,593,800	7.5
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA						
DESARROLLO DEL PERSONAL	GPD 236,900	.8	521,300	1.6	544,800	1.6
COORDINACION EXTERNA	SDP 1,284,300	4.3	1,349,100	4.0	1,417,200	4.1
INFORMACION PUBLICA	ECO 209,300	.7	216,600	.6	225,200	.6
	INF 0	-	386,900	1.2	406,600	1.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD	5,445,400	18.3	5,693,800	17.1	5,957,000	17.2
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD 1,756,700	5.9	1,852,500	5.5	1,939,600	5.6
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE 1,305,300	4.4	1,358,400	4.1	1,421,200	4.1
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS 2,174,900	7.3	2,265,400	6.8	2,368,800	6.8
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 208,500	.7	217,500	.7	227,400	.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,463,300	4.8	1,510,600	4.5	1,564,800	4.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	CPS 1,212,400	4.0	1,249,300	3.7	1,292,500	3.7
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 250,900	.8	261,300	.8	272,300	.8
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	1,370,900	4.6	3,504,600	10.5	3,682,800	10.5
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST 1,370,900	4.6	1,629,700	4.9	1,713,900	4.9
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 0	-	1,874,900	5.6	1,968,900	5.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	296,400	1.0	311,600	.9	327,500	.9
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC 296,400	1.0	311,600	.9	327,500	.9
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	7,431,500	24.6	7,355,000	21.8	7,633,800	21.6
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	2,863,600	9.6	2,743,300	8.3	2,878,300	8.3
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 2,428,500	8.1	2,292,500	6.9	2,407,300	6.9
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR 117,700	.4	122,300	.4	127,300	.4
SALUD BUCODENTAL	ORH 317,400	1.1	328,500	1.0	343,700	1.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	4,016,500	13.1	4,040,100	11.8	4,161,200	11.6
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	4,016,500	13.1	4,040,100	11.8	4,161,200	11.6
MEDICAMENTOS ESENCIALES	203,800	.7	210,800	.6	218,700	.6
MEDICAMENTOS ESENCIALES	203,800	.7	210,800	.6	218,700	.6
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	347,600	1.2	360,800	1.1	375,600	1.1
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	347,600	1.2	360,800	1.1	375,600	1.1
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	2,972,800	9.9	3,086,600	9.3	3,240,500	9.4
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	888,900	2.9	1,045,200	3.1	1,106,700	3.2
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA	671,400	2.2	743,800	2.2	792,200	2.3
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	67,700	.2	108,700	.3	113,300	.3
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	149,800	.5	192,700	.6	201,200	.6
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	1,156,200	3.9	1,223,100	3.8	1,276,700	3.8
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	277,300	.9	285,800	.9	298,400	.9
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	169,500	.6	192,700	.6	201,200	.6
SALUD MENTAL	137,800	.5	192,700	.6	201,200	.6
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	571,600	1.9	427,000	1.3	445,400	1.3
PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA	0	-	124,900	.4	130,500	.4
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	927,700	3.1	818,300	2.4	857,100	2.4
ALIMENTACION Y NUTRICION	762,300	2.5	647,700	1.9	680,300	1.9
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	165,400	.6	170,600	.5	176,800	.5
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	996,400	3.3	1,053,800	3.2	1,094,400	3.2
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	996,400	3.3	1,053,800	3.2	1,094,400	3.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	317,900	1.1	297,100	.9	304,700	.9
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	373,400	1.2	333,700	1.0	348,600	1.0
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	87,500	.3	133,300	.4	138,400	.4
SEGURIDAD QUIMICA	0	-	63,100	.2	66,400	.2
SALUD DE LOS TRABAJADORES	217,600	.7	226,600	.7	236,300	.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	8,288,600	27.7	8,421,200	25.3	8,830,100	25.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	6,671,800	22.3	6,476,500	19.5	6,847,200	19.6
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	1,012,100	3.4	1,079,800	3.2	1,142,000	3.3
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	198,100	.7	414,000	1.2	430,000	1.2
ENFERMEDADES DIARREICAS	773,700	2.6	396,900	1.2	415,100	1.2
SIDA	282,600	.9	292,200	.9	303,000	.9
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	50,700	.2	51,300	.2	52,200	.1
TUBERCULOSIS	372,000	1.2	421,200	1.3	448,800	1.3
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	3,263,700	10.9	3,294,200	9.9	3,502,100	10.0
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	255,000	.9	47,100	.1	49,000	.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	181,000	.6	187,800	.6	195,100	.6
LEPRA	282,900	.9	292,000	.9	309,900	.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	120,000	.4	376,300	1.1	394,000	1.1
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	120,000	.4	376,300	1.1	394,000	1.1
SALUD PUBLICA VETERINARIA	1,496,800	5.0	1,568,400	4.7	1,588,900	4.5
FIEBRE AFTOSA	501,000	1.7	496,900	1.5	528,500	1.5
ZONOSIS	995,800	3.3	1,071,500	3.2	1,060,400	3.0
GRAN TOTAL	29,995,800	100.0	33,411,100	100.0	34,924,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	12,075,100	27.0	1,683,500	18.5	207,000	6.9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	470,400	1.1	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	100,000	.2	0	-	0	-
COORDINACION EXTERNA	299,600	.7	0	-	0	-
INFORMACION PUBLICA	70,800	.2	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
POLITICA PUBLICA Y SALUD	662,500	1.5	55,000	.6	20,000	.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	421,600	.9	0	-	0	-
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	30,600	.1	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	210,300	.5	55,000	.6	20,000	.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	9,284,700	20.7	1,628,500	17.9	187,000	6.2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	262,700	.6	173,000	1.9	187,000	6.2
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	9,022,000	20.1	1,455,500	16.0	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	200,500	.5	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	82,000	.2	0	-	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	118,500	.3	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	1,457,000	3.2	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	1,457,000	3.2	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	3,550,000	7.9	54,100	.6	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	1,442,100	3.2	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	1,442,100	3.2	0	-	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1,659,600	3.7	54,100	.6	0	-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1,659,600	3.7	54,100	.6	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS		1994-1995		1996-1997		1998-1999	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
MEDICAMENTOS ESENCIALES		397,300	.9	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	397,300	.9	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		51,000	.1	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	51,000	.1	0	-	0	-
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		3,447,800	7.7	779,500	8.6	0	-
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.		3,353,300	7.5	779,500	8.6	0	-
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA	WCH	3,040,800	6.8	779,500	8.6	0	-
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	237,600	.5	0	-	0	-
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	74,900	.2	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		37,800	.1	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	25,600	.1	0	-	0	-
SALUD MENTAL	MNH	12,200	.*	0	-	0	-
NUTRI. SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		56,700	.1	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	56,700	.1	0	-	0	-
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		1,315,200	3.0	231,000	2.5	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		1,315,200	3.0	231,000	2.5	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	434,000	1.0	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	759,000	1.7	231,000	2.5	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	122,200	.3	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	24,605,500	54.4	6,334,600	69.8	2,818,800	93.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	23,157,600	51.1	6,334,600	69.8	2,818,800	93.1
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 14,437,800	31.7	3,050,400	33.7	542,400	17.9
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 1,466,900	3.3	1,574,700	17.3	1,575,400	52.0
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 2,759,900	6.1	1,223,900	13.5	701,000	23.2
SIDA	GPA 3,408,000	7.6	0	-	0	-
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	STD 15,400	.*	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 719,100	1.6	485,600	5.3	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 28,300	.1	0	-	0	-
LEPRA	LEP 322,200	.7	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	386,700	.9	0	-	0	-
CANCER	CAN 32,400	.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 354,300	.8	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	1,061,200	2.4	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	FMD 520,100	1.2	0	-	0	-
ZONOSIS	ZMS 541,100	1.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	44,993,600	100.0	9,082,700	100.0	3,025,800	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS												
ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PUESTO PROF.	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS		SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.
			PUESTO LOCAL	CANTIDAD				SEMINARIOS				
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1994-1995												
OPS - PR	20,951,400	8	1	2,707,400	2,408,900	2,864,900	150,000	4,842,600	1,379,400	2,016,200	4,582,000	
OMS - WR	9,044,400	23	3	5,133,400	826,100	1,210,200	0	1,016,400	378,300	27,100	452,900	
TOTAL	29,995,800	31	4	7,840,800	3,235,000	4,075,100	150,000	5,859,000	1,757,700	2,043,300	5,034,900	
% DEL TOTAL	100.0			26.1	10.8	13.6	.5	19.5	5.9	6.8	16.8	
1996-1997												
OPS - PR	22,090,300	9	1	3,209,400	2,692,700	3,176,000	0	4,985,900	1,775,600	1,971,000	4,279,700	
OMS - WR	11,320,800	21	4	5,370,800	1,098,000	1,371,900	0	1,031,400	628,700	107,600	1,712,400	
TOTAL	33,411,100	30	5	8,580,200	3,790,700	4,547,900	0	6,017,300	2,404,300	2,078,600	5,992,100	
% DEL TOTAL	100.0			25.8	11.3	13.6	.0	18.0	7.2	6.2	17.9	
1998-1999												
OPS - PR	22,980,200	9	1	3,338,900	2,692,700	3,333,700	0	5,238,100	1,866,200	2,070,600	4,440,000	
OMS - WR	11,944,500	21	4	5,746,300	1,098,000	1,443,900	0	1,083,600	660,500	113,200	1,799,000	
TOTAL	34,924,700	30	5	9,085,200	3,790,700	4,777,600	0	6,321,700	2,526,700	2,183,800	6,239,000	
% DEL TOTAL	100.0			25.9	10.9	13.7	.0	18.1	7.2	6.3	17.9	

**PROGRAMA DE DESARROLLO
DEL DIRECTOR REGIONAL**

**PROGRAMA DE DESARROLLO
DEL DIRECTOR REGIONAL**

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	2,686,300	100.0	2,500,000	100.0	2,627,300	100.0
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	2,686,300	100.0	2,500,000	100.0	2,627,300	100.0
PROGRAMA DEL DIRECTOR PARA ACTIVIDAD. DE DESARROLLO DGP	2,686,300	100.0	2,500,000	100.0	2,627,300	100.0
GRAN TOTAL	2,686,300	100.0	2,500,000	100.0	2,627,300	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.
	\$	PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL	CANTIDAD						
				\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1994-1995										
OPS - PR	2,566,300	0	0	0	0	0	0	0	0	2,566,300
OMS - WR	120,000	0	0	0	0	0	0	0	0	120,000
TOTAL	2,686,300	0	0	0	0	0	0	0	0	2,686,300
% DEL TOTAL	100.0			.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0
1996-1997										
OPS - PR	2,380,000	0	0	0	0	0	0	0	0	2,380,000
OMS - WR	120,000	0	0	0	0	0	0	0	0	120,000
TOTAL	2,500,000	0	0	0	0	0	0	0	0	2,500,000
% DEL TOTAL	100.0			.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0
1998-1999										
OPS - PR	2,501,300	0	0	0	0	0	0	0	0	2,501,300
OMS - WR	126,000	0	0	0	0	0	0	0	0	126,000
TOTAL	2,627,300	0	0	0	0	0	0	0	0	2,627,300
% DEL TOTAL	100.0			.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0



PROGRAMAS REGIONALES (ICP)

PROGRAMAS REGIONALES (ICP)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	24,110,000	53.1	22,578,900	51.2	23,884,500	51.1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	7,515,700	16.6	8,043,900	17.9	8,505,500	17.8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA INFORMACION PUBLICA	5,624,300	12.4	6,412,100	14.2	6,772,000	14.1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
POLITICA PUBLICA Y SALUD	4,542,900	10.0	4,581,900	10.5	4,847,800	10.5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	2,231,900	4.9	2,002,300	4.6	2,119,300	4.6
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	589,800	1.3	602,400	1.4	637,400	1.4
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	1,239,500	2.7	1,303,800	3.0	1,379,800	3.0
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	481,700	1.1	673,400	1.5	711,300	1.5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,496,600	3.3	1,547,200	3.6	1,634,200	3.6
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	1,123,200	2.5	1,166,500	2.7	1,231,300	2.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	10,554,800	23.2	8,405,900	19.2	8,897,000	19.2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	2,767,500	6.1	2,493,200	5.7	2,635,000	5.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	8,427,700	18.5	8,162,700	18.6	8,642,300	18.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	3,347,800	7.4	3,166,900	7.2	3,348,500	7.2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	2,839,000	6.3	2,650,100	6.0	2,802,700	6.0
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	213,900	.5	215,600	.5	227,100	.5
SALUD BUCODENTAL	294,900	.6	301,200	.7	318,700	.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	3,921,400	8.6	3,794,100	8.6	4,024,000	8.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	3,921,400	8.6	3,794,100	8.6	4,024,000	8.7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
MEDICAMENTOS ESENCIALES	518,600	1.1	550,300	1.3	580,800	1.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
MEDICAMENTOS ESENCIALES	518,600	1.1	550,300	1.3	580,800	1.3

