



XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLVI REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.
SEPTIEMBRE 1994

Tema 5.1 del programa provisional

CSP24/12 (Esp.)

30 agosto 1994

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS PARA LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1991-1994 Y 1995-1998

Los Estados Miembros aprobaron las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas (OEPP) 1991-1994 de la Organización Panamericana de la Salud durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990). El Comité Ejecutivo en su 107^a Reunión, aprobó el documento *Implementación de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994* como guía para la aplicación de las OEPP 1991-1994 y también adoptó metas cuatrienales con carácter normativo para la acción de la Secretaría, definiendo las situaciones que se deseaba alcanzar en la Región para fines de 1994, y los procesos que se debían activar para lograrlas. Al mismo tiempo, se recomendó al Director que utilizara esquemas de evaluación adicionales para revisar cada dos años el progreso realizado hacia el logro de las metas.

Este informe, conformado por dos partes, documenta, en la Parte A, dentro del marco de las orientaciones estratégicas para el cuatrienio 1991-1994, el progreso alcanzado en el cumplimiento de las metas y la ejecución de los planes de desarrollo definidos, conforme a las prioridades programáticas, durante los dos años posteriores a su aprobación.

En la Parte B se presentan las orientaciones estratégicas y programáticas para la Organización durante el próximo cuatrienio, 1995-1998, fundamentadas en un análisis de la situación política, económica, y social de la Región, y como resultado de la previsión futura más probable y deseable para la salud y el nivel de vida de la población de las Américas.

Este informe fue presentado a consideración de la 113^a Reunión del Comité Ejecutivo celebrada en junio de 1994, y los comentarios y sugerencias de los miembros de dicho Comité fueron incorporados al mismo. El documento se presenta a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana para que se considere su adecuación para atender la labor de la Organización en el contexto de los problemas de salud de las Américas.

PARTE A

**INFORME DE PROGRESO DE LAS METAS CUADRIENALES DE LAS
ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS,
1991-1994**

PARTE A**IMPLEMENTACION DE LAS ORIENTACIONES ESTRATEGICAS
Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS PARA LA ORGANIZACION
PANAMERICANA DE LA SALUD EN EL CUADRIENIO 1991-1994**

Este informe documenta el progreso alcanzado en el cumplimiento de las metas y la ejecución de los planes de desarrollo definidos, conforme a las prioridades programáticas durante los dos años posteriores a su aprobación, y se indican las actividades realizadas. El período de estudio comprende los años 1991 a 1992 y en la medida en que se ubica dentro de un proceso continuo, algunas actividades o análisis sectoriales se refieren a 1993. El documento fue presentado a la 22ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo en abril de 1994, cuyos miembros recomendaron hacerle ajustes de forma y de contenido, los que fueron incorporados.

Este documento fue presentado a consideración de la 113ª Reunión del Comité Ejecutivo en junio de 1994. Los comentarios de los participantes señalaron el valor de la evaluación en cuanto a la direccionalidad que deberá otorgarse a las prioridades para el próximo cuatrienio, las que estarán guiadas por los valores de equidad, universalidad y calidad. La evaluación mostró la necesidad de mejorar el sistema de información que permita medir progreso en cuanto al avance de las políticas propuestas. El documento se presenta a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana para su aprobación en respuesta al mandato dado al Secretariado de la Organización en relación a hacer seguimiento, cada dos años, al proceso de cumplimiento de las metas adoptadas para las OEPP correspondientes al período 1991-1994. A tales efectos, el Comité Ejecutivo aprobó la siguiente resolución para la consideración de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana: (CE113.R2):

LA 113ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el Documento CE113/9, parte A, en el que se da cuenta de los progresos logrados en el cumplimiento de las metas establecidas en las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas (OEPP) para la Organización Panamericana de la Salud durante el cuatrienio 1991-1994,

RESUELVE:

Recomendar a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución en los siguientes términos:

LA XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CSP24/12, "Informe de progreso de las metas cuatrienales de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para 1991-1994";

Teniendo en cuenta la Resolución CE107.R3 de la 107ª Reunión del Comité Ejecutivo (1991), por la cual se recomienda al Director el uso de esquemas de evaluación para revisar el progreso realizado hacia el logro de las metas cuatrienales, y

Reconociendo la necesidad de vigilar la ejecución y los resultados de las medidas adoptadas por la Organización, desde el punto de vista de los beneficios para la población de los países de la Región,

RESUELVE:

1. Reafirmar la importancia que revisten las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas como mecanismos para guiar el trabajo de la Organización, e instar a los Estados Miembros y a la Secretaría a que recojan las enseñanzas derivadas de este ejercicio y las apliquen al proceso de las OEPP en el futuro.
2. Pedir a los Estados Miembros que provean a la Oficina la información necesaria para vigilar el cumplimiento de las metas cuatrienales, y que adopten las medidas necesarias, cuando sea pertinente, para garantizar el cumplimiento de esas metas.
3. Pedir al Director que coordine con los países el establecimiento de mecanismos que permitan vigilar el cumplimiento de las metas cuatrienales, como parte de la creación de los sistemas de información.

Anexo

PARTE A
ANEXO

**INFORME DE PROGRESO DE LAS METAS CUADRIENALES
DE LAS ORIENTACIONES ESTRATEGICAS
Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS,
1991-1994**

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción y metodología	3
2. Orientaciones estratégicas	7
2.1 Salud en el desarrollo	7
2.2 Reorganización del sector salud	8
2.3 Focalización de acciones en grupos de alto riesgo	9
2.4 Promoción de la salud	10
2.5 Utilización de la comunicación social en salud	11
2.6 Integración de la mujer en la salud y el desarrollo	12
2.7 Administración del conocimiento	13
2.8 Movilización de recursos	13
2.9 Cooperación técnica entre países	16
3. Las metas cuatrienales para las prioridades programáticas	17
3.1 Prioridades para el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud	17
3.1.1 Análisis del sector y de la asignación de recursos	17
3.1.2 Financiamiento sectorial	18
3.1.3 Gestión de los SILOS y programación local	19
3.1.4 Desarrollo tecnológico	20
3.1.5 Desarrollo de recursos humanos	21
3.2 Prioridades para el desarrollo de programas de salud	22
3.2.1 Salud y ambiente	22
3.2.2 Alimentación y nutrición	24
3.2.3 Estilos de vida y factores de riesgo	25
3.2.4 Control y/o eliminación de enfermedades evitables	25
3.2.5 Salud de la madre y del niño	28
3.2.6 Salud de los trabajadores	29
3.2.7 Fármacodependencia	30
3.2.8 SIDA	31
4. Conclusión	32
 Anexo	

1. Introducción y metodología

Los Países Miembros aprobaron las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas (OEPP) 1991-1994 de la Organización Panamericana de la Salud durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990). Posteriormente, el Comité Ejecutivo durante su 107ª Reunión aprobó el documento titulado Implementación de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994 como guía para la aplicación de las OEPP 1991-1994. En esa oportunidad se aprobó también la adopción de metas cuatrienales con carácter indicativo para la acción de los países y con carácter normativo para la acción de la Secretaría, definiendo las situaciones que se deseaba alcanzar en la Región para fines de 1994, y los procesos que se debían activar para lograrlas. Al mismo tiempo, se recomendó al Director que utilizara esquemas de evaluación adicionales para revisar cada dos años el progreso realizado hacia el logro de las metas.

Este informe documenta, dentro del marco de las orientaciones estratégicas, el progreso alcanzado en el cumplimiento de las metas y la ejecución de los planes de desarrollo definidos, conforme a las prioridades programáticas durante los dos años posteriores a su aprobación. Se utiliza como referencia la programación de la cooperación técnica de la OPS con los países, así como las políticas nacionales de salud, con el objetivo central de determinar en qué medida estas han adoptado las OEPP. Este análisis, actualizado hasta el fin del período, apoyará la formulación de las orientaciones que habrá que generar para el cuatrienio 1995-1998 y que se presentarán a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1994.

Varios factores limitan el seguimiento del cumplimiento de las metas, entre los cuales cabe destacar la baja sensibilidad de algunos indicadores, debido a que se desarrollaron con posterioridad a la definición de las mismas. Otro factor importante se relaciona con la disponibilidad limitada de datos actualizados, que incluso afecta el análisis de las políticas nacionales de salud de los países de la Región, ya que no permite un proceso exhaustivo. Finalmente se avanza la noción de que un período de dos años puede ser demasiado corto para evaluar tendencias, en especial aquellas relacionadas con indicadores de morbi-mortalidad o de impacto.

El período del estudio comprende los años 1991 a 1992, pero en la medida en que el presente estudio se ubica dentro de un proceso continuo, algunas actividades o análisis sectorial se refieren a 1993.

El grado de adopción de las orientaciones estratégicas y el cumplimiento de las prioridades programáticas se analiza contra las metas cuatrienales establecidas para ellas. El proceso de seguimiento de las metas cuatrienales se inició en 1993 con la elaboración de indicadores que tuvieron en cuenta los planes de desarrollo descritos para cada una de las metas. En lo posible, se seleccionaron indicadores cuantitativos que permitieran

describir la situación de la Región. Cuando no fue posible, dada la propia naturaleza de algunas metas, se elaboraron resúmenes analíticos cuantitativos que describen la proporción de países que logró ciertos resultados, ciertas metas propuestas o que desarrollaron actividades sobre las mismas.

Se revisaron también el BPB correspondiente a 1992-1993 y los APB de 1991 y 1992 de las 42 Unidades de Campo de la OPS, que incluyen los programas en los Estados Miembros y los Centros Regionales.

El Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud adoptó las siguientes orientaciones estratégicas como ejes para el cuatrienio: la promoción de la salud, la utilización de la comunicación social, la integración de la mujer en la salud y el desarrollo y la movilización de recursos. Estas orientaciones estratégicas permitieron identificar prioridades para el desarrollo de infraestructura (análisis del sector, asignación de recursos y financiamiento sectorial) y para el desarrollo de programas (salud y ambiente, alimentación y nutrición).

El desafío de mejorar la capacidad de análisis de la situación de salud y la identificación de grupos de alto riesgo se planteaba como complemento de lo anterior. Las orientaciones estratégicas para enfrentarlo incluyen la reorganización del sector salud y la focalización de acciones en grupos de alto riesgo. Como prioridades programáticas para el desarrollo de infraestructura se señalaron: el análisis de sector y la asignación de recursos, la gestión de los SILOS y la programación local, y el desarrollo de recursos humanos. Las prioridades para el desarrollo de programas incluyeron los estilos de vida y sus factores de riesgo y el control y/o eliminación de enfermedades evitables.

El análisis de situación puso de relieve la inequidad que resulta de la dicotomía entre el crecimiento económico y la distribución. De esto se derivó el desafío de formular políticas y programas que persigan la equidad en la salud y el aumento de la cobertura de los servicios para posibilitar intervenciones eficaces contra daños y riesgos. Para enfrentar este desafío se propusieron orientaciones de reorganización del sector salud, focalización de acciones en grupos de alto riesgo, promoción de la salud, utilización de la comunicación social y movilización de recursos, entendida como los esfuerzos para movilizar voluntades políticas y recursos técnicos y financieros. Entre las principales prioridades programáticas se destacan el financiamiento sectorial, el desarrollo de recursos humanos, salud y ambiente, la salud de la madre y el niño, la salud de los trabajadores, la farmacodependencia y el SIDA.

Frente a la realidad económica y política surge como imperativo revertir el cuadro de ineficiencia del sector y el desequilibrio entre la fuerza de trabajo y las necesidades de los servicios, que resultan de los procesos centralizadores y antidemocráticos de conducción y organización. Por último, las estrategias propuestas enfatizan la reorganización del sector destacando como prioridades programáticas la gestión de los

SILOS y su programación local, el desarrollo tecnológico y el desarrollo de los recursos humanos.

El conjunto de orientaciones estratégicas establece lineamientos generales para aumentar la efectividad del proceso de mejoramiento o transformación de los sistemas nacionales de salud con miras al alcance de la meta de Salud para todos. Por lo tanto, las prioridades programáticas indican las principales líneas de acción para la Organización para dar respuestas adecuadas a los problemas identificados.

La orientación estratégica de salud en el desarrollo cumple una función primordial en la búsqueda de la reducción de las desigualdades sociales y de sus efectos sobre la salud, así como en la disminución del impacto de la crisis en los grupos más marginados a fin de conformar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las grandes mayorías, es decir, transformar los sistemas de salud con énfasis en la promoción y prevención de daños y riesgos con la participación de la población. En este sentido se puede decir que salud en el desarrollo es el núcleo de las orientaciones estratégicas para el cuatrienio 1991-1994.

Las metas cuatrienales (ver anexo) para las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas son el elemento central del proceso de seguimiento. Contra las metas se puede analizar el grado de adopción de las orientaciones estratégicas y el cumplimiento con las prioridades programáticas.

Desafíos para la salud y para la transformación del sector en la década de los noventa

- Otorgar a la salud mayor importancia dentro de las políticas sociales y en el proceso de desarrollo
- Mejorar capacidad de análisis de situación de salud identificación de grupos de alto riesgo
- Formular políticas y programas que persigan la equidad en salud y abatir el déficit creciente de cobertura de servicios
- Concentrar recursos en intervenciones eficaces contra daños y riesgos
- Aumentar la eficiencia del sector
- Redefinir las formas de conducción y organización del sector
- Superar los desequilibrios entre la fuerza de trabajo y las necesidades de los servicios.

Orientaciones estratégicas de la OPS para el cuadrenio 1991-1994

- La salud en el desarrollo
- Reorganización del sector salud
 - Fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)
 - Incorporación del potencial de la seguridad social
 - Orientación del financiamiento externo hacia la reorganización del sector
- Focalización de acciones en grupos de alto riesgo
- Promoción de la salud
- Utilización de la comunicación social en salud
- Integración de la mujer en la salud y el desarrollo
- Administración del conocimiento
- Movilización de recursos
- Cooperación entre países

Prioridades para el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud

- Análisis del sector y de la asignación de recursos
- Financiamiento sectorial
- Gestión de los SILOS y programación local
- Desarrollo tecnológico
- Desarrollo de recursos humanos

Prioridades para el desarrollo de programas de salud

- Salud y ambiente
- Alimentación y nutrición
- Estilos de vida y factores de riesgo
- Control y/o eliminación de enfermedades evitables
- Salud de la madre y del niño
- Salud de los trabajadores
- Farmacodependencia
- SIDA

2. Orientaciones estratégicas

2.1. *Salud en el desarrollo*

Se pusieron en marcha estrategias que resaltarán el papel de la salud a fin de conformar una óptica y una práctica distinta del proceso de desarrollo. Al respecto se emprendió una intensa labor de defensa en todo lo relativo a salud durante las Cumbres de Jefes de Estado y de Gobierno de Iberoamérica y con los Jefes de Estado de la Comunidad del Caribe, mediante una insistente acción promocional y diplomática para introducir temas de salud en sus agendas políticas, en las cuales se ha destacado a la salud como parte inseparable del proceso de desarrollo, abarcando aspectos específicos de políticas sectoriales.

En un esfuerzo colaborativo, CEPAL y OPS han preparado una propuesta sobre la salud en la transformación productiva con equidad, que busca fortalecer las relaciones favorables que existen entre la salud y otros aspectos del proceso de desarrollo socio-económico y político, creando condiciones de eficiencia y competencia económica pero favoreciendo la búsqueda y el alcance de la equidad en la distribución de los beneficios. Se busca superar la ubicación marginal y secundaria que la salud y otros temas sociales tuvieron en la teoría y la práctica del desarrollo durante la década pasada.

También, a través de la Iniciativa de Salud en Centroamérica se ha relacionado la salud a los procesos de pacificación y de consolidación del desarrollo y de la democracia, empleando los mecanismos de la cooperación técnica entre países y el establecimiento de agendas comunes para problemas de salud subregionales.

Con 23 parlamentos nacionales y subregionales, como el Parlamento Andino, el Parlamento Centroamericano y el Parlamento Latinoamericano. (PARLATINO) se han establecido áreas de cooperación que han resultado en el establecimiento de prioridades legislativas relativas a la salud, regionales, subregionales y nacionales.

Asimismo la Organización ha cooperado con la OEA y otras agencias de cooperación técnica y financiera como UNICEF, UNESCO, PNUD, BID, el Banco Mundial, el CIDES/OEA y la UNCTAD para lograr un tratamiento privilegiado de los problemas de salud en las políticas de lucha contra la pobreza y los programas de solidaridad y compensación social; capacitación de expertos nacionales y la realización de estudios específicos sobre el comercio exterior de servicios de salud.

En el contexto de los acuerdos de integración regional que se están dando en las Américas como el NAFTA, MERCOSUR y el Mercado Común Centroamericano y del Caribe se han promovido los aspectos de salud de manera que formen parte de los procesos de integración y de desarrollo, desde la iniciación de los mismos.

La cooperación con los Parlamentos ha permitido un acercamiento con futuros gobernantes y autoridades de salud, esencial para lograr que asuntos de salud se incluyan en las plataformas y agendas políticas nacionales y para asegurar la cooperación con nuevas autoridades de salud, con anterioridad a su toma de posesión.

En diversos países, los Ministerios de Planificación, Economía y Finanzas, Desarrollo y Bienestar Social, Trabajo y Seguridad Social, entre otros, han pasado a ser contrapartes frecuentes de las actividades de la OPS/OMS a nivel nacional e internacional, al mismo tiempo que se ha promovido el fortalecimiento de la capacidad de los Ministerios de Salud para movilizar la participación y el apoyo de los organismos encargados de los diferentes sectores del desarrollo en la ejecución de las políticas de salud de forma compatible con un abordaje intersectorial a los problemas de salud. Esto ha sido más intenso últimamente en el proceso de promoción del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS).

2.2 Reorganización del sector salud

Para obtener la más amplia cobertura y la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población, la OPS/OMS ha propugnado por la reorganización sectorial, contando, por una parte, con los procesos políticos de reforma del Estado vigentes en los países y, por otra parte, difundiendo la táctica operacional del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), fundamentalmente sobre la base de la división político-administrativa de los países, de tal forma que se constituyan en parte integrante del gobierno local.

En 1992, 32 países (91%) de la Región estaban efectuando cambios en la estructura del sector, en la administración o en los modelos de atención y financiación. En 23 países de la Región (66%) se habían adoptado políticas de descentralización, 30 países (86%) tenían políticas definidas y 31 países (89%) habían adoptado estrategias de desarrollo de los SILOS. A excepción de Chile, que no dispone de información, en la Región había 4.799 SILOS en desarrollo con una población de 118.500.000 habitantes, que corresponden al 17,1% de la población.

De manera complementaria, se ha promovido la transición desde un modelo exclusivamente curativo, individual, que responde sólo a la demanda de atención, a un modelo que, sin abandonar la atención de necesidades urgentes prioritarias, enfatiza la promoción y protección de la salud y la atención programada con enfoque de riesgo, orientada a los grupos más vulnerables y con mayor necesidad. En este sentido hay evidencia de que los países están enfatizando la promoción y protección de la salud y han incorporado el saneamiento básico como uno de los objetivos principales del desarrollo de los SILOS. En otros casos se están desarrollando experiencias importantes de desarrollo social local con participación intersectorial, en especial en la lucha contra la pobreza, como el movimiento denominado municipios saludables o comunidades

saludables y los proyectos salud, medio ambiente y lucha contra la pobreza (Proyecto SMALP).

Se observa que en casi todos los países donde se han alcanzado niveles de desarrollo importantes, se han realizado acciones y esfuerzos conjuntos entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, principalmente en lo referente a los programas de prestaciones sanitarias. Varios países de la Región continúan ejecutando planes de reforma del sector salud que involucran a los seguros sociales y sus relaciones con los ministerios de salud. Estas reformas van encaminadas a dar un mayor espacio a la acción privada en el desarrollo de la prestación de servicios de salud y consideran a los seguros sociales más como agentes financieros, compradores de servicios, que como entidades que prestan servicios directos.

La crisis económica por la que han transitado casi todos los países de la Región ha afectado profundamente las finanzas sectoriales, por lo cual se han impulsado nuevas formas de financiación que hacen confluir los recursos del Estado, con los de la seguridad social, los del sector privado y recursos de la cooperación internacional, tanto técnicos como de crédito.

En 1992, el Consejo Directivo de la OPS aprobó, mediante la Resolución CD36.R13, el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS) con el propósito de dinamizar el proceso de reforma y modernización de ambos sectores en la Región durante los próximos 12 años. Tanto la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno realizada en Madrid en 1992, como la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, han manifestado su apoyo a la creación de un fondo para el desarrollo de las actividades de preinversión e impulsar un proceso de recursos adicionales para ese fin, tanto a nivel regional como a nivel de cada país, el cual se encuentra en operación.

2.3 Focalización de acciones en grupos de alto riesgo

La focalización de acciones se identificó como uno de los mecanismos para lograr mayor equidad en salud y abatir el déficit creciente de cobertura de los servicios en los grupos de mayor riesgo, que presentan los problemas prioritarios de salud.

Para el logro de las metas aprobadas, se dio importancia a reforzar el desarrollo de la epidemiología a todo nivel y promover la formación de grupos interdisciplinarios e intersectoriales que afronten los análisis de situación, además de intensificar la diseminación de información científica con énfasis en conocimientos metodológicos, técnicos y experiencias sobre salud y bienestar.

Si bien el concepto de la estratificación epidemiológica ha sido aceptado tanto a nivel académico como a nivel de la dirección de los programas de control de enfermedades, su operacionalización en forma rutinaria no es general. Se han adoptado, en varios países, formas de estratificación epidemiológica por edad, localización geográfica, ocupación, tipo de vivienda, condición socioeconómica, o características de los contactos y convivientes para focalizar acciones. Sin embargo, todavía no se hace un uso extensivo de estas herramientas analíticas para la toma de decisiones en la planificación del sector, restringiéndose su utilización a programas específicos de control o prevención de algunas enfermedades.

Los países han realizado estudios sectoriales o análisis de situación en el área de las enfermedades transmisibles, principalmente las endémicas. Además, a nivel regional se han desarrollado metodologías para el cálculo de tasas estimadas de mortalidad, por quinquenio, según grupos de edad, sexo, causa y país para el estudio de perfiles desiguales de salud según condiciones de vida con base territorial, así como para el monitoreo de inequidades sociales en salud y para el estudio y cuantificación de brechas entre países según el nivel de desarrollo económico y social.

Se ha dado prioridad a la capacitación de recursos humanos en este campo, además de desarrollar módulos educativos y distribuir documentos que sirven de guía para la caracterización epidemiológica, el diagnóstico oportuno y eficiente, el manejo específico y eficaz de las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.

