

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXI Reunión

Santiago, Chile  
Octubre 1972

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XXIV Reunión



Tema 16 del Programa

CD21/27

12 octubre 1972

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

INFORME SOBRE LA III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD Y MEDIDAS  
NECESARIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS DECISIONES ADOPTADAS

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene el agrado de hacer llegar al Consejo Directivo el documento que contiene las recomendaciones de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, titulado "Plan Decenal de Salud para las Américas".

Anexo



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



# III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SANTIAGO, CHILE, 2-9 OCTUBRE 1972

REMSA3/30 (Esp.)  
9 octubre 1972  
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

INDICEPágina

## PARTE I - PLANIFICANDO UN NUEVO DECENIO

Introducción	1
El concepto universal de salud	3
Una nueva nomenclatura operacional	5
El renacer de la ecología	7
Salud maternoinfantil y bienestar familiar. Dinámica de la población.	11
Alimentación y nutrición	13
Participación de la comunidad	15
Recursos humanos para la salud	17
Aprovechando las lecciones del decenio	22
Hacia un aumento y mejor uso de las inversiones	29
Referencias	34

## PARTE II - RECOMENDACIONES SOBRE AREAS PROGRAMATICAS

Enfermedades transmisibles	1
Malaria	9
Enfermedades crónicas	11
Salud mental	13
Salud maternoinfantil y bienestar familiar	17
Dinámica de la población	21
Nutrición	23
Salud dental	28
Saneamiento ambiental	31
Salud ocupacional e higiene industrial	41
Aspectos de salud en los desarrollos regionales	43
Salud animal y salud pública veterinaria	44
Control del empleo de plaguicidas	50
Control de calidad de alimentos	52
Control de la calidad de medicamentos	55
Control de los accidentes de tránsito	58

INDICE (Cont.)Página

Enfermería	60
Laboratorios de salud	63
Rehabilitación médica	66
Educación para la salud	68
Salud y radiaciones	70
Sistemas de servicios de salud y su cobertura	72
Asistencia médica y sistemas de salud	75
Procesos de administración, planificación e información de salud y coordinación intersectorial	79
Sistemas de estadísticas	83
Investigaciones en salud	86
Recursos humanos de salud	88
Tecnología y recursos docentes	102
Universidad Panamericana de la Salud	105
El sistema institucional legal en materia de salud	108
Análisis del financiamiento de las proposiciones del plan decenal	110
PARTE III - METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD DE LAS AMERICAS PARA EL PERIODO 1971-1980	
PARTE IV - RESOLUCIONES	
Resolución presentada por la Delegación del Perú	1
Resolución presentada por la Delegación de la República Argentina	2
Resolución presentada por las Delegaciones de las Repúblicas Argentina y Uruguay	3
Resolución presentada por la Delegación de Canadá	4
Resolución presentada por la Delegación de Chile	5
Resolución presentada por la Delegación de Honduras	7
Resolución presentada por la Delegación del Brasil	8
PARTE V - DECLARACION FINAL	

PARTE I

PLANIFICANDO UN NUEVO DECENIO

## INTRODUCCION

En el decenio pasado resolvieron los Gobiernos de las Américas programar el desarrollo económico y social. Lo quisieron hacer como un proceso armónico, vale decir, como una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios. Estos últimos quedaron enunciados en la Carta de Punta del Este que ha servido de instrumento jurídico para toda esta empresa continental.(1) Ella, a su vez, ha sido parte del Primer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, una decisión de la Asamblea General que coincide, en lo conceptual, con lo resuelto por los países del Hemisferio Occidental.(2)

El Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este (3) ha servido de norma para la formulación de los programas y proyectos nacionales en el período 1962-1971. Su análisis fue objeto de las dos primeras Reuniones Especiales de Ministros de Salud de las Américas que tuvieron lugar, respectivamente, en abril de 1963, en Washington, D.C., y en octubre de 1968, en Buenos Aires, República Argentina. Los Informes Finales (4),(5) correspondientes contienen las Recomendaciones para los problemas considerados que quedaron incorporados a la política de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, por resoluciones del Consejo Directivo (6) y del Comité Regional para las Américas.(7)

En la década se realizaron tres evaluaciones de dicho Plan. Con el título de "Hechos que revelan progreso en salud" (8) la Oficina Sanitaria Panamericana ha publicado, con base a las informaciones de los Gobiernos, las comparaciones entre las metas propuestas y las alcanzadas, con las explicaciones debidas para cada caso particular.