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS		1994-1995		1996-1997		1998-1999	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		639,900	1.4	651,400	1.5	689,000	1.5
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	639,900	1.4	651,400	1.5	689,000	1.5
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		4,056,900	8.9	4,687,200	10.9	4,955,700	10.9
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.		1,410,900	3.1	1,415,600	3.3	1,493,400	3.3
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA	WCH	1,079,100	2.4	865,300	2.0	912,600	2.0
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	0	-	215,600	.5	227,100	.5
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	331,800	.7	334,700	.8	353,700	.8
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		1,497,300	3.3	2,103,400	4.9	2,227,500	4.9
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	294,900	.6	516,800	1.2	645,800	1.2
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	250,800	.6	249,100	.6	262,100	.6
SALUD MENTAL	MNH	345,000	.8	435,800	1.0	461,900	1.0
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	606,600	1.3	901,700	2.1	957,700	2.1
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		1,148,700	2.5	1,168,200	2.7	1,234,800	2.7
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	853,800	1.9	867,000	2.0	916,100	2.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	294,900	.6	301,200	.7	318,700	.7
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		2,662,800	5.9	2,612,000	6.0	2,759,200	6.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		2,662,800	5.9	2,612,000	6.0	2,759,200	6.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	964,100	2.1	802,900	1.8	848,500	1.8
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	1,116,100	2.5	1,258,900	2.9	1,329,900	2.9
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	MWH	250,800	.6	249,100	.6	262,100	.6
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	331,800	.7	301,200	.7	318,700	.7
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		6,129,800	13.6	5,868,500	13.3	6,203,000	13.3
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		4,080,600	9.0	4,187,200	9.5	4,430,600	9.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E IMMUNIZA	VID	1,032,000	2.3	1,153,100	2.6	1,218,800	2.6
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI	250,800	.6	249,100	.6	262,100	.6
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	426,000	.9	435,800	1.0	461,900	1.0
SIDA	GPA	94,200	.2	101,100	.2	108,200	.2
TUBERCULOSIS	TUB	81,000	.2	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	774,200	1.7	787,100	1.8	833,300	1.8
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	TDR	94,200	.2	316,700	.7	335,300	.7
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	1,247,200	2.7	1,058,700	2.4	1,119,400	2.4
LEPRA	LEP	81,000	.2	85,600	.2	91,600	.2

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,158,500	2.6	747,300	1.7	786,300	1.7
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 1,158,500	2.6	747,300	1.7	786,300	1.7
SALUD PUBLICA VETERINARIA	890,700	2.0	934,000	2.1	986,100	2.1
ZONOSIS	ZNS 890,700	2.0	934,000	2.1	986,100	2.1
GRAN TOTAL	45,387,200	100.0	43,909,300	100.0	46,444,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	3,096,000	33.4	1,743,500	37.7	1,095,500	44.4
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	1,006,900	10.9	659,500	14.2	715,000	29.1
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA INFORMACION PUBLICA	673,500	7.3	560,000	12.1	607,000	24.7
	333,400	3.6	99,500	2.1	108,000	4.4
POLITICA PUBLICA Y SALUD	270,500	2.9	136,500	3.0	150,000	6.0
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG. LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	60,000	.6	68,000	1.5	75,000	3.0
	210,500	2.3	68,500	1.5	75,000	3.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,392,000	15.0	805,000	17.4	76,500	3.1
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	64,700	.7	70,500	1.5	76,500	3.1
	1,327,300	14.3	734,500	15.9	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	426,600	4.6	142,500	3.1	154,000	6.2
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	426,600	4.6	142,500	3.1	154,000	6.2
III. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	140,500	1.5	154,000	3.3	168,000	6.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	140,500	1.5	154,000	3.3	168,000	6.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	140,500	1.5	154,000	3.3	168,000	6.8
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,241,500	13.4	572,000	12.4	268,000	10.9
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD & ASUNTOS DE POBLAC.	1,212,300	13.1	572,000	12.4	268,000	10.9
SALUD DE LA MUJER, DEL NINO Y PLANIFICA DE FAMILIA SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	1,197,900	12.9	572,000	12.4	268,000	10.9
	14,400	.2	0	-	0	-
NUTRI, SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	29,200	.3	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	29,200	.3	0	-	0	-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

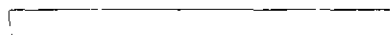
CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	368,400	4.0	203,500	4.4	220,500	8.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	368,400	4.0	203,500	4.4	220,500	8.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 368,400	4.0	203,500	4.4	220,500	8.9
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	4,424,600	47.7	1,957,600	42.2	712,700	29.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	4,102,600	44.2	1,773,600	38.2	514,200	20.9
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E IMMUNIZA	VID 1,956,800	21.1	1,493,400	32.1	234,000	9.5
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 86,700	0.9	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 266,100	2.9	280,200	6.1	280,200	11.4
SIDA	GPA 1,793,000	19.3	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	150,000	1.6	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 150,000	1.6	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	172,000	1.9	184,000	4.0	198,500	8.1
ZONOSIS	ZNS 172,000	1.9	184,000	4.0	198,500	8.1
GRAN TOTAL	9,271,000	100.0	4,630,600	100.0	2,464,700	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
1994-1995										
OPS - PR	29,101,600	87	85	26,649,800	0	249,900	0	1,560,000	0	641,900
OMS - WR	16,285,600	49	47	14,910,900	9,500	16,500	18,300	249,300	0	1,081,100
TOTAL	45,387,200	136	132	41,560,700	9,500	266,400	18,300	1,809,300	0	1,723,000
% DEL TOTAL	100.0			91.6	.0	.6	.0	4.0	.0	3.8
1996-1997										
OPS - PR	28,101,000	84	84	26,623,800	0	52,600	0	979,000	0	393,000
OMS - WR	15,808,300	51	43	15,178,100	0	0	52,600	0	0	630,200
TOTAL	43,909,300	135	127	41,801,900	0	52,600	52,600	979,000	0	1,023,200
% DEL TOTAL	100.0			95.3	.0	.1	.1	2.2	.0	2.3
1998-1999										
OPS - PR	29,726,800	84	84	28,175,200	0	55,200	0	1,028,400	0	412,800
OMS - WR	16,717,900	51	43	16,055,800	0	0	55,200	0	0	662,100
TOTAL	46,444,700	135	127	44,231,000	0	55,200	55,200	1,028,400	0	1,074,900
% DEL TOTAL	100.0			95.3	.0	.1	.1	2.2	.0	2.3



CENTROS



CENTROS



PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,162,800	4.3	1,296,500	4.4	1,455,600	4.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	1,162,800	4.3	1,296,500	4.4	1,455,600	4.5
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 1,162,800	4.3	1,296,500	4.4	1,455,600	4.5
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	8,765,800	32.6	10,338,800	35.2	11,465,900	35.1
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	1,714,100	6.4	2,062,200	7.0	2,290,300	7.0
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH 1,714,100	6.4	2,062,200	7.0	2,290,300	7.0
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	7,051,700	26.2	8,276,600	28.2	9,175,600	28.1
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT 5,621,600	20.9	6,244,100	21.3	6,955,200	21.3
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS 1,430,100	5.3	2,032,500	6.9	2,220,400	6.8
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	5,458,900	20.3	5,799,400	19.8	6,365,100	19.6
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	5,458,900	20.3	5,799,400	19.8	6,365,100	19.6
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 2,360,100	8.8	2,470,400	8.4	2,741,900	8.4
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA 2,855,300	10.6	3,068,600	10.5	3,344,900	10.3
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	MWH 243,500	.9	260,400	.9	278,300	.9
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	11,530,500	42.8	11,820,800	40.6	13,308,200	40.8
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,294,800	4.8	1,394,800	4.8	1,506,700	4.6
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 1,294,800	4.8	1,394,800	4.8	1,506,700	4.6
SALUD PUBLICA VETERINARIA	10,235,700	38.0	10,426,000	35.8	11,801,500	36.2
FIEBRE AFTOSA	FMD 7,840,700	29.1	8,257,400	28.4	9,461,400	29.0
ZOOZOSIS	ZNS 2,395,000	8.9	2,168,600	7.4	2,340,100	7.2
GRAN TOTAL	26,918,000	100.0	29,255,500	100.0	32,594,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	2,057,900	5.0	900,000	2.6	900,000	2.7
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	2,057,900	5.0	900,000	2.6	900,000	2.7
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI 2,057,900	5.0	900,000	2.6	900,000	2.7
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	18,508,500	45.0	17,660,000	51.8	17,938,000	53.3
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	1,172,400	2.8	200,000	.6	200,000	.6
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH 1,172,400	2.8	200,000	.6	200,000	.6
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	17,336,100	42.2	17,460,000	51.2	17,738,000	52.7
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT 15,356,900	37.4	14,880,000	43.6	14,900,000	44.3
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS 1,979,200	4.8	2,580,000	7.6	2,838,000	8.4
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	2,890,900	7.0	2,114,400	6.2	1,743,100	5.2
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	2,890,900	7.0	2,114,400	6.2	1,743,100	5.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 693,500	1.7	523,000	1.5	561,300	1.7
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA 2,197,400	5.3	1,591,400	4.7	1,181,800	3.5
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	17,774,700	43.0	13,451,100	39.4	13,051,500	38.8
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8,187,100	19.8	5,028,000	14.7	4,236,500	12.6
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 262,000	.6	0	-	0	-
SIDA	GPA 1,750,700	4.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 6,143,700	14.9	5,028,000	14.7	4,236,500	12.6
LEPRA	LEP 30,700	.1	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	9,587,600	23.2	8,423,100	24.7	8,815,000	26.2
FIEBRE AFTOSA	FMD 7,396,300	17.9	6,923,000	20.3	6,923,000	20.6
ZONOSIS	ZNS 2,191,300	5.3	1,500,100	4.4	1,892,000	5.6
GRAN TOTAL	41,232,000	100.0	34,125,500	100.0	33,632,600	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	23,045,600	51	66	17,439,100	324,900	1,013,400	220,000	587,600	892,000	0	2,568,600
OMS - WR	3,872,400	9	6	2,639,300	89,300	149,500	0	5,700	125,900	0	862,700
TOTAL	26,918,000	60	72	20,078,400	414,200	1,162,900	220,000	593,300	1,017,900	0	3,431,300
% DEL TOTAL	100.0			74.7	1.5	4.3	.8	2.2	3.8	.0	12.7
1996-1997											
OPS - PR	24,510,700	51	49	18,738,700	268,100	1,201,400	431,600	670,100	846,200	0	2,354,600
OMS - WR	4,744,800	9	6	2,850,200	116,100	140,300	0	21,400	252,600	0	1,364,200
TOTAL	29,255,500	60	55	21,588,900	384,200	1,341,700	431,600	691,500	1,098,800	0	3,718,800
% DEL TOTAL	100.0			73.7	1.3	4.6	1.5	2.4	3.8	.0	12.7
1998-1999											
OPS - PR	27,345,900	51	49	20,843,000	268,100	1,374,700	431,600	767,000	967,900	0	2,693,600
OMS - WR	5,248,900	9	6	3,098,600	116,100	160,300	0	24,500	288,800	0	1,560,600
TOTAL	32,594,800	60	55	23,941,600	384,200	1,535,000	431,600	791,500	1,256,700	0	4,254,200
% DEL TOTAL	100.0			73.4	1.2	4.7	1.3	2.4	3.9	.0	13.1

CENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE PARA INFORMACION EN CIENCIAS DE LA SALUD (BIREME)

1. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) está ubicado en Sao Paulo, Brasil. BIREME realiza sus actividades bajo la dirección de la División y Desarrollo (HDP) y dentro de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Los objetivos de BIREME son: i) coordinar y apoyar el desarrollo de los componentes de un sistema global de la OPS sobre información en ciencias de la salud, donde participen los centros especializados panamericanos, los centros de documentación de las oficinas de los PWR, los Programas Técnicos y la biblioteca de la Sede de la OPS; ii) Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas nacionales de información científica y técnica en ciencias de la salud, y su integración en el Sistema de Información Regional de OPS/BIREME, con énfasis en su aplicación por la toma de decisiones adecuadas por parte del personal de los servicios de salud, investigación y académicos; iii) Promover la revisión de las políticas de información científica y técnica en ciencias de la salud, considerando la realidad actual de los servicios de salud, investigación y

enseñanza, así como la influencia de la tecnología computacional y de las telecomunicaciones en el desarrollo de los sistemas de información y en los niveles de formación del personal participante en este proceso; iv) Promover oportunidades de adiestramiento para los usuarios y técnicos de los sistemas nacionales de información científica y técnica en ciencias de la salud, afin de poder atender las crecientes demandas de información de los profesionales del sector salud, en base a la transformación y nuevas orientaciones por las cuales están pasando; v) Estimular la participación de las instituciones de enseñanza y de desarrollo científico CONICITS, en la orientación y apoyo a los cambios que se consideren necesarios en el área de información científica técnica en ciencias de la salud; y vi) Apoyar el desarrollo del liderazgo en salud, con la distribución de información científica y técnica pertinente dentro del marco educacional, en la práctica en servicio y de investigación.

3. Las áreas de competencia de BIREME incluyen información científica y técnica, desarrollo de sistemas de información, informática médica y desarrollo de tecnología de multimedia.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1,162,800	100.0	1,296,500	100.0	1,455,600	100.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	1,162,800	100.0	1,296,500	100.0	1,455,600	100.0
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA HBI	1,162,800	100.0	1,296,500	100.0	1,455,600	100.0
GRAN TOTAL	1,162,800	100.0	1,296,500	100.0	1,455,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	2,057,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	2,057,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA HBI	2,057,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0
GRAN TOTAL	2,057,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	1,162,800	5	0	953,400	0	67,900	0	66,700	0	0	74,800
TOTAL	1,162,800	5	0	953,400	0	67,900	0	66,700	0	0	74,800
% DEL TOTAL	100.0			82.1	.0	5.8	.0	5.7	.0	.0	6.4
1996-1997											
OPS - PR	1,296,500	5	0	1,057,000	0	77,700	0	76,300	0	0	85,500
TOTAL	1,296,500	5	0	1,057,000	0	77,700	0	76,300	0	0	85,500
% DEL TOTAL	100.0			81.5	.0	6.0	.0	5.9	.0	.0	6.6
1998-1999											
OPS - PR	1,455,600	5	0	1,181,500	0	88,900	0	87,400	0	0	97,800
TOTAL	1,455,600	5	0	1,181,500	0	88,900	0	87,400	0	0	97,800
% DEL TOTAL	100.0			81.2	.0	6.1	.0	6.0	.0	.0	6.7

CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE (CAREC)

1. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) está ubicado en Puerto España, Trinidad. CAREC realiza sus actividades bajo la dirección de la División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HPC) y dentro de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Los principales ámbitos de trabajo de CAREC para el bienio 1994-1995 son los siguientes: En la División de Administración: concluir el proceso de planificación estratégica; actualizar las normas, políticas y planes de personal; poner en funcionamiento las actividades de recuperación de costos; llevar a cabo la vigilancia eficaz de los programas; renovar la planta física a medida que los recursos los permitan; y revisar los acuerdos multilaterales y bilaterales.