2.4 Promoción de la salud

En la Carta de Ottawa, los países reconocieron como requisitos fundamentales para la salud, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad. Con este marco, resulta claro, que la promoción de la salud, en última instancia, se relaciona con la incorporación de la salud como una estrategia que permita buscar un mayor compromiso de todos para disminuir las desigualdades sociales y aumentar los niveles de bienestar colectivo, dentro de un amplio contexto social y ecológico.

Treinta de los 46 países de la Región (65 %) han incluido la promoción de la salud entre sus planes nacionales, de los cuales cuatro han definido políticas escritas de Promoción de la Salud.

En 1991 el Programa de Salud del Adulto de la OPS se denominó Programa Regional de Promoción de la Salud, introduciendo cambios estructurales y funcionales a través del fortalecimiento de componentes de comunicación social y manejo de la información. En 1993 se creó la División de Promoción y Protección de la Salud, que

comprende los programas de Promoción y Comunicación Social, Protección de la Salud y Alimentación y Nutrición.

Se ha dado prioridad al asesoramiento de los países para lograr la formulación de políticas públicas y la adopción de esta estrategia en los programas nacionales con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida. También se está propugnando por el desarrollo de la comunicación social y del manejo de información pública como instrumentos de promoción y protección de la salud.

El manejo intersectorial de la epidemia del cólera y el movimiento de Municipios Saludables que se está gestando en los países con la ayuda de la OPS, constituyen ejemplos de espacios de trabajo en promoción de la salud que conducen a nuevas formas de concebir y desarrollar acciones de salud pública.

Los mecanismos de operación se centran en el fomento de la participación pública en las actividades de promoción de la salud, llevando la educación sanitaria a nivel escolar, la divulgación de información, los programas de comunicación social y la organización comunitaria. También se dirigen al fortalecimiento de la infraestructura sanitaria con base en la descentralización y desarrollo de los SILOS y la transformación de la política sanitaria, basada en el fortalecimiento de la orientación epidemiológica de la planificación y la promoción de la acción intersectorial.

En noviembre de 1992, representantes de 21 países asistieron a la Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, celebrada en Santa Fe de Bogotá y el Caribe de Habla Inglesa realizó en junio de 1993, la primera conferencia de promoción de la salud de la subregión en Trinidad y Tabago, en la que participaron 19 países y representantes de diversos sectores.

En relación con el proceso emprendido y como respuesta a la solicitud de los Cuerpos Directivos de la OPS, se ha elaborado una propuesta de Plan Regional de Promoción de la Salud, que se presentó en 1994 a la consideración del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo.

2.5 Utilización de la comunicación social en salud

El 26% de los países de la Región han hecho manifestaciones de prioridad al respecto de la utilización de la comunicación social en apoyo a las acciones de salud y varios países han desarrollado iniciativas con un esfuerzo primordialmente nacional, algunos consolidando prácticas tradicionales y todos empleando los medios más modernos y más clásicos de la comunicación masiva.

No se dispone de información sobre los países que han incorporado aspectos de salud en los programas de educación formal básica, pero se encuentran quienes han empleado formas de voluntariado y de servicio social obligatorio para expandir las formas de diseminación de información a la comunidad.

Además, la Oficina de Información y Asuntos Públicos de la OPS, encargada de las actividades de comunicación de la Organización con el público en general y con los medios de comunicación masiva, brinda apoyo a los programas y oficinas de la OPS en esa labor. Sus responsabilidades incluyen la comunicación social especialmente en relación a la epidemia del cólera, las relaciones e información pública, las relaciones con los medios de comunicación y la producción de la comunicación audiovisual. Un aspecto importante de esta oficina es el uso de la tecnología de teleconferencias para proporcionar información a los profesionales, tal como se ha hecho sobre el SIDA y sobre el Programa de Inmunizaciones.

2.6 *Integración de la mujer en la salud y el desarrollo*

Al momento, ocho países (17,4%) han incluido, explícitamente, la integración de la mujer en la salud y en el desarrollo como parte de sus planes nacionales de salud y como prioridad para la cooperación técnica, aunque un número más significativo de países desarrollan actividades con la perspectiva de género.

Se han facilitado los procesos de defensa de la salud de la mujer con los parlamentos y se ha contribuido a la revisión de leyes existentes y la elaboración de nuevas leyes para eliminar la discriminación *de jure* que tiene la mujer en su relación directa con la salud. Para ello, se apoyó a los parlamentarios miembros de las comisiones de salud y se crearon comisiones permanentes de la mujer en congresos Centroamericanos y se elaboraron propuestas de reforma de los códigos penales de países de la Región. Como resultado, casi todos los países han nombrado puntos focales para promover el rol de las mujeres en la salud y el desarrollo.

La generación de conocimientos, la realización de estudios diagnósticos, la capacitación, el desarrollo de metodologías de trabajo y la difusión de información han ocupado un lugar primordial por el carácter novedoso del enfoque de género y salud.

Los Cuerpos Directivos de la OPS hicieron recomendaciones de políticas y planes de acción regionales sobre la salud de la mujer, definiendo líneas de acción para la cooperación técnica en la promoción del autocuidado, la reducción de la violencia contra las mujeres y las niñas y la mortalidad materna. Aprobaron además, el establecimiento de un sistema regional de monitoreo y evaluación de la situación de la mujer y de las diferencias entre los sexos.

Con el fin de incrementar la conciencia sobre el tema y promover la defensa de los intereses de la mujer, incluido el de la salud, se llevaron a cabo distintas acciones con organizaciones no gubernamentales y actividades de promoción pública de carácter regional, subregional y nacional.

2.7 Administración del conocimiento

En relación a la producción científico-técnica, de manera explícita o implícita, los países de la Región tienen definidas políticas de investigación en salud. Sin embargo, en los últimos cuatro años, se observan cambios importantes, en unos países de mejoramiento, ampliando y diversificando el ámbito de la investigación y desarrollo en salud, tanto en términos temáticos como institucionales, financieros, etc., mientras que en otros se aprecia un deterioro de la infraestructura y de la producción científica lograda en años anteriores.

La rapidez de los cambios, la heterogeneidad de situaciones y la debilidad de los sistemas de información sobre insumos básicos de la actividad científica, dificulta un análisis más preciso de la situación y sus tendencias. Los datos disponibles sobre la producción de información técnico-científica en la Región no están actualizados o se refieren parcialmente a algunos países.

Por otra parte, las barreras de comunicación existentes entre las instituciones de producción y las de utilización del conocimiento por lo general persisten.

Para el desarrollo de esta área se ha apoyado, en algunos países, la creación de bases de información sobre proyectos en curso, investigadores e instituciones. Se ha tenido una importante colaboración del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), destacándose el componente de la calidad de la información científica. Igualmente se puso énfasis en el desarrollo de nuevos sistemas de búsqueda, almacenamiento y disseminación de información y la constitución de redes de intercambio del conocimiento en salud, incluyendo los sistemas especializados de los Centros Panamericanos y Programas de la Organización como: REPIDISCA, ECO, INPPAZ, INCAP, Promoción de la Salud, Emergencias y Desastres, Legislación y SIDORH.

2.8 Movilización de recursos

Esta estrategia, que en su concepto más amplio consiste en congregar los recursos humanos, técnicos, financieros y políticos con miras a promover la salud en la Región con la perspectiva que ésta sea parte y producto del desarrollo, se constituye en el substrato de las acciones de cooperación técnica implementadas y fomentadas por la OPS.

Con el fin de promover sus políticas, estrategias y programas, la OPS continuó fortaleciendo sus relaciones con el Sistema de Naciones Unidas, el Sistema Interamericano, organismos bilaterales, organismos internacionales de crédito financiero y organizaciones no gubernamentales. En 1991, se organizó una reunión internacional de donantes para elaborar la fase de emergencia de la lucha contra el cólera y se inició el diálogo sobre la iniciativa de un Plan Regional de Inversiones en Medio Ambiente y Salud para América Latina.

Con la colaboración del Gobierno de España se efectuó la III Conferencia de Madrid para la movilización de recursos en apoyo a la segunda etapa de la Iniciativa de Salud en Centroamérica. Aún, en el marco de las iniciativas subregionales, el Gobierno de Italia y al OPS firmaron un convenio de colaboración que incluye el apoyo a la Cooperación para la Salud en el Caribe y a la atención a los refugiados en Centroamérica.

Conjuntamente con el SELA, el PNUD y la CEPAL, se inició la formulación y ejecución del Proyecto Convergencia con el objetivo de apoyar la integración regional para el desarrollo de la tecnología en salud. Después de un ciclo de reuniones subregionales, se celebró en Santiago de Chile, en julio de 1992, una reunión regional con 127 participantes de 24 países. En esta reunión se prepararon los borradores de ocho proyectos multilaterales sobre productos biológicos, medicamentos, entre otros; así como varios proyectos subregionales y acuerdos bilaterales. El seguimiento de estos acuerdos y la movilización de los proyectos regionales es de responsabilidad de una comisión multi-institucional que ha nominado a la OPS como su secretaria técnica.

Coherente con las decisiones de los Cuerpos Directivos que señalaron la necesidad creciente de cambiar la gestión de los sistemas de salud y fomentar el proceso de descentralización de las decisiones y la participación social, a partir de 1991 la OPS ha ampliado sus actividades de movilización de recursos con organismos no gubernamentales (ONG). El trabajo con estas modalidades de organización de la sociedad civil se ha realizado en tres frentes: 1) con unidades técnicas de la Sede de la OPS y en los países, mediante el fortalecimiento de sus conocimientos sobre la dinámica del trabajo de las ONG en relación con la salud y el desarrollo, y mediante el nombramiento de puntos focales en cada Representación para el trabajo con estas organizaciones; 2) entre las propias ONG proporcionando oportunidades para el intercambio entre ellas con el fin de reforzar la colaboración y evitar la duplicación de esfuerzos; y 3) entre los gobiernos y las ONG para establecer las bases de una colaboración sistemática en materia de salud.

Para fortalecer las relaciones ministeriales se están realizando algunas acciones conjuntas a través de capacitación y/o intercambio entre los Ministerios de Planificación, Economía y Hacienda, Relaciones Exteriores y Salud.

Con la finalidad de mejorar la calidad técnica de las propuestas de proyectos y la elaboración de la programación anual que requieren los proyectos financiados con recursos regulares y con recursos de donantes, se desarrollaron materiales de capacitación y manuales para la aplicación del Marco Lógico, se diseñó un formato estandarizado de la OPS para la presentación de perfiles y proyectos, y en el marco de la Iniciativa de Salud en Centroamérica, se realizaron acciones de capacitación a los funcionarios encargados de los proyectos y a los Representantes. Esta metodología de enfoque lógico para proyectos fue incorporada al sistema AMPES.

El monto total de recursos que se canalizó a través de la OPS entre 1990 y 1993, por concepto de recursos diferentes a los recaudos de cuotas, que incluye todos los donantes, fue de US\$192.139.724 durante el bienio 1990-1991 y de US\$188.470.166 en 1992-1993. La movilización de recursos externos ha pasado del 1% del total del presupuesto de la OPS en 1971, a casi el 50% durante el último bienio.

La Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD), que en términos del cumplimiento de su meta, debería llegar al menos al 0,7% del PBI sólo ha podido alcanzar un promedio de alrededor del 0,35%. Para 1991, el total de la AOD, incluyendo las fuentes bilaterales y multilaterales, alcanzó US\$56.000 millones. De este total, US\$41.000 millones, un 70%, fue otorgado por los países miembros del Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD). De estos recursos, se aprecia una tendencia importante hacia la preferencia de la ayuda bilateral, la cual representaba el 51,78% de la AOD en 1980, subiendo a un 66% en 1986 y aún el 70% en 1991. Mientras tanto la ayuda multilateral disminuyó su importancia relativa bajando de un 33,62% en 1980 a un 24% en 1986, estabilizándose en un 26% en 1991.

En 1991 se informó que del total de la AOD bilateral que representaba US\$ 34.000 millones, los recursos orientados a salud fueron el 10% y del mismo total, América Latina y el Caribe captaron el 9,8% mientras que Asia captó el 31,9%; Africa, el 41,4% y el 17% restante para otras regiones.

Ante la vulnerabilidad de los recursos externos a las fluctuaciones de las políticas de asistencia y con el fin de fortalecer las capacidades nacionales de negociación y coordinación de recursos, se desarrollaron acciones conjuntas de capacitación e intercambio entre los Ministerios de Planificación, Economía y Hacienda, Relaciones Exteriores y Salud, relativas a la gerencia de la cooperación internacional en salud, provisión de conocimientos sobre las fuentes cooperantes y sus políticas de financiamiento y promoción del sector salud en los proyectos de cooperación externa, a fin de incluirlos en las prioridades del desarrollo nacional y sus negociaciones.

2.9 *Cooperación técnica entre países*

En el bienio 1990-1991, el 1,2% del presupuesto de la OPS se reservó para incentivar y desarrollar actividades de cooperación técnica entre países (CTP) y en el bienio 1992-1993, esta proporción ascendió a 1,7%.

La política adoptada por la OPS al respecto propugna la existencia de esfuerzos nacionales previos en forma de compromisos reales de cooperación, acompañados de la asignación de recursos nacionales para la ejecución de los proyectos, a lo cual acude la cooperación de la OPS con recursos técnicos y financieros adicionales. Debido a la naturaleza catalítica de la participación de OPS en estos proyectos, los recursos que realmente se movilizan son mucho mayores que los recursos financieros que aporta directamente.

En el año 1990, se aprobó el uso de \$132.400 para estos propósitos. En 1991, la cifra ascendió a \$420.700. En el año 1992, la cifra aprobada proveniente del presupuesto regular fue de \$328.300. Además de esta cifra, se aprobaron \$95.000 de fondos extrapresupuestarios provenientes de los Países Nórdicos para actividades de CTP en la subregión de Centroamérica, lo que aumentó el total de fondos asignados para CTP en 1992 a \$423.000.

Se destaca el esfuerzo realizado por los países, con el apoyo de la OPS, para la operación del fondo rotatorio del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la eliminación de la enfermedad de Chagas y la mantención de una estrecha colaboración en las actividades contra la epidemia de cólera. Además, se llevaron a cabo el Proyecto Convergencia, con la participación del SELA y del PNUD; la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) del CEPIS y la Red de Centros Coordinadores en Información Científico-Técnica de BIREME.

Otra modalidad de desarrollo de las actividades de cooperación técnica entre países son las iniciativas subregionales en marcha en Centroamérica, el Area Andina, el Caribe de Habla Inglesa y el Cono Sur.

En Centroamérica, durante 1992 se ejecutaron 32 proyectos nacionales en cuatro áreas prioritarias, 17 con recursos externos y 15 con recursos nacionales. Además, se ejecutaron 27 proyectos subregionales, de los cuales 12 recibieron financiamiento externo y cinco están en negociación.

La Cooperación Andina en Salud ha tenido un despegue muy lento, derivado quizás de los cambios frecuentes de autoridades que han sufrido los países de la subregión, así como gran disparidad a todos los niveles que existe entre países de la subregión, ya que a veces es difícil encontrar procesos comunes para las acciones. Sin embargo, se registran éxitos como las reuniones de los responsables de las áreas técnicas

de cada país, realizadas con el apoyo de la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue y de la OPS, que tienen el objeto de considerar enfoques y acciones comunes y las actividades desarrolladas en áreas geográficas fronterizas que sí han arrojado resultados concretos.

La Cooperación para la Salud en el Caribe, aprobada por los Jefes de Gobierno, con la cooperación de la OPS y del CARICOM ha movilitado recursos nacionales y externos para la ejecución de proyectos en áreas prioritarias. Para el período 1992-1993, la mayoría de los recursos externos provenían de los gobiernos de Italia, Francia, Reino Unido, del Banco del Desarrollo del Caribe, de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), de la Fundación Carnegie, del UNICEF y del propio CARICOM.

En la Iniciativa de Salud del Cono Sur, de más reciente confirmación, se definieron seis áreas prioritarias para la cooperación en salud y se designó a un país como responsable de la coordinación de actividades en esa área. Son las siguientes: sistemas locales de salud y tecnología, Chile; salud de los adultos y promoción de la salud, Uruguay; problemas de salud en las fronteras, Paraguay; control de enfermedades (zoonosis), Bolivia; la salud y el medio ambiente, Brasil; y establecimiento de normas, Argentina. En la última reunión de ministros, realizada en Santiago de Chile en junio de 1993, se incorporó en la agenda el tema de políticas de financiamiento del sector salud.

3. Las metas cuatrienales para las prioridades programáticas

3.1 *Prioridades para el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud*

3.1.1 *Análisis del sector y de la asignación de recursos*

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los países las decisiones de asignación básica de recursos se efectúan por fuera del sector salud, la OPS realizó diez cursos internacionales sobre planificación de proyectos de desarrollo en salud, diseñados para altos funcionarios de los Ministerios de Salud, Seguridad Social, Planificación, Economía y Finanzas, además de docentes de escuelas de salud pública, para impartirles elementos conceptuales e instrumentos técnicos actualizados de análisis del sector salud e identificación de áreas de inversiones para expansión de la infraestructura física, reforma y desarrollo institucional. Esta actividad se ha redefinido a partir de 1993 en el contexto del PIAS, a fin de establecer una capacidad mínima nacional que sea más autónoma.

Al mismo tiempo se han compilado sistemáticamente las experiencias más relevantes del análisis sectorial de salud desarrolladas en la Región y se ha preparado una guía sobre análisis sectorial para la formulación de políticas de salud.

Por otra parte, se continuó fortaleciendo la capacidad de la OPS para prestar cooperación en el área de planificación estratégica, introduciendo nuevos conceptos y nuevas técnicas al respecto, no sólo con varios países, sino también con la Organización

Mundial de la Salud, el Health Care Forum de California y el Instituto de Futuros Alternativos de los Estados Unidos y el Comité Directivo de Escenarios Futuros de Salud de Holanda.

3.1.2 *Financiamiento sectorial*

Con la cooperación del Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, se realizaron cuatro seminarios subregionales sobre economía y financiamiento de salud, cubriendo la teoría y práctica de los temas de mayor actualidad y relevancia en el manejo de las dimensiones económico-financieras de la salud y de los servicios de salud, con la participación de equipos multidisciplinarios de 30 países de la Región, compuestos por altos funcionarios de los Ministerios de Salud y Finanzas, las instituciones de Seguridad Social y docentes en el campo de la Salud Pública.

Como efecto directo de estos seminarios se pueden citar varias actividades de multiplicación a nivel nacional y la creación o formulación de cinco asociaciones nacionales de economía de la salud. Más recientemente, también a través de la cooperación de la OPS/OMS con el IDE/Banco Mundial, se ha establecido una Red Latinoamericana y Caribeña de Economía de la Salud. Dicha red sirve como un mecanismo de apoyo mutuo y cooperación entre los países, ya que sus demandas en términos de análisis económico-financiero aplicado al sector salud se incrementan exponencialmente.

Se realizó una revisión de las experiencias vividas por algunos países con respecto al financiamiento de salud durante la crisis y el ajuste estructural durante la segunda mitad de los años ochenta y comienzos del decenio de 1990. Además, se realizó un estudio sobre la utilización de fondos de emergencia e inversión social en siete países de la Región, ya que estos fondos han constituido la principal fuente de financiación para la ejecución de la política social de los países de América Latina y del Caribe.

Para superar gradualmente el enorme déficit existente en materia de infraestructura de los servicios de salud, evaluación de la calidad del agua suministrada y saneamiento básico, la Organización elaboró en 1992 el PIAS, en estrecha consulta con los países. El PIAS identifica las inversiones que han de efectuarse en América Latina y el Caribe en los próximos 12 años para superar el rezago que por décadas se ha venido acumulando en estos campos.

El PIAS, así como la propuesta de creación de un Fondo Multilateral de Aportaciones Voluntarias para el desarrollo de actividades de preinversión, fueron incluidos en la agenda de las deliberaciones de la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Madrid, España, en julio de 1992. En la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en Salvador, Brasil, en julio de 1993, los Primeros Mandatarios consignaron su apoyo al PIAS y a la constitución del Fondo de Preinversión.

A fin de impulsar el proceso de implantación del PIAS y la constitución y operación del Fondo Multilateral, en noviembre de 1992 se estableció en la OPS una nueva unidad denominada Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y un Grupo de Coordinación que tienen el propósito de diseñar, inducir y coordinar las acciones de implementación del Plan que lleva a cabo la Organización en su conjunto.

La propuesta del PIAS consiste fundamentalmente en la canalización de aproximadamente US\$ 216.000 millones durante los próximos 12 años en toda la Región, que se financiarían en un 70% con recursos nacionales y en un 30% con aportes de fuentes externas, lo cual supone que un porcentaje anual de recursos nacionales públicos y privados equivalente al 0,8 del PBI de la Región, se destinaría a inversiones en el medio ambiente y la salud. Asimismo, el Plan prevé la canalización de recursos externos por un monto aproximado a cinco millones de dólares al año, equivalentes al 0,3% el PBI regional. Estos últimos requieren que al menos 20% de los recursos de financiamiento externo que se aplican anualmente a la Región se destinen a inversiones en servicios de salud, abastecimiento de agua potable, saneamiento básico y otras acciones ambientales.

3.1.3 *Gestión de los SILOS y programación local*

El principal rasgo que caracterizó este período fue el ajuste estructural del sector salud con cambios en la organización, la dotación de personal y la revisión de los procesos administrativos de los Ministerios y las Secretarías de Salud, relacionados con procesos similares generales de modernización del Estado, ocurrido en veinte países de la Región, algunos de ellos con repercusiones en cuanto a la calidad y cantidad de los servicios de atención médica.

Como producto del avance en el proceso de descentralización, en doce países se ha iniciado la reorganización de los sistemas de salud con revisión de la misión y las funciones de los Ministerios de Salud y apoyo a la regionalización y reorganización de la red de servicios basada en el desarrollo de los SILOS. En otros países dicha transformación se continuó, de procesos iniciados con anterioridad. En once países se formularon estrategias para la elaboración de planes, programas y proyectos de salud. La mayoría de éstos adoptaron enfoques estratégicos en la planificación de sus servicios de salud, que les ha permitido adecuarse con mayor flexibilidad al proceso de ajuste sectorial, a la participación social y a la modernización del Estado.

Muchos de estos procesos están siendo respaldados con financiamiento de las instituciones de crédito internacional y de las agencias bilaterales de cooperación, contribuyendo a disminuir el impacto negativo de las medidas de ajuste mediante programas de focalización, de inversiones en infraestructura y fundamentalmente mediante el fortalecimiento institucional orientado a alcanzar mejores niveles de eficiencia.