Como ya ha quedado expresado en otra parte "los datos reflejan un esfuerzo continental que emana de la obra de cada país. Mirada en conjunto, esta ha sido sustancial. Analizada en términos de menor morbilidad y mortalidad impresiona igualmente. Más allá de las estadísticas vitales están las profundas modificaciones en conceptos y métodos, la mejor calidad de los recursos humanos y el mayor rendimiento de los servicios. Todo lo cual revela una valiosa experiencia que augura que, para problemas similares, en situaciones ecológicas comparables, será más factible establecer y alcanzar objetivos específicos. Parece natural capitalizar las lecciones del decenio pasado y programar el actual".(9)

Esto es precisamente lo resuelto por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud en sus Reuniones XX y XXIII, respectivamente, de 1971 al decidir llevar a cabo la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en Santiago de Chile, gracias a la gentil invitación del Gobierno de dicho país.(10)

Como marco de referencia en el orden político se determinó que la salud como función social en el Continente debería analizarse bajo el auspicio del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo (11) iniciado el 1º de enero de 1971. Como parte de esta magna empresa, la Organización Mundial de la Salud asignó prioridades y recomendó metas para una serie de áreas programáticas. La mayoría de ellas han sido superadas por muchos países de las Américas y todos realizaron importantes progresos en relación con cada uno de los problemas enunciados.(12) Esta circunstancia justifica la decisión de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud de establecer objetivos para la década 1971-1980 en concordancia con la realidad como se conoce en cada país y en el Continente, con la posibilidad de alcanzarlos y con las tendencias del desarrollo y de la economía. Así quedan definidos los propósitos de esta III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.

## EL CONCEPTO UNIVERSAL DE SALUD

Se acepta hoy que la salud es, para cada ser humano, un fin y para la sociedad a que pertenece, un medio.

Es un fin, un objeto permanente de preocupación individual porque le permite a cada cual realizarse. Bien se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite. En este último sentido la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona. Es un proceso sutil, ininterrumpido, salvo por la aparición de enfermedades de etiología diversa que reflejan la desadaptación al ambiente interno y al que nos rodea.

Es un medio, porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social. Este último es mucho más que lo que expresa el incremento de la economía, las reformas institucionales, los cambios en las estructuras, entre otros factores. Todo ello, si bien muy importante, no singulariza claramente lo que para nosotros es esencial, cual es el significado espiritual de la salud que algunos consideran la auténtica infraestructura de la felicidad como cada cual la siente.

Por estas razones se proclama hoy la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos. Reconocemos que es una aspiración, un desiderátum que no ha alcanzado aún ninguna sociedad en cuanto a la aplicación continua de los mejores conceptos y métodos de la ciencia y de la técnica para prevenir y curar las enfermedades que afectan a los habitantes. Ello no obsta para que sea este propósito el fundamental en nuestro cometido y la responsabilidad de los Gobiernos a los que estamos representando. Porque la salud no es un atributo del hombre aislado. Por el contrario, la comunidad está influida, total o parcialmente, por el estado de salud de sus componentes. Los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual. La disminución de esta energía está en relación directa con la dinámica económica y social del Estado. En consecuencia, la atención de la salud es un derecho de la población y el Gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos. por todas estas razones la salud es un derecho universal que distingue una sociedad civilizada de la que no la es.

Ha quedado superado en la década que termina el debate sobre el significado de la salud para la economía. Como uno de nosotros expresara en el curso de nuestro diálogo constructivo, la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar y que el hombre no es solo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser. Por eso hay consenso en que ambas son componentes del desarrollo, que no se excluyen mutuamente sino que, muy por el contrario, se complementan proporcionalmente. No puede haber productividad

y producción con una población que se enferma con frecuencia, ni salud con una economía estática. Por esta razón, a pesar de todas las dificultades y obstáculos, se prefiere programar el desarrollo económico y social de manera armónica, esto es, con base a objetivos para alcanzar simultáneamente el aumento del ingreso y del bienestar. Si bien no es siempre posible hacerlo para el total de un país, sabemos cómo formularlo para problemas específicos. "Consecuente con esta doctrina - como ya se dijo - en los planes generales de desarrollo procede incorporar los programas nacionales y regionales de salud, desde la fase de preinversión. La proposición es racional; su realización, si bien compleja, es factible. Es más, es ineludible".(13)