3. En la División de Epidemiología: mejorar las actividades de vigilancia en CAREC y en los Países Miembros del CAREC; asegurar la capacidad de respuesta en caso de emergencias y brotes de enfermedades; llevar a cabo actividades específicas de control de las enfermedades nosocomiales, de las diarreicas y de las incluidas en el PAI, de conformidad con los mandatos regionales; llevar a cabo iniciativas de adiestramiento en epidemiología en los Países Miembros; desarrollar la economía de la salud en relación con enfermedades propias del Caribe; promover la capacidad de análisis de la situación de salud en el Centro y en los países; y continuar con los estudios en marcha sobre enfermedades infecciosas y crónicas.

4. En la División de Laboratorios: mantener y ampliar la capacidad para comprobar la competencia de los laboratorios nacionales; crear capacidades de bioseguridad para promover prácticas seguras en el laboratorio; instalar el Sistema de Información sobre Laboratorios de Salud Pública y el Sistema de Seguimiento de Aislados de Laboratorio, tanto en CAREC como en los países participantes; implantar definitivamente la Sección de Inmunología; y llevar a cabo trabajos especializados en microbiología de las enfermedades entéricas, de las leptospirosis, de las micobacterias y control de vectores.

5. En la Coordinación de Control de la Lepra: coordinar el apoyo técnico y financiero; llevar a cabo labores de erradicación de la lepra como una meta de la CCH y de la OPS; y continuar el énfasis de los programas nacionales en la gestión apropiada y en los tratamientos con medicamentos múltiples.

6. En el Programa Especial sobre Enfermedades de Transmisión Sexual: promover la aplicación cabal de las Pautas para el Manejo Clínico en los Países Miembros; respaldar activamente el uso de las pautas para los servicios de orientación; vigilar la infección por VIH el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; fortalecer la capacidad de los laboratorios nacionales para las pruebas y confirmación del VIH y el diagnóstico de las enfermedades oportunistas; aumentar la participación de las ONG; apoyar las iniciativas adaptadas a las escuelas y promover intervenciones destinadas a grupos de alto riesgo.

7. Durante el bienio 1995-1996, estarán en pleno funcionamiento los sistemas de información en línea para la planificación y la preparación del presupuesto, con miras a facilitar su utilización óptima por los gerentes de programa. La vigilancia incluirá revisiones periódicas y evaluaciones en los Países Miembros. El análisis de la situación de salud y la epidemiología de las enfermedades crónicas serán actividades bien establecidas en el Centro. El adiestramiento en epidemiología será reinstaurado como una de las funciones principales. Los sistemas de información de laboratorios, en redes computarizadas, se ampliarán a todos los Países Miembros. Los laboratorios del CAREC desempeñarán principalmente una función de apoyo y de referencia, haciendo hincapié en las pruebas de competencia de otros laboratorios, en la bioseguridad, el adiestramiento, la investigación y el desarrollo. Se mejorará la capacidad clínica y de laboratorio en VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. El Centro trabajará en estrecha colaboración con las ONG. La capacidad profesional y técnica en ciencias sociales y del comportamiento en CAREC se consolidará y ampliará a los problemas de otras enfermedades diferentes del VIH/SIDA y la ETS.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,294,800	100.0	1,394,800	100.0	1,506,700	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,294,800	100.0	1,394,800	100.0	1,506,700	100.0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,294,800	100.0	1,394,800	100.0	1,506,700	100.0
GRAN TOTAL	1,294,800	100.0	1,394,800	100.0	1,506,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
VI. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	7,925,100	100.0	5,028,000	100.0	4,236,500	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	7,925,100	100.0	5,028,000	100.0	4,236,500	100.0
SIDA	1,750,700	22.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	6,143,700	77.5	5,028,000	100.0	4,236,500	100.0
LEPRA	30,700	.4	0	-	0	-
GRAN TOTAL	7,925,100	100.0	5,028,000	100.0	4,236,500	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD \$
1994-1995											
OPS - PR	1,294,800	5	0	1,043,300	0	129,700	0	0	54,700	0	67,100
TOTAL	1,294,800	5	0	1,043,300	0	129,700	0	0	54,700	0	67,100
% DEL TOTAL	100.0			80.6	.0	10.0	.0	.0	4.2	.0	5.2
1996-1997											
OPS - PR	1,394,800	5	0	1,107,000	0	149,300	0	0	61,800	0	76,700
TOTAL	1,394,800	5	0	1,107,000	0	149,300	0	0	61,800	0	76,700
% DEL TOTAL	100.0			79.4	.0	10.7	.0	.0	4.4	.0	5.5
1998-1999											
OPS - PR	1,506,700	5	0	1,177,400	0	171,000	0	0	70,700	0	87,600
TOTAL	1,506,700	5	0	1,177,400	0	171,000	0	0	70,700	0	87,600
% DEL TOTAL	100.0			78.2	.0	11.3	.0	.0	4.7	.0	5.8

CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE (CEPIS)

1. El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) está en Lima, Perú. Las actividades que llevará a cabo el CEPIS, bajo la responsabilidad de la División de Salud y Ambiente (HPE) de la OPS/OMS, están relacionados con aquellos campos de especialización que ejercen un impacto directo o indirecto a la salud. Se dará prioridad a la implementación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud de la Organización contribuyendo a: i) Reformar sistemas, instituciones y servicios de protección y control del medio ambiente; ii) Cumplir con procesos de descentralización y participación social, identificando y promoviendo el apoyo del sector privado en la prestación de los servicios de saneamiento; iii) Reforzar la eficiencia operativa de los sistemas, instituciones y servicios; iv) Promover el uso de tecnologías adecuadas para expandir y rehabilitar los servicios de saneamiento; v) Mejorar los sistemas de información.

Las principales áreas de trabajo del Centro se describen en los párrafos siguientes:

2. Control de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente: Se reforzará la capacidad institucional con el propósito de disminuir riesgos ambientales producto de la contaminación, diseminando metodologías desarrolladas por el Centro para la clasificación y evaluación rápida de situaciones ambientales relacionadas con: i) el manejo y control de los residuos peligrosos; ii) la disminución de desechos industriales contaminantes; iii) el control de la

contaminación biológica y orgánica de las aguas superficiales y subterráneas. Asimismo se promoverá el establecimiento de una red de laboratorios de la Región para capacitar e investigar metodologías e implementar programas de calidad analítica. Asimismo, se colaborará en el mejoramiento de la capacidad de análisis químicos y microbiológicos.

3. Servicios de abastecimiento público de agua y saneamiento: Se incentivará el mejoramiento de la capacidad de producción de agua potable en los países de la Región y el alcance de las metas de calidad de agua potable a través de: i) la optimización de centros de producción, aplicando soluciones tecnológicas apropiadas para el tratamiento de agua; ii) el inicio de la Red Panamericana de Manejo Ambiental Aceptable de Residuos; iv) el mejoramiento de la infraestructura de las redes nacionales de REPIDISCA; y el uso de programas de cómputos para la producción de módulos de capacitación.

4. Desechos sólidos e higiene de la vivienda: Se realizarán esfuerzos para mejorar la eficiencia de los servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición contra riesgos ocupacionales mediante: la formulación y ejecución de planes directores de aseo urbano y limpieza pública; ii) el desarrollo de nuevas tecnologías no convencionales que puedan ser llevadas a cabo con participación comunitaria; iii) la provisión de instrumentos para el manejo eficiente de los residuos hospitalarios.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	3,563,800	100.0	3,637,000	100.0	4,001,600	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	3,563,800	100.0	3,637,000	100.0	4,001,600	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	2,360,100	66.3	2,470,400	67.9	2,741,900	68.5
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	960,200	26.9	906,200	24.9	981,400	24.5
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	243,500	6.8	260,400	7.2	278,300	7.0
GRAN TOTAL	3,563,800	100.0	3,637,000	100.0	4,001,600	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	1,031,300	100.0	1,033,200	100.0	561,300	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	1,031,300	100.0	1,033,200	100.0	561,300	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	693,500	67.2	523,000	50.6	561,300	100.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	337,800	32.8	510,200	49.4	0	-
GRAN TOTAL	1,031,300	100.0	1,033,200	100.0	561,300	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1994-1995										
OPS - PR	2,026,100	6	9	2,024,800	0	0	0	0	0	1,300
OMS - WR	1,537,700	3	6	1,108,500	0	38,500	0	6,800	0	383,900
TOTAL	3,563,800	9	15	3,133,300	0	38,500	0	6,800	0	385,200
% DEL TOTAL	100.0			87.9	.0	1.1	.0	.2	.0	10.8
1996-1997										
OPS - PR	2,067,800	6	9	2,037,000	0	29,400	0	0	0	1,400
OMS - WR	1,569,200	3	6	1,107,200	0	15,600	0	7,000	0	439,400
TOTAL	3,637,000	9	15	3,144,200	0	45,000	0	7,000	0	440,800
% DEL TOTAL	100.0			86.5	.0	1.2	.0	.2	.0	12.1
1998-1999										
OPS - PR	2,257,000	6	9	2,221,700	0	33,800	0	0	0	1,500
OMS - WR	1,744,600	3	6	1,216,300	0	17,800	0	7,900	0	502,600
TOTAL	4,001,600	9	15	3,438,000	0	51,600	0	7,900	0	504,100
% DEL TOTAL	100.0			85.9	.0	1.3	.0	.2	.0	12.6

INSTITUTO DE ALIMENTACION Y NUTRICION DEL CARIBE (CFNI)

1. El instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), como parte del programa de cooperación técnica de la OPS en Alimentación y Nutrición, colabora con los gobiernos del Caribe a mejorar el estado nutricional de la población.

2. La estrategia programática empleada por el CFNI es congruente con el enunciado de su misión y con su objetivo general: "Colaborar con los Gobiernos Miembros en sus esfuerzos por lograr un nivel educado de bienestar nutricional y de seguridad alimentaria gracias a la identificación, la adaptación, el desarrollo, la ejecución y la evaluación de los programas apropiados con miras a fomentar, establecer y mantener un estado nutricional óptimo para toda la población de conformidad con la Estrategia de Atención Primaria de Salud."

3. En la mayoría de los países del Caribe, los problemas de nutrición de mayor importancia tienen que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la nutrición como la obesidad, la hipertensión, la cardiopatía coronaria y algunos cánceres. Aunque la estrategia de la CARICOM hace hincapié en estas inquietudes, los casos evidentes de desnutrición indican que siguen existiendo problemas especialmente en Guyana y Jamaica. En la mayoría de los países se ha observado también vulnerables como las embarazadas, las mujeres que amamantan y los niños pequeños.

4. En consecuencia, la estrategia del CFNI abarca todos los aspectos relacionados con la nutrición, que van desde la desnutrición en los niños pequeños, las carencias de micronutrientes (hierro), en particular en los grupos más vulnerables (embarazadas, mujeres que amamantan y niños), hasta las personas que actualmente no presentan desequilibrios del entorno nutricional; y, los adultos expuestos al riesgo de las enfermedades no transmisibles y los cánceres relacionados con la nutrición.

5. Para satisfacer las prioridades de la OPS, se crearon dos áreas programáticas: promoción y protección de la nutrición y Disponibilidad y consumo de alimentos. Las actividades principales que se llevarán a cabo durante los próximos cinco años son las siguientes:

6. Promoción y protección de la nutrición: De acuerdo con sus objetivos de vigilancia, el Instituto continuará movilizandó la ayuda de los Coordinadores de Nutrición para recopilar y mejorar la información en el nivel de atención primaria. Se seguirá haciendo hincapié en las intervenciones escolares como el proyecto "Estilos de Vida" que se lleva a cabo actualmente en Jamaica. La Primera Conferencia Caribeña sobre Promoción de la Salud (1-4 de junio de 1993) promulgó la "Carta del Caribe para la Promoción de la Salud", que facilitará la coordinación de los esfuerzos de diferentes sectores, instituciones y grupos en el desarrollo de programas de acción específicos para fomentar la salud y promover cambios en el estilo de vida.

7. Disponibilidad y consumo de alimentos: El CFNI continuará apoyando a los Países Miembros en la recopilación de datos para analizar el acceso a los alimentos; además, hará una revisión de los indicadores de vigilancia de la alimentación y la nutrición. La recopilación de datos sobre el consumo de alimentos pro hogares y el análisis del acceso a los alimentos forman parte de trabajos encomendados al CFNI para ayudar a que las instancias de planificación aseguren que los diversos grupos de la población tengan acceso a los alimentos.