Para reforzar el desarrollo de los SILOS se puso en práctica, especialmente en los dos últimos años, la administración estratégica local acompañada de programas masivos de capacitación en servicio, en las áreas de desarrollo organizacional, conducción, descentralización administrativa, sistemas de información gerencial, gestión de proyectos y fortalecimiento de las instituciones de capacitación.

Si se consideran los tres componentes fundamentales de los sistemas de información para el apoyo al proceso de gerencia - la creación de datos, su análisis e interpretación para definir tendencias, relaciones y la toma de decisiones-- en la Región de las Américas el esfuerzo se ha centrado principalmente en la primera etapa, pero aún es muy débil, ya que los datos se recolectan en forma incompleta y son en su mayoría procesados parcialmente en forma manual.

En todos los SILOS se ha desarrollado algún sistema de programación local, aunque en muchos casos éstos enfatizan la oferta de servicios. Son pocos los países que han abordado el tema de los recursos y su eficiencia. Se han observado adelantos en el desarrollo de la capacidad de identificar problemas y soluciones utilizando el enfoque de prevención y control de daños y riesgos, de análisis epidemiológico-social de la situación de salud, de la negociación y concertación local. A pesar de esto, todavía es deficiente el desarrollo de esquemas para evaluar el desempeño y los resultados de las actividades desarrolladas por los servicios de salud.

3.1.4 *Desarrollo tecnológico*

Aunque todos los países de la Región definen una política de desarrollo tecnológico, en general se observa debilidad en la infraestructura y la producción científico-técnica para hacer frente a los problemas de salud y a los cambios en los servicios y sistemas de salud. Los gastos en investigación y desarrollo registran en promedio cerca del 0,6% del PNB, mientras que en los países desarrollados esta cifra alcanza el 2,7%. La Región en su totalidad es responsable solamente del 0,6% de las citas bibliográficas. Además de ser relativamente escasa la producción científica de la Región está muy concentrada en pocos países.

En términos de desarrollo tecnológico en salud, América Latina y el Caribe cuentan con una significativa infraestructura de desarrollo y producción de insumos en el área de biológicos como sueros, vacunas y reactivos para diagnóstico. En el área de equipos en salud se observa que su desarrollo es más reciente, pero ya existen cerca de 800 empresas productoras de equipos médico-odonto-hospitalarios. Es importante resaltar una tendencia reciente de creación de acuerdos de cooperación entre instituciones universitarias y entidades productoras de servicios e insumos.

Como estrategia para el desarrollo tecnológico en la Región se fortalece la cooperación técnica entre países, a través de investigaciones conjuntas y redes de cooperación.

3.1.5 *Desarrollo de recursos humanos*

La OPS ha promovido la capacitación avanzada del personal responsable del desarrollo de los recursos humanos, incluyendo los componentes relativos a información, investigación y planificación estratégica de recursos humanos; el desarrollo de la educación permanente para la capacitación del personal ya incorporado a los servicios, involucrando en esto los programas de becas y libros de texto; apoyo a una mayor participación de la universidad en el proceso de transformación de la práctica de salud, movilizandando las asociaciones responsables de las instituciones educativas de profesionales de salud y apoyando el desarrollo de la formación profesional, principalmente en medicina y enfermería; promoción del desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública, estimulando la revisión de programas educativos y planes de investigación en este campo y la promoción del liderazgo sectorial con la residencia en salud internacional.

En los países de la Región se observa que la composición de los recursos humanos no ha tenido cambios significativos a lo largo de los últimos años. Se sigue enfatizando la formación de los médicos en detrimento de las demás carreras. Su distribución se relaciona con la distribución de los servicios de salud y a pesar de que en algunos casos específicos los servicios se han descentralizado, no se puede afirmar la misma tendencia con respecto a los recursos humanos de salud. El desarrollo de centros de alta complejidad tecnológica y su efecto polarizador sobre los profesionales de salud ha continuado provocando una mayor concentración profesional tanto en las zonas urbanas como en las zonas más económicamente desarrolladas.

No ha habido un cambio en el perfil de formación de los recursos humanos, encontrándose una mayor resistencia al cambio en las estructuras académicas que en las de prestación de servicios. Adicionalmente, influye el hecho de que los docentes reproducen ideológicamente un modelo de organización de las prácticas de atención a la salud que para ellos es muy real, pero que es inalcanzable para sus alumnos, caracterizado por un lado por la práctica autónoma y liberal residual y por otro, por el modelo tecnológico-dependiente. Por esto el deseo de que el proceso de formación profesional se adecúe a las necesidades y a la realidad socio-epidemiológica, sigue siendo un desafío en la actualidad.

La crisis fiscal sobre el aparato educativo público resulta en salarios desfasados para los docentes y deterioro de equipos e instalaciones físicas, que agravan esta situación.

En 16 países se lleva a cabo un proceso de educación permanente, mediante el desarrollo de metodologías educativas que privilegian el trabajo de los servicios, en especial en las áreas de gestión y administración, salud pública, epidemiología, salud materno-infantil y salud ambiental. Actualmente, se está revisando una nueva propuesta educativa a través del desarrollo y la promoción del aprendizaje de los trabajadores en sus puestos de trabajo.

Se ha realizado un gran esfuerzo por conocer la cantidad de recursos humanos en el sector, por categorías y distribución especial y a pesar de que a nivel internacional se tengan hoy más datos que antes, la utilización de sistemas de información como base para la formulación de políticas sectoriales por parte de las autoridades sanitarias es aún muy limitada. La gran mayoría de los Ministerios de Salud carecen de información básica sobre el número de médicos, odontólogos o enfermeros disponibles en su país.

Asimismo, no hay uniformidad entre los países con respecto al concepto de formulación de políticas de recursos humanos, principalmente por el carácter intersectorial que éstas deben tener por involucrar la salud, la educación, la ciencia, la técnica y el trabajo. La situación más común es la falta de coordinación entre los sectores donde la orientación política de los "planes de salud" no se ve reflejada en las actividades de formación y utilización de personal.

Aunque en pequeña escala, se han hecho esfuerzos por crear modalidades flexibles de administración de personal que puedan adaptarse a las características de los mercados de trabajo.

3.2 *Prioridades para el desarrollo de programas de salud*

3.2.1 *Salud y ambiente*

La cobertura de los servicios sanitarios recolectada en 25 países de América Latina y el Caribe indica que la población que dispone de agua es de 348 millones (76,7%). La disponibilidad se refiere a la de agua no contaminada, cuyo uso no demanda el uso de una parte considerable del tiempo de las personas. Se conoce por otro lado, que hay 86 millones de personas que carecen de acceso a agua potable. Entre los países es muy variable este acceso de la población, entre el 50% y el 90% en áreas urbanas y entre el 30% y el 70% en zonas rurales.

Sólo hay control de la calidad del agua para consumo humano en las ciudades que tienen más de 100.000 habitantes. En el medio urbano se trata o dispone aceptablemente menos del 10% de las aguas residuales.

No existe información exhaustiva correspondiente a los años 1992 y 1993 para América Latina y Caribe en lo referente al porcentaje de la población que esta recibiendo agua cuya calidad cumpla con normas nacionales o las normas de la OMS. Algunos países han preparado informes nacionales al respecto y otros se encuentran en proceso de recolección de la misma, pero la mayoría de los países no dispone de información. Casi todos los países han adoptado normas nacionales para el agua potable y algunos recientemente han adoptado normas de calidad en forma de legislación, mientras otros han adoptado las normas de calidad de agua potable de la OMS.

Cerca de 171 millones de personas no disponen de instalaciones adecuadas de saneamiento y escasamente el 10% del volumen total de aguas servidas se tratan antes de su evacuación a los ríos y mares de la Región. Hay alrededor de 145 millones de personas que no tienen sistemas sanitarios para la eliminación de excretas y 300 millones de personas contaminan permanentemente los cursos de agua. El porcentaje de población cubierta por servicios de saneamiento difiere entre los países. Desde países con el 30% a aquellos con más del 90% de la población urbana y de menos del 30% hasta más del 70% en las poblaciones rurales.

Se estima que los 350 millones de habitantes urbanos de América Latina y el Caribe producen 250.000 toneladas de basura por día. De estas solo se recolecta entre 60 y 95%. Se observa una acelerada marcha hacia la concesión privada en la operación de los servicios de recolección de desechos sólidos, mucho mayor que en otras áreas del saneamiento básico. Casi todas las grandes ciudades tienen en operación algún programa de reciclaje de desechos sólidos. En los últimos 30 años se han instalado en la Región más de 20 plantas recicladoras de basura que producen abono o compuesto para el enriquecimiento del suelo. Sin embargo, el 90% de ellas se han cerrado por no haberse practicado inicialmente estudios adecuados de mercado del producto resultante.

En América Latina y el Caribe, las empresas que manejan los sistemas de agua pierden entre 40 y 60 por problemas de facturación y producción. Las dificultades económicas, la escasez del agua y el deterioro de su calidad, subrayan la necesidad de hacer el uso más eficaz de este recurso por lo que se ha puesto en marcha un proyecto de conservación de los recursos hídricos y vigilancia de la calidad del agua potable, en algunos casos con apoyo del CEPIS y de la GTZ. En todos los países de la Región, se promovió entre las instituciones de abastecimiento de agua, la necesidad de desarrollar acciones de comunicación social para lograr que la comunidad utilice el agua de manera más eficiente.

Se continuó impulsando el desarrollo y uso de tecnologías apropiadas, entre las que se destacan las relativas a recolección de residuos con vehículos y el relleno sanitario manual.

Por lo menos tres países han emitido a partir de 1990 legislación sobre evaluación del impacto ambiental y la mayoría han revisado su legislación ambiental a partir de 1990, en áreas tales como contaminación ambiental, sanidad urbana, control de la calidad del aire y creación de programas de educación.

Varios factores han influenciado a partir de la década de 1990 el carácter de la legislación de salud y medio ambiente en la Región: el incremento de la participación popular, producto del proceso de revitalización de las instituciones democráticas; la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (ECO-92); y los procesos de integración que se están llevando a cabo en la Región.

Varios países han demostrado preocupación por formular planes y programas adecuados de salud ambiental y asesorar a las autoridades locales en la formulación de políticas sobre el medio ambiente.

En el ámbito del derecho ambiental, se firmó el Convenio Constitutivo de la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD) en 1991.

En los países de la Región existe una preocupación creciente por realizar estudios de impacto ambiental, previo a proyectos de inversión en infraestructura y algunos países han establecido sus propios requisitos para estas evaluaciones, pero a la mayoría les queda todavía un largo camino que recorrer al respecto.

Se promovió y participó en numerosas actividades para facilitar y asegurar la incorporación de las intervenciones ambientales integradas a nivel local y con el fin de intensificar la introducción de la atención al medio ambiente en las comunidades.

Relacionada con la epidemia de cólera se generó una intensa actividad para difundir conocimientos técnicos apropiados y desplegar procesos de comunicación e información a la población al respecto, así como se promovió la creación de redes de información. Además, en cuanto a la protección alimentaria, en enero de 1992 se dio comienzo a las actividades del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). A pesar de la epidemia de cólera, son solo 10 los países que cuentan con programas integrados de protección y vigilancia epidemiológica alimentaria.

3.2.2 *Alimentación y nutrición*

Se estima que aproximadamente 12% de los niños menores de cinco años de edad en América Latina y el Caribe sufren de desnutrición global moderada o grave.

Numerosos países han reforzado sus programas de control de deficiencia de yodo, y se han hecho considerables avances tecnológicos, considerándose otros indicadores más sensitivos que la presencia de bocio, tales como la excreción urinaria de yodo en comunidades. En base a este indicador y el control de la yodación de la sal, muchos países de la Región están desarrollando sistemas de vigilancia. Por otra parte, se están definiendo todavía los puntos de corte para determinar en qué momento éste se convierte en un problema de salud pública ya que los trastornos causados por la deficiencia de yodo tienden a focalizarse en ciertas áreas geográficas de los países. Todos los países de América Latina, excepto Cuba y la República Dominicana, tienen legislación vigente respecto a la yodación de la sal.

Se estima que la anemia por deficiencia de hierro afecta por lo menos al 30% de las mujeres embarazadas de la Región. Prácticamente todos los países de la Región tienen programas de suplementación de hierro para las mujeres embarazadas, sin embargo, la cobertura es limitada y el cumplimiento bajo. Pocos países tienen programas de fortificación de alimentos con hierro.

Hay problemas de deficiencia de vitamina A en áreas geográficas y socio-económicamente deprimidas de once países. Durante los últimos años se han desarrollado campañas de suplementación con vitamina A para los niños pequeños, conjuntamente con las campañas de vacunación. En los países de Centroamérica existen programas de fortificación del azúcar con palmitato de retinol.

Todos los países de la Región recogen información sobre el estado nutricional de los niños que asisten a los servicios de salud, pero pocos países han desarrollado un Sistema Nacional Intersectorial de Vigilancia Alimentaria/Nutricional. La información de los servicios de salud frecuentemente no se transmite a nivel central, excepto en algunos países, donde se utiliza para programación. Sin embargo, con la descentralización de los servicios de salud, la información recogida a nivel local se utiliza para la programación local de las intervenciones y en algunos, se emplean mapas de pobreza, utilizando diferentes indicadores (necesidades básicas insatisfechas, censo de talla en escolares, encuesta de hogares). Las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años se consideran como los grupos demográficos de más alto riesgo.

3.2.3 *Estilos de vida y factores de riesgo*

Respecto a la meta de desarrollar intervenciones a nivel individual y poblacional, destinadas a la modificación de los factores de riesgo comunes y de los estilos de vida causalmente asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más prevalentes, se observa que esta meta no ha sido acogida en forma expresa por la mayoría de los Estados Miembros, con excepción de tres países. En otros países, los gobiernos han declarado su intención de iniciar actividades de promoción, sin embargo, no se ha tenido aún conocimiento de que estas intenciones se hayan traducido en programas concretos.

En cinco países se ha dado comienzo a proyectos intersectoriales denominados comunidades saludables, que pueden considerarse como el inicio de procesos prácticos de promoción. El grado de desarrollo de tales proyectos es muy variable y aún está en evolución.

La mayor parte de los países de la Región ha iniciado esfuerzos de prevención y control del tabaquismo, ya sean legislativos, educativos o de apoyo individual. Sin embargo, hay necesidad de propiciar la conducción sistemática de mediciones en la prevalencia de factores de riesgo asociados a estilos de vida no saludables.

3.2.4 *Control y/o eliminación de enfermedades evitables*

Treinta y dos países (69,5%) expresaron esta área como prioritaria para la cooperación técnica.

Las enfermedades evitables siguen siendo de gran importancia para la salud pública y contribuyen en gran medida a aumentar los índices de morbi-mortalidad de los países, además de reflejar, por su predominancia en los grupos más desposeídos en cuanto al acceso de los conocimientos y técnicas producidas por la humanidad, la inequidad de la situación socio-sanitaria de la Región.

En América Latina se observa una disminución de la prevalencia global de la lepra que pasó de 8,41 por 10.000 habitantes en 1990 a 5,84 por 10.000 habitantes en 1992. Sin embargo, aunque la tendencia es hacia la disminución, la prevalencia sigue siendo muy alta en cinco países. Se realizó una Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas en la que se acordó desarrollar estrategias y planes de acción a nivel regional y nacional para la eliminación de la lepra como un problema de salud pública para el año 2000 (tasa de prevalencia inferior a un caso por 10.000 habitantes).

En 1990 se notificaron 70 casos del mal de pinto en México y focos en Brasil y Venezuela. Durante 1992, solo se reportaron focos en esos países. Se notificaron 78 casos del pian en Colombia y focos en Ecuador, Haití, Panamá y Suriname. En 1992 se notificaron focos en estos cinco países y Guyana.

La tuberculosis es un problema vigente y de real transcendencia pública. Esta situación es evidente por el mantenimiento o lento descenso de la tasa de prevalencia, y por la incidencia elevada que se agravó recientemente debido a la diseminación del VIH. Varios países con problemas graves de tuberculosis le han otorgado la más alta prioridad gubernamental. La implementación del Programa de Control ha mejorado substancialmente en varios países, pero no se han logrado resultados homogéneos, ya que mientras en unos países la reducción ha sido acelerada, en otros las reducciones han sido escasas o nulas.

A la fecha, no ha sido posible evaluar en forma cuantitativa el cumplimiento de la meta establecida para la enfermedad de Chagas, ya que los datos disponibles son de 1982-1985. Con el apoyo de la OPS se llevó a cabo la primera reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa del Cono Sur, para eliminar *Triatoma infestans* e interrumpir la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por transfusión de sangre. Los países participantes en la Iniciativa elaboraron sus programas nacionales para 1992-1995, y la iniciativa de desarrollar un programa integrado de acciones subregionales sirvió para que las acciones fuesen implementadas, aun cuando no haya habido un aporte significativo de los recursos.

Se puso énfasis en la promoción del control integrado de las enfermedades transmitidas por vectores. Con ese fin, además de contribuir a aminorar el uso de sustancias químicas, se promueve el ordenamiento del medio, el control biológico, la educación sanitaria y la participación social. Las acciones de control del dengue en los países están destinadas a impulsar actividades de control de *Aedes*, compatibles con la eliminación de la transmisión. En general, se detectan en la Región dos situaciones extremas; por un lado programas exitosos que alcanzaron sus objetivos que impiden la

colonización del vector; y por otro lado el panorama epidemiológico en la mayoría de los países, en donde la situación continúa siendo preocupante a pesar de sus esfuerzos.

En 1990-1991 dentro del concepto de estratificación del problema malárico, se observaron beneficios derivados de la utilización de estrategias básicas de control. Sin embargo, el concepto de estratificación no es fácilmente adoptado. Por otro lado, la integración de los servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria, pieza fundamental para el logro de la reducción del intervalo de tiempo entre la sospecha y tratamiento de la infección, ha progresado en unos países y otros continúa presentando dificultades en la integración del servicio especial a los servicios generales de salud, imposibilitando así el desarrollo de actividades de prevención y control a nivel local. Persiste, por lo tanto, la gravedad de la situación de la malaria en la Región, donde el 39% de la población vive en situación ecológica propicia para su transmisión.

En la lucha contra la fiebre aftosa se han realizado grandes avances en los últimos años. La enfermedad se erradicó en Chile; en la frontera entre Colombia y Panamá se creó una zona exenta de fiebre aftosa; desaparecieron las epidemias en gran escala en la Región y se avanzó en el control de la enfermedad en grandes áreas.

La Región ha avanzado en el esfuerzo de eliminar la rabia urbana del continente. Entre los años 1989-1992, cuatro de las ciudades capitales registraron casos de rabia y de las 414 ciudades objeto del Programa de Control de la Rabia, 50 notificaron casos. A partir de 1990 se ha presentado un descenso notorio de la rabia canina: de 11.700 casos en 1990 a 5.700 en 1992. Se mantienen las acciones necesarias para la eliminación de la rabia urbana en el continente, pero no se ha logrado alcanzar la meta de eliminación.

Desde agosto de 1991, no se registran casos confirmados por aislamiento de virus salvaje de poliomielitis en la Región. Prosigue el esfuerzo por certificar a la Región de las Américas como región libre de poliovirus salvaje autóctono.

Con respecto al sarampión, todavía en algunos países se presenta una situación delicada, aunque el número de casos, en general, se ha reducido en un 59% entre los años 1990 y 1992 (de 237.553 a 99.423). Se han iniciado con vigor las acciones dirigidas a controlar el sarampión en la Región, teniendo en cuenta el resultado de los esfuerzos acumulados en otras enfermedades prevenibles por vacunación.

Gracias a la vacunación materna con el toxoide tetánico, la incidencia del tétanos neonatal ha disminuido y la mayoría de los 478 municipios de América Latina identificados como de alto riesgo durante 1988-1989 están ya exentos de la enfermedad. En el período 1990-1992, el número de casos se ha reducido en un 30%.

Especialmente indicativo de los grandes rezagos en materia de salud, medio ambiente y bienestar social de gran parte de la población de la Región, ha sido la epidemia de cólera que se inició en 1991, enfermedad que por varios lustros no había

estado presente en la Región. En efecto, la aparición del cólera en Perú, y su posterior extensión por el Area Andina, el Cono Sur, México y Centroamérica ha dado una señal de alerta a los países en relación con la acumulación de grandes insuficiencias en la infraestructura de los servicios de salud, agua y saneamiento, que ha determinado serios problemas para dar respuestas a las necesidades más básicas de la población.

3.2.5 *Salud de la madre y del niño*

Todos los países de la Región han expresado que la salud de la madre y del niño representa una prioridad en sus políticas y programas. Han señalado también la importancia asignada a la cooperación técnica en esa área. En general se puede afirmar que la falta de información confiable ha sido un obstáculo frecuente para la evaluación de los progresos alcanzados a nivel regional y nacional. Respecto a la meta aprobada de reducir la tasa de mortalidad infantil al menos a 30 por 1.000 nacidos vivos en todos los países a fines de 1994, sólo se dispone de información de tres países para el año 1992 y de 17 para 1991.

Según las estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas, muy cercana a los valores informados por los países en el quinquenio 1985-1990, de los 29 países de América Latina y el Caribe, 12 presentaban tasas de mortalidad infantil inferiores a 30 por 1.000 nacidos vivos, cifra que aumentó a 14 en el quinquenio siguiente. Asimismo, las estimaciones regionales para esos mismos períodos son de 53 y 47 por 1.000 nacidos vivos respectivamente.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna una vez más no se conoce bien la magnitud real y existen diferencias importantes en la calidad de la información reconocida sobre la salud reproductiva de la mujer en los diferentes países de la Región. A las deficiencias propias de los sistemas de información se agregan, en este caso, el uso hasta la fecha de una definición de muerte materna que excluye de este grupo las defunciones ocurridas después de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, lo cual contribuye al subregistro ya existente. La 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, con la inclusión de la definición de la muerte materna tardía, puede disminuir la magnitud de este problema.

Los datos disponibles sobre mortalidad materna son de alrededor de 1990, de forma tal que se carece de información desagregada para 1991 (solo se dispone de información de 17 países) y para 1992 (existen datos disponibles de tres países). Si bien estas circunstancias hacen difícil la tarea de evaluación y seguimiento de la meta, es posible afirmar que se han realizado importantes progresos en esta área, ya que la reducción anual de la tasa de mortalidad materna ha sido de 5,7%.

De los 17 países que informaron el nivel de progreso en la reducción de la mortalidad materna, con excepción de tres, todos los demás formularon un Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y más del 70% de los países que remitieron la

información señalaron que tenían algún tipo de sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna.

Respecto a la reducción de un 50% en la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas y un 30% en la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en 1994, en relación a los niveles de 1990, sólo se dispone de datos hasta el quinquenio 1985-1990.