El proceso global del desarrollo económico y social debe tener características que le son consubstanciales: debe ser acelerado entendiéndose como tal el crecimiento de Producto Interno Bruto (PIB) con un ritmo superior al 6 por ciento anual; debe ser no sólo acelerado sino que también autosuficiente para que esté en condiciones de alcanzar las metas establecidas dentro de una trayectoria de equilibrio dinámico a largo plazo; debe estar al servicio del hombre como instrumento de progreso social, entendiéndose como tal la justa distribución de las rentas y la creación de un marco institucional que asegure la ausencia de privilegios y la democratización de las oportunidades, traducida en facilidad de acceso a las fuentes de la educación, salud y empleo; el desarrollo económico de un país es problema exclusivo de su Pueblo y no puede depender de la generosidad de terceros.

Sigue vigente la definición de problemas de salud que hiciera la Primera Reunión de Ministros en abril de 1963, como sigue: "...los entendemos, como el conjunto de factores que condicionan las enfermedades y su distribución en cada sociedad. Estos factores son de orden biológico, económico, histórico y cultural. De acuerdo con las informaciones disponibles prevalecen en la América Latina las infecciones, la desnutrición, el saneamiento deficiente, la vivienda inadecuada y condiciones de trabajo insalubre, la ignorancia, el vestido inapropiado, el bajo ingreso real de cada persona. En conjunto producen una morbilidad general exagerada; una elevada mortalidad infantil en los menores de cinco años ...; accidentado curso del embarazo, parto y lactancia en las madres, lo que se traduce en la limitación de la expectativa de vida al nacer. Son ellos responsables también de la escasa capacidad de los escolares, del rendimiento limitado de las fuerzas del trabajo; además, de un sentimiento de pesimismo frente a la vida. Estos problemas de salud tienen distinta distribución de uno a otro país, en el seno de cada uno de ellos y en el medio urbano y rural".(14)

A lo anterior habría que agregar lo que uno de nosotros describió entre los desafíos relacionados con la "sociedad sofisticada" del presente en la que hay que considerar, además, los efectos deletéreos de los contaminantes, el abuso de las drogas en todas las edades, los problemas derivados del hábito de fumar, los aspectos médicos de los accidentes, particularmente en el grupo más joven y la mortalidad por causa de enfermedades degenerativas - cardiovasculares y cáncer - entre los ancianos.

## UNA NUEVA NOMENCLATURA OPERACIONAL

Esta concepción de los problemas de salud, su origen y su dinámica - que podríamos considerar estructural - se mantiene hoy con todas sus implicaciones. Se ha creado en años recientes una nomenclatura operacional, en cierta forma un nuevo lenguaje, que facilita la programación, incluidas las prioridades, las asignaciones presupuestarias y la ejecución de las acciones específicas. Ella está contenida en el Programa General de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud para el período 1973-1977.(15)

En esta sistematización se diferencian, por una parte, los problemas relacionados directamente con la situación de salud y, por la otra, aquellos que dependen de la calidad, cantidad y organización de los recursos y de los métodos y procedimientos para mejorarla. Los primeros se reúnen bajo la denominación de servicios para la salud de las personas entre los que se incluyen atención maternoinfantil, nutrición, control de enfermedades transmisibles y crónicas y todo lo relativo al ambiente. Los segundos responden a la denominación de desarrollo de la infraestructura y comprenden los sistemas nacionales de salud y, entre ellos, los recursos humanos, profesionales, técnicos y auxiliares; los procesos de administración, planificación, evaluación e información; la legislación y la reglamentación; la investigación básica y operacional y el financiamiento. En este último aspecto se ha reconocido ampliamente la dependencia de nuevas estructuras aunque con la responsabilidad de hacerlas producir al máximo de su capacidad potencial.