8. Entre las metas que el CFNI se propone alcanzar durante el período que está siendo considerado se destacan tres: que todos los países miembros del CARICOM hayan desarrollado una política de nutrición como parte de su política nacional de salud y que hayan reducido significativamente los riesgos para la salud derivados de la contaminación de los alimentos y estén aplicando medidas para proteger a los consumidores.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	2,159,900	100.0	2,343,200	100.0	2,546,400	100.0	
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	2,159,900	100.0	2,343,200	100.0	2,546,400	100.0	
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	2,159,900	100.0	2,343,200	100.0	2,546,400	100.0
GRAN TOTAL	2,159,900	100.0	2,343,200	100.0	2,546,400	100.0	

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,111,100	100.0	680,000	100.0	700,000	100.0	
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,111,100	100.0	680,000	100.0	700,000	100.0	
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	1,111,100	100.0	680,000	100.0	700,000	100.0
GRAN TOTAL	1,111,100	100.0	680,000	100.0	700,000	100.0	

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,235,300	4	3	891,200	0	31,800	0	0	0	0	312,300
OMS - WR	924,600	3	0	557,600	40,600	29,000	0	0	0	0	297,400
TOTAL	2,159,900	7	3	1,448,800	40,600	60,800	0	0	0	0	609,700
% DEL TOTAL	100.0			67.1	1.9	2.8	.0	.0	.0	.0	28.2
1996-1997											
OPS - PR	1,333,400	4	3	935,100	0	40,900	0	0	0	0	357,400
OMS - WR	1,009,800	3	0	596,000	40,200	33,200	0	0	0	0	340,400
TOTAL	2,343,200	7	3	1,531,100	40,200	74,100	0	0	0	0	697,800
% DEL TOTAL	100.0			65.3	1.7	3.2	.0	.0	.0	.0	29.8
1998-1999											
OPS - PR	1,447,900	4	3	992,300	0	46,800	0	0	0	0	408,800
OMS - WR	1,098,500	3	0	631,000	40,200	37,900	0	0	0	0	389,400
TOTAL	2,546,400	7	3	1,623,300	40,200	84,700	0	0	0	0	798,200
% DEL TOTAL	100.0			63.8	1.6	3.3	.0	.0	.0	.0	31.3

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP)

1. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) es un centro especializado de la Organización Panamericana de la Salud que se financia mediante un convenio tripartito entre el Ministerio de Salud del Uruguay, la Universidad del Uruguay y la Organización Panamericana de la Salud y constituye la respuesta de la Organización a la necesidad de mejorar la salud perinatal en la Región.

2. Los objetivos del Centro son: i) Ayudar a la Región de las Américas a mejorar la salud reproductiva mediante la cooperación con los países, en particular en la determinación y la solución de los principales problemas de salud materna, perinatal y de los lactantes; ii) cooperar en el diseño, la ejecución y la evaluación de programas que abarquen la asistencia sanitaria a las madres durante el período prenatal, el parto y el puerperio; al recién nacido y, luego, la vigilancia del crecimiento y el desarrollo de los niños; iii) promover y apoyar la investigación multidisciplinaria y multicéntrica colaborativa local y el desarrollo de tecnologías apropiadas aplicables en los diferentes niveles de los sistemas de salud materna y perinatal; iv) movilizar los recursos de cooperación y apoyar las capacidades nacionales en el área de adiestramiento de personal para producir una masa crítica de profesionales que formarían una red regional; y v) promover la toma de decisiones en los sistemas locales de salud al establecer sistemas de información sobre salud perinatal, pediátrica y de salud de los adolescentes; vi) fortalecer la atención de salud a nivel local y los recursos comunitarios para el establecimiento y la prestación de servicios de salud reproductiva.

3. Las líneas de acción para el Centro incluyen cooperación técnica con los países; formación de recursos humanos; investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas; la promoción y difusión de información, y la movilización de recursos. Estas se apoyarán en: a) la mejora de los sistemas nacionales de información sobre salud perinatal como base para la planificación epidemiológica de programas de salud a nivel intermedio y especialmente a nivel local; y b) el uso más eficaz y generalizado de tecnologías evaluadas previamente en un esfuerzo por reducir la enfermedad yatrogénica resultante del uso innecesario e indiscriminado de los procedimientos y las técnicas de dudosa eficacia. Algunos de los programas prioritarios del Centro en estas áreas incluyen epidemiología de la cesárea;

evaluación de los modelos para la atención prenatal y durante el parto; modelos para el egreso temprano de la puerpera y del recién nacido; evaluación de tecnologías para la detección del riesgo fetal, epidemiología del bajo peso al nacer; tipos de medicamentos usados durante el embarazo y otros hábitos; y preparación de instrucciones para evaluar el crecimiento y el desarrollo posnatal.

4. El CLAP pondrá en práctica un programa didáctico para adiestrar a profesionales y trabajadores de salud en diferentes niveles de especialización durante el bienio 1996-1997, mediante cursos de posgrado y diversos cursos cortos en el Centro y en los países. Estas actividades tienden a facilitar la incorporación de las tecnologías apropiadas en las pautas y las normas de asistencia sanitaria en los países, así como en sus programas de enseñanza.

5. Con respecto a la promoción y difusión de la información sobre salud perinatal, el CLAP suministrará a los países de la Región información bibliográfica sobre perinatología, ginecología y obstetricia, y neonatología; reproducirá y distribuirá materiales impresos; y preparará artículos y materiales audiovisuales didácticos para difundir conocimientos sobre salud perinatal y maternoinfantil. En particular, el Centro fortalecerá la publicación y distribución periódicas en varios idiomas de su boletín informativo sobre salud perinatal (circulación: 20.000 ejemplares en español) que contiene material de interés para todos los que trabajan en la esfera de la salud.

6. Todas las publicaciones del Centro se entregarán a una red amplia de bibliotecas y centros de documentación en los países de la Región. Se asignará la máxima prioridad a la producción y la publicación de pautas comunes para analizar la eficacia y la seguridad de las tecnologías disponibles, con miras a colaborar en la revisión y los cambios en los servicios de salud que guardan relación con el desarrollo tecnológico en la Región.

7. Habrá movilización y coordinación continuas de los recursos con el INCAP, el CFNI y otros centros panamericanos, así como esfuerzos constantes para obtener recursos de los CDC, del Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional y de otras instituciones de financiamiento.

8. Mediante estas actividades el CLAP también brindará apoyo especial a los núcleos nacionales que forman la Red Perinatal Regional en 22 países de la Región.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,714,100	100.0	2,062,200	100.0	2,290,300	100.0
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	1,714,100	100.0	2,062,200	100.0	2,290,300	100.0
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	1,714,100	100.0	2,062,200	100.0	2,290,300	100.0
WCH						
GRAN TOTAL	1,714,100	100.0	2,062,200	100.0	2,290,300	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,172,400	100.0	200,000	100.0	200,000	100.0
SALUD DE LA FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLAC.	1,172,400	100.0	200,000	100.0	200,000	100.0
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	1,172,400	100.0	200,000	100.0	200,000	100.0
WCH						
GRAN TOTAL	1,172,400	100.0	200,000	100.0	200,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	1,472,300	2	1	767,600	31,100	57,500	0	34,000	95,500	0	486,600
OMS - WR	241,800	1	0	220,000	0	21,800	0	0	0	0	0
TOTAL	1,714,100	3	1	987,600	31,100	79,300	0	34,000	95,500	0	486,600
% DEL TOTAL	100.0			57.6	1.8	4.6	.0	2.0	5.6	.0	28.4
1996-1997											
OPS - PR	1,232,900	2	1	995,200	0	59,600	0	0	0	0	178,100
OMS - WR	829,300	1	0	278,000	27,700	22,600	0	14,900	109,300	0	376,800
TOTAL	2,062,200	3	1	1,273,200	27,700	82,200	0	14,900	109,300	0	554,900
% DEL TOTAL	100.0			61.8	1.3	4.0	.0	.7	5.3	.0	26.9
1998-1999											
OPS - PR	1,367,800	2	1	1,095,700	0	68,200	0	0	0	0	203,900
OMS - WR	922,500	1	0	295,900	27,700	25,800	0	17,100	125,000	0	431,000
TOTAL	2,290,300	3	1	1,391,600	27,700	94,000	0	17,100	125,000	0	634,900
% DEL TOTAL	100.0			60.8	1.2	4.1	.0	.7	5.5	.0	27.7

CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA Y SALUD (ECO)

1. En el marco de la cooperación técnica de la División de Ambiente y Salud (HPE) de la OPS, el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), ha sido responsable por la cooperación con los países miembros en el mejoramiento del estado de salud de las poblaciones humanas al evitar o disminuir los efectos adversos sobre la salud que resultan de las modificaciones o contaminación del ambiente que acompañan al desarrollo económico y a la industrialización. A partir de 1983, el Consejo Directivo de la OPS, revisó el mandato originalmente conferido a ECO en los siguientes términos: i) Colaborar con los países miembros de la Organización en los aspectos epidemiológicos y toxicológicos de los efectos en salud de los principales contaminantes químicos de origen industrial y agrícola; y ii) Integrar una red de centros colaboradores en la Región para el fomento del adiestramiento, el intercambio de información y los programas de investigación aplicada en el área de ecología humana y salud.

2. A partir de 1986 los cuerpos de Gobierno de la OPS aprobaron la creación del Programa Regional de Seguridad de las Sustancias Químicas (PRSSQ) en el cual ECO interviene en forma activa.

3. México fue seleccionado como país anfitrión de ECO, 1980 las autoridades nacionales hicieron entrega a la OPS de las instalaciones físicas que actualmente ocupa el Centro en el Municipio de Mepepec, Estado de México. ECO se encuentra a 64 km. de la Ciudad de México, por la carretera federal No. 15 México-Toluca.

4. El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud ha observado las siguientes Estrategias Globales de Cooperación Técnica: i) Promover la conformación de una Red Regional de Centros Colaborantes que reúna a instituciones de excelencia técnica en temas relacionados con la Evaluación de Riesgos a la Salud; ii) Movilizar recursos externos en apoyo al desarrollo y puesta en práctica de iniciativas regionales, subregionales, nacionales e internacionales en temas prioritarios a la salud ambiental; iii) Ampliar nexos de coordinación dentro de

la División de Salud Ambiental de la OPS, así como con otras Divisiones y Programas de la Organización, de interés a los programas y proyectos relacionados con la evaluación de riesgos a la salud resultante de la exposición a agentes contaminantes del medio; iv) Fortalecer la capacidad operativa técnica y administrativa de ECO, con la finalidad de desarrollar metodologías en temas relacionados con la evaluación de riesgos, la epidemiología, la toxicología ambiental, y el control de la calidad analítica de laboratorios, a través del trabajo coordinado con los centros colaboradores; v) Fortalecer los vínculos de trabajo entre instituciones nacionales e internacionales dedicadas a la evaluación de riesgos; y vi) Fortalecer los mecanismos para incorporar la discusión de los problemas y soluciones locales a los problemas de ambiente y salud a través de los Servicios Locales de Salud (Silo).

5. Las metas bienales del Centro son: i) Consolidar el trabajo del Centro a través de la conformación de una Red Regional de Centros Colaborantes en temas relacionados con la evaluación de riesgos en torno a problemas prioritarios a la salud ambiental; ii) Adaptar y transferir metodologías de evaluación de riesgos aplicables a las condiciones técnicas prevalentes en los países de la Región y apoyar técnicamente la realización de estudios de programas prioritarios, especialmente en los temas: contaminantes atmosféricos, metales pesados, plaguicidas y residuos peligrosos; iii) Apoyar a programas de postgrado en temas relacionados con evaluación de riesgos, epidemiología ambiental y toxicología, además de publicar materiales educativos y apoyos didácticos para el desarrollo de recursos humanos a nivel local; Publicar materiales técnicos (criterios manuales guías) que apoyen procesos normativos y reglamentarios; v) Promover el acceso, interpretación y uso de información toxicológica y de evaluación de riesgos a la salud; Promover programas de control de calidad y seguridad analítica el laboratorios toxicológicos en niveles locales y regionales; y vii) Promover el desarrollo de un programa regional de prevención y preparativos ante emergencias químicas.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	1,895,100	100.0	2,162,400	100.0	2,363,500	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	1,895,100	100.0	2,162,400	100.0	2,363,500	100.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	1,895,100	100.0	2,162,400	100.0	2,363,500	100.0
ERA						
GRAN TOTAL	1,895,100	100.0	2,162,400	100.0	2,363,500	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
V. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	1,859,600	93.9	1,081,200	100.0	1,181,800	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	1,859,600	93.9	1,081,200	100.0	1,181,800	100.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	1,859,600	93.9	1,081,200	100.0	1,181,800	100.0
ERA						
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	120,000	6.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	120,000	6.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	120,000	6.1	0	-	0	-
CDD						
GRAN TOTAL	1,979,600	100.0	1,081,200	100.0	1,181,800	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
1994-1995										
OPS - PR	1,039,400	3	0	764,400	0	60,200	0	0	0	214,800
OMS - WR	855,700	2	0	440,600	48,700	60,200	5,700	119,100	0	181,400
TOTAL	1,895,100	5	0	1,205,000	48,700	120,400	5,700	119,100	0	396,200
% DEL TOTAL	100.0			63.5	2.6	6.4	.0	6.3	.0	20.9
1996-1997										
OPS - PR	1,183,700	3	0	869,000	0	68,900	0	0	0	245,800
OMS - WR	978,700	2	0	511,200	48,200	68,900	6,500	136,300	0	207,600
TOTAL	2,162,400	5	0	1,380,200	48,200	137,800	6,500	136,300	0	453,400
% DEL TOTAL	100.0			63.8	2.2	6.4	.0	6.3	.0	21.0
1998-1999										
OPS - PR	1,289,400	3	0	929,300	0	78,800	0	0	0	281,300
OMS - WR	1,074,100	2	0	546,200	48,200	78,800	7,400	155,900	0	237,600
TOTAL	2,363,500	5	0	1,475,500	48,200	157,600	7,400	155,900	0	518,900
% DEL TOTAL	100.0			62.4	2.0	6.7	.0	6.6	.0	22.0

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA (INCAP)

1. El Instituto de Nutrición de Centroamérica (INCAP), está ubicado en la ciudad de Guatemala bajo la División de Promoción y Protección de la salud.