Será difícil evaluar el alcance de la meta de reducción de la proporción de niños nacidos con menos de 2.500 g de peso a 10% de los recién nacidos para 1994, ya que solo se dispone de información confiable y actualizada de cuatro países. Los demás tienen un gran subregistro en este indicador, debido a fallas en la anotación de este dato o a bajas coberturas de parto institucional.

3.2.6 *Salud de los trabajadores*

Todos los países de la Región han confirmado la decisión política de desarrollar planes y políticas de salud de los trabajadores, pero solamente 14 (30,4%) han expresado esa área como prioritaria para la cooperación técnica. En 16 países (35%) de América Latina se han integrado consejos y/o comités nacionales con la participación de diferentes sectores y se elaboraron planes nacionales de desarrollo de salud de los trabajadores. Los países del Caribe de Habla Inglesa, consecuentes con el compromiso generalizado, han iniciado la preparación o ajuste de planes nacionales.

En ocho países (cinco en 1991 y tres en 1992) se iniciaron cursos de posgrado en salud para los trabajadores, elevándose a 22 los programas con los cuales la OPS/OMS coopera en forma directa de los 32 con los que mantiene relación.

La información pública alrededor de este tema se incrementó en un 90% de los países y se realizaron también congresos latinoamericanos, multipaís y nacionales, seminarios, cursos y talleres. Cuatro países han revisado e hicieron publicar instrumentos legislativos sobre salud de los trabajadores y el Parlamento Latinoamericano incorporó el tema en su agenda.

El compromiso en la mayoría de los países no solo emanó de los Ministerios de Salud, sino además de los Ministros de Trabajo. Mereció también el apoyo de los ministros de educación, de agricultura y los directores de la seguridad social. En algunos países, esta decisión ha sido sustentada por decretos presidenciales y se ha logrado una amplia participación, no solo de las instituciones de gobierno, sino también de los sectores empresariales, de instituciones representativas de trabajadores, las universidades y las ONG.

En la OPS, se constituyó el grupo interprogramático de salud de los trabajadores donde se han analizado las actividades que 17 programas han planeado con relación al impacto sobre la salud de los trabajadores.

A nivel andino, las centrales sindicales han brindado especial atención al tema salud de los trabajadores. En las Subregiones Andina, Centroamericana y del Cono Sur, delegados gubernamentales, parlamentarios y representantes de trabajadores y empresarios, conjuntamente con la OPS, OIT, las ONG, universidades y otros expertos, han discutido los planes nacionales para definir las líneas y estrategias a utilizar para su implementación.

3.2.7 *Fármacodependencia*

La fármacodependencia es un problema creciente en los países de la Región, especialmente en las áreas urbanas, de preferencia entre la población adolescente y adulta joven, originando condiciones crónicas, ausentismo laboral, deserción escolar, trastornos de la personalidad y problemas sociales y culturales diversos.

Al analizar los planes gubernamentales de salud y las prioridades nacionales para la cooperación técnica, se identifican diez países de la Región (21,7%) que han manifestado preocupación por la fármacodependencia.

Nueve países ejecutan programas de vigilancia epidemiológica en esta área y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Regional se encuentra vinculado al Sistema Estadístico Uniforme de la CICAD/OEA. No existe información suficiente para analizar integralmente el problema en la Región, pues no todos los países disponen de datos o los datos disponibles se limitan a algunas ciudades y grupos poblacionales específicos.

Sin embargo, se promovieron diferentes acciones dirigidas a subsanar la carencia de información básica, revisar y actualizar los instrumentos y metodologías para el monitoreo del uso indebido de drogas y plantear las guías y protocolos correspondientes. También se realizaron actividades de capacitación en bioestadística y vigilancia epidemiológica en fármacodependencia para Centroamérica y la Subregión Andina.

Se logró movilizar recursos para la ejecución de programas de farmacovigilancia, procesos de capacitación y para continuar el estudio de monitoreo en Centroamérica.

Fue posible adelantar acciones para la implementación del proyecto sobre normas mínimas de tratamiento en fármacodependencia y se elaboró la propuesta para capacitación en fármacodependencia para estudiantes y trabajadores de ciencias de la salud y afines.

La OPS participa como recurso técnico del Consejo Interamericano sobre Educación, Ciencia y Cultura (CIECC/OEA) y la CICAD/OEA en el Programa de Centroamérica en Educación Preventiva, con la participación de los ministerios de salud y educación de los países. Se inició, además, el proyecto sobre educación participativa en la prevención de la fármacodependencia con el Instituto Interamericano del Niño, la CICAD/OEA y la Corporación Colombiana de Lucha contra la Fármacodependencia, así como el Proyecto sobre Comunicación Social en Fármacodependencia.

Para fortalecer el liderazgo del sector salud en la formulación de políticas, directrices y programas nacionales para la reducción de la demanda del consumo de sustancias psicoactivas, la mayoría de los países (90%) cuenta con comisiones nacionales intersectoriales.

3.2.8 SIDA

Todos los países de la Región han incluido como una de sus prioridades programáticas la prevención de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH. Al 31 de diciembre de 1992, se habían notificado más de 600.000 casos de SIDA a la Organización Mundial de la Salud y el 58% correspondieron a casos notificados por países de las Américas. Estimaciones conservadoras indican que el número actual de personas infectadas por el VIH en la Región es de alrededor de 2,5 millones: 1 millón en América del Norte y 1,5 millones en América Latina y el Caribe.

En años recientes, se ha visto un cambio importante de la epidemia que, de estar concentrada predominantemente en la población masculina homosexual y bisexual ha pasado a afectar la heterosexual, con el consiguiente incremento del número de casos de SIDA y de las infecciones por VIH en mujeres y niños.

En términos generales, en América Latina se observa una estabilización en la tasa de incidencia de transmisión del SIDA por vía sexual, mientras en el Caribe, la transmisión sexual del SIDA aumentó. Sin embargo, en el Area Andina, se observa una disminución de la incidencia de transmisión de SIDA por vía sexual durante el período.

Desde 1990 hasta 1992, en todos los países de las Américas se observa que la incidencia de transmisión del VIH por transfusión de sangre y hemoderivados se mantuvo estable.

En relación a la meta de fortalecer la atención integral a pacientes de SIDA y personas infectadas con el VIH, en 41 de los 46 países de la Región (89%) existe un programa nacional de prevención de SIDA, y en 16 países se otorga atención integral a pacientes con SIDA o a personas infectadas con VIH.

En casi todos los países se tienen actividades conjuntas SIDA y enfermedades de transmisión sexual y 9 países (19,5%) están coordinando las actividades con el programa nacional de control de la tuberculosis.

Por lo menos seis países realizan actividades descentralizadas del programa, asignadas a los SILOS y en tres países se ha avanzado en el manejo y prevención, con énfasis en la prestación de servicios médicos y sociales a largo plazo para los enfermos.

Hasta 1991, se realizaron 561 proyectos de investigación sobre el SIDA en América Latina y el Caribe, distribuidos en las áreas de epidemiología, ciencias básicas, clínica, social, comportamiento e intervenciones.

Todos los países de la Región emplean una tecnología apropiada para el diagnóstico de VIH y por lo menos 15 países han producido reactivos para pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la infección por VIH.

Aún no se están realizando ensayos clínicos con vacunas contra el VIH. En Brasil se está preparando el terreno para realizar ensayos de campo en colaboración con el Programa Mundial de SIDA.

La información disponible sobre la composición del financiamiento para algunos países de América Latina y el Caribe, indica que la mayor parte del esfuerzo es de origen internacional.

En referencia a sistemas de información, todos los países, a excepción de uno, notifican trimestralmente al Programa de Vigilancia de la OPS, enviando información desglosada por edad, sexo y factor de riesgo.

4. Conclusión

Es posible afirmar que desde el punto de vista político-estratégico, la salud es cada vez más parte de la agenda política regional que, con la estabilidad y el afianzamiento de la democracia y la continuidad del crecimiento de las economías, aumenta la posibilidad de ampliación de esta agenda, como también que las declaraciones políticas se conviertan en realidades, haciendo hincapié en la movilización de recursos para la atención de las demandas insatisfechas acumuladas en términos de salud y bienestar de la población.

La mejoría en la capacidad de análisis sectorial permanece como desafío regional. A pesar de los esfuerzos realizados en términos de reorganización del sector y de las actividades ya desarrolladas por el PIAS, la base de información necesaria para realizar el análisis es aún débil.

Aunque se vislumbre una superación de la crisis económica en la Región, aún se duda si este crecimiento resultará en el desarrollo de políticas que busquen la redistribución de la riqueza como medida para ampliar la cobertura y por tanto, garantizar la equidad en salud. Así, este desafío regional persistirá y despertará la necesidad de revertir algunas de las tendencias de disminución del papel del Estado para promover el desarrollo social.

Se verificaron algunos avances en términos de control y eliminación de enfermedades evitables, salud maternoinfantil, alimentación y nutrición, pero aún persisten insuficiencias en el monitoreo continuo de la situación y en las actividades dirigidas a prevenir o eliminar enfermedades o daños, susceptibles de ser impactados positivamente con la tecnología y el conocimiento disponibles.

La reorganización del sector y la búsqueda de su racionalidad, como mecanismos para lograr aumentar la eficiencia y eficacia de las acciones en relación a los problemas de salud y al control de daños y riesgos, siguen siendo desafíos intrínsecos al sector salud y, como tales, forman parte de un proceso continuo de superación. Los países siguen buscando soluciones a través del desarrollo tecnológico, los procesos de descentralización, la reorganización del financiamiento sectorial y el desarrollo de recursos humanos.

Todas las estrategias que implican reorganización del sector salud buscan en última instancia superar los desequilibrios entre la fuerza de trabajo y las necesidades de los servicios. Con todo, estos desequilibrios tienden a permanecer y agravarse en la medida que permanezcan aislados del sector educativo, con su lógica propia y crisis interna. Esto exige que los países y la Secretaría intensifiquen sus esfuerzos por alcanzar una mayor coordinación de la acción intersectorial.

Finalmente, cabe recalcar que el seguimiento de las metas cuatrienales debería formar parte de las actividades regulares de las Unidades Técnicas de la Organización mediante su incorporación al monitoreo continuo de la programación y de las acciones de los países, mediante el mejoramiento de los sistemas de información y de la capacidad de análisis de situación de salud.

PARTE A

ANEXO

**ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS
PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD**

ORIENTACIONES ESTRATEGICAS

1. Salud en el desarrollo

Metas:

Incorporar elementos de mejoramiento de la salud entre los objetivos de las políticas de desarrollo económico y social de los Estados Miembros, incluidas las acciones de lucha contra la pobreza y los programas de solidaridad social, a fin de reducir las desigualdades en el estado de salud y el acceso a los servicios entre grupos sociales al interior de los países.

Mejorar la posición relativa de la salud en las agendas políticas y la toma de decisiones para la asignación de recursos en todos los países de la Región.

2. Reorganización del sector salud

Metas:

Al término de 1994 se reducirá en un 30% el déficit de cobertura de servicios de salud en la Región que existe al inicio del cuatrienio.

Avanzar en todos los Estados Miembros en la formulación de estrategias y planes operativos nacionales para el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud, reforzando la coordinación sectorial e intersectorial y las acciones integrales de salud con base poblacional, preferentemente orientadas a los sectores sociales más afectados.

Expandir la acción de las instituciones de seguridad social en los Estados Miembros tanto en términos de extensión de su cobertura a poblaciones desprotegidas, como de ampliación de sus prestaciones de salud y bienestar social y mejorar su coordinación con los ministerios de salud.

Que en 1994, cuando menos diez países de la Región hayan movilizado cooperación financiera reembolsable de carácter sectorial, hacia proyectos encaminados a avanzar en la reorganización del sector salud de los Países Miembros en cuestión.

3. Focalización de acciones en grupos de alto riesgo

Metas:

Desarrollar metodologías y técnicas de evaluación permanente de las condiciones de vida y de salud en diferentes grupos de población que sean susceptibles de reflejar mejor los cambios de corto y largo plazo en las condiciones económicas que afectan a la población de los países de la Región.

Fortalecer la capacidad institucional de análisis de situación de salud, a nivel regional, subregional, nacional y local, de manera tal que puedan ser caracterizados los grupos más afectados, hacia los cuales deben dirigirse prioritariamente las acciones de salud y que pueda ser evaluado el impacto de las intervenciones.

Avanzar en la reorganización de los servicios de salud, concentrando recursos en intervenciones eficaces dirigidas a modificar las condiciones de vida y a reducir o eliminar factores de riesgo y daños a la salud que constituyen problemas de salud pública, a fin de reducir al término del cuatrienio, la mortalidad prematura y alcanzar, en 1994, en todos los países de la Región, la meta de expectativa de vida al nacer de cuando menos 68 años.

4. Promoción de la salud

Metas:

Promover el desarrollo pleno y el uso integral de las capacidades humanas a través del fortalecimiento de la salud positiva entre los habitantes de los Estados Miembros.

Promover el desarrollo de esquemas de acción intersectorial en salud y fortalecer los sistemas de apoyo social en favor de la salud a fin de mejorar las condiciones de vida de los grupos más afectados.

5. Utilización de la comunicación social en salud

Metas:

Fomentar la utilización, en mayor escala y con mejores tecnologías, de la comunicación social a fin de aumentar la información sobre salud del público general y de grupos especiales vinculados a la toma de decisiones que afectan a la salud.

Aumentar la presencia de contenidos informativos sobre salud en los programas educativos básicos.

6. Integración de la mujer en la salud y el desarrollo

Metas:

Fortalecer la capacidad institucional para conducir procesos de movilización de recursos nacionales e internacionales para la promoción y desarrollo de la mujer y su salud.

Propiciar la formulación y evaluación de políticas, programas y servicios de salud con una perspectiva de género, así como la revisión y reformas de los instrumentos jurídico-legales que inciden directa o indirectamente en la salud de la mujer y en su accesibilidad a determinados servicios.

7. Administración del conocimiento

Metas:

Al término de 1994 todos los países de la Región habrán formulado políticas y estrategias de investigación en salud que tengan como marco de referencia la necesidad de mejorar la aplicación y expansión del conocimiento para apoyar los desarrollos nacionales en materia de salud.

Al término de 1994 todos los países habrán formulado estrategias para garantizar un mayor grado de utilización del conocimiento producido por parte de los servicios de salud.

8. Movilización de recursos

Metas:

Incrementar la movilización de los recursos humanos, técnicos y financieros existentes en los países, concertando los esfuerzos de los distintos sectores de la economía y la sociedad, en beneficio de la salud de los grupos más vulnerables.

Aumentar la conciencia sobre el potencial complementario del financiamiento externo para salud y el conocimiento sobre sus principales mecanismos; fortalecer la capacidad de negociación de cooperación externa de los Ministerios de Salud y otras entidades del sector; y aumentar la disponibilidad de información actualizada sobre las tendencias de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), a fin de incrementar los flujos de financiamiento externo para proyectos prioritarios de salud de los países.

9. Cooperación técnica entre países

Metas:

Al término de 1994 se habrá incrementado el volumen de acciones de cooperación técnica en salud entre países, así como de desarrollo de soluciones de escala a problemas comunes de salud de carácter subregional, como complemento a la cooperación técnica en salud de carácter multilateral.

PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS

1. Prioridades para el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud

1.1 *Análisis del sector y de la asignación de recursos*

Meta:

Fortalecer en todos los Estados Miembros la capacidad de análisis del sector salud, de sus recursos y de su operación, a la luz de las necesidades de transformación del sector.

1.2 *Financiamiento sectorial*

Meta:

Aumentar la capacidad de los Estados Miembros para lograr más equidad y eficiencia en la gestión económica-financiera del sector salud.

1.3 *Gestión de los SILOS y programación local*

Metas:

Reforzar en el nivel local la capacidad de análisis epidemiológico y los sistemas de información en salud como fórmula básica de apoyo a la gestión de los SILOS.

Incorporar, en todos los Estados Miembros, los contenidos y las acciones de los programas de prevención y control de daños y riesgos a los sistemas de programación de los SILOS.

Incorporar, en todos los países de la Región, los desarrollos conceptuales y metodológicos en materia de administración estratégica local como fórmula básica para mejorar la gestión de los SILOS.

1.4 *Desarrollo tecnológico*

Meta:

Promover la formulación e implementación de políticas nacionales de desarrollo de la tecnología de salud, con criterios de equidad, efectividad y eficiencia y estimular que favorezcan la cooperación entre países y la integración regional en ese campo.

1.5 *Desarrollo de recursos humanos*

Metas:

Incrementar la capacidad de análisis cuantitativo y cualitativo de los procesos de formación de recursos humanos en salud, con el objeto de reforzar la formulación de políticas en este campo.

Alcanzar un amplio grado de concertación interinstitucional e intersectorial en la planificación y orientación de las intervenciones en el campo de recursos humanos, que implique una efectiva articulación de las instancias de formación y de provisión de servicios de salud.

Lograr que las instituciones educativas a nivel de pre y posgrado, progresen en la comprensión de los problemas de salud y sus determinantes, desarrollando con un sentido crítico la formación de profesionales competentes y solidarios con la realidad de sus pueblos.

Expandir la incorporación por parte de los países de la educación permanente, teniendo como eje la realidad de los servicios y el proceso de trabajo, a fin de propiciar una atención a la salud de mayor eficacia y calidad.

2. Prioridades para el desarrollo de programas de salud

2.1 *Salud y ambiente*

Metas:

Todos los países de la Región mejorarán la calidad del agua suministrada para el consumo humano por los sistemas de abastecimiento de agua y aumentarán la eficiencia y eficacia de los sistemas existentes.

Se creará y/o fortalecerá la capacidad institucional en cada uno de los países de la Región para documentar y analizar los efectos del ambiente sobre la salud, para ejecutar acciones de control de riesgos ambientales y para formular políticas y programas de intervención en salud ambiental.

Fortalecer la capacidad institucional de los países de la Región para desarrollar programas integrados de protección alimentaria que cuenten con un amplia base analítica, de inspección y de vigilancia epidemiológica.

2.2 *Alimentación y nutrición*

Metas:

Lograr en todos los países que en 1994, cuando menos el 85% de los niños tenga un peso para la talla que esté dentro de los percentiles que establecen las tablas de referencia para la Región como estado nutricional normal.

Avanzar significativamente hacia la eliminación de la hipovitaminosis A y de la deficiencia de yodo y la reducción de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro.

Fortalecer en todos los países de la Región los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional y favorecer el uso de esa información en la formulación de políticas y en la planificación y evaluación de programas en materia de alimentación y nutrición, a fin de que las intervenciones se dirijan a los grupos de alto riesgo y a los sectores más pobres de la sociedad.

2.3 *Estilos de vida y factores de riesgo*

Metas:

Desarrollar intervenciones a nivel individual y poblacional, destinadas a la modificación de los factores de riesgo comunes y de los estilos de vida causalmente asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más prevalentes.

En 1994 deberá haberse alcanzado en todos los Estados Miembros una reducción significativa en la prevalencia del hábito de fumar.

2.4 *Control y/o eliminación de enfermedades evitables*

Metas:

Disminuir, y en algunos casos eliminar la transmisión de enfermedades infecciosas residuales y evitables, que constituyen problemas de salud pública en varios países de la Región (oncocercosis, lepra, mal de pinto, pian, tuberculosis y enfermedad de Chagas) a través de programas bien estructurados que utilicen medidas integradas de prevención y control basadas en criterios de estratificación epidemiológica.

Ampliar la extensión territorial libre de malaria y reducir la endemia en la Región al término de 1994.

Reducir las poblaciones de *Aedes sp.* a niveles compatibles con la ausencia de transmisión del dengue en los países afectados de la Región.

Certificar la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región de las Américas.

Lograr la eliminación virtual del tétanos neonatal en todos los países de la Región.

Reducir la morbilidad por sarampión en la Región en un 50% con relación a los niveles de 1990.

Haber eliminado la rabia urbana del Continente en 1992 y mantener las acciones necesarias para consolidar dicho esfuerzo.

Reducir durante el cuatrienio la morbilidad animal por fiebre aftosa, en consistencia con los esfuerzos encaminados a eliminarla del hemisferio en el año 2000.

2.5 *Salud de la madre y del niño*

Metas:

Reducir la mortalidad infantil a cuando menos 30 por mil nacidos vivos en todos los países de la Región.

Reducir la mortalidad materna en un 30% con relación a los niveles observados en 1990.

Reducir en un 50% la mortalidad por enfermedades diarreicas en relación a los niveles actuales.

Reducir en un 30% la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas con relación a los niveles actuales.

Lograr que en 1994, en todos los países de la Región, cuando menos un 90% de los recién nacidos tenga un peso al nacer de más de 2500g.

2.6 *Salud de los trabajadores*

Metas:

Mejorar, en todos los países de la Región, la capacidad de desarrollar programas de protección eficaz contra los riesgos asociados al trabajo y la de atención a la salud de los trabajadores, tanto en el sector formal como en el sector informal de la economía, coordinando los distintos grupos sociales e instituciones que pueden actuar sobre el problema.

2.7 *Fármacodependencia*

Metas:

Desarrollar en todos los países de la Región una base de datos sobre la magnitud, índole, consecuencias y tendencias del uso indebido de sustancias psicoactivas en diferentes grupos sociales.

Desarrollar y fortalecer los servicios para la prevención, control y rehabilitación en Fármacodependencia, utilizando los enfoques de participación y apoyo comunitarios.

Fortalecer el liderazgo y la capacidad de decisión del Sector Salud en la formulación de políticas, directrices y programas nacionales para la reducción de la demanda de consumo de sustancias psicoactivas.

2.8 *SIDA*

Metas:

Se desacelerarán o reducirán las tasas de transmisión por vía sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la Región.

Se eliminará la transmisión del VIH por transfusión de sangre y hemoderivados en todos los países de las Américas.

Se fortalecerá la atención integral a pacientes de SIDA y personas infectadas con el VIH.

Se fortalecerá la capacidad nacional de investigación básica, clínica, epidemiológica y sobre comportamiento aplicada al desarrollo de programación de prevención y control de SIDA.

PARTE B

**ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PROGRAMATICAS
PARA LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD,
1995 - 1998**

PARTE B

ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PROGRAMATICAS PARA LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1995-1998

Las dos últimas Conferencias Sanitarias Panamericanas aprobaron documentos de política que contenían las principales orientaciones y prioridades programáticas para los siguientes cuatrienios. Esta propuesta es un documento similar.

El debate sobre el documento original en la 113ª Reunión del Comité Ejecutivo demostró la necesidad de identificarlo claramente como un documento de política y no como un plan de acción. La discusión puso de relieve la dificultad para establecer prioridades hacia las cuales deba orientarse la cooperación técnica y el riesgo de excluir esferas de preocupación para países concretos. La vinculación del presupuesto con los programas debe hacerse más bien en el momento de presentación del presupuesto y del programa bienal. Se hizo hincapié en la necesidad de reflejar el compromiso y las responsabilidades de los Estados Miembros y de la Oficina que, en conjunto, forman la Organización Panamericana de la Salud.