Los factores que condicionan el estado de salud a que hicimos referencia se interrelacionan en forma diversa de acuerdo con el grado de desarrollo de cada sociedad. De este hecho resulta la naturaleza, la magnitud y la frecuencia de los problemas de salud específicos. Cualitativamente la situación del pasado decenio persiste pero en cambio se observan marcadas diferencias cuantitativas que reflejan el progreso de la Región. Los programas se formulan hoy en busca de niveles útiles, lo que equivale a una cantidad de acciones de prevención y curación que modifican en descenso las tendencias de la morbilidad y de la mortalidad. Es evidente que esta circunstancia se observa más habitualmente en los países en desarrollo. No ocurre igual en aquellos tecnológicamente avanzados, con una expectativa de vida al nacer de alrededor de 70 años, cuyas enfermedades prevalentes no son siempre susceptibles de prevención, el tratamiento es de alto costo y dependen, con mucho, de una modificación de hábitos y costumbres inveteradas, es decir, de la conducta individual. Sabemos lo difícil que es modificarla en ciertos casos, aun en aquellos en los que el beneficio personal resulta de toda evidencia.

Un régimen de cambios, en el decenio que termina, pasó a ser la norma para satisfacer la demanda social. Donde la rigidez de las estructuras,

la deficiencia de la administración, la discontinuidad de las decisiones, la insuficiencia del financiamiento interfirieron con la consecución de determinados objetivos, se hizo resaltar la urgencia de modificar en profundidad este estado de cosas que se reflejaba en más enfermedad. El período fue rico en experiencias de este orden, las que no siempre alcanzaron la profundidad necesaria como para alterar la dinámica de un problema determinado. Ello no significa que en la década que se inicia estas lecciones no puedan ponerse en práctica para acelerar la reducción de la morbilidad y de la mortalidad específicas en el Continente.

## EL RENACER DE LA ECOLOGIA

El renacer de la ecología - la vieja ciencia que Haeckel creara hace cien años - ha ocurrido con vigor inusitado en los últimos cinco. Por definición ella estudia las relaciones continuas entre los seres vivos y el ambiente del que son parte. Aplicada al hombre, coincide con nuestras ideas de salud. Hablamos hoy de una concepción ecológica de la salud que busca el conocimiento de los seres humanos en su integridad, en armonía con su medio interno y externo.

Lo ocurrido en las sociedades industriales debe servir de advertencia a los países en desarrollo. En efecto, la explotación de las riquezas naturales, la industrialización y la urbanización no programadas, han producido la contaminación del aire, del agua y del suelo que ha atentado contra el equilibrio favorable de las especies - destruyendo algunas que queremos conservar - la producción y el consumo de alimentos, la salud y el bienestar. A estos componentes físicos hay que agregar los de orden psicológico y social que tienen que hacer con los ruidos excesivos e innecesarios, la soledad o la violencia, el hacinamiento y la promiscuidad, todo lo cual interfiere con una sana convivencia. Esta se agrava con el deterioro de las bellezas naturales. Los problemas mencionados son interdependientes con el crecimiento de la población, la demanda de bienes y servicios - cualesquiera su origen y fuente de producción - y el acumulo de residuos.

Como nunca en el pasado, las decisiones de Gobiernos, instituciones y personas, tienen consecuencias que trascienden, con mucho, los efectos inmediatos. Procede pensar y actuar ecológicamente, modificar nuestros juicios de valor y nuestra conducta, si queremos evitar o limitar el daño del medio humano y la salud en las comunidades.

La verdad es que la calidad de la vida deriva de este continuo intercambio e interrelación de los seres humanos con su ambiente, un verdadero metabolismo social. En él participan todas las variables que es dado suponer, inducidas o producidas por el hombre y la naturaleza. Ante tanta diversidad - una miríada de factores en constante modificación - se comprende lo encontrado de las opiniones respecto a problemas, prioridades, técnicas e inversiones, nacionales o entre las naciones. Es esencial que los países o las regiones cuenten con una política, es decir, un enunciado de lo que se proponen hacer, los hechos que fundamentan este cometido y cómo llevarlo a la práctica.

En lo que respecta al ambiente, reiteramos lo resuelto por la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana y la XX Reunión del Consejo Directivo.(16) Si bien los avances en la provisión de servicios de agua potable y de alcantarillado en el decenio pasado fueron considerables - una obra de los Gobiernos y del esfuerzo de los habitantes, sobre todo del medio rural - son muchos aún los que carecen de estos servicios esenciales

y a los que asiste el mismo derecho. Nuestra prioridad es indiscutible, con particular atención a los más necesitados, quienes habitualmente viven en aldeas y en la periferia de las grandes ciudades. Con este fin hemos establecido metas que esperamos alcanzar con el empleo de técnicas modernas que comporten una aceleración del sistema de instalaciones, un mejor uso de los recursos domésticos, mayores facilidades del capital exterior y, lo que es fundamental, la participación activa de las comunidades.