2. Enfoca su quehacer alrededor de los programas prioritarios de los países centroamericanos, teniendo en cuenta las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y en especial como parte fundamental del programa regional de cooperación técnica en Alimentación y Nutrición.

3. La información disponible en la región centroamericana confirma los considerables avances en la situación de nutrición en varios grupos de población; así las tasas de mortalidad infantil y preescolar han disminuido marcadamente en todos los países y la desnutrición proteínico-energética ha mejorado en cuatro de los países del área. Sin embargo, a la población que crónicamente ha mantenido deficiencias en la capacidad de las familias para obtener alimentos suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de sus miembros, se ha agregado el grupo que actualmente está siendo afectado por la difícil situación socioeconómica imperante en Centroamérica.

4. La mayoría de los problemas nutricionales de esta región son por déficit crónico en la ingestión proteínico-energética y de micronutrientes y, en menor grado, por excesos asociados a obesidad, y estilos de vida inadecuados. No

obstante, debido a las condiciones de vida precarias en la actualidad, como se anotó ya, existen cuadros clínicos de desnutrición aguda por falta de alimentos en algunos grupos de población.

5. El INCAP ha preparado un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 1991-2000, en el cual se han plasmado los lineamientos para sus acciones de cooperación técnica y las políticas de formación de recursos humanos, investigación, comunicación e información, así como para la obtención de los recursos financieros que garanticen la operación sostenida del Instituto.

6. Con bases en dicho Plan, las acciones principales que desarrollará el INCAP en los próximos años, seguirán los siguientes lineamientos: i) Atención en alimentación, nutrición y salud de los grupos menos favorecidos promoviendo la seguridad alimentaria-nutricional a nivel comunitario y familiar; ii) Prevención de deficiencias nutricionales específicas, especialmente de los micronutrientes identificados como carenciales en la región centroamericana, incluyendo yodo, hierro, vitamina A, y en menor grado, flúor y zinc; iii) Prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas que afectan el estado nutricional; iv) Protección de alimentos y orientación al consumidor; v) Promoción de dietas adecuadas y estilos de vida sanos, dirigidos a la reducción de los problemas nutricionales por deficiencias y excesos y al fomento de la actividad física en los grupos sedentarios; vi) Vigilancia de la situación alimentario-nutricional y apoyo a la incorporación de objetivos nutricionales en todos los programas de desarrollo social; vii) De igual modo, el INCAP continuará fortaleciendo las capacidades nacionales en cada uno de los países para el desarrollo de la investigación epidemiológica y operacional.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	3,461,700	100.0	3,900,900	100.0	4,408,800	100.0	
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	3,461,700	100.0	3,900,900	100.0	4,408,800	100.0	
ALIMENTACION Y NUTRICION							
	NUT	3,461,700	100.0	3,900,900	100.0	4,408,800	100.0
GRAN TOTAL		3,461,700	100.0	3,900,900	100.0	4,408,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999		
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	14,245,800	99.0	14,200,000	100.0	14,200,000	100.0	
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	14,245,800	99.0	14,200,000	100.0	14,200,000	100.0	
ALIMENTACION Y NUTRICION							
	NUT	14,245,800	99.0	14,200,000	100.0	14,200,000	100.0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	142,000	1.0	0	-	0	-	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	142,000	1.0	0	-	0	-	
ENFERMEDADES DIARREICAS							
	CDD	142,000	1.0	0	0	-	
GRAN TOTAL		14,387,800	100.0	14,200,000	100.0	14,200,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	3,149,100	2	0	2,308,300	68,700	174,400	38,000	96,100	110,800	0	352,800
OMS - WR	312,600	0	0	312,600	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3,461,700	2	0	2,620,900	68,700	174,400	38,000	96,100	110,800	0	352,800
% DEL TOTAL	100.0			75.7	2.0	5.0	1.1	2.8	3.2	.0	10.2
1996-1997											
OPS - PR	3,543,100	2	0	2,597,300	68,000	199,600	37,600	110,000	126,000	0	404,600
OMS - WR	357,800	0	0	357,800	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3,900,900	2	0	2,955,100	68,000	199,600	37,600	110,000	126,000	0	404,600
% DEL TOTAL	100.0			75.8	1.7	5.1	1.0	2.8	3.2	.0	10.4
1998-1999											
OPS - PR	3,996,600	2	0	2,932,800	68,000	228,300	37,600	125,800	144,200	0	462,900
OMS - WR	409,200	0	0	409,200	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4,408,800	2	0	3,342,000	68,000	228,300	37,600	125,800	144,200	0	462,900
% DEL TOTAL	100.0			75.7	1.5	5.2	.9	2.9	3.3	.0	10.5

INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCION DE ALIMENTOS Y ZONOSIS (INPPAZ)

1. El Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), fue creado en 1991, y tiene su sede en Buenos Aires, Argentina. El Instituto depende de la División de Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles (HPC) y es parte integral del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV).

2. El Instituto tiene como misión la de proveer a los países miembros de la Organización y a las iniciativas de integración de los mismos, servicios de cooperación técnica y de referencia e investigación, para la solución de problemas relacionados con la protección sanitaria de los alimentos, las zoonosis y el fortalecimiento de los laboratorios de salud.

3. Cumple con las funciones de referencia internacional, investigación aplicada, capacitación asesoría técnica directa y difusión de información.

4. La estrategia global de cooperación técnica para los bienios 1994-1995 y 1996-1997 está enmarcada en el acuerdo constitutivo del INPPAZ y en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización en el campo de la

salud pública veterinaria como son: el Programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de Alimentos, el Programa Regional de Eliminación de la Rabia y el Programa Regional de Erradicación de la Tuberculosis Bovina.

5. Dentro de este contexto el INPPAZ centralizará la cooperación técnica a través de las actividades siguientes: Análisis de residuos; control de calidad de biológicos y reactivos; estandarización de normas y procedimientos; diagnóstico de enfermedades; producción de patrones de referencia; producción de animales de laboratorio; apoyar el desarrollo de redes nacionales y subregionales de laboratorios; desarrollar manuales básicos sobre ingeniería de producción de biológicos; investigación aplicada; apoyar estudios sobre impacto social y económico de las zoonosis y la pérdidas por fallas en protección de alimentos; mejorar el conocimiento del proceso salud/enfermedad de las Enfermedades Transmisibles por Alimentos (ETA) y las zoonosis en diferentes ecosistemas; La ETA y su impacto sobre el turismo; ejecutar y apoyar la realización de recursos, seminarios y talleres en la sede del INPPAZ y en los países; adiestramiento en servicio en el INPPAZ; programa de profesionales residentes; formulación y evaluación de programas; fortalecimiento de sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica; fortalecimiento de los programas de prevención de enfermedades exóticas; fortalecer los servicios nacionales de salud pública veterinaria; apoyar las iniciativas de integración subregional en el campo de la salud y comercio agropecuario; difundir información técnico-científica.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,430,100	37.4	2,032,500	48.4	2,220,400	48.7
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,430,100	37.4	2,032,500	48.4	2,220,400	48.7
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS 1,430,100	37.4	2,032,500	48.4	2,220,400	48.7
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	2,395,000	62.6	2,168,600	51.6	2,340,100	51.3
SALUD PUBLICA VETERINARIA	2,395,000	62.6	2,168,600	51.6	2,340,100	51.3
ZONOSIS	ZNS 2,395,000	62.6	2,168,600	51.6	2,340,100	51.3
GRAN TOTAL	3,825,100	100.0	4,201,100	100.0	4,560,500	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
IV. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,979,200	47.5	2,580,000	63.2	2,838,000	60.0
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,979,200	47.5	2,580,000	63.2	2,838,000	60.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS 1,979,200	47.5	2,580,000	63.2	2,838,000	60.0
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	2,191,300	52.5	1,500,100	36.8	1,892,000	40.0
SALUD PUBLICA VETERINARIA	2,191,300	52.5	1,500,100	36.8	1,892,000	40.0
ZONOSIS	ZNS 2,191,300	52.5	1,500,100	36.8	1,892,000	40.0
GRAN TOTAL	4,170,500	100.0	4,080,100	100.0	4,730,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL \$	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO \$	VIAJES EN COMISION DE SERV. \$	BECAS \$	CURSOS Y SEMINARIOS \$	SUMINISTROS Y EQUIPO \$	SUBVEN- CIONES \$	OTRAS APORTACION. \$	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
1994-1995											
OPS - PR	3,825,100	9	0	2,232,800	123,100	188,600	72,000	268,700	455,000	0	484,900
TOTAL	3,825,100	9	0	2,232,800	123,100	188,600	72,000	268,700	455,000	0	484,900
% DEL TOTAL	100.0			58.4	3.2	4.9	1.9	7.0	11.9	.0	12.7
1996-1997											
OPS - PR	4,201,100	9	0	2,438,600	99,100	228,900	285,100	343,300	457,800	0	348,300
TOTAL	4,201,100	9	0	2,438,600	99,100	228,900	285,100	343,300	457,800	0	348,300
% DEL TOTAL	100.0			58.0	2.4	5.4	6.8	8.2	10.9	.0	8.3
1998-1999											
OPS - PR	4,560,500	9	0	2,599,400	99,100	261,800	285,100	392,800	523,800	0	398,500
TOTAL	4,560,500	9	0	2,599,400	99,100	261,800	285,100	392,800	523,800	0	398,500
% DEL TOTAL	100.0			57.0	2.2	5.7	6.3	8.6	11.5	.0	8.7

CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA (PANAFTOSA)

1. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), con sede en Río de Janeiro, Brasil, inició sus actividades en 1951. El Centro depende de la División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HPC) y es parte integral del Programa de Salud Pública Veterinaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2. El Centro tiene como misión fundamental brindar cooperación técnica a los programas nacionales de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa y otras enfermedades vesiculares de los países miembros de la Organización; servir como laboratorio de referencia regional; promover y mantener un sistema de información y vigilancia epidemiológica continental; promover la colaboración entre países, y capacitar recursos humanos.

3. La V Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMS A V), celebrada en 1987, encomendó a la OPS y a la Comisión Suramericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) la elaboración del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), y constituyó el Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), integrado por un representante de los Gobiernos y uno de los productos de cada una de las subregiones: Cono Sur, Andina, Amazónica y Brasil, Centroamérica, el Caribe y Norteamérica. La erradicación de la fiebre aftosa está incorporada en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el Cuadrenio 1991-1994, que establece entre sus metas: "Reducir la morbilidad animal por fiebre

aftosa durante el quadrenio, en consistencia con los esfuerzos encaminados a eliminarla del hemisferio en el año 2000."

5. La programación hemisférica aprobada por los países miembros en la última COSALFA, COHEFA Y RIMS A, tiene como principales lineamientos estratégicos: la regionalización epidemiológica de la fiebre aftosa sobre la base de los sistemas productivos y los flujos comerciales para orientar las acciones de control, la creación de áreas libres, la descentralización, los sistemas locales de atención veterinaria estructurados sobre la base de comités locales de erradicación de la fiebre aftosa, la participación social y la diferenciación de los productores.

6. La meta global en los bienios 1994-1995 y 1996-1997 es cooperar para que los países afectados por la fiebre aftosa de América del Sur intensifiquen y adecuen sus programas y alcancen un control avanzado, liberando áreas de la enfermedad, en el marco de Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA).

7. En los países libres de la enfermedad de América del Norte y Central, el Caribe, Guyana, Guyana Francesa, Suriname, Chile y Uruguay es cooperar para que se fortalezca los programas de prevención con énfasis en los sistemas cuarentenarios de sus fronteras, puertos y aeropuertos y de sus sistemas de vigilancia epidemiológica.