Se recomendó específicamente que el documento revisado reflejara la importancia de la participación comunitaria, la magnitud de la deuda de la Región y los asuntos importantes relativos a la población.

El presente documento fue modificado de conformidad con el debate, y los principales cambios consistieron en abreviarlo, en cambiar el título a Orientaciones Estratégicas y Programáticas, en usar el término "desarrollo de sistemas de salud" en vez del más limitado "reforma del sector de la salud" y en finalizarlo con una conclusión general en vez de tratar de señalar una responsabilidad concreta para los países.

Se pide a la Conferencia Sanitaria Panamericana que examine y apruebe las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998 y considere la siguiente resolución propuesta por la 113ª Reunión del Comité Ejecutivo (CE113.R4):

LA 113ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el Documento CE113/9, parte B, en el que se proponen las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud correspondientes al cuatrienio 1995-1998,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que revise el documento "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998", teniendo en cuenta los comentarios hechos por el Comité Ejecutivo, antes de presentar el citado documento a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Recomendar a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución en los siguientes términos:

LA XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CSP24/12, "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998";

Teniendo en cuenta la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana relativa a la determinación de las normas generales de la Organización, y

Reconociendo la necesidad de los Estados Miembros y de la Secretaría de encauzar sus esfuerzos y recursos en tareas que mejoren el acceso a los servicios de salud y ayuden a lograr la satisfacción efectiva de las necesidades de salud de los habitantes de la Región,

RESUELVE:

1. Aprobar el documento "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998" como marco básico de referencia para la planificación estratégica de la Organización.

2. Pedir a los Estados Miembros que, al formular sus políticas nacionales de salud, tengan en cuenta las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización correspondientes al cuatrienio 1995-1998.

3. Pedir al Director que:

a) Aplique las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas contenidas en el citado documento al elaborar los presupuestos por programas anual y bienal de la Organización a lo largo del cuatrienio 1995-1998;

- b) Difunda entre los Estados Miembros el documento "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998", y lo transmita al Director General de la OMS para su consideración;
- c) Transmita el mencionado documento a organizaciones multilaterales y organismos de cooperación técnica de países donantes que participan en actividades del sector de la salud de los Estados Miembros.

4. Pedir al Director que, al preparar las próximas orientaciones estratégicas y prioridades programáticas:

- a) Vincule las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas con los indicadores básicos de *Las condiciones de salud en las Américas*;
- b) Tenga en cuenta las capacidades y responsabilidades de la OPS al definir su programa de cooperación técnica;
- c) Se asegure de que las áreas prioritarias de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas se reflejen en los presupuestos por programas de la Organización y en la definición de las categorías usadas para programar el trabajo de la Organización durante el cuatrienio.

Anexo

PARTE B
ANEXO

**ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PROGRAMATICAS
PARA LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1995-1998**

RESUMEN

Las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para la Organización Panamericana de la Salud correspondientes a 1995-1998, tal como se estipulan en este documento, formarán la base para las acciones en materia de salud que se llevarán a cabo en las Américas durante el próximo cuatrienio. Ellas constituyen las orientaciones destinadas a guiar las estrategias que habrán de emplearse para abordar los problemas prioritarios de salud mediante un conjunto de programas adecuadamente preparados. En la introducción se plantean los antecedentes de la propuesta, se hace hincapié en la continuidad con anteriores documentos de política de esta misma naturaleza y se señala que las orientaciones y los programas de los países de las Américas deben ser compatibles con las pautas de políticas aceptadas mundialmente en el Noveno Programa General de Trabajo (9PGT) de la Organización Mundial de la Salud.

La situación de la Región y sus perspectivas se describen en forma sucinta porque muchos de los detalles se dan en *Las condiciones de salud en las Américas* y en el *Informe Cuadrienal del Director*. La expansión y el ejercicio de la democracia son los principales fenómenos políticos que se observan, y hay pruebas de que los países de las Américas están saliendo de la crisis de los años 80. No obstante, el entorno social se caracteriza por graves inequidades con las consiguientes repercusiones negativas sobre la salud y las condiciones de vida.

Las condiciones de salud descritas revelan dos fenómenos importantes. 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 y en la reducción general de la carga de las enfermedades transmisibles tradicionales. Ahora hay algunas nuevas como el SIDA y otras que están resurgiendo como la tuberculosis. Pero, por la otra, todos los países deben hacer frente a la carga creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles y otros trastornos relacionados con conductas nocivas para la salud. La violencia se destaca como uno de los ejemplos de este tipo de males.

Sobre la base del análisis efectuado, se concluye que el principal reto para la Organización en conjunto es remediar la inequidad en el acceso y en la cobertura de los servicios de salud y abordar esas condiciones de salud que surgen de las inequidades sociales, sin perder de vista la necesidad de hacer frente a ciertos problemas de enfermedades concretas.

De las metas fijadas en el 9PGT se han seleccionado ocho metas amplias para la Región. Estas abarcan los objetivos principales del trabajo de la Organización y se refieren al aumento de los períodos de vida sana; asegurar el acceso universal a los servicios; hacer frente a los problemas de salud de grupos prioritarios; asuntos de

población; prevención, control o eliminación de enfermedades; salud ambiental; y el importante aspecto de estilos de vida y conductas saludables.

Con miras a responder al reto y alcanzar las metas regionales, la Organización debe seguir cinco orientaciones estratégicas, a saber: salud en el desarrollo; desarrollo de sistemas de salud; promoción y protección de la salud; protección ambiental y desarrollo; y prevención y control de enfermedades.

La *salud en el desarrollo* es importante para la Organización ya que hace hincapié en la función crítica de la salud como indicador y objetivo del desarrollo humano. La reforma del sector de la salud y la función del estado en la reforma sectorial, en conjunto, son aspectos de interés fundamental.

El *desarrollo de los sistemas* de salud busca eliminar las inequidades en el acceso y la cobertura que son las causas de los problemas de salud más apremiantes. Los aspectos operacionales más importantes a tener en cuenta son la descentralización y el establecimiento de sistemas locales de salud.

La *promoción y protección de la salud* aborda la necesidad de hacer frente a los problemas de estilos de vida y conductas que generan una amplia gama de enfermedades. Debe hacerse hincapié tanto en las conductas individuales como en las comunitarias ya que los problemas varían desde aquellos relacionados con la pobreza, tales como la malnutrición, hasta los asociados con los riesgos derivados de los cambios demográficos y sociales.

La orientación sobre *la protección ambiental y el desarrollo* es una respuesta a la necesidad de cumplir los compromisos mundiales y regionales tal como se estipularon claramente en la CNUMAD para preservar, proteger y restaurar el medio ambiente, haciendo hincapié en la vinculación del ambiente con el bienestar de los seres humanos.

La *prevención y el control de enfermedades* tiene por objeto describir las medidas que deben tomarse para hacer frente a las enfermedades transmisibles tradicionales, a los problemas nuevos y a los que están resurgiendo tales como el SIDA y la tuberculosis, respectivamente, así como para luchar contra las enfermedades no transmisibles importantes. Los éxitos alcanzados por la Región en la erradicación de enfermedades son estímulos para la formulación de programas bien enfocados en esta área.

Se estipulan con mayor detalle las orientaciones programáticas que deben seguirse en cada una de estas metas. Cada orientación programática incluye las áreas principales en las cuales la Organización en conjunto --la Oficina 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 aquellos

problemas que son motivo de preocupación para toda la Región, así como algunos problemas concretos que interesan a ciertos países individualmente.

Finalmente, el contenido de la cooperación técnica de la Oficina se presenta bajo cinco enfoques funcionales principales, a saber: movilización de recursos; difusión de información; adiestramiento; promoción de la investigación, y ayuda para la formulación de planes y políticas. Una de las bases esenciales para la cooperación técnica eficaz es un sistema de programación; por ende, se describe el sistema de Programación y Evaluación de AMRO con la finalidad de que los Gobiernos Miembros conozcan la forma en que la Oficina organiza y programa su trabajo para responder a las prioridades nacionales para la cooperación técnica.

La Organización en conjunto intensificará sus esfuerzos para aprovechar el enorme potencial de la cooperación técnica entre los países.

En la parte final del documento se hace hincapié en la responsabilidad que comparten los Estados Miembros y la Oficina, que unidos constituyen la Organización Panamericana de la Salud, en pro del mejoramiento de la salud de los pueblos de las Américas.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción	7
2. Situación y perspectivas regionales	9
2.1 Aspectos sociales y económicos	9
2.1.1 Tendencias políticas	9
2.1.2 Aspectos económicos	10
2.1.3 Características demográficas	10
2.1.4 Problemas sociales	11
2.2 Aspectos sanitarios	13
2.2.1 Condiciones de salud	13
2.2.2 Desarrollo del sector de salud	16
2.2.3 Financiamiento sanitario	17
3. El desafío para el quadrienio	18
4. La respuesta regional	18
4.1 Metas regionales	19
4.2 Orientaciones estratégicas	20
4.2.1 La salud en el desarrollo	20
4.2.2 Desarrollo de sistemas de salud	21
4.2.3 Promoción y protección de la salud	23
4.2.4 Protección y desarrollo del ambiente	24
4.2.5 Prevención y control de enfermedades	26
4.3 Orientaciones programáticas	27
4.3.1 La salud en el desarrollo	27
4.3.1.1 Principales áreas de trabajo para la Organización	27
4.3.1.2 Líneas de acción	29
4.3.2 Desarrollo de sistemas de salud	30
4.3.2.1 Principales áreas de trabajo para la Organización	30
4.3.2.2 Líneas de acción	31
4.3.3 Promoción y protección de la salud	32
4.3.3.1 Principales áreas de trabajo para la Organización	32
4.3.3.2 Líneas de acción	33
4.3.4 Protección y desarrollo del ambiente	34
4.3.4.1 Principales áreas de trabajo para la Organización	34
4.3.4.2 Líneas de acción	34

CONTENIDO (cont.)

Página

4.	Orientaciones programáticas (cont.)	
4.3.5	Prevención y control de enfermedades	35
4.3.5.1	Principales áreas de trabajo para la Organización	35
4.3.5.2	Líneas de acción	36
5.	La labor de la Oficina Sanitaria Panamericana	37
5.1	Responsabilidades constitucionales	37
5.1.1	Coordinación internacional	37
5.1.2	Cooperación técnica	37
5.2	Planificación, programación y evaluación	39
6.	Conclusión	41

1. Introducción

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr para todos los pueblos es el objetivo declarado de la Organización Mundial de la Salud, mientras que los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. El logro de estas metas nobles se facilita mediante la formulación de políticas y estrategias que guían las prácticas de las dos organizaciones.

El marco para la política sanitaria mundial y para el trabajo de la Organización Mundial de la Salud siempre se ha expresado en los programas generales de trabajo de la OMS. Desde 1978, estos se han concebido específicamente para guiar a la comunidad sanitaria mundial hacia el logro de la salud para todos mediante la ejecución de la estrategia de atención primaria.

En la Región de las Américas, la Conferencia Sanitaria Panamericana, como autoridad suprema de la Organización Panamericana de la Salud, fija las normas generales de política que orientan el trabajo de la Organización. En los dos últimos cuatrienios, dichas normas han adoptado la forma de orientaciones estratégicas y prioridades programáticas (OEPP). Si bien estas se han concentrado en los problemas de salud y los enfoques de importancia especial para las Américas, también se han elaborado con miras a reflejar las orientaciones mundiales de los programas generales de trabajo de la OMS.

En las Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS aprobadas por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1986, se destacaron tres áreas prioritarias:

- el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud;
- la atención a problemas prioritarios de salud de grupos vulnerables;
- el proceso de administración del conocimiento requerido para avanzar en las dos áreas anteriores.

La experiencia adquirida en la ejecución de estas estrategias se aplicó en la formulación de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas aprobadas por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. En ese momento se convino en que, para afrontar los principales desafíos de la salud en la Región y conseguir la transformación del sector en los años noventa, era esencial lograr que se reconociera la importancia de la salud en la formulación de la política social y en el proceso de desarrollo. También se consideró necesario, entre otras cosas, formular políticas y

programas que buscaran la equidad en materia de salud y que concentraran los recursos en intervenciones eficaces contra los problemas sanitarios más apremiantes. La Conferencia decidió que la transformación del sector sanitario requeriría una serie de orientaciones estratégicas para apuntalar la ejecución de los programas para el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, así como programas concentrados en los problemas de salud prioritarios.

Las orientaciones adoptadas para el próximo cuatrienio deben reflejar cierta continuidad en relación con las estrategias adoptadas anteriormente. Aún así, la agenda regional para 1995-1998 se determinará mediante el análisis cuidadoso de la actual situación regional y la aceptación de la validez mundial del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS (9PGT), que guiará los esfuerzos de todos los países del mundo durante el período 1996-2001. Las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para la OPS durante el cuatrienio 1995-1998, en consecuencia, harán suyos los principios y las direcciones generales del 9PGT, pero también reflejarán las realidades y las diferencias regionales que puedan existir.

La finalidad de esta propuesta es presentar las orientaciones principales que guiarán el trabajo de la Organización durante el cuatrienio 1995-1998, y dar alguna indicación de la manera en que estas se expresarán en la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros. La propuesta describe los criterios generales que se adoptarán para velar por que tal cooperación sea pertinente y eficaz.

Las orientaciones estratégicas y programáticas que se presentan aquí indican las situaciones de salud con las que la Organización en su conjunto —los Estados Miembros y la Oficina— está firmemente comprometida y las principales orientaciones que deben seguirse. Al mismo tiempo, ponen de manifiesto las actividades cuya gestión será asumida por la Oficina como parte de la cooperación técnica que presta. La transformación de estas orientaciones en planes y actividades concretos será un paso ulterior en el proceso, que deberá ocurrir en los Estados Miembros mismos, así como en la Oficina.

Este documento de política de la Organización debe considerarse unido a otras importantes exposiciones que se harán ante la Conferencia Sanitaria Panamericana. En ellas se incluyen *Las condiciones de salud en las Américas* y el *Informe Cuatrienal del Director*. La primera exposición presenta con detalles gráficos gran parte de la información que se resume aquí con miras a dar contexto y coherencia a este documento sobre orientaciones estratégicas y programáticas.

2. Situación y perspectivas regionales

2.1 *Aspectos sociales y económicos*

2.1.1 *Tendencias políticas*

En la mayoría de los países de la Región ha prevalecido la democracia, bajo la forma de gobiernos civiles elegidos por voto popular. En varios casos la población se ha distanciado de los partidos y las personalidades políticas tradicionales y ha optado por líderes que representan partidos nuevos o renovados, con lo cual han enviado un mensaje claro de su deseo de encontrar soluciones nuevas a viejos y nuevos problemas en relación con las condiciones de vida y el desarrollo general.

La mayor estabilidad de la democracia en las Américas se ha vinculado con una participación y un control cada vez mayores de los ciudadanos sobre las acciones de los que están en el poder, cosa que en algunos casos ha conducido a la destitución de funcionarios que no demostraron integridad ni respeto por la ley y las normas éticas.

La capacidad para gobernar en la Región ha estado determinada por la aptitud de los gobiernos para satisfacer las necesidades básicas de sus pueblos y adoptar medidas económicas que catalicen el crecimiento económico sin menoscabar gravemente el nivel de ingreso de la ciudadanía a corto plazo. En este contexto, se ha debatido la idoneidad de diversos modelos de desarrollo y se ha alcanzado un consenso amplio, según el cual la única finalidad del proceso de desarrollo debe ser mejorar el bienestar de la población. Este criterio ha sido adoptado oficial y abiertamente por las instituciones financieras regionales.

Se espera que en el próximo cuatrienio la cultura democrática pluralista se extienda y que cada vez más sea posible resolver los conflictos mediante el diálogo, la negociación y la búsqueda del consenso, como ya ha ocurrido en algunos países de la Región que en decenios pasados fueron escenario de enconados conflictos armados. Además, se espera que los gobiernos recurran cada vez más a los plebiscitos y otras formas de consulta del pueblo —cosa que, también, ya está sucediendo— antes de tomar decisiones de importancia decisiva para el futuro de la nación.

La tendencia hacia la democracia participativa se verá reforzada por las reformas constitucionales, que ya están en marcha en algunos países de la Región. Estas reformas incluyen la introducción de disposiciones constitucionales para velar por una mayor protección de los derechos de los ciudadanos, el respeto de los derechos humanos, la autonomía regional mediante la descentralización, la simplificación de la estructura y el funcionamiento del aparato de gobierno, y el establecimiento de medios de control de la administración pública. El objetivo es reformar instituciones y procesos que se

consideran obsoletos y conseguir que el estado cumpla sus obligaciones de la manera más eficiente, eficaz en función de los costos y adecuada.

2.1.2 *Aspectos económicos*

En términos generales, se observa una tendencia hacia la interdependencia de los países y la universalización de la economía. Entre los signos de esta tendencia figuran el establecimiento de nuevas relaciones comerciales y el flujo de capital entre países, así como las iniciativas multinacionales y subregionales para la formación de bloques económicos o comerciales. Además, la incorporación de los resultados del progreso científico y tecnológico en la actividad productiva mundial está cambiando los estilos de gestión y las formas de trabajo tradicionales.

La Región en su conjunto está saliendo de la crisis de los años ochenta y entrando a una nueva etapa caracterizada por una mayor esperanza en el futuro de los países. Durante los años ochenta se impusieron drásticas medidas de ajuste económico para controlar la inflación, reducir los déficit fiscales y restablecer las condiciones favorables para estimular la inversión. Como consecuencia, el producto interno bruto (PIB) per cápita disminuyó 8,9% entre 1981 y 1990. Sin embargo, entre 1991 y 1993 los países de América Latina y del Caribe vieron crecer sus economías y el PIB per cápita aumentó en 4,3%. Sin embargo, los países de América Latina y el Caribe todavía tienen una deuda acumulada de aproximadamente 5 mil millones de dólares, cuyo pago sigue siendo una carga sobre sus economías.

Cabe esperar que continúe la tendencia hacia la disciplina y la eficiencia económicas, lo cual traerá consigo mayor inversión global y ahorro interno, que a su vez se traducirán en mayor disponibilidad de recursos para invertir en el sector social. También se espera que aumente el ingreso derivado del empleo, así como el ingreso familiar general, gracias a la participación de más miembros de la familia en la fuerza laboral. El hecho de que la Región tiene una población relativamente grande en edad de trabajar debe verse como una ventaja desde el punto de vista económico.

Se espera que la integración de las economías continúe siendo la tendencia dominante en la Región. La incipiente formación de zonas de libre comercio puede conducir con el tiempo al establecimiento de una sola zona que abarque toda la Región.

2.1.3 *Características demográficas*

A medida que la fecundidad ha disminuido, se ha producido en la Región un descenso de la tasa de crecimiento demográfico total, y se ha establecido un modelo de crecimiento moderado. También se ha modificado la estructura de la población por edades, pues ha aumentado la proporción de personas en edad de trabajar y la de mayores de 55 años. Las reducciones de la mortalidad, tanto la general como 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. Se prevé que para 1995 el 47,7% de la población de América Latina y el Caribe tendrá entre 15 y 44 años de edad. La esperanza de vida al nacer ha aumentado en la Región desde un promedio de 57,5 años para ambos sexos entre 1950 y 1955 a 70,3 años durante el período 1990-1995, aunque hay variaciones significativas entre los países y dentro de estos.

La población ha tendido a concentrarse en las zonas urbanas --no solo en las grandes capitales, sino también en las ciudades de tamaño mediano-- y ello ha impuesto tremenda presión sobre las autoridades municipales para la prestación de servicios y también ha creado gran demanda de nuevas fuentes de trabajo. Actualmente, más de 40% de la población en la mayoría de los países de la Región es urbana, y en algunos la proporción llega a 80%. Se pronostica que en 1995 el 74,2% de la población de América Latina y el Caribe vivirá en centros urbanos, y que el 91% del aumento previsto de la población para el resto del siglo tendrá lugar en las ciudades.

2.1.4 *Problemas sociales*

Durante la primera mitad de los años ochenta el desempleo aumentó considerablemente, alcanzando los niveles más altos en la historia de la Región (6,0% general y 10,1% urbano). La tasa empezó a descender en 1986, estabilizándose en 4,5% de desempleo general y 7,8% de desempleo urbano. El hecho de que la población de la Región esté en gran medida concentrada en las zonas urbanas significa que el desempleo es mayor en estas; por ello, a pesar de la recuperación económica las tasas de desempleo en las ciudades siguen estando por debajo de los niveles de 1980. Además, la mayor parte de la población económicamente activa en las zonas urbanas está siendo absorbida por los sectores de servicios, comercio e informal, en detrimento de las actividades manufactureras y otras de carácter industrial.

Mientras que los ingresos individuales han descendido, los ingresos familiares totales han subido como resultado de la entrada de más miembros de la familia en la fuerza laboral. Las mujeres, en particular, han ingresado en la fuerza de trabajo en números sin precedentes durante el último decenio, aunque continúan ganando sueldos inferiores a los que perciben los hombres igualmente calificados que ellas, independientemente del nivel educativo. Los niños también están aportando al ingreso familiar. En la Región, trabajan aproximadamente 20% de los habitantes de 10 a 14 años de edad; en ciertas zonas geográficas, las personas de este grupo de edad constituyen el 12% de la población económicamente activa.

La reducción del ingreso personal, aunada al aumento del empleo mal remunerado en los sectores informal, comercial y de servicios, ha significado que más personas han descendido por debajo del umbral de la pobreza. La proporción relativa de personas

pobres es mayor en las zonas rurales, pero si se tiene en cuenta el número absoluto de personas afectadas, la pobreza es más prevalente en los centros urbanos. Desde el punto de vista de los individuos, la crisis de los años ochenta podría describirse como una crisis del ingreso.

Hay enormes desigualdades sociales entre los países de la Región y dentro de estos, y en muchos casos se está ensanchando la brecha entre los ricos y los pobres. Las filas de los pobres, especialmente en las ciudades, se han engrosado en los últimos quinquenios hasta alcanzar más de 200 millones en los países de América Latina y el Caribe (más de 46% de la población total). Por lo menos 100 millones de personas en estos países (22,9% del total) no tienen acceso a los servicios básicos de salud, sean públicos o privados.