Deberemos preocuparnos, a la vez, de los otros componentes del ambiente, de acuerdo con su influencia deletérea en la salud. Será del caso identificarlos por la investigación epidemiológica y reducir sus efectos empleando los métodos que sean aplicables y financieramente posibles.

Este propósito incluye la formación universitaria de ecólogos y otros especialistas en ciencias del ambiente; la investigación y el análisis de cada empresa para el desarrollo, económico y social, en términos del medio humano; la promulgación de leyes y reglamentos que hagan viable la política y las normas establecidas; la creación o racionalización técnica y administrativa de las instituciones del Estado responsables de todas estas cuestiones.

Ha quedado en evidencia el papel fundamental de los Ministerios de Salud. De ellos depende el evitar que el desarrollo se programe y se ejecute en forma deshumanizada. Ello será más fácil de realizar si se le entregan directamente estas responsabilidades como ya ha ocurrido en algunos de nuestros países. En todo caso, nuestros Ministerios deben estar presentes en las decisiones de los Gobiernos para todo el proceso de producción industrial y agrícola, así como para los llamados desarrollos regionales, con el fin de aportar todo aquello que evite enfermedades y no interfiera con la economía. Los proyectos relacionados con la infraestructura económica son ejemplos concretos. Cabe citar las cuencas hidrográficas, tanto las que se extienden a varios estados o provincias de un país, como las que comprenden dos o más países. La construcción de caminos, los sistemas de irrigación, las plantas de energía son otras tantas obras que pueden dar lugar a problemas ambientales, sea porque destruyen el equilibrio de especie o porque estimulan la reproducción de vectores, o contaminan el aire, el agua y el suelo, afectando la salud por cualquiera de estos mecanismos.

Mención especial merece el uso - o mejor dicho el abuso - de plaguicidas en la agricultura. Si bien se reconoce su valor para el cultivo de ciertas especies, se ha comprobado que destruyen otras, como aves y peces, penetran el ciclo de la producción de alimentos y, lo más grave, intoxican directamente a seres humanos. En algunos países se ha resuelto prohibirlos. Son los menos. Lo contrario ocurre en aquellos otros en los que aún predominan las enfermedades transmitidas por vectores. La malaria es el ejemplo más conspicuo. En aquellas áreas donde los Anopheles son susceptibles a un determinado insecticida, es esencial emplearlo exclusivamente en el programa de erradicación del paludismo. Así evitaremos crear especies resistentes. Con igual criterio hay que proceder con el Aedes aegypti, vector urbano de la fiebre amarilla. Este planteamiento ha sido aceptado por la Organización Mundial de la Salud.

De estas consideraciones se desprende la urgencia de programar en conjunto la aplicación de estos productos por los Ministerios de Agricultura y de salud. Hemos patrocinado, como medida de carácter general, la creación de Comisiones Permanentes con tal propósito. Para facilitar su labor habrá que redactar la legislación y los reglamentos del caso, así como las normas y procedimientos para cada región de los países, teniendo presente lo que requieren el desarrollo agropecuario, el control de las enfermedades y el fomento de la salud.(17),(18)

Reiteramos lo ya expresado en el Informe Final de la Segunda Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas que tuvo lugar en Buenos Aires, República Argentina, en octubre de 1968:

En los años venideros, los Gobiernos tendrán que hacer frente a problemas ambientales de mayor magnitud y complejidad. El adelanto de la tecnología dejará una estela de tensiones humanas más complicadas. Aumentarán los contaminantes ambientales y abarcarán desde los microbiológicos hasta aquellos que proceden de sustancias químicas. La exposición a sustancias tóxicas durante mucho tiempo adquirirá mayor importancia y será más difícil de diagnosticar porque existirá una mayor separación entre la causa y el efecto. El crecimiento de las ciudades agravará los problemas de la congestión del tránsito, de los accidentes y de los riesgos del ruido. Las mayores densidades de población y la vivienda deficiente aumentarán los riesgos de las enfermedades transmisibles y los problemas de salud mental. En los complejos industriales, las enfermedades profesionales exigirán una atención más concentrada y más medidas curativas.