8. Las actividades para cada subregión son diferentes de acuerdo al estado actual de avance de los programas.

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								CANTIDAD
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	8,341,700	17	53	6,908,500	102,000	346,500	110,000	122,100	178,600	0	574,000
TOTAL	8,341,700	17	53	6,908,500	102,000	346,500	110,000	122,100	178,600	0	574,000
% DEL TOTAL	100.0			82.8	1.2	4.2	1.3	1.5	2.1	.0	6.9
1996-1997											
OPS - PR	8,754,300	17	36	7,199,400	101,000	347,100	108,900	140,500	200,600	0	656,800
TOTAL	8,754,300	17	36	7,199,400	101,000	347,100	108,900	140,500	200,600	0	656,800
% DEL TOTAL	100.0			82.2	1.2	4.0	1.2	1.6	2.3	.0	7.5
1998-1999											
OPS - PR	9,989,900	17	36	8,241,400	101,000	397,100	108,900	161,000	229,200	0	751,300
TOTAL	9,989,900	17	36	8,241,400	101,000	397,100	108,900	161,000	229,200	0	751,300
% DEL TOTAL	100.0			82.5	1.0	4.0	1.1	1.6	2.3	.0	7.5

**DIRECCION TECNICA Y
ADMINISTRATIVA**

**DIRECCION TECNICA Y
ADMINISTRATIVA**



PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	9,004,000	25.2	9,096,000	24.5	9,605,200	24.4
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	7,109,900	19.9	7,107,600	19.1	7,503,600	19.1
DIRECCION GENERAL	3,667,100	10.3	3,787,900	10.2	4,000,800	10.2
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	2,047,400	5.7	1,782,600	4.8	1,875,500	4.8
DESARROLLO DEL PERSONAL	486,100	1.4	518,600	1.4	549,900	1.4
COORDINACION EXTERNA	909,300	2.5	1,018,500	2.7	1,077,400	2.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	1,894,100	5.3	1,988,400	5.4	2,101,600	5.3
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	1,894,100	5.3	1,988,400	5.4	2,101,600	5.3
VII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	26,765,100	74.8	28,069,100	75.5	29,809,500	75.6
PERSONAL	4,025,300	11.3	4,201,200	11.3	4,460,500	11.3
PERSONAL	4,025,300	11.3	4,201,200	11.3	4,460,500	11.3
ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	36.6	13,672,500	36.8	14,418,700	36.6
ADMINISTRACION GENERAL	13,106,700	36.6	13,672,500	36.8	14,418,700	36.6
PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	22.3	8,255,200	22.2	8,874,400	22.5
PRESUPUESTO Y FINANZAS	7,978,600	22.3	8,255,200	22.2	8,874,400	22.5
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	4.6	1,940,200	5.2	2,055,900	5.2
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,654,500	4.6	1,940,200	5.2	2,055,900	5.2
GRAN TOTAL	35,769,100	100.0	37,165,100	100.0	39,414,700	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	714,700	8.6	831,000	14.1	895,000	14.2
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	665,800	8.0	831,000	14.1	895,000	14.2
DIRECCION GENERAL	110,000	1.3	195,000	3.3	210,000	3.3
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	75,300	.9	69,000	1.2	75,000	1.2
COORDINACION EXTERNA	480,500	5.8	567,000	9.6	610,000	9.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	48,900	.6	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES	48,900	.6	0	-	0	-
VI. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	901,000	11.0	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	901,000	11.0	0	-	0	-
ZOONOSIS	901,000	11.0	0	-	0	-
VII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	6,612,500	80.4	5,077,400	85.9	5,381,700	85.8
PERSONAL	488,000	5.9	433,500	7.3	471,000	7.5
PERSONAL	488,000	5.9	433,500	7.3	471,000	7.5
ADMINISTRACION GENERAL	2,900,700	35.3	1,419,000	24.0	1,426,000	22.7
ADMINISTRACION GENERAL	2,900,700	35.3	1,419,000	24.0	1,426,000	22.7
PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,279,000	27.7	2,262,000	38.3	2,443,000	39.0
PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,279,000	27.7	2,262,000	38.3	2,443,000	39.0
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	944,800	11.5	962,900	16.3	1,041,700	16.6
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	944,800	11.5	962,900	16.3	1,041,700	16.6
GRAN TOTAL	8,228,200	100.0	5,908,400	100.0	6,276,700	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORTACION.	
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL								
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
1994-1995											
OPS - PR	27,927,500	54	101	20,049,900	317,700	539,500		21,000	87,800	0	6,911,900
OMS - WR	7,841,600	10	26	4,718,900	0	188,200		0	78,500	0	2,856,000
TOTAL	35,769,100	64	127	24,768,800	317,700	727,700	0	21,000	166,000	0	9,767,900
% DEL TOTAL	100.0			69.2	.9	2.0	.0	.1	.5	.0	27.9
1996-1997											
OPS - PR	29,330,100	57	99	21,098,000	257,800	569,400		21,700	91,000	0	7,292,200
OMS - WR	7,835,000	8	27	4,514,300	0	197,700		0	82,500	0	3,040,500
TOTAL	37,165,100	65	126	25,612,300	257,800	767,100	0	21,700	173,500	0	10,332,700
% DEL TOTAL	100.0			68.8	.7	2.1	.0	.1	.5	.0	27.8
1998-1999											
OPS - PR	31,024,700	57	99	22,389,400	257,800	598,200		22,800	95,600	0	7,660,900
OMS - WR	8,390,000	8	27	4,901,300	0	207,700		0	86,600	0	3,194,400
TOTAL	39,414,700	65	126	27,290,700	257,800	805,900	0	22,800	182,200	0	10,855,300
% DEL TOTAL	100.0			69.2	.7	2.0	.0	.1	.5	.0	27.5

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. SALUD Y DESARROLLO HUMANO	3,949,300	100.0	4,150,700	100.0	4,362,100	100.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS & PROG. NAC. DE SALUD	3,949,300	100.0	4,150,700	100.0	4,362,100	100.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD DE PROG. EN LOS PAISES CPS	3,949,300	100.0	4,150,700	100.0	4,362,100	100.0
GRAN TOTAL	3,949,300	100.0	4,150,700	100.0	4,362,100	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CONSULTORES A CORTO PLAZO	VIAJES EN COMISION DE SERV.	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTROS Y EQUIPO	SUBVENCIONES	OTRAS APORTACION.
		PUESTO PROF.	PUESTO LOCAL							
	\$			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1994-1995										
OPS - PR	2,649,300	0	0	2,649,300	0	0	0	0	0	0
OMS - WR	1,300,000	0	0	1,300,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3,949,300	0	0	3,949,300	0	0	0	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
1996-1997										
OPS - PR	2,784,400	0	0	2,784,400	0	0	0	0	0	0
OMS - WR	1,366,300	0	0	1,366,300	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4,150,700	0	0	4,150,700	0	0	0	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
1998-1999										
OPS - PR	2,926,500	0	0	2,926,500	0	0	0	0	0	0
OMS - WR	1,435,600	0	0	1,435,600	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4,362,100	0	0	4,362,100	0	0	0	0	0	0
% DEL TOTAL	100.0			100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0

CUERPOS DIRECTIVOS

CUERPOS DIRECTIVOS

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
I. CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	100.0	2,752,300	100.0	2,901,100	100.0
CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	100.0	2,752,300	100.0	2,901,100	100.0
CUERPOS DIRECTIVOS	2,645,700	100.0	2,752,300	100.0	2,901,100	100.0
GRAN TOTAL	2,645,700	100.0	2,752,300	100.0	2,901,100	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

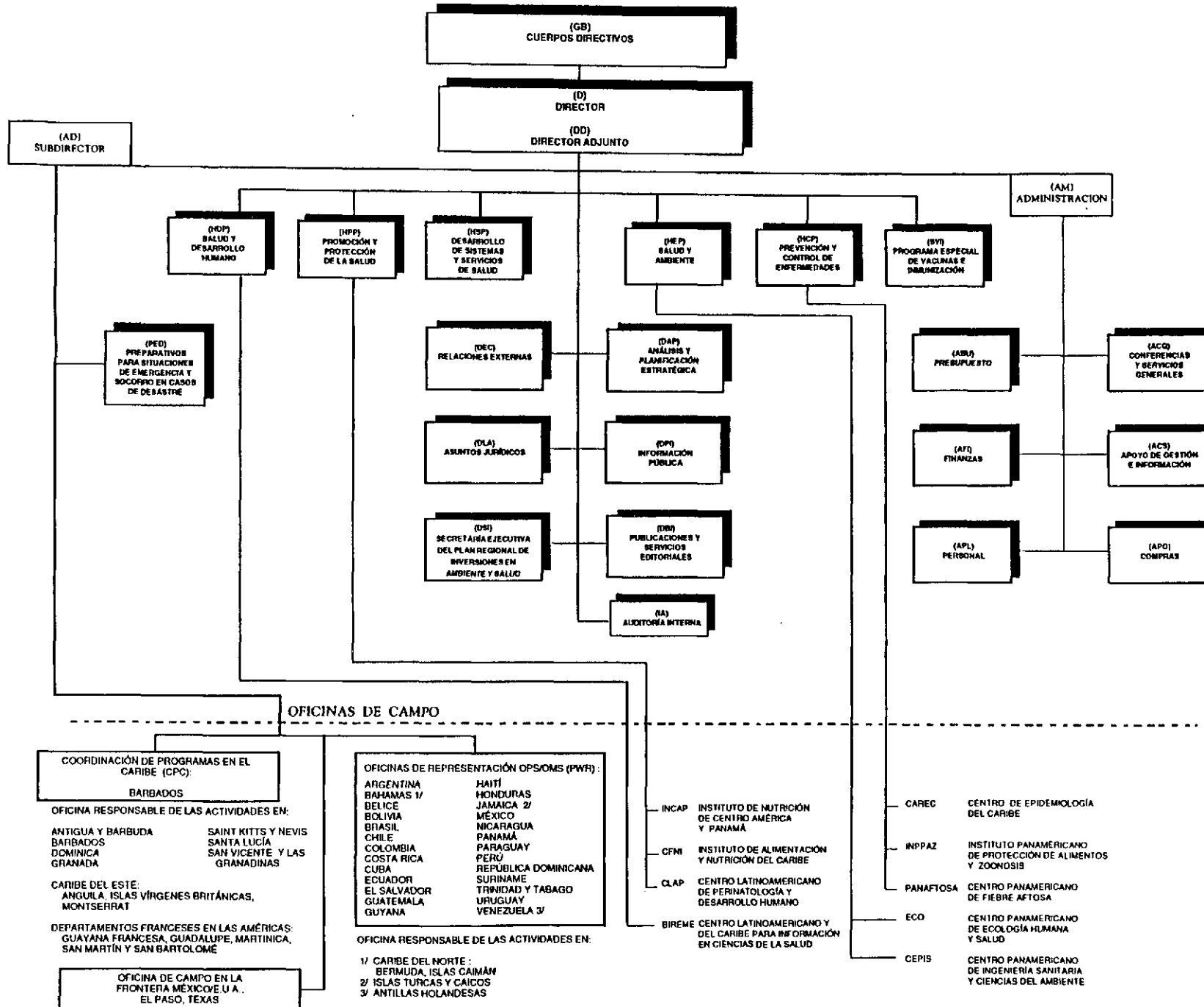
CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
I. CUERPOS DIRECTIVOS	138,000	100.0	0	-	0	-
CUERPOS DIRECTIVOS	138,000	100.0	0	-	0	-
CUERPOS DIRECTIVOS	138,000	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	138,000	100.0	0	100.0	0	100.0

IV. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA OPS

IV. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA OPS



ORGANIGRAMA DE LA OPS



ESTRUCTURA ORGANICA

Introducción

1. La estructura orgánica de la Oficina Sanitaria Panamericana se modificó a partir del 1 de marzo de 1995 a fin de reflejar las funciones que establecen las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el Cuatrienio 1995-1998 y mejorar la capacidad de respuesta de la Secretaría para ejecutar su programa de cooperación técnica en una forma eficiente y eficaz, en beneficio de los países miembros. Los ajustes a la estructura buscan, además, reforzar el proceso de gestión de la Oficina, facilitando la comunicación y coordinación entre sus niveles para promover la toma de decisiones en base a la información adecuada y oportuna.

2. Las OEP establecen cinco orientaciones para el trabajo de la Oficina, por consiguiente la estructura organizacional mantiene cinco divisiones con responsabilidad por cada una de dichas orientaciones, a saber:

3. División de Salud y Desarrollo Humano, con cuatro programas: Políticas Públicas y Salud; Análisis de la Situación de Salud; Coordinación de investigaciones y Mujer, Salud y Desarrollo.

4. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, con cuatro programas: Organización y Gestión de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria; Desarrollo de Recursos Humanos; Medicamentos Esenciales y Tecnología; y Sistemas de Información.

5. División de Promoción y Protección de la Salud, con tres programas: Modos de Vida Sanos y Salud Mental; Salud de la Familia y Población; y Alimentación y Nutrición.

6. División de Salud y Ambiente, con dos programas: Saneamiento Básico; y Calidad Ambiental.

7. División de Prevención y Control de Enfermedades, con cuatro programas: Enfermedades No Transmisibles; Enfermedades Transmisibles; Salud Pública Veterinaria; y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual.

8. Se ha creado un Único Programa Especial de Vacunas e Inmunización con la finalidad de impulsar aún más los éxitos alcanzados en la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles así como en el desarrollo de nuevas vacunas.

9. Las oficinas de asesoramiento no han experimentado cambios y solo se agrega una: la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales. La razón por este cambio es el compromiso que tiene la oficina con la importancia de la información, la que debe ser del mas alto nivel. Su principal tarea será asegurar que las producción de publicaciones de la Organización sean de excelente calidad. Esto se referirá no solo a la información mediante impresos, sino también a otras formas de poner la información al alcance del público general.

10. Se creó una unidad de apoyo a las necesidades de información de la Oficina que se ubica en la Administración.

11. Se han establecido mecanismos funcionales para apoyar a la Dirección, tales como el Gabinete del Director para la toma de decisiones relacionadas con las

políticas, la estructura y el funcionamiento de la Organización; y el Comité de Programas en relación a la integración de acciones de carácter regional y de país.

Descripción de Funciones

OFICINA DEL DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO

12. La función principal de la Oficina del Director/Director Adjunto es ejercer la dirección general de la Organización con miras a velar por que se cumplan los mandatos de la Constitución de la OPS, se acaten las resoluciones y recomendaciones de los Cuerpos Directivos, se lleven a cabo las orientaciones estratégicas y programáticas y la Secretaría funcione de la manera más eficiente y eficaz posible. A la Oficina le incumbe la responsabilidad específica de representar a la Organización en toda situación legal y oficial, de prestar servicios a los Cuerpos Directivos durante sus reuniones, y de asegurar que la gestión financiera de la Organización se lleve a cabo de la forma más adecuada posible.

13. La Oficina del Director Adjunto es responsable de las relaciones y las actividades programáticas en el Canadá, los Estados Unidos de América y Puerto Rico.