En el sector económico de la Región se aprecia un tremendo optimismo alimentado por la recuperación mundial y la reanudación de la actividad productiva. No obstante, las condiciones sociales aparecen menos favorables. Mientras que un número cada vez mayor de trabajadores han sido empujados a la pobreza, las personas situadas en los estratos de ingreso alto han empleado los mecanismos a su disposición para protegerse de los efectos de la recesión y la crisis. Como consecuencia, la inequidad en la Región se ha agudizado como nunca. Como los ingresos de los grupos de ingreso bajo y mediano se han visto menguados, el ingreso se ha concentrado cada vez más entre los segmentos más adinerados; en algunos países, el 20% más rico de la población percibe actualmente entre 40% y 67,5% del ingreso total, mientras que el 20% más pobre no recibe más allá del 7,5%. A menos que los gobiernos de la Región adopten medidas estructurales inmediatas para modificar la distribución del ingreso, no es probable que los éxitos logrados en la restauración del equilibrio macroeconómico se traduzcan en beneficios para la población, que es la finalidad misma del desarrollo.

En cuanto a la educación, los niveles de escolaridad han seguido aumentando gracias al aumento sustancial y sostenido de las tasas de matrícula, así como al mantenimiento de la relación entre el número de profesores y el de estudiantes matriculados. Las tasas de matrícula han alcanzado entre el 80% y el 100% de la población en edad de recibir enseñanza primaria. El nivel es entre 40% y 80% para la enseñanza secundaria, pero inferior al 35% para la postsecundaria. Aún así, solo en 50% de los países las tasas de matrícula de las mujeres son iguales o mayores que las de los hombres. Además, ha habido un deterioro notable en la calidad de la educación que ha tenido repercusiones en el mercado de trabajo, donde hay discrepancias considerables entre el nivel y el tipo de educación de los trabajadores y los campos en los que acaban por encontrar trabajo.

La información disponible sobre la cantidad y la calidad de la vivienda en la Región es limitada. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha estimado que entre 20% y 30% de los niños en los países de América Latina y el

Caribe viven en condiciones de hacinamiento (tres o más personas por dormitorio), fenómeno que se relaciona estrechamente con un mal rendimiento escolar.

2.2 Aspectos sanitarios

2.2.1 Condiciones de salud

El perfil de la salud de la Región refleja los innumerables y complejos procesos que influyen en las condiciones de vida de las personas.

Se han logrado adelantos considerables en la Región. La tasa de mortalidad infantil, que en el período 1965-1970 fue de 91 por 1.000 nacidos vivos, se ha estimado en 47 por 1.000 para 1990-1995. La esperanza de vida al nacer correspondiente a este último período es de 68 años en América Latina y el Caribe y de 76,1 años en los Estados Unidos y el Canadá. A pesar de todo, durante quinquenios recientes en la mayoría de los países las tasas de mortalidad específicas han disminuido a un ritmo más lento en casi todos los grupos de edad menores de 65 años, y en muchos casos las brechas de mortalidad susceptibles de reducirse no han disminuido en absoluto o han aumentado. Según las estimaciones que se publicarán en la edición de 1994 de *Las condiciones de salud en las Américas*, alrededor de 1990 estas brechas representaron en promedio un 45,5% (con un intervalo de 5% a 71%) de las defunciones en América Latina y el Caribe, mientras que en los Estados Unidos y el Canadá esta cifra varió entre 1,6% y 7,1%. Esto significa que cada año podrían evitarse 1,5 millones de defunciones de personas menores de 65 años. Estas brechas son más amplias en los países con las mayores desigualdades sociales y los niveles más bajos de desarrollo social. También varían según la estructura de edad de la población.

En los países más pobres y socialmente menos desarrollados, más de 70% de las defunciones evitables ocurren en el grupo de edad menor de 15 años. En los países con niveles intermedios de desarrollo social, 40% de todas las defunciones evitables son de menores de 15 años y entre 25% y 30% son de personas de 15 a 44 años. En los países con las mejores condiciones de vida, más de 60% de las defunciones evitables se producen entre la población de 45 a 64 años de edad.

Las diferencias de mortalidad dentro de los países son sumamente grandes en algunos casos, lo cual refleja las considerables diferencias sociales que existen. En la ciudad de México, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil varía desde 13,4 por 1.000 nacidos vivos en los vecindarios más prósperos hasta 109,76 por 1.000 en los más pobres. También hay diferencias considerables entre las distintas regiones geográficas de los países. En Venezuela, la tasa de mortalidad infantil de las zonas más pobres del país (31,2 por 1.000 nacidos vivos) es dos veces superior a la tasa registrada en las áreas

con mejores condiciones de vida. En el Ecuador, la prevalencia de malnutrición entre los niños menores de 5 años varía de 8% a 42,6%, según el nivel socioeconómico de la región.

También existen diferencias urbano-rurales. En el Brasil, por ejemplo, un habitante de la zona rural del Nordeste tiene una esperanza de vida 20 años menor que la de un residente de una ciudad de ingreso mediano o alto en el Sur. En el Perú, mientras que en Lima la tasa de mortalidad infantil es de 50 por 1.000 nacidos vivos, en algunas zonas rurales es de más de 140 por 1.000. Las tasas también varían considerablemente según el grupo étnico. En Panamá, el riesgo de muerte para un niño indígena menor de 1 año es 3,5 veces mayor que para un niño no indígena, y aunque la población indígena constituye apenas alrededor de 8,3% de la población total del país, le corresponde cerca del 30% de la mortalidad total en el grupo de menores de 1 año.

Para empezar a reducir la mortalidad evitable al mismo ritmo que en el pasado, es imprescindible reconocer y afrontar las enormes desigualdades sociales en la Región, así como mejorar las condiciones de vida de los grupos más despojados y vulnerables.

Las enfermedades infecciosas continúan siendo causa importante de morbilidad y mortalidad en la mayor parte de los países. Las más importantes son las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las zoonosis, las enfermedades transmitidas por vectores, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

La epidemia de cólera que empezó en enero de 1991 ha afectado a todos los países del continente. A finales de 1993 se habían notificado cerca de un millón de casos, y la enfermedad tiende a hacerse endémica en los lugares donde el saneamiento básico es deficiente y el nivel educativo de la población es bajo. Aunque la incidencia de enfermedades diarreicas agudas ha disminuido algo, estas continúan siendo una causa importante de muerte evitable en la mayoría de los países, especialmente entre los segmentos más pobres de la población.

Después de muchos años de disminución sostenida de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis, las tasas de incidencia han dejado de descender en quinquenios recientes e incluso han mostrado una tendencia ascendente en Bolivia, Ecuador, Estados Unidos y Panamá. Es muy probable que la incidencia esté aumentando también en varios otros países.

Alrededor de 40% de la población de las Américas vive en lugares donde las condiciones ambientales son propicias para la transmisión de la malaria, y más de 200 millones de personas radican en regiones donde esta parasitosis se transmite. En los países afectados, el número de casos aumentó considerablemente entre 1974 y 1991, y luego empezó a descender nuevamente en 1991.

El dengue se ha tornado endémico, con brotes epidémicos periódicos en casi todos los países ubicados en las zonas tropicales, lo cual es indicativo de tasas altas de infestación por *Aedes aegypti*. Han ocurrido brotes de dengue hemorrágico y continuamente existe el riesgo de epidemias importantes de esta forma de la enfermedad.

La enfermedad de Chagas continúa siendo un problema, principalmente en las partes rurales de las regiones tropicales o subtropicales. La enfermedad está relacionada con la pobreza y con la vivienda precaria. Se estima que, por lo menos, entre 16 millones y 18 millones de personas en la Región ocupan viviendas infestadas con *Triatoma infestans* u otros vectores domésticos de la enfermedad de Chagas.

El aumento de la cobertura de vacunación entre los niños menores de 5 años ha sido uno de los éxitos más importantes logrados en la Región en años recientes. Tal parece que la poliomielitis se ha erradicado de la Región, y ha habido una notable disminución en la frecuencia de sarampión, difteria y tos ferina. La aparición del tétanos neonatal ha disminuido singularmente, y continúan ocurriendo casos solamente en un número reducido de zonas en 16 países de América Latina.

Gracias en gran medida a los esfuerzos del Programa Regional para la Eliminación de la Rabia Urbana, en 1992 solo cuatro países de América Latina notificaron casos humanos de esta enfermedad y hubo una disminución sustancial en el número de casos de rabia canina en los centros urbanos.

Prosigue la tendencia ascendente de las enfermedades de transmisión sexual. El SIDA se ha propagado a todos los países de la Región y, aunque las características de la epidemia varían de uno a otro país, en general la transmisión heterosexual está tornándose cada vez más prevalente. El riesgo de transmisión tiende a ser mayor entre los pobres. Para marzo de 1994, se había informado en las Américas un total acumulativo de 445.000 casos de SIDA, y habían muerto 250.000 de los afectados. Se calcula que al menos 3 millones de personas están infectadas por el VIH en la Región.

La violencia, especialmente la doméstica y otras lesiones infligidas intencionalmente, se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves en las grandes ciudades de la Región. En Colombia, por ejemplo, el homicidio es en estos momentos la causa principal de muerte en la población general. Entre 1987 y 1992, el número total de muertes violentas en ese país sobrepasó el de defunciones por el SIDA en toda la Región.

A medida que ha declinado la mortalidad por enfermedades transmisibles en los primeros años de la vida, se ha producido un aumento proporcional de las enfermedades crónicas y degenerativas, aunque su incidencia y prevalencia no ha aumentado y en algunos casos ha descendido.

El cáncer actualmente representa más de 10% de las defunciones en todos los países, y en algunos hasta 20%. El hecho de que esté aumentando la mortalidad por cáncer del pulmón y de que las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino, de mama y del estómago permanezcan muy altas es particularmente digno de mención, pues una gran proporción de estas muertes podrían evitarse.

Hay pocos países de la Región en donde las enfermedades cardiovasculares representen menos de 20% de las defunciones, y en muchos llegan a representar más de 30%. Aunque casi todos los países han mostrado reducciones de las tasas específicas por edad para ambos sexos, especialmente entre la población mayor de 45 años, en muchos casos estas tasas podrían reducirse considerablemente.

Los problemas de salud mental son un componente cada vez más importante del perfil de la salud regional, en especial los problemas relacionados con hábitos y comportamientos: el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción. Se calcula que 30% de los adultos en las grandes ciudades sufren alguna clase de trastorno mental, incluida la depresión y las diversas formas de ansiedad. Es posible que al menos 12% puedan considerarse bebedores excesivos o habituales. La prevalencia de tabaquismo en la Región se ha estimado en alrededor de 37% de la población masculina y 20% de la femenina. La tasa ha tendido a disminuir en los países más desarrollados, pero ha permanecido constante o ha ascendido en los países menos desarrollados y en los estratos socioeconómicos inferiores de la población. En años recientes ha habido un aumento del uso de drogas y sustancias psicoactivas, en particular cocaína y heroína.

Finalmente, aunque hay poca información al respecto, es preciso destacar la importancia creciente de los accidentes y las enfermedades ocupacionales, lo mismo que la frecuencia en aumento de los problemas de salud vinculados a la contaminación del aire en las ciudades.

2.2.2 Desarrollo del sector de salud

La infraestructura de la atención sanitaria en la Región no se ha ampliado y hay evidencias de que, en realidad, se ha deteriorado, principalmente como resultado de las reducciones del gasto público en salud. A pesar de esto, ha habido considerable crecimiento en el sector privado de la asistencia sanitaria, no solo en lo que se refiere a la infraestructura sino también en la incorporación de nueva tecnología y en la modernización organizativa.

En el sector sanitario público, se ha hecho hincapié en la descentralización y el desarrollo local en el marco de los procesos dirigidos a lograr la modernización del estado. La descentralización, en este contexto, se ve como una de las formas de lograr que el sector público sea más eficaz. Los avances más relevantes en este aspecto se han hecho en la esfera legal, en el adiestramiento del personal para afrontar los desafíos

planteados por la descentralización, y en el establecimiento de las condiciones necesarias para modernizar la gestión y el desarrollo de los sistemas de atención sanitaria.

La cobertura de los sistemas de seguridad social no se ha ampliado, y en algunos casos ha disminuido. Esto se debe en parte a que dicha cobertura se ofrece solo a trabajadores del sector formal, y el aumento más grande de empleos se ha producido en el sector informal. Al mismo tiempo, la integración funcional de los servicios de la seguridad social con los servicios directos de atención de salud facilitados por el estado —algo que se ha venido recomendando y promoviendo— no se ha materializado más que en unos cuantos casos. Por el contrario, las instituciones de seguridad social se han debilitado a causa del aumento de la competencia de las empresas aseguradoras y los planes de seguro privados, que en algunos países se han propuesto como medio de aumentar la cobertura. La limitación de la cobertura de la seguridad social a un grupo selecto de trabajadores, al tiempo que se excluye a los trabajadores del campo y a una enorme cantidad de personas que trabajan en el sector informal, es uno de los factores que ha exacerbado las profundas inequidades en el sector de salud.

Para los segmentos de ingreso más bajo de la población y para quienes trabajan en el sector informal, los servicios de salud públicos ofrecidos directamente por el estado son su única opción de asistencia sanitaria. Estos grupos se hallan en desventaja porque la capacidad de cobertura actual de los sistemas públicos de atención sanitaria no es suficiente para garantizar el acceso de todas las personas que lo necesitan.

Se han logrado avances en el propósito de lograr que el sector de salud sea concebido de manera integral, de tal manera que las acciones de los diversos subsectores se coordinen y complementen, no solo en el área de la asistencia individual 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. No se ha alcanzado mucho éxito, empero, a la hora de plasmar este progreso conceptual en la práctica.

2.2.3 *Financiamiento sanitario*

El gasto sanitario total en la Región ha aumentado de un promedio de 5,8% del PIB hace un decenio a 6,4% en la actualidad; es decir, el equivalente de \$133 por persona y por año. El gasto sanitario per cápita de los países de ingreso más bajo representa una cuarta parte del de los países de ingreso más alto. Si bien ha subido el gasto total, el gasto sanitario público ha descendido de 51% a 44% del total durante el último decenio. El aumento general se ha debido al aumento del gasto por los individuos, que actualmente representa en promedio 56% del gasto sanitario nacional. La distribución desigual del gasto sanitario entre los diferentes grupos de ingreso en los países es una confirmación más de las inequidades que existen en el sector: el 20% más

adinerado de la población efectúa más de 60% del gasto privado, mientras que al 20% más pobre corresponde tan solo 3%.

3. El desafío para el cuatrienio

El desafío principal que afronta el sector de salud es la **inequidad**, tal como se manifiesta en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias, que a su vez son reflejo de las inequidades sociales y económicas que predominan actualmente en la Región. Todos los recursos del sector, y de la sociedad en general, deben encauzarse a afrontar este desafío.

La inequidad no se manifiesta de la misma manera en todos los países o grupos de población. En consecuencia, es esencial analizar las diferencias en las condiciones de salud y la cobertura de la atención sanitaria, teniendo en cuenta las características que distinguen a los diversos grupos, tales como sexo, grupo étnico, ingreso, lugar de residencia y grado de instrucción. En cada país, será necesario trazar el perfil y las características de la inequidad en diferentes grupos de población y zonas geográficas, con vistas a determinar qué medidas deben adoptarse para eliminarla.

4. La respuesta regional

Los esfuerzos de la Organización durante el próximo cuatrienio deben encaminarse a afrontar las situaciones descritas anteriormente. Mediante discusiones intensivas en el seno de la Secretaría y consultas informales con las autoridades nacionales en los países de las Américas, se han identificado cinco orientaciones estratégicas principales para guiar dichos esfuerzos. Estas orientaciones habrán de incorporarse en la planificación y programación del trabajo de la Organización en su totalidad y, en la medida en que la forma es consecuencia de la función, también se reflejarán en la manera en que la Oficina se estructure. Como su nombre implica, ellas representan las consideraciones que deben guiar a la Organización al trazar las estrategias generales para abordar los principales problemas sanitarios descritos en los párrafos precedentes. Representan asimismo direcciones que deben seguirse, a mediano o a largo plazo, y tienen tales consecuencias y amplitud como para merecer el calificativo de estratégicas. Se pretende no solo que guíen el trabajo de la Oficina sino también que indiquen a los Estados Miembros las áreas prioritarias de actuación.

Las cinco orientaciones estratégicas son las siguientes:

- La salud en el desarrollo.
- Desarrollo de sistemas de salud.

- Promoción y protección de la salud.
- Protección y desarrollo del ambiente.
- Prevención y control de enfermedades.

Estas orientaciones son en esencia idénticas a las orientaciones de política descritas en el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS, salvo que la protección ambiental se destaca en reconocimiento de la crucial importancia del ambiente y teniendo presente los compromisos contraídos de conformidad con el Programa 21, adoptado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), y declaraciones similares.

4.1 *Metas regionales*

Las siguientes metas representan los objetivos que debe hacer suyos la Organización en su conjunto. Se basan en las metas del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS, pero se han modificado para tomar en cuenta la situación sanitaria de las Américas y la posibilidad de que los países y la comunidad internacional le hagan frente. Se fijarán metas específicas por país o subregión dentro del marco de la planificación detallada, que debe incluir indicadores específicos en cuanto a cantidad, calidad y tiempo.

Las metas regionales son las siguientes:

- a) aumentar la duración de la vida saludable de todas las personas, de tal manera que se reduzcan las disparidades de salud entre grupos sociales;
- b) conseguir el acceso de toda la población a un conjunto determinado de servicios básicos de salud de calidad aceptable, recalcando los elementos esenciales de la atención primaria;
- c) velar por la supervivencia y el desarrollo sano de niños y adolescentes;
- d) mejorar la salud y el bienestar de los grupos de población prioritarios escogidos;
- e) procurar el desarrollo de poblaciones sanas;
- f) erradicar, eliminar o controlar las enfermedades principales que constituyen problemas sanitarios regionales;
- g) permitir el acceso de todas las personas a ambientes y condiciones de vida de poco riesgo y saludables;

- h) procurar que todas las personas adopten y mantengan estilos de vida y comportamientos saludables.

4.2 *Orientaciones estratégicas*

4.2.1 *La salud en el desarrollo*

La salud es un objetivo esencial y al mismo tiempo un indicador clave del desarrollo humano, y ahora suele aceptarse que el crecimiento económico, aunque importante, no es el único propósito de medida del desarrollo. En años recientes ha habido casos en los cuales la concentración exclusiva en el desarrollo económico ha acarreado efectos nocivos sobre la situación sanitaria y las condiciones de vida de la población, en particular de los grupos más vulnerables como las mujeres, los ancianos, los desempleados y los niños. La salud, el crecimiento económico, el medio ambiente y toda una amplia gama de derechos y libertades civiles básicas están inextricablemente vinculadas en la manera que afectan el desarrollo humano.

Es incuestionable que el sector de la salud efectúa un aporte enorme a la economía de los países. Por ser un importante empleador y productor de bienes y servicios, el sector genera una considerable actividad económica, contribución que a menudo se pasa por alto.

Los gastos en salud y educación deben verse como inversiones en el capital humano de un país; la salud mejora la capacidad de la gente para contribuir a la producción económica. No obstante, mejorar la salud de la población no puede verse meramente como un medio para alcanzar una sociedad más productiva. El alivio del sufrimiento y el mejoramiento de la calidad de la vida son objetivos primordiales por sí mismos.

La ética del proceso de desarrollo también debe tomarse en consideración. En el sector de la salud la bioética ha venido ganando terreno como materia de estudio y de práctica. Inicialmente la bioética se ocupaba principalmente de decisiones relacionadas con la medicina y la investigación clínica, pero ahora abarca problemas tales como asignación de recursos, prestación de asistencia sanitaria y uso de recursos ambientales. En reconocimiento de la importancia creciente de este campo, los Cuerpos Directivos han aprobado el establecimiento de un Programa Regional de Bioética, que no solo constituirá un foro para el debate sino que también prestará cooperación técnica a los Estados Miembros.

Es necesario fortalecer la capacidad de los países para analizar y formular políticas y planes de salud que sean congruentes con las estrategias nacionales para el desarrollo humano y formen parte de ellas. Esto exigirá el contacto y el trabajo con muchos otros sectores.

La reforma del sector de la salud es crucial para establecer y mantener una función para el sector en el proceso del desarrollo nacional. La reforma sectorial debe tener lugar en el contexto del pluralismo institucional y sectorial que se aplica no solo a la organización del sector, sino también al suministro de bienes y servicios y al financiamiento del desarrollo y la expansión del sector. La función del estado en el proceso de reforma es crucial. Tiene una inalienable función normativa y directiva que cumplir, además de velar por que los servicios de salud estén al alcance de los pobres y los indigentes.

Cualquier propuesta para la reforma del sector de la salud debe basarse en el principio de la equidad y velar por alcanzar la cobertura universal para la población mediante la garantía del acceso a la atención sanitaria para los grupos de población que actualmente carecen de él, pero sin afectar a otros grupos que ya gozan de dicho acceso. El logro de mayor equidad en lo que se refiere a los riesgos para la salud y el acceso a los servicios sanitarios es la meta de la propuesta sobre salud y transformación productiva con equidad, elaborada conjuntamente por la CEPAL y la OPS. El logro de esta meta exigirá fijar prioridades para la asignación de recursos, que las intervenciones sanitarias sean más eficaces y eficientes y que se preste atención al financiamiento de la atención de salud. Los grupos marginados, los pobres, los grupos indígenas, las mujeres, y las madres y niños, a causa de su especial vulnerabilidad y de los particulares riesgos que afrontan, se consideran grupos prioritarios y han sido reconocidos como tales por los Cuerpos Directivos de la Organización. Diversas resoluciones han establecido que la Organización debe asignar prioridad a estos grupos y llevar a cabo actividades específicas dirigidas a ellos.

4.2.2 *Desarrollo de sistemas de salud*

La justificación para prestar atención continua a esta área se apoya en la necesidad de hacer frente al reto de que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, a la vez que se mantienen la calidad y la eficiencia de los mismos. Debido a que son muy grandes tanto el número como la variedad de agentes que intervienen en la producción de bienes y servicios en el sector sanitario (ministerios de salud, instituciones de seguridad social, organizaciones no gubernamentales, proveedores privados), resulta esencial definir más claramente la función de cada uno para lograr que sus actividades se refuercen y complementen mutuamente, se acreciente la eficacia del sector y se amplíe la cobertura a toda la población. La participación de otros organismos en la prestación de dicha atención —con arreglo a normas y reglamentos claramente definidos, con las garantías necesarias de desempeño adecuado y en un marco de objetivos comunes— ayudará a ampliar la cobertura y aumentar el acceso.

Cada país, mediante un proceso democrático de consulta, debe establecer un conjunto básico ("canasta básica") de servicios de salud cuyo acceso se garantizará a todos los ciudadanos, y cuya calidad será igual para todos, independientemente del nivel

de ingreso. El contenido de la canasta y las normas de calidad para los servicios incluidos en ella dependerán no solo de las necesidades existentes, sino de los recursos disponibles, la capacidad de respuesta del sistema sanitario y el grado de desarrollo tecnológico que se haya alcanzado.