En lo futuro, los organismos de salud tienen que ampliar sus actividades a fin de tomar en consideración los barrios míseros, la pobreza y la suciedad, la ignorancia y la delincuencia.. y los efectos que estos factores tienen sobre la salud total de la población.(19)

Podríamos predecir que aumentará la demanda social en pro de un ambiente sano. Aparece ya en los grandes núcleos urbanos del Continente como uno de esos hechos irreversibles que habrán de estimular continuamente la acción efectiva de los Gobiernos y la responsabilidad compartida de los Ministerios, entre ellos, en particular, los de Salud. Este modo de razonar comporta una modificación profunda de las costumbres y actitudes en el diario vivir porque, en última instancia, el deterioro del medio humano crece proporcionalmente con el número de habitantes, su poder de compra y de consumo y sus residuos y desechos. La comunidad tiene derecho a usar los recursos de la naturaleza para asegurar su crecimiento y desarrollo; pero nadie lo tiene para usar y destruir este patrimonio, ya que el derecho a la vida y a la salud genera la responsabilidad de procurar la pureza del agua, del aire y la fertilidad de la tierra, evitando el deterioro ecológico que el mismo desarrollo propicia.

No siempre existe la deseable armonía entre el hombre y su ambiente. Se producen a veces contingencias desgraciadas que hasta adquieren contornos de catástrofe. En una u otra forma nuestros países han debido afrontar estos eventos para los cuales existe una epidemiología que debería haber merecido una mayor atención.

Su decurso violento o sórdido obedece a múltiples causas, todas ellas en relación a factores ambientales y telúricos. Son conocidos los efectos de maremotos, terremotos y huracanes así como su distribución geográfica preferente.

En el mismo orden de ideas cabe recordar en este sitio otras "emergencias" no tan violentas pero con idénticos caracteres de verdaderas desgracias como son las épocas de sequía, el exceso de lluvias y las inundaciones consiguientes y que influyen sobre la vida del hombre en sociedad.

Se mencionan estos hechos como un aspecto más de la influencia innegable de los factores ecológicos sobre la salud y como uno de esos problemas que no es conveniente desdeñar.

SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR. DINAMICA DE LA POBLACION.

Los grupos expuestos a los riesgos en el campo de la salud materno-infantil en América Latina y el Caribe constituyen - incluyendo las mujeres en edad fértil y los niños menores de 15 años - el 63% de la población. El crecimiento demográfico acelerado de muchos países aumentará en particular, en los grupos mencionados, las demandas de servicios sociales, incluidos los de la salud.

En la década más reciente se han comprobado limitados progresos en materia de salud materno-infantil. Las tasas de mortalidad materna, muy subvaloradas, fueron aproximadamente cinco a siete veces más elevadas en América Latina y el Caribe (tasas de 13.5 y 18.8 por 10,000 en Mesoamérica y América del Sur, respectivamente), que en América del Norte (2.5 por 10,000).

Las defunciones maternas son en su mayoría evitables y son la consecuencia en modo especial de la toxemia gestacional, los accidentes hemorrágicos, las sepsis y de un modo especial el aborto inducido clandestinamente.

En lo que respecta a las defunciones en menores de cinco años, en 17 países de la Región la proporción respecto a la mortalidad total es superior a 20%, en tanto que en los Estados Unidos de América y en el Canadá las cifras son del orden de 4.6 y 5.5. Las tasas de mortalidad infantil y de 1 a 4 años, sujetas a importante subregistro, fluctúan desde 34 a 101 por 1,000 y desde 1.4 a 24.7 por 1,000, respectivamente.

Las causas registradas de defunción en la niñez son comúnmente reducibles. Entre ellas destacan la gastroenteritis, las enfermedades transmisibles y las respiratorias. No es fácil ponderar el papel de ciertas causas comprendidas en el rubro de las "perinatales" y en el de la desnutrición. Sin embargo, este último trastorno es sin duda una importante causa básica o asociada, aunque no bien registrada, de las defunciones infantiles.

Los factores sociales y económicos, en otras palabras, el reducido ingreso nacional y su distorsionada distribución familiar, influyen en los elevados riesgos de la familia y de madre y niño por su efecto desfavorable sobre la nutrición, sobre el nivel de los servicios obstétricos y pediátricos, y sobre la educación. Por otra parte, es evidente que la extensión de los servicios de salud materno-infantil es limitada, discontinua y comúnmente de eficiencia restringida. La cobertura de embarazadas es generalmente inferior al 30%, la atención institucional de parto en cerca de la mitad de los países es inferior al 50%, la asistencia en el puerperio con frecuencia está bajo un 5%. Asimismo, la atención de los niños menores de 5 años suele ser tardía, de escasa cobertura y de inadecuada integración.