14. Las oficinas que dependen de DD se definen de la siguiente forma:

Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP)

15. La Oficina de Análisis y Planificación Estratégica asesora a la Dirección, en materia de políticas que orienten la cooperación técnica, y es responsable del proceso de formulación de las orientaciones estratégicas y programáticas para la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sus funciones contemplan la planificación de la cooperación técnica y la evaluación del cumplimiento de las políticas, los planes y los programas adoptados; el desarrollo, mantenimiento y aplicación del Sistema de Planificación, Seguimiento y Evaluación de la cooperación técnica (AMPES); la elaboración de los Informes anuales y cuatrienales del Director; actuar como secretaria técnica del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo; coordinar los ajustes institucionales necesarios en el Secretariado; actuar como Secretaria del Gabinete del Director y hacer el seguimiento de las decisiones tomadas por éste.

Oficina de Relaciones Externas (DEC)

16. La Oficina de Relaciones Externas coordina las relaciones externas de la Organización, la movilización de recursos para el sector sanitario y la prestación de apoyo técnico en la gestión de la cooperación internacional; fortalece las relaciones de la Organización con el sistema interamericano, el sistema de las Naciones Unidas, las instituciones internacionales de crédito, los organismos de cooperación bilateral, las ONG y el sector privado; coordina el proceso de revisión de proyectos y presta cooperación técnica a los centros de la OPS en la Región, a las oficinas de los representantes de la OPS/OMS en los países y a los países miembros para fortalecer la obtención y la gestión de cooperación internacional en el ámbito de la salud.

Oficina de Asuntos Jurídicos (DLA)

17. La Oficina de Asuntos Jurídicos se encarga de prestar asesoramiento y orientación jurídica a la Dirección de la OPS, los Cuerpos Directivos, la Oficina de Administración, los representantes de la OPS/OMS y los centros panamericanos en todos los asuntos legales, en especial sobre la aplicación del derecho nacional e internacional a los programas y las actividades de la Organización, así como en asuntos constitucionales, administrativos y de procedimiento; representa y defiende a la Organización ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo y otros foros judiciales y cuasijudiciales. La Oficina de Asuntos Jurídicos también redacta, revisa y negocia contratos, tratados, convenios, resoluciones y todo tipo de instrumento que tenga consecuencias legales para la Organización.

Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (DSI)

18. Las funciones de la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud son las de concebir, promover y coordinar la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS). Con esta finalidad, DSI ejerce funciones de coordinación con instituciones multilaterales de crédito, así como con organismos de cooperación técnica, tanto bilaterales como multilaterales, con miras a formar una alianza estratégica destinada a promover la aplicación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

Oficina de Información Pública (DPI)

19. La Oficina de Información Pública se encarga de la utilización de los medios de divulgación de masas y de las técnicas avanzadas de comunicación para llevar a cabo las actividades de comunicación de la OPS; imparte cursos en temas de comunicación a periodistas y a personal de la OPS y de otras organizaciones; produce publicaciones no técnicas; y actúa como centro de referencia para todos los materiales y métodos de comunicación.

Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI)

20. La Oficina de Publicaciones atiende las necesidades de información de la Secretaría y de los Gobiernos Miembros, haciendo hincapié en la incorporación racional y progresiva de las nuevas tecnologías de la información. DBI presta servicios editoriales; comercializa, distribuye y vende libros y publicaciones periódicas; administra la Biblioteca de la Sede; canaliza el flujo de información entre los productores externos y los usuarios internos en respuesta a necesidades bien definidas de información.

Auditoría Interna (IA)

21. La Oficina de Auditoría Interna asegura el mantenimiento de los controles financieros internos en la Organización; vela por la regularidad de la recepción, custodia y desembolso de todos los fondos y otros recursos de la OPS/OMS; examina las operaciones financieras para asegurar la conformidad de los compromisos u obligaciones y gastos relativos a las asignaciones u otras autorizaciones financieras con los objetivos establecidos, y con los reglamentos y otras disposiciones. La Auditoría Interna también vigila el uso económico de los recursos de la OPS/OMS.

OFICINA DEL SUBDIRECTOR (AD)

22. La Oficina del Subdirector coordina las actividades de las oficinas de los representantes de la OPS/OMS, la CPC y la FO/USMB y ejerce la supervisión técnica y administrativa general de dichas actividades. El Subdirector preside el Comité de Programas que coordina las actividades entre las unidades de la Sede y las oficinas de los representantes de la OPS/OMS y se encarga directamente de las actividades de cooperación técnica entre los países (CTP), de las iniciativas subregionales, de la Iniciativa sobre Salud y Turismo, y del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre. La AD se apoya en el trabajo de los Analistas de Programas de País (APP), que brindan apoyo a las oficinas de los representantes de la OPS/OMS, a la CPC y a la FO/USMB para la preparación y la ejecución de los presupuestos por programas bienales y anuales; los analistas toman parte en los procesos de planificación, programación, elaboración de presupuestos y evaluación que lleva a cabo la OPS; actúan como puntos focales para las evaluaciones conjuntas gobierno-OPS/OMS, así como para las transferencias de los representantes de la OPS/OMS; vigilan y facilitan la ejecución de los programas de país; mantienen la información pertinente con respecto al análisis de la situación del país en general y la ejecución de los programas de cooperación técnica del país; coordinan las actividades relacionadas con las iniciativas subregionales, las reuniones subregionales de los representantes de la OPS/OMS y la Reunión de Gerentes de la OPS; hacen el seguimiento de las decisiones tomadas por el Comité de Programas; coordinan las actividades pertinentes al mejoramiento de las oficinas de país; y brindan apoyo operativo y coordinación entre la oficina regional y las de los países.

Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED)

23. El Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) estimula el mejoramiento de la capacidad de los países para prevenir o reducir los daños causados por los desastres, prepararse a responder en caso de emergencias y coordinar la asistencia humanitaria en el sector salud.

24. Con este fin, PED coopera con todos los organismos nacionales o internacionales que pueden contribuir a la reducción de los riesgos sobre la salud o presten apoyo a los países que afrontan emergencias.

DIVISION DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO (HDP)

25. La División de Salud y Desarrollo Humano, promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a aumentar la equidad en salud y mejorar la contribución del sector salud al proceso de desarrollo humano.

26. Los Programas y Centros Regionales dependientes de la División de Salud y Desarrollo Humano, se describen a continuación:

Programa de Políticas Públicas y Salud (HDD)

27. El Programa de Políticas Públicas y Salud apoya los países a fortalecer el rol de salud en el desarrollo humano, a perfeccionar y armonizar su legislación de salud y a obtener el apoyo de actores políticos relevantes a los objetivos de salud. Cooperará además para alcanzar una mayor equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de salud, así como una mejor coordinación entre proveedores de servicios públicos, privados y de la seguridad social.

Programa de Análisis de la Situación de Salud (HDA)

28. El Programa de Análisis de la Situación de Salud, fortalece la capacidad epidemiológica nacional en apoyo a la gestión sanitaria, incluyendo el análisis de situación, la formulación de políticas de salud y desarrollo humano y el establecimiento de acciones de vigilancia, prevención y promoción de acciones de salud. Así mismo, apoya el desarrollo de los sistemas nacionales de información epidemiológica y de programas de capacitación de epidemiología y la implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Programa de Coordinación de Investigación (HDR)

29. El Programa de Coordinación de Investigación, se propone el fortalecimiento de la capacidad de los países para definir políticas y prioridades de Ciencia y Tecnología en Salud; y el desarrollo de la infraestructura de investigación, a través de apoyo institucional, capacitación de investigadores y apoyo a proyectos de investigación. Además, coordina los esfuerzos de las Divisiones, Programas Técnicos, Representaciones de la OPS y Centros Regionales en el apoyo a la producción de conocimiento, diseminación y utilización de resultados de investigaciones en las áreas prioritarias de la Organización.

Programa de Mujer, Salud y Desarrollo (HDW)

30. El Programa de Mujer, Salud y Desarrollo, promueve y apoya los programas, a nivel nacional y regional, que tratan de responder al desafío de la equidad en relación al género en el campo de la salud y del desarrollo humano.

Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

31. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud, coordina y apoya el sistema de información en ciencias de la salud de América Latina y el Caribe que incluye a centros de documentación de los países y de la OPS, así como otras redes especializadas; desarrolla y promueve el uso de herramientas para bases de datos técnicos; apoya las actividades de adiestramiento y de investigación en los países; produce, actualiza y promueve la base de datos sobre Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) destinada a la gestión de la información en ciencias de la salud de la Región.

DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (HSP)

32. La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, promueve, coordina y desarrolla acciones en los procesos de reorganización de los Sistemas y Servicios de Salud, dentro del marco de la Reforma del Sector, para lograr mayor equidad, justicia social, calidad, eficiencia y acceso universal a los sistemas y servicios de salud.

33. Los Programas dependientes de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios Salud, se describen a continuación.

Programa de Organización y Gestión de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria (HSO)

34. El Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud basados en la Atención Primaria se propone el fortalecimiento del liderazgo y la gestión de los Sistemas de Salud; el apoyo a los procesos de descentralización de la salud; el

fortalecimiento de las acciones de salud en áreas de población de mayor necesidad; la incorporación de las acciones de salud oral, enfermería y atención al discapacitado en los modelos integrales de atención; el fortalecimiento de la organización y la administración hospitalaria, y la capacidad de conservar y mantener la infraestructura física y equipos de la red de establecimientos de salud; y la promoción de la investigación en Sistemas y Servicios de Salud.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)

35. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, promueve los procesos nacionales de capacitación y educación permanente; la formulación integral de políticas y planes nacionales de desarrollo de recursos humanos; el desarrollo de la gestión de recursos humanos; la reorientación de la educación en salud pública y de la educación profesional y técnica en salud; la actualización conceptual, metodológica y operativa del desarrollo integral de los recursos humanos; la producción, distribución y utilización de materiales educativos adecuados; y el programa de becas de la Organización.

Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSE)

36. El Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología, apoya la formulación de políticas integrales para garantizar disponibilidad de medicamentos esenciales y uso racional de productos farmacéuticos; el desarrollo metodológico, tecnológico y la bioseguridad de los servicios de laboratorios y Bancos de Sangre; y el fortalecimiento de los servicios de diagnóstico por imagen, radioterapia y medicina nuclear, incluyendo la radioprotección, emergencias radiológicas y gestión de desechos radiactivos.

Programa de Sistemas de Información (HSI)

37. El Programa de Sistemas de Información se ocupa de promover, coordinar y apoyar el desarrollo de los sistemas de información requeridos por los gerentes del sector de la salud; y de dar orientación a los países acerca de la tecnología de sistemas de información sobre temas relacionados con la salud.

DIVISION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD (HPP)

38. La División de Promoción y Protección de la Salud difunde los principios, estrategias y mecanismos de acción de la Promoción de la Salud, para facilitar su implantación en los programas de cooperación técnica de la Organización.

39. Los Programas y Centros Regionales dependientes de la División se describen a continuación:

Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental (HPL)

40. El Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental promueve la comprensión de las interrelaciones entre los factores sociales y de comportamiento y la salud; la implementación de acciones para modificar positivamente las condiciones y los estilos de vida; la formulación e implementación de políticas públicas saludables; la aplicación de acciones preventivas y promocionales; el desarrollo de programas y actividades de información, educación y comunicación social en salud; y la participación social.

Programa de Salud de la Familia y Población (HPF)

41. El Programa de Salud de la Familia y Población contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida y el desarrollo de la niñez y la adolescencia, así como la salud reproductiva de la población; y busca el fortalecimiento de las capacidades nacionales en la promoción, protección y atención integral de la salud en el ámbito familiar y comunitario.

Programa de Alimentación y Nutrición (HPN)

42. El Programa de Alimentación y Nutrición, propugna la movilización de recursos de diversa índole para satisfacer la seguridad alimentaria; y apoya los programas dirigidos a la solución de los problemas de mala nutrición.

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) e Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

43. El INCAP y el CFNI brindan cooperación técnica a los países de su jurisdicción en el área de alimentación y nutrición, de acuerdo con el comportamiento epidemiológico nutricional de cada país; y difunden información y conocimientos, en alimentación y nutrición.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

44. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano contribuye a de mejorar la salud materno-infantil de la Región cooperando en el diseño, ejecución y evaluación de programas para la atención prenatal, del parto, el puerperio, de salud reproductiva y del recién nacido; la adaptación de tecnologías apropiadas para mejorar la calidad de la atención; y la capacitación de recursos humanos.

DIVISION DE SALUD Y AMBIENTE (HEP)

45. La División de Salud y Ambiente apoya el fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales y locales para que fijen sus políticas, establezcan sus planes y programas y ejecuten las acciones necesarias para eliminar o controlar los riesgos ambientales para la salud humana, y contribuir a mejorar la calidad de vida.

46. Los Programas y Centros Regionales dependientes de la División de Salud y Ambiente, se describen a continuación:

Programa de Saneamiento Básico (HES)

47. El Programa de Saneamiento Básico, se propone fortalecer las capacidades sectoriales, institucionales, nacionales y locales; apoyar el desarrollo y la disseminación de tecnologías; y promover la investigación y el intercambio de información, en los campos de abastecimiento de agua, disposición de aguas servidas y de excretas, administración de residuos sólidos, e higiene y saneamiento de la vivienda.

Programa de Calidad Ambiental (HEQ)

48. El Programa de Calidad Ambiental estimula y desarrolla las capacidades nacionales para identificar, evaluar y controlar los factores ambientales

químicos, físicos y biológicos de riesgo a la salud humana; efectuar estudios de impacto ambiental y sus consecuencias para la calidad de la vida; proteger y conservar los recursos naturales; asegurar la calidad y controlar la contaminación ambiental; mejorar la calidad de los ambientes ocupacionales y la salud de los trabajadores; promover la investigación y el intercambio de información sobre factores de riesgo y la solución de problemas ambientales relacionados con la salud humana.

Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

49. El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, a través de la aplicación de principios de la ingeniería y de las ciencias sociales del ambiente, fortalece las capacidades nacionales para el control de los riesgos ambientales para la salud humana; mejorar los servicios de saneamiento básico y ambiental; desarrollar recursos humanos especializados; generar y adaptar tecnologías de protección y promoción de la calidad ambiental; y disseminar información técnica y científica especializada.

Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO)

50. El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, propugna por el fortalecimiento de las capacidades nacionales para identificar y evaluar el impacto ambiental y los riesgos a la salud; desarrollar recursos humanos especializados; disseminar información, especializada; mantener sistemas en línea de consulta bibliográfica y de toxicología; adaptar metodologías de evaluación de riesgos; y promover proyectos de investigación.

DIVISION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (HCP)

51. La División de Prevención y Control de Enfermedades, promueve y apoya el fortalecimiento de las capacidades nacionales para que se desarrollen programas de prevención, control, eliminación o erradicación, técnicamente factibles, económicamente viables y socialmente aceptables, en relación a enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, zoonosis y aftosa.

52. Los Programas y Centros Regionales dependientes de la División de Prevención y Control de Enfermedades, se describen a continuación:

Programa de Enfermedades No Transmisibles (HCN)

53. El Programa de Enfermedades Transmisibles, promueve la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer y heridas), por medio de la aplicación de políticas, estrategias y programas factibles y costo-efectivos.

Programa de Enfermedades Transmisibles (HCT)

54. El Programa de Enfermedades Transmisibles, fomenta la prevención de enfermedades transmisibles, especialmente las llamadas enfermedades tropicales, enfermedades respiratorias agudas y diarreicas, incluyendo el cólera, la tuberculosis, enfermedades parasitarias y lepra; coopera en la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades emergentes virales, bacterianas y parasitarias; promueve investigaciones sobre enfermedades tropicales; y apoya el mejoramiento del conocimiento del control integrado de vectores y de las enfermedades transmitidas por vectores.

Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV)

55. El Programa de Salud Pública Veterinaria apoya el control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos; el combate a las zoonosis; el control y erradicación de la fiebre aftosa, la vigilancia de enfermedades vesiculares y otras enfermedades animales de importancia económica; el desarrollo de modelos biomédicos incluyendo la conservación y reproducción de primates no humanos; el fortalecimiento de investigaciones y de los laboratorios; y el refuerzo de la salud pública veterinaria, incluyendo la modernización de la enseñanza de esta disciplina.

Programa de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual (HCA)

56. El Programa de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual, se propone prevenir y controlar la transmisión del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual; fortalecer los programas nacionales y promover la vigilancia para el control de VIH/SIDA y demás ETS; y apoyar investigaciones para avanzar en el conocimiento de estas enfermedades.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

57. El Centro de Epidemiología del Caribe, se encarga de la vigilancia de enfermedades y la evaluación del estado de salud de la población en el Caribe; identificar relaciones causales y cooperar en el desarrollo de intervenciones de salud pública; proveer servicios de referencia en microbiología e inmunología; y promover el fortalecimiento de los laboratorios nacionales.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFI)

58. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, otorga cooperación técnica a los programas nacionales para la prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa y otras enfermedades vesiculares.

Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)

59. El Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, provee a los países y las iniciativas de integración de los mismos, servicios de cooperación técnica, referencia e investigación para la solución de problemas relacionados con la protección sanitaria de los alimentos, control de las zoonosis y fortalecimiento de los laboratorios de salud.

Programa Especial de Vacunas e Inmunización (SVI)

60. El Programa Especial de Vacunas e Inmunización (SVI), apoya los esfuerzos nacionales de planificación, ejecución y evaluación de programas nacionales de vacunación, en especial, la organización de sistemas de vigilancia epidemiológica; facilita el funcionamiento de un fondo rotatorio para la compra de vacunas, promueve el uso de la epidemiología y la vigilancia epidemiológica para vigilar las enfermedades, medir las repercusiones de los programas de vacunación sobre el control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades prevenibles; y presta cooperación técnica a los países miembros con el objetivo de lograr la autosuficiencia regional en la producción y el control de calidad de las vacunas, y en la ejecución de programas de vacunación por conducto de los servicios nacionales de salud.

OFICINA DE ADMINISTRACION (AM)

61. La Oficina de Administración se encarga de prestar el apoyo administrativo de la OPS por intermedio de las unidades de la Sede a las que compete la supervisión general y la ejecución de la política administrativa, así como la aplicación de los reglamentos, las reglas y los procedimientos estándar en materia de personal, finanzas, presupuesto, servicios generales, compras y servicios institucionales. Los departamentos que dependen de AM se definen de la siguiente forma:

Departamento de Presupuesto (ABU)

62. El Departamento de Presupuesto tiene a su cargo la formulación y el mantenimiento de las políticas presupuestarias y de los procedimientos necesarios para llevar a cabo las actividades programáticas de la OPS, de conformidad con los mandatos de los Cuerpos Directivos y las instrucciones emitidas por el Director. Apoya la planificación, la formulación y la preparación de los documentos del presupuesto bienal por programas y del presupuesto operativo anual por programas. También verifica y analiza la financiación del presupuesto bienal por programas y del presupuesto operativo anual por programas mediante la vigilancia de la entrada de fondos y su utilización.

Departamento de Finanzas (AFI)

63. El Departamento de Finanzas supervisa la gestión financiera y las políticas, normas y procedimientos contables, y el control, el desembolso y la preparación de informes sobre los fondos ordinarios y los fondos de procedencia externa. Además, se encarga del funcionamiento del programa de seguro de salud, de las actividades relativas a bancos e inversiones, del seguimiento de la administración financiera de las oficinas de campo, y de los procesos vinculados con la jubilación y el reembolso del impuesto sobre la renta.

Departamento de Personal (APL)

64. El Departamento de Personal es responsable de la contratación, y del movimiento de personal, de la clasificación de puestos y de los sistemas de sueldo, del sistema de evaluación del desempeño, de los derechos del personal, del reglamento del personal y de las normas y procedimientos de personal, así como de los expedientes y los registros del personal, y de la planificación y la consolidación de las necesidades de adiestramiento de las diversas unidades de la Organización en un programa operativo general. APL tiene también a su cargo las directivas de la OPS, los boletines de información general, la delegación de autoridad, el organigrama de la OPS, el Manual de organización y procedimientos (MOP) y los servicios de secretaría y apoyo administrativo de la Comisión General de Comunicaciones (GCC).

Departamento de Compras (APO)

65. El Departamento de Compras se ocupa de la adquisición y el despacho de suministros y equipo para los programas operativos de la OPS, y de las compras en nombre de los países miembros y las oficinas de la OMS.

Departamento de Conferencias y Servicios Generales (ACG)

66. El Departamento de Conferencias y Servicios Generales se encarga de la organización y de los registros de las conferencias, de los servicios de idiomas, de la administración de los edificios, de los suministros y el equipo administrativos, de las comunicaciones y el correo, del transporte, de los registros de inventario, del procesamiento de textos y de los servicios de reproducción de documentos internos.

Departamento de Apoyo de Gestión e Información (ACS)

67. El Departamento de Apoyo de Gestión e Información se ocupa de prestar servicios de apoyo para mantener y desarrollar todos los sistemas institucionales de computación de la OPS; de las comunicaciones electrónicas para toda la Organización, que incluyen el correo electrónico y el uso de la red Internet; apoyo a los usuarios, en especial para la detección de fallas y el mantenimiento del equipo y del software estándares; de los servicios de computación a los programas técnicos y administrativos; y de la tecnología de información para uso de las unidades de la Sede y las oficinas de campo, lo que abarca la promoción y el mantenimiento del equipo y el software recomendados y los servicios de asesoramiento.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS

		1994-1995		1996-1997		1998-1999	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
CUERPOS DIRECTIVOS		2,645,700	1.1	2,752,300	1.1	2,901,100	1.0
DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO		15,484,100	6.3	15,787,600	6.1	16,647,700	6.0
D/DD	OFICINA DEL DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO	1,550,300	0.6	1,597,100	0.6	1,693,200	0.6
DAP	ANALISIS Y PLANIFICACION ESTRATEGICA	2,047,400	0.8	1,782,600	0.7	1,875,500	0.7
DBI	PUBLICACIONES Y SERVICIOS EDITORIALES	4,965,200	2.0	5,125,900	2.0	5,413,700	1.9
DEC	RELACIONES EXTERNAS	1,118,600	0.5	1,235,100	0.5	1,302,600	0.5
DLA	ASUNTOS JURIDICOS	1,054,000	0.4	1,073,000	0.4	1,129,900	0.4
DPI	INFORMACION PUBLICA	1,891,400	0.8	2,018,700	0.8	2,140,100	0.8
DSI	SECRETARIA EJECUTIVA DEL PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD	2,335,600	1.0	2,415,800	0.9	2,523,800	0.9
IA	AUDITORIA INTERNA	521,600	0.2	539,400	0.2	568,900	0.2
SUBDIRECTOR		2,814,800	1.2	2,942,000	1.1	3,104,300	1.1
AD	OFICINA DEL SUBDIRECTOR	2,190,500	0.9	2,300,000	0.9	2,429,100	0.9
PED	PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE	624,300	0.3	642,000	0.2	675,200	0.2
ADMINISTRACION		37,573,200	15.3	38,671,900	14.6	41,005,800	14.5
AM	OFICINA DE ADMINISTRACION	553,400	0.2	591,000	0.2	622,200	0.2
ABU	PRESUPUESTO	1,091,300	0.4	1,149,300	0.4	1,316,100	0.4
ACG	CONFERENCIAS Y SERVICIOS GENERALES	15,916,600	6.5	16,321,600	6.2	17,222,500	6.1
ACS	APDOYO DE GESTION E INFORMACION	5,674,400	2.3	5,495,000	2.1	5,803,200	2.1
AFI	FINANZAS	6,887,300	2.8	7,105,900	2.7	7,558,300	2.7
APL	PERSONAL	5,795,700	2.4	6,068,900	2.3	6,427,600	2.3
APD	COMPRAS	1,654,500	0.7	1,940,200	0.7	2,055,900	0.7

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO NO ORDINARIO

		1994-1995		1996-1997		1998-1999	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
CUERPOS DIRECTIVOS		138,000	0.1	-	-	-	-
DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO		3,354,100	1.7	1,166,500	1.8	1,210,500	2.4
D/DD	OFICINA DEL DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO	30,000	*				
DAP	ANALISIS Y PLANIFICACION ESTRATEGICA	75,300	*	69,000	0.1	75,000	0.2
DBI	PUBLICACIONES Y SERVICIOS EDITORIALES	482,100	0.2	142,500	0.5	154,000	0.3
DEC	RELACIONES EXTERNAS	1,766,800	0.9	567,000	0.9	610,000	1.2
DPI	INFORMACION PUBLICA	672,500	0.3	144,500	0.2	108,000	0.2
DSI	SECRETARIA EJECUTIVA DEL PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD	327,400	0.2	243,500	0.4	263,500	0.5
SUBDIRECTOR		10,890,800	5.6	2,190,000	3.5	-	-
AD	OFICINA DEL SUBDIRECTOR	541,500	0.3	-	-	-	-
PED	PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE	10,349,300	5.3	2,190,000	3.5	-	-
ADMINISTRACION		8,488,300	4.4	5,832,400	9.3	6,198,700	12.6
AM	OFICINA DE ADMINISTRACION	1,142,800	0.6	195,000	0.3	210,000	0.4
ABU	PRESUPUESTO	457,600	0.2	507,500	0.8	548,000	1.1
ACG	CONFERENCIA Y SERVICIOS GENERALES	2,860,200	1.5	1,419,000	2.3	1,426,000	2.9
ACS	APOYO DE GESTION E INFORMACION	733,500	0.4	560,000	0.9	607,000	1.2
AFI	FINANZAS	1,821,400	0.9	1,754,500	2.8	1,895,000	3.9
APL	PERSONAL	488,000	0.3	433,500	0.7	471,000	1.0
APO	COMPRAS	944,800	0.5	962,900	1.5	1,041,700	2.1

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO NO ORDINARIO (CONT.)

	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
APOYO A LOS PROGRAMAS TECNICOS	64,783,000	33.3	40,059,500	63.6	37,214,200	75.9
HDP DIVISION DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	3,228,800	1.7	1,091,500	1.7	1,070,000	2.2
HSP DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	3,690,500	1.9	208,100	0.3	168,000	0.4
HPP DIVISION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	21,487,700	11.0	16,431,500	26.1	15,368,000	31.3
NEP DIVISION DE SALUD Y AMBIENTE	4,694,500	2.4	2,548,900	4.0	1,963,600	4.0
HCP DIVISION DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	31,681,500	16.3	19,779,500	31.4	18,644,600	38.0
PROGRAMA ESPECIAL DE VACUNAS E INMUNIZACION	16,208,600	8.3	4,498,800	7.1	776,400	1.6
PAISES	90,577,000	46.6	9,224,800	14.7	3,660,200	7.5
COORDINACION DE PROGRAMA EN EL CARIBE	69,600	*	-	-	-	-
OFICINA DE CAMPO: FRONTERA EUA/MEXICO	15,600	*	-	-	-	-
TOTAL	194,525,000	100.0	62,972,000	100.0	49,060,000	100.0

* MENOS DE .05 POR CIENTO