La autonomía para la asignación y gestión de los recursos a nivel local asegurará la adaptación adecuada de la cesta básica de servicios a las necesidades de grupos específicos de la población en áreas geográficas bien demarcadas y, además, la ampliación de la cobertura.

La descentralización y el desarrollo de sistemas locales de salud pueden aportar el impulso necesario para el desarrollo institucional a nivel local y también configurar los cambios que ocurren en todo el sector sanitario. Como parte del proceso de descentralización, los hospitales, los centros de salud, y otros proveedores de atención sanitaria, tanto del sector público como del privado, emprenderán la creación de redes de servicios a nivel nacional, provincial o municipal.

La investigación en servicios de salud será necesaria para conocer las experiencias en la creación de dependencias descentralizadas, el análisis de la equidad y la calidad, los costos, la productividad y el desarrollo tecnológico. Tal investigación puede producir información valiosa para la toma de decisiones tanto en el ámbito general como en los niveles operativos del sistema de atención sanitaria.

El adiestramiento, uso, distribución y dirección del personal sanitario son consideraciones importantes en la reorganización del sistema de salud. Cada día crece más el interés en los países por la puesta en marcha de actividades de capacitación vinculadas con la práctica, como un medio de fomentar el desarrollo de liderazgo y el trabajo en equipo.

El desarrollo debe abarcar también el fortalecimiento adicional de la capacidad del sector de salud para hacer frente a situaciones de desastre. En los años setenta el interés se centraba en dar respuesta al desastre, pero la Región ha adelantado desde entonces y en la actualidad se reconoce plenamente la necesidad de la preparación, la prevención y la mitigación relativas a los casos de desastre. Las actividades del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales también han recalcado la índole intersectorial del manejo de desastres y puesto de relieve que la elaboración de programas y actividades para después del desastre también merece planificación específica. La experiencia adquirida por el sector de salud en el manejo de desastres puede aplicarse a las emergencias de diversos tipos, y el sector participará cada vez más en la satisfacción de las necesidades crecientes de ayuda humanitaria frente a los desastres producidos por el hombre.

En años recientes la carencia de recursos financieros ha obstaculizado la capacidad del sector sanitario para responder adecuadamente a las exigencias que se le han hecho. Con miras a restablecer la corriente de inversiones en los sectores de la salud y el medio ambiente, reorientar los gastos de capital en servicios sanitarios, en suministro de agua potable y en saneamiento básico y, además, mejorar el proceso de inversiones sectoriales mediante la movilización de recursos, la OPS ha formulado el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), cuyo propósito es coordinar los esfuerzos de los países de América Latina y el Caribe para generar US\$ 217.000 millones en inversiones durante los próximos 12 años.

Este esfuerzo implica efectuar inversiones anuales de aproximadamente 1,2% del PIB de los países de la Región, así como ampliar, rehabilitar y mejorar el desempeño de los servicios de saneamiento y de salud con la finalidad de reducir los déficit existentes. El PIAS ha recibido apoyo a los más altos niveles políticos de la Región y fue respaldado por los participantes en la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno y en la Conferencia de Jefes de Estado de la Comunidad del Caribe, realizadas en 1992 y 1993, respectivamente.

Los países de la Región son los agentes principales en este proceso por cuanto los diversos planes y proyectos de inversión se ejecutarán en los países y la mayor parte de los recursos necesarios se obtendrá a nivel nacional. No obstante, los organismos multilaterales y bilaterales de cooperación tienen también una importante función que desempeñar al aportar apoyo político, técnico y financiero para complementar los esfuerzos nacionales.

4.2.3 *Promoción y protección de la salud*

Muchos de los factores asociados, directa o indirectamente, con los problemas descritos tienen que ver con algunos estilos de vida, conceptos culturales y actitudes hacia la salud y la enfermedad. Para hacerles frente de una manera más adecuada es necesario llevar a cabo actividades vigorosas de promoción de la salud que fomenten actitudes y prácticas saludables. Esto requerirá la preparación de programas generales de información y de educación concebidos para difundir entre el público conocimientos sobre la salud, haciendo hincapié en los aspectos relacionados específicamente con los perfiles de salud tanto locales como nacionales. Esto debe incluir atención a los problemas relativos a la población.

Es necesario realizar esfuerzos para promover una cultura de la salud a nivel local, aplicando estrategias tales como la promoción de ciudades o comunidades sanas, para conseguir el más amplio apoyo posible para el logro de las metas de salud, con la participación de instituciones gubernamentales y de organizaciones comunitarias.

En párrafos anteriores se ha mencionado el hecho de que los países de la Región deben afrontar problemas asociados con la pobreza, tales como la malnutrición, además de los riesgos que acarrearán los cambios demográficos, la urbanización acelerada y la industrialización. Los trastornos de la salud y las lesiones causadas por la violencia o el abuso de sustancias nocivas, y la creciente incidencia de enfermedades no transmisibles asociadas con hábitos y comportamientos no saludables, entre otros, forman parte del nuevo perfil epidemiológico de la Región. La densa concentración de la población en las ciudades, unida a la incapacidad de los segmentos empobrecidos para satisfacer sus necesidades básicas y a la falta de acuerdo entre los responsables de las políticas en cuanto a una solución al problema de la pobreza y el aumento constante de la delincuencia como una forma de obtener dinero en abundancia, han generado un incremento sostenido en la tasa de hechos violentos en la Región. En efecto, la violencia se ha convertido en uno de los problemas más urgentes que es necesario atacar en los años venideros. Hace falta elaborar planes nacionales específicos que sean integrales e intersectoriales, y prever una amplia participación social para cambiar el clima de violencia.

4.2.4 *Protección y desarrollo del ambiente*

En respuesta a los compromisos mundiales de preservar, proteger y restaurar el ambiente para salvaguardar el bienestar de la población y no permitir que el desarrollo ponga en peligro el futuro, es necesario formular programas ambientales nacionales para abordar problemas relacionados con el entorno en general, el ambiente de trabajo y de la vivienda, prestando atención particular a los grupos más necesitados y a los problemas más urgentes. Dada la magnitud del deterioro ambiental en algunos países y las necesidades de sus ciudadanos, será esencial lograr la participación más amplia posible en este esfuerzo de una variedad de instituciones, otros sectores y la población, bajo el liderazgo del estado como ente normativo y facilitador de la acción.

Los temas de política ambiental han cobrado una importancia singular en la Región, según se desprende de las inquietudes expresadas con relación al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y al Mercado Común del Sur (MERCOSUR). En ambos casos, los temas planteados han tenido que ver con el macroambiente así como con los ambientes de trabajo. Las iniciativas ambientales que incluyen a varios países también están tomando forma en la Región. Un buen ejemplo de ello es la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD). A nivel internacional, la protección ambiental es también un tema importante, según quedó demostrado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), celebrada en Río de Janeiro en 1992, la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible en Pequeños Países Insulares en Desarrollo, celebrada en Barbados en 1994, y el Convenio de Basilea sobre desechos peligrosos, entre otros. A nivel local, se han creado varios grupos conservacionistas o de protección ambiental y están atrayendo la participación comunitaria. En el escenario

político, han surgido los partidos "verdes" u orientados a la ecología, y los partidos políticos tradicionales están asignando cada vez más importancia al ambiente en sus plataformas. La inquietud por el ambiente también está manifestándose a nivel legislativo, mediante la creación de comisiones especializadas dentro de las legislaturas nacionales, los parlamentos subregionales y el Parlamento Latino.

La tesis básica postulada en la CNUMAD es que el desarrollo debe estar orientado al aumento de las opciones de las personas y debe ser sostenible. En consecuencia, las políticas económicas, fiscales, comerciales, energéticas, agrícolas, industriales y otras deben formularse con miras a lograr que el desarrollo sea sostenible desde el punto de vista económico, social y ecológico. Esto implica crear conciencia acerca de la importancia de incluir los costos ambientales en la producción de bienes y servicios. También significa prestar mayor atención a los costos económicos asociados con la eliminación de la contaminación ambiental y el tratamiento de enfermedades causadas por el deterioro de la calidad del ambiente.

En la mayoría de las ciudades de la Región no se ha prestado suficiente atención a las medidas de ordenamiento del medio destinadas a conseguir el suministro de agua potable no contaminada, la protección de los espacios públicos, la eliminación inocua de los desechos, y la preservación de la calidad del aire y el agua. El fenómeno de urbanización acelerada ocurrido en la Región plantea un problema difícil, ya que por una parte promueve una economía más productiva, pero por la otra crea una demanda excesiva de vivienda y de servicios de salud, agua y eliminación de desechos, la cual supera la capacidad de los gobiernos locales para cubrirla. Los esfuerzos de las autoridades locales suelen verse obstaculizados debido a recaudaciones fiscales insuficientes, a una mala gestión financiera, a la falta de personal calificado, y a los recortes presupuestarios que reducen aún más la cobertura y la calidad de los servicios sanitarios y ambientales.

Varios de los problemas sociales y psicológicos que predominan en las ciudades pueden atribuirse en su mayor parte a causas ambientales y de la vivienda. Entre ellos se encuentran la alienación, la soledad, la drogadicción, la fragmentación familiar y la violencia. Estos problemas sociales urbanos se intensifican en las ciudades donde escasean los empleos.

Durante los años ochenta la inversión en infraestructura de saneamiento cayó a niveles sumamente bajos en muchos países, lo que se tradujo en brechas considerables en la cobertura y en el deterioro de la calidad de los servicios existentes. Actualmente, se trata menos del 10% de las aguas residuales generadas en la Región, y se estima que los países de América Latina y el Caribe están gastando solo unos \$80 por persona al año para tareas de saneamiento básico, abastecimiento de agua y servicios de eliminación de desechos. La epidemia del cólera es una de las manifestaciones más obvias de estas deficiencias. El Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud se concibió como un

mecanismo destinado a generar las inversiones necesarias para rehabilitar y ampliar los servicios y la infraestructura de salud ambiental.

4.2.5 *Prevención y control de enfermedades*

Todos los países de la Región de las Américas están experimentando cambios en los perfiles de sus poblaciones y en los problemas de salud a los que deben hacer frente. Todos han acusado disminuciones en la mortalidad infantil y de niños y aumentos en la esperanza de vida al nacer, lo cual es resultado principalmente del control de las enfermedades infecciosas en los primeros años de vida. A medida que la población envejece y se concentra en las zonas urbanas grandes, las enfermedades crónicas y degenerativas, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, en particular, se convierten en causas importantes de morbilidad y mortalidad. Los países que más han reducido la mortalidad temprana y han logrado las tasas de natalidad más bajas tienen la incidencia más alta de enfermedades crónicas, mientras al otro extremo del espectro se encuentran países con elevadas tasas de mortalidad infantil y de niños debidas principalmente a los agentes infecciosos que producen diarrea y enfermedades respiratorias agudas. Sin embargo, aún los países que han logrado reducir las enfermedades infecciosas deben mantener programas adecuados para impedir su reaparición y tratar nuevos problemas, como el VIH y el SIDA, las fiebres hemorrágicas y las infecciones por hantavirus. Quizás el más grave de estos problemas sea el SIDA, que amenaza con echar por tierra muchos de los avances logrados hacia el mejoramiento de la salud.

Si bien hay que reconocer que el control de las infecciones de la niñez ha provenido en parte de la mejora en las condiciones de vida y la nutrición, los mayores éxitos en este campo se han logrado por conducto de los programas de vacunación. En las Américas, no ha ocurrido ningún caso de parálisis causada por el poliovirus salvaje durante los últimos tres años, y la incidencia de otras enfermedades inmunoprevenibles en los niños, como el sarampión, ha descendido significativamente. Sin embargo, el mantenimiento de estos éxitos requerirá programas sostenidos de vacunación que lleguen a una elevada proporción de los lactantes y los niños.

La promoción del uso de las sales de rehidratación oral ha reducido considerablemente las defunciones por diarrea, y, de igual manera, el enfoque sistemático del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en los niños está reduciendo la mortalidad por esta causa tan común. El éxito sostenido en el control de esas enfermedades requerirá programas fuertes y eficaces que puedan llegar a todos los segmentos de la población. Además, será fundamental velar por que se apliquen medidas preventivas, como la manipulación inocua de los alimentos y la desinfección del agua, con miras a reducir la incidencia de las infecciones comunes.

Otras enfermedades infecciosas continúan siendo problemas de salud de consideración en las Américas, a pesar de la existencia de medios conocidos y eficaces

para su tratamiento y control. La primera de ellas es la malaria, cuya incidencia ha aumentado, especialmente en las zonas donde crece la afluencia de inmigrantes que buscan nuevas oportunidades. Otro flagelo antiguo que no ha cedido a los esfuerzos de control es la tuberculosis, que plantea nuevas amenazas con la aparición de la farmacorresistencia y debido a su asociación con la epidemia del VIH. Desde comienzos de los años ochenta, han ocurrido en la Región numerosas epidemias de dengue. Los diversos tipos de virus de la hepatitis son endémicos en la mayoría de los países. La rabia es un problema continuo, aunque se ha alcanzado un éxito notable en el control de la rabia transmitida por los perros. Muchas otras enfermedades víricas, parasitarias y bacterianas, así como las zoonosis, siguen siendo endémicas o epidémicas en las Américas.

Un tercer grupo de enfermedades pueden clasificarse como nuevas o resurgentes. Desde 1991, casi todos los países de las Américas han sido asolados por la epidemia del cólera, y a finales de 1993 ya se habían notificado más de 950.000 casos. Otros agentes infecciosos transmitidos por los alimentos y por el agua, como *Escherichia coli* O157:H7 y los criptosporidios, son nuevas amenazas que multiplican los problemas endémicos causados por salmonelas y shigelas. Las fiebres hemorrágicas han causado enfermedad y muerte en Venezuela y la Argentina. Quizás la más grave de las nuevas enfermedades sea el SIDA, epidemia que se propaga rápidamente y que amenaza con poner en peligro los avances sustanciales logrados hasta ahora en la salud y en el desarrollo.

4.3 *Orientaciones programáticas*

Esta sección establece las principales áreas de trabajo que deben representar compromisos para la Organización en conjunto --los Estados Miembros y la Oficina. También estipula las principales líneas de acción para el programa de cooperación técnica que la Oficina ofrecerá a los Estados Miembros.

4.3.1 *La salud en el desarrollo*

4.3.1.1 *Principales áreas de trabajo para la Organización*

A. El proceso de integración subregional y regional ofrece grandes posibilidades para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos del sector de salud. Los países se enfrentan con desafíos enormes en razón de la necesidad de ponerse de acuerdo en cuanto a reglamentos y normas comunes; otro de los desafíos consiste en analizar la legislación vigente para hacer que sea congruente con el nuevo orden que se va a establecer.

B. Debe aumentarse la formulación de políticas sociales que ofrezcan claras ventajas para el desarrollo de las políticas sanitarias. Existe la necesidad urgente de movilizar a una variedad de actores --especialmente las organizaciones nacionales y

regionales, los parlamentos, las organizaciones sociales, los sindicatos, las asociaciones-- que ejerzan influencia en la formulación de estos temas a nivel nacional y regional.

C. Es necesario tener en consideración la organización económica y política, la estructura social y los antecedentes culturales, así como los procesos demográficos y macroecológicos para dilucidar las tendencias a largo plazo del proceso de salud y enfermedad en una sociedad dada. El estado de salud también guarda relación con las características biológicas y sociales de cada individuo. La edad, el sexo, el estilo de vida y la composición genética e inmunitaria se expresan como diferentes susceptibilidades o exposiciones a los factores de riesgo. El mejoramiento de la capacidad para establecer buenos sistemas de información y para analizar estos diversos factores permitirá una definición más precisa de las prioridades, así como mejor programación, vigilancia y evaluación de los programas de salud.

D. Los cambios en la situación económica, política y social en América Latina han creado un nuevo contexto para la orientación de la ciencia y la tecnología en la Región. Día a día aumenta la demanda de parte de los gobiernos en cuanto a información sobre las opciones que han resultado eficaces en otros países y regiones y sobre la presentación de los criterios, modelos e instrumentos que han demostrado su utilidad en la promoción del desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Los principales aspectos de interés son los siguientes: la incorporación del progreso científico y tecnológico en el campo de la salud como parte de los esfuerzos para promover el desarrollo de las sociedades de la Región; la integración de la producción científica y los procesos de distribución; y la promoción de la investigación en las esferas congruentes con las orientaciones de política para el cuatrienio. Debe prestarse atención especial al mejoramiento de la capacidad regional para la producción de las vacunas y los productos biológicos necesarios para hacer frente a los problemas prioritarios de salud.

E. Una de las inquietudes relativas al desarrollo y la aplicación del conocimiento científico y técnico en general, y en el campo de la salud en particular, es la ética de las decisiones y las intervenciones que atañen a la vida. Por lo tanto, debe prestarse especial atención a la ampliación de las actividades en el ámbito de la bioética.

F. La aparición de nuevas tecnologías y el advenimiento de la era de la información han cambiado drásticamente el comportamiento y el enfoque relativos a la recopilación y al acceso a la información. Hay nuevas posibilidades para que los países en desarrollo tengan acceso al conocimiento científico y técnico. Debe promoverse la recopilación y difusión de información científica en el campo de la salud. Hay necesidad de crear una red de información coordinada y bases de datos sobre salud, y de organizar centros nacionales de información.

G. Debe asignarse mayor importancia a la función que desempeñan las mujeres en cuanto al desarrollo humano y cuál es su relación con esta actividad. El análisis por sexos debe ser una de las categorías de análisis en la planificación y programación de las actividades en todos los sectores, y esto debe tener repercusiones para los programas de salud pública en todos los países.

4.3.1.2 *Líneas de acción*

La Oficina orientará su cooperación técnica con los países en esta área siguiendo las líneas que se enuncian a continuación:

- desarrollar la capacidad para el análisis, la planificación y la formulación de políticas y para la elaboración y gestión de los proyectos del sector;
- desarrollar la capacidad nacional en materia de epidemiología práctica y fomentar la creación, la puesta en práctica y el uso eficaz de sistemas de información que permitan vigilar los cambios en la población, en las condiciones de vida y de salud (haciendo hincapié en los niveles de salud) y en las inequidades entre la población;
- promover la participación del sector de salud en programas integrados para combatir la pobreza;
- vigilar la repercusión de las políticas macroeconómicas en la salud, y analizar el valor económico de la producción y el consumo de los bienes y servicios sanitarios;
- mejorar la coordinación de las actividades de las instituciones de seguridad social, las organizaciones comunitarias, los gobiernos locales y el sector privado en la producción de bienes y servicios;
- promover el desarrollo de la legislación nacional, de manera tal que permita el ejercicio eficaz de los derechos y las responsabilidades de los ciudadanos, el estado y las instituciones privadas con respecto a la salud;
- vigilar y analizar la investigación en salud, colaborar con los organismos nacionales que participan en la formulación de políticas y en la administración de la ciencia y la tecnología de salud, y promover la cooperación entre los países para el desarrollo y uso de la tecnología;
- apoyar la producción de nuevas y mejores vacunas, el control de calidad y las prácticas adecuadas de fabricación;

- identificar, analizar y promover la ejecución de políticas y programas relacionados con la bioética;
- 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;
- 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;
- asignar particular importancia a la salud de la mujer, a la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo, y al aumento de la toma de conciencia con respecto a las características de cada sexo, a todos los niveles.

4.3.2 *Desarrollo de sistemas de salud*

4.3.2.1 *Principales áreas de trabajo para la Organización*

A. La necesidad de lograr la equidad y el acceso universal a la atención de salud para los grupos de población más necesitados, en el marco de la descentralización y los procesos locales de desarrollo, significa que los niveles administrativos centrales deben adoptar una nueva función con respecto a la formulación y desarrollo de políticas, la participación social, la reglamentación y fiscalización de las actividades, la identificación y la selección de los mecanismos financieros, y la redistribución de los recursos. Debe asignarse prioridad al uso de estrategias dirigidas a grupos específicos, haciendo hincapié en los factores sociales y epidemiológicos y teniendo en cuenta la ubicación geográfica.

B. El nivel definido como local por cada país es la esfera política, administrativa, geográfica y financiera en la que se llevan a cabo las intervenciones de salud orientadas a determinados grupos de población. Los sistemas locales de salud y las instituciones públicas y privadas a nivel local deben recibir apoyo en sus esfuerzos para crear modelos de atención sanitaria que asignen mayor importancia a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación; a la coordinación de los programas; y a la coordinación intersectorial en las zonas urbanas y rurales.

C. El Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud suministra una base para la alianza entre diversos organismos con miras a hacer frente a los déficit en cuanto a infraestructura en los sectores de la salud y del ambiente. El Plan incluye un cuidadoso análisis de los sectores, determinación de áreas prioritarias, y una metodología para formular propuestas de proyectos para facilitar la movilización de los recursos necesarios.

D. Deben emprenderse actividades sobre la formulación de políticas farmacéuticas, la ejecución de programas concretos dirigidos a mejorar el acceso de la población a los medicamentos esenciales, el estudio de temas legislativos en relación con los medicamentos, y la reorganización, modernización y financiamiento de la red de servicios de laboratorio clínico y de diagnóstico por imágenes, así como de radioterapia.

E. El criterio aplicado a la reducción de los desastres se basará en los esfuerzos para prevenir y mitigar las repercusiones de los mismos. Debe haber apoyo y compromiso político y se prestará atención a la participación popular, al fortalecimiento de las instituciones y al fomento de la colaboración entre los países.

F. Los países todavía deben hacer frente a graves problemas en el adiestramiento y la utilización del personal sanitario. Existe la necesidad constante de analizar si los sistemas actuales de formación de profesionales de salud son pertinentes, especialmente con relación a las necesidades del ejercicio de la salud pública.