Explican en gran medida los hechos reseñados, la debilidad de la infraestructura administrativa de los servicios de salud materno-infantil; la limitación e inexistencia de una asignación definida de recursos a los programas en referencia, la disponibilidad restringida de personal profesional

y auxiliar especializado, su distorsionada distribución, las dificultades existentes en comunicaciones, transporte y equipamiento, y finalmente y de un modo especial, la inexistencia de una efectiva participación de la comunidad en los programas correspondientes.

Ha existido consenso en el propósito de reducir los riesgos de enfermar y morir que en la actualidad se comprueban en madres y niños, y en extender la cobertura de los servicios de salud maternoinfantil y bienestar familiar, velando al mismo tiempo por una adecuada concentración de las actividades. Deberá velarse por brindar especial énfasis al niño en su primer año de vida, y al binomio madre-recién nacido en el momento del parto.

Ofrecer a las familias, siempre que no se oponga a la política de cada país, la oportunidad de obtener información y servicios adecuados sobre los problemas relacionados con la fertilidad y esterilidad.

Para el logro de estos propósitos, debe formularse una política intersectorial de protección a la familia, la maternidad y la infancia, en la que se incluyan aspectos relacionados con disposiciones que garanticen sus derechos cívicos y jurídicos; reglamentos que aseguren su protección económico-laboral; promoción de actividades de recreación; educación y orientación vocacional; y la ejecución de actividades programadas de salud materno-infantil.

El programa de salud mencionado deberá tener cobertura universal, eficiencia operacional y accesibilidad geográfica, institucional y financiera.

## ALIMENTACION Y NUTRICION

"Existe consenso por parte de los Gobiernos de la América Latina y del Caribe en considerar que la Región posee tierras, minerales y fuentes de energía que esperan, además de una adecuada inversión financiera, una organización institucional y una aplicación tecnológica para transformar su potencialidad de bienes y servicios en el campo de la nutrición y de la alimentación. Ante esta posibilidad de recursos, la existencia de los estados de subalimentación y desnutrición, representa una grave contradicción que por razones humanitarias, sociales y económicas es importante superar".(20)

Hay antecedentes que permiten señalar que la disponibilidad de alimentos no alcanza para atender las necesidades de la población; el consumo no es suficiente ni equilibrado, no solamente debido a factores culturales sino a factores económicos; y su utilización por parte del organismo es inadecuada.

La disponibilidad de alimentos por habitante no ha aumentado sensiblemente en relación con el decenio pasado, debido a numerosos factores entre los cuales merecen destacarse, no solamente los sistemas de tenencia de la tierra, la baja fertilidad de las tierras, los sistemas inadecuados de irrigación, el uso limitado de los fertilizantes, la falta de aplicación de modernas tecnologías agrícola y pesquera, los sistemas primitivos de explotación de la tierra y la patología vegetal y animal, sino también el crecimiento acelerado de la población. Se ha calculado que las pérdidas por ciertas zoonosis superan el 35% del total de la producción. Se explica así el respaldo que los Ministerios a nuestro cargo y de Agricultura le dan a los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis.

Es conocida la interferencia de las costumbres y hábitos alimentarios, así como de las creencias y supersticiones, en el consumo de alimentos. Estos factores agravan el bajo poder adquisitivo de la familia y son sinérgicos con el analfabetismo y la ignorancia. Está largamente documentado en cuánto influyen las infecciones microbianas y parasitarias en la mala utilización biológica de los alimentos. Tampoco se olvide que la Investigación Interamericana de la Mortalidad en la Niñez, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud, ha demostrado el alto porcentaje en que la malnutrición potencia a la infección hasta determinar la muerte.(21)

La interrelación de nutrición/infección es el primer factor de importancia epidemiológica que debe ser tenido en consideración en nuestro medio, valorando sus raíces económicas y sociales, plantear actividades que puedan lograr metas de verdadero valor humano en relación con la salud de nuestros niños en el actual decenio.

Todo este complejo proceso que se extiende desde la producción y el consumo de alimentos, hasta su utilización biológica y que se relaciona con la importación y exportación de alimentos, sólo puede visualizarse como