4.3.2.2 *Líneas de acción*

La Oficina orientará su cooperación técnica con los países en esta área siguiendo las líneas que se enuncian a continuación:

- fomentar el desarrollo de la capacidad de liderazgo y de gestión en los ministerios de salud y otras instituciones del sector, y promover el análisis sectorial a nivel de país y de municipio en el marco de la descentralización, la participación social y la coordinación intersectorial para el desarrollo de sistemas locales de salud;
- analizar y desarrollar opciones para la organización y financiamiento de los sistemas, servicios e instituciones de salud, lo que incluirá la administración estratégica local, el desarrollo de sistemas de información y el mejoramiento del mantenimiento de las instalaciones;
- estimular la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud;
- promover el desarrollo de recursos humanos en todos los campos de importancia decisiva para el funcionamiento eficaz de los servicios de salud;
- promover la aplicación de métodos dirigidos específicamente a grupos prioritarios de población, en especial a pobres y marginados, indígenas, mujeres, y madres y niños;
- apoyar la formulación de políticas sobre medicamentos esenciales que aborden la legislación, la reglamentación, la producción, la comercialización, el uso y el financiamiento de los mismos, y promover el fortalecimiento de los servicios

farmacéuticos, el conocimiento de los medicamentos entre el personal sanitario y la educación sanitaria para el público con miras a promover el uso racional de los medicamentos;

- fortalecer el desarrollo de servicios de laboratorio clínico, bancos de sangre y servicios de transfusión, así como los servicios de diagnóstico por imágenes y de radioterapia, especialmente con relación a la formulación de políticas, la garantía de la calidad y la bioseguridad;
- fortalecer la capacidad del sector de salud y de otros sectores pertinentes en las esferas de los preparativos para casos de desastre y la prevención y mitigación de desastres.

4.3.3 *Promoción y protección de la salud*

4.3.3.1 *Principales áreas de trabajo para la Organización*

A. Deben hacerse esfuerzos para fomentar el reconocimiento y la asimilación del concepto de la salud como un bien social e individual y como recurso para la inversión en el desarrollo; la formulación de políticas sectoriales e intersectoriales a nivel local y nacional concebidas para mejorar las condiciones de vida; y la expresión legislativa de estas políticas a los diversos niveles del gobierno y su traducción en planes y programas intersectoriales para el desarrollo de comunidades sanas.

B. En la esfera de la protección de determinados grupos de población, las intervenciones preventivas deben orientarse al control de los riesgos de enfermedad, a proteger a los grupos de alto riesgo y a la implantación de medidas sociales, ambientales y de seguridad para reducir los riesgos, tratar y rehabilitar al enfermo y ayudar a mejorar la calidad de vida. La acción en esta esfera debe dirigirse a reorganizar los servicios de salud y el desarrollo de modelos más eficaces de atención sanitaria para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, los problemas de salud mental, los problemas de salud de los ancianos, los trastornos de la visión, los accidentes, el abuso de drogas -- incluidos el tabaco y el alcohol-- y la prevención de la violencia.

C. El tamaño, crecimiento, estructura por edades y distribución de la población son temas cruciales y factores importantes en la determinación de las necesidades a las cuales debe responder el sector de salud; de allí la importancia que los Cuerpos Directivos de la Organización han asignado a los asuntos relativos a población y salud reproductiva, y a la salud de los adolescentes y los niños.

D. El uso de la información como instrumento del cambio debe ser un aspecto fundamental del trabajo. La transmisión de la información a los individuos y a los grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para

los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre la política o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, que es un componente clave de la promoción de la salud.

E. La acción en el área de la alimentación y la nutrición se orientará hacia individuos y grupos de población determinados y se dirigirá a optimizar el desarrollo físico y mental y a proteger a las personas de enfermedades relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados y de las carencias nutricionales que prevalecen más en la Región.

4.3.3.2 *Líneas de acción*

La Oficina orientará su cooperación técnica con los países en esta área siguiendo las líneas que se enuncian a continuación:

- fomentar el desarrollo social basado en los principios de la equidad y el derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, mediante la formulación y aplicación de políticas públicas orientadas a la salud en relación con la alimentación y la nutrición, la drogadicción y el tabaquismo, y la prevención y el control de la violencia;
- promover el desarrollo de una cultura de la salud basada en un ambiente saludable y en la adopción de los estilos de vida que favorezcan la salud mediante la aplicación de intervenciones estratégicas diseñadas para crear opciones saludables para la población;
- apoyar el fortalecimiento de la capacidad del sector de salud para identificar, respaldar y dirigir procesos intersectoriales que promoverán y protegerán la salud, tanto física como mental, reconociendo que es a nivel local donde deben ponerse en práctica las actividades de promoción y protección de la salud así como los esfuerzos de apoyo para movilizar los recursos y mejorar la salud y el bienestar;
- apoyar la generación, evaluación, difusión y uso de información relativa a la salud en general y a la promoción y protección de la salud en particular;
- promover la elaboración de políticas y programas relacionados con los aspectos de población, salud reproductiva y regulación de la fecundidad, preocupaciones de salud de los adolescentes y de los niños; mejorar la coordinación de las actividades de promoción de la salud y los servicios de salud reproductiva;
- velar por el mejoramiento continuo del estado de nutrición de todos los grupos de población.

4.3.4 *Protección y desarrollo del ambiente*

4.3.4.1 *Principales áreas de trabajo para la Organización*

A. En el área de los servicios básicos de saneamiento, el desafío principal consistirá en aumentar la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y en asegurar que esta sea de buena calidad, y en ampliar los servicios de eliminación de desechos y de excretas. Todo esto debe hacerse en el marco de los cambios políticos y sociales en marcha, principalmente los procesos de privatización, lo cual significa que habrá que prestar mucha atención para garantizar la universalidad y la equidad.

B. En materia de calidad del medio ambiente, en general, el desafío consiste en velar por que se logre un desarrollo ambientalmente sostenible, de conformidad con los convenios firmados en la CNUMAD. Debe asignarse la debida consideración a los temas de salud en el marco de los intereses ambientales y ecológicos; para que esto sea posible, el sector de salud debe tener el apoyo necesario que le permita tomar parte activa en la elaboración de criterios y normas para la calidad ambiental, realizando estudios y vigilando los problemas para la salud humana causados por factores ambientales. En virtud de que la calidad del ambiente es un interés universal, deben crearse alianzas con empresas comerciales, industrias, organizaciones no gubernamentales y la comunidad para aumentar la toma de conciencia sobre el impacto ambiental de las actividades de desarrollo.

4.3.4.2 *Líneas de acción*

La Oficina orientará su cooperación técnica con los países en esta área siguiendo las líneas que se enuncian a continuación:

- velar por la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud;
- desarrollar la capacidad financiera, de gestión y de planificación del sector y de sus instituciones en las esferas del abastecimiento de agua potable, el saneamiento, la eliminación de residuos sólidos y la protección de las fuentes de agua;
- apoyar el desarrollo tecnológico, la investigación y el adiestramiento de recursos humanos en los ámbitos de evaluación y control de riesgos ambientales, incluidos los riesgos para la salud humana presentes en los ambientes de trabajo;
- promover el respeto para los principios de universalidad y equidad en la prestación de servicios básicos de saneamiento, así como el respeto al derecho de "consentimiento con conocimiento de causa" con respecto a las obras de

infraestructura, la industria, los servicios y cualquier otra actividad que pueda ser perjudicial para la salud o el bienestar;

- apoyar el desarrollo institucional y organizacional de las diversas entidades y organismos responsables del manejo de recursos ambientales y naturales, incluidos los gobiernos municipales, las comunidades y otros tipos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

4.3.5 *Prevención y control de enfermedades*

4.3.5.1 *Principales áreas de trabajo para la Organización*

A. Deben mantenerse y fortalecerse los programas para el control de las enfermedades inmunoprevenibles de la niñez, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. Hay que prestar especial atención al sarampión y el tétanos, y se acelerarán las actividades dirigidas a lograr la certificación de la eliminación de la poliomielitis de la Región. También deben continuar los esfuerzos de control de la lepra. Según lo permitan los recursos nacionales e internacionales, nuevas vacunas de eficacia comprobada, como la vacuna contra la hepatitis B, se agregarán a las incluidas en los programas de vacunación existentes. Debe proseguir la investigación para producir nuevas y mejores vacunas y tecnologías apropiadas para utilizarlas en la comunidad para prevenir infecciones.

B. Tan pronto como sea posible deben aplicarse métodos prácticos para prevenir las enfermedades diarreicas y las transmitidas por los alimentos, en especial el procesamiento y manipulación inocuos de los alimentos y la desinfección del agua.

C. Deberá hacerse un esfuerzo considerablemente mayor para apoyar los programas dirigidos a prevenir la transmisión de la infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual y a reducir sus consecuencias. Estos esfuerzos tienen que ser coordinados con otras entidades intergubernamentales, multilaterales, bilaterales y con organizaciones no gubernamentales, incluidos los programas contra la infección por el VIH y el SIDA de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano.

D. Debe seguirse asignando prioridad a los programas para el control de las enfermedades transmitidas por vectores, en particular los de lucha contra la malaria y otras infecciones parasitarias, víricas y bacterianas, en especial la tuberculosis, que plantean graves amenazas para la salud pública en la Región. Los países tendrán que hacer frente a nuevos tipos de infecciones que resultan de cambios en el comportamiento humano y en el medio ambiente.

E. Los programas de salud pública veterinaria deben dirigirse a la mejora de la salud animal y de la productividad agropecuaria, así como a la calidad y la inocuidad de

los alimentos. Se hará hincapié en conseguir el acceso a los mercados internacionales mediante la creación y aplicación de normas internacionales.

F. Las enfermedades no transmisibles, en particular el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, así como las lesiones y la violencia deben recibir mayor atención a medida que las poblaciones envejecen y cambian las condiciones sociales. Los métodos para el control de estos problemas deben incluir la vigilancia eficaz y la investigación, y estar coordinados con iniciativas para mejorar las condiciones de vida y promover estilos de vida saludables y la participación comunitaria.

4.3.5.2 Líneas de acción

La Oficina orientará su cooperación técnica con los países en esta área siguiendo las líneas que se enuncian a continuación:

- establecer y mantener programas de vacunación eficaz contra las enfermedades de importancia para la salud pública;
- erradicar o eliminar ciertos problemas de salud, como la poliomielitis, la lepra, la rabia transmitida por los perros, la oncocercosis y la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por transfusiones de sangre y por *Triatoma infestans* que se halla en las viviendas;
- llegar a una comprensión más completa de las causas y de los factores de riesgo responsables de las enfermedades diarreicas y las transmitidas por los alimentos, así como de los métodos para su prevención;
- sobre la base de esos conocimientos mejorados, poner en práctica medidas sencillas y eficaces en función de los costos, tanto en las comunidades como en las familias, para mantener el agua y los alimentos libres de agentes infecciosos, con miras a reducir la mortalidad debida a las enfermedades diarreicas;
- apoyar los esfuerzos nacionales para coordinar las actividades de control y prevención de la infección por el VIH y el SIDA y para disminuir sus repercusiones sobre la población y sobre las personas infectadas;
- fortalecer la capacidad local para prevenir, diagnosticar, y tratar las enfermedades de transmisión sexual, especialmente en los servicios de atención primaria de salud;
- concentrar los programas en los grupos de riesgo y los factores de riesgo conocidos, empleando los métodos básicos de análisis y estratificación de riesgos;

- mejorar la capacidad para detectar cambios en la aparición de enfermedades infecciosas y para evaluar las repercusiones potenciales sobre la salud del público, de tal forma que puedan ponerse en práctica medidas oportunas y eficaces de prevención y control;
- apoyar los esfuerzos nacionales para el control y la erradicación definitiva de algunas zoonosis prevalentes y otras enfermedades infecciosas que amenazan la salud humana o ponen en peligro la productividad agrícola;
- fortalecer la capacidad nacional para organizar y formular programas de protección de los alimentos y sistemas de vigilancia epidemiológica integrados para luchar contra las enfermedades transmitidas por los alimentos;
- recabar la información pertinente acerca de la distribución y los factores determinantes de los problemas de salud como requisito previo esencial para la planificación, ejecución y evaluación de los programas;
- mejorar la capacidad nacional y local para evaluar las repercusiones sociales y económicas de la violencia, las lesiones y las enfermedades crónicas, de forma tal que se establezcan prioridades y se aseguren recursos para las intervenciones;
- promover la integración de los programas de control de enfermedades a los servicios de salud, en particular a los niveles de distrito y municipio, con la descentralización apropiada de la autoridad y los recursos;

5. La labor de la Oficina Sanitaria Panamericana

5.1 *Responsabilidades constitucionales*

5.1.1 *Coordinación internacional*

En su calidad de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, la Oficina tiene un mandato constitucional para actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en la Región. En consecuencia, los esfuerzos de la OPS en este sentido se dirigirán principalmente a afirmar su liderazgo en los asuntos de salud.

5.1.2 *Cooperación técnica*

La mayor parte de los esfuerzos de la Organización durante el cuatrienio se desplegarán en el área de la cooperación técnica. Se emplearán dos criterios comple-

mentarios: la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros y, de conformidad con la responsabilidad constitucional de la Organización, la facilitación de la cooperación entre los Estados Miembros. La Organización representa una empresa de cooperación entre los estados americanos para el mejoramiento de las condiciones de salud en forma individual y colectiva. Una función básica de la Oficina dentro de la Organización consiste en facilitar esa cooperación. Durante los dos últimos cuatrienios, la OPS ha evolucionado y madurado en su concepción de lo que son los elementos esenciales de la cooperación técnica que presta y la forma de apoyar la cooperación entre países. Si bien estos criterios pueden estar sujetos a modificaciones con el transcurso del tiempo, durante el cuatrienio la OPS expresará su cooperación en las formas básicas que se enuncian en seguida.

Movilización de recursos. La OPS ayudará a los países a movilizar los recursos necesarios para hacer frente a los problemas principales. Algunos se obtendrán de fuentes externas, pero la gran mayoría provendrá de los presupuestos nacionales. Se realizarán todos los esfuerzos posibles para velar por que los recursos que se movilicen se empleen eficientemente. La OPS también ayudará a los países a identificar posibles fuentes de financiamiento y a conocer a fondo los diversos aspectos de la elaboración y la gestión de proyectos. Se prestará atención particular a los recursos institucionales --universidades, institutos, centros colaboradores y otros-- que pueden dedicar tiempo y talento a la salud. Se tendrá en cuenta una amplia gama de recursos humanos y de información. La OPS continuará desempeñando una función de defensa de la salud y se esforzará por movilizar el apoyo político que es esencial para el éxito de cualquier programa nacional.

Difusión de la 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 que deben tener lugar en los niveles sectorial, comunitario e individual. Además de la difusión directa de la información técnica en temas concretos, la OPS continuará fortaleciendo los sistemas de información nacionales para permitir que los países intercambien información entre ellos.

Adiestramiento. Esta es una actividad constante en la OPS, cuyo objetivo es transferir conocimientos, actitudes y prácticas fundamentales. Todos los programas técnicos de la OPS continuarán identificando las necesidades de adiestramiento y la OPS misma llevará a cabo labores de adiestramiento cuando sea necesario, pero usualmente se hará un esfuerzo para instar a las instituciones locales de capacitación a que satisfagan esas necesidades. La OPS también continuará facilitando becas para realizar estudios fuera del país, ya que este sigue siendo uno de los aspectos fundamentales del adiestramiento que los Estados Miembros valoran infinitamente.

Promoción de la investigación. Una responsabilidad primordial de todos los programas técnicos será la de promover la investigación, independientemente de la fuente de financiamiento. Los esfuerzos en este sentido variarán desde la identificación de las necesidades de investigación hasta la elaboración de protocolos y ayuda para identificar fuentes de financiamiento.

Preparación de planes y políticas. Un aspecto clave de la cooperación técnica de la Organización es la ayuda prestada por la Oficina para que los Estados Miembros elaboren sus propios planes y políticas para guiar los programas sanitarios.

Cooperación técnica entre países. La OPS continuará cumpliendo su mandato constitucional de facilitar la cooperación técnica entre países y continuará destinando fondos específicos para este fin. Las actividades de cooperación pueden tomar una diversidad de formas. Los países pueden cooperar entre sí para resolver un determinado problema común o un conjunto de problemas. Gran parte del éxito logrado con las iniciativas y los programas subregionales ha sido consecuencia de este modo de proceder. Un país también puede cooperar con otro para resolver un problema que no es forzosamente mutuo.

El enorme potencial de la cooperación técnica entre países para la solución de algunos de los problemas de la Región no se ha materializado del todo. Durante el cuatrienio, la OPS renovará sus esfuerzos para sensibilizar a los países en cuanto a la importancia de este método y establecer los mecanismos para sistematizar y difundir la información acerca de las experiencias más exitosas logradas con este tipo de cooperación.

5.2 *Planificación, programación y evaluación*

El Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) se concibió con miras a facilitar la preparación uniforme de planes de trabajo para lograr objetivos específicos. El sistema ha evolucionado con el transcurso de los años a medida que ha madurado la comprensión por la OPS de la aplicación de los principios básicos de la planificación a la cooperación técnica. Se ha beneficiado de la retroalimentación suministrada por los Estados Miembros.

El AMPES, como cualquier sistema, tiene diversos componentes y se hace operativo a través de una serie de instrumentos. Con el transcurso del tiempo, el sistema ha tenido que adaptarse para incluir los diversos plazos y conjuntos de objetivos sanitarios establecidos a nivel mundial y regional. La meta general de salud para todos y las diversas estrategias y planes de acción para alcanzarla constituyeron el marco inicial para la planificación. Posteriormente, los programas generales de trabajo de la OMS y las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS establecieron lapsos

de planificación de seis y cuatro años, respectivamente. También se emplean otros instrumentos de planificación a corto plazo y más específicos, los cuales se describen someramente en los párrafos que siguen.

A. El *presupuesto bienal por programas (BPB)*, que es aprobado por los Cuerpos Directivos, tiene las siguientes partes:

- el *análisis de la situación de salud* para cada uno de los Estados Miembros y por áreas programáticas regionales. Este análisis incluye información sobre las condiciones políticas, sociales y sanitarias en los países, prioridades nacionales del sector de salud y descripciones de las esferas en las que se necesita cooperación técnica, en particular la que presta la OPS;
- la *estrategia de cooperación técnica*, que describe lo que hará la Secretaría para cooperar con los países en la solución de los problemas y los desafíos identificados en el análisis de la situación de salud.
- los *programas de cooperación técnica* identificados de conformidad con la clasificación y descripción de los programas. Estos responden a las prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS a nivel regional.

B. El *presupuesto anual por programas (APB)* se deriva del programa bienal y es quizás la herramienta de planificación y de programación más importante de la Organización. A nivel de país es la expresión del compromiso de la OPS para prestar cooperación técnica en las esferas definidas. El proceso de formulación del APB se lleva a cabo en forma conjunta e incluye esencialmente tres fases:

- definición de las prioridades nacionales de salud;
- identificación de las áreas en las cuales se necesita cooperación técnica internacional;
- elaboración de proyectos de cooperación técnica por medio de los cuales se prestará el apoyo de la OPS.

C. El *plan de trabajo cuatrimestral (PTC)* es el instrumento empleado para desglosar las actividades programadas en el APB en tareas a corto plazo con asignación específica de los recursos. Los programas y proyectos siempre se describen con arreglo a la lista ordenada de los programas establecida en el programa general de trabajo de la OMS y modificada para adaptarse a la situación y a las necesidades de la Región.

Uno de los puntos débiles del AMPES en el pasado ha sido la dificultad para evaluar lo que la OPS ha logrado con relación a las metas establecidas en los programas

generales de trabajo de la OMS, en las OEPP y en otros planes de acción aprobados por los Cuerpos Directivos. Esta dificultad para evaluar se ha producido principalmente porque se ha prestado más atención a las actividades y los recursos planificados que a los resultados de la cooperación técnica.

Las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas para la OPS durante el período 1995-1998 servirán de marco para toda la planificación, la programación, la vigilancia y la evaluación que se hace mediante el AMPES. Los BPB para cada uno de los tres bienios incluidos dentro del 9PGT harán hincapié en lo que la OPS hará; es decir, en los resultados de su cooperación técnica con los países dentro del marco de las orientaciones estratégicas para 1995-1998.

El método conocido como "enfoque lógico para la gestión de proyectos" se empleará para preparar los presupuestos bienales por programas para las unidades regionales y las oficinas de país, a fin de que en cada BPB se jerarquicen las actividades y los objetivos con una relación de causa-efecto claramente definida. Los objetivos bienales para cada área programática regional y las prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS deben reflejar lo que es necesario hacer para alcanzar las metas del 9PGT.

El APB también se preparará empleando el enfoque lógico para la gestión de proyectos, lo que permitirá mostrar cuantitativamente cómo se ejecutarán las actividades anuales para alcanzar los resultados esperados. Indicará, además, en qué forma, de alcanzarse esos resultados, contribuirán a lograr los propósitos del proyecto; y en qué forma las metas generales, si se alcanzan, contribuirán a atender las prioridades mundiales, regionales y nacionales de la cooperación técnica de la OPS.

En el AMPES se hará hincapié en la vigilancia y la evaluación mediante la definición de indicadores para cada nivel jerárquico de objetivos (metas, objetivos, prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS, propósitos del proyecto y resultados esperados). La evaluación anual de los proyectos del APB examinará hasta qué punto se han alcanzado los resultados previstos de la cooperación técnica.

6. Conclusión

La Organización Panamericana de la Salud reconoce la necesidad de adoptar objetivos dirigidos a alcanzar los niveles más altos posibles de salud individual y colectiva y a velar por que todos los seres humanos tengan el derecho a gozar el nivel de salud más alto posible. El logro de las metas de salud y la acción eficaz en las áreas de trabajo esbozadas en este documento exigirán acciones conjuntas de los gobiernos, la Oficina y la sociedad civil de los países. Solo mediante el compromiso de los gobiernos y la comunidad internacional, la asignación de recursos humanos y financieros

y el esfuerzo persistente será posible lograr niveles sanitarios aceptables para los países dentro de un modelo de desarrollo que asigne prioridad al logro de la equidad en materia de salud.

Las funciones de la Oficina son prestar cooperación técnica basada en el análisis de los problemas de salud en los países, buscar consenso en relación con los problemas prioritarios identificados por los países, y movilizar los recursos y la acción internacionales para apoyar los esfuerzos destinados a resolver estos problemas. Tiene la responsabilidad de apoyar a los países y cooperar con ellos en las áreas relacionadas con la salud en el desarrollo, desarrollo de sistemas de salud, la promoción y protección de la salud, la protección y desarrollo del ambiente, y el control y prevención de enfermedades, que son las áreas definidas como orientaciones estratégicas para la Organización durante los próximos cuatro años.

Los países deben mejorar su capacidad para negociar la obtención de apoyo para las prioridades nacionales con los organismos de cooperación técnica y de crédito, así como su capacidad para invertir los recursos nacionales del sector de salud de la manera más eficaz y obtener resultados que permitan lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud. Es crucial que los países tengan la capacidad de determinar sus prioridades nacionales de salud y estén preparados para ejercer su derecho y su responsabilidad de coordinar todos los recursos encauzados hacia dichas prioridades. Este es un requisito necesario, aunque no suficiente, para cumplir las responsabilidades que asumieron, con arreglo a la Constitución de la OMS, de mejorar la salud de sus pueblos "mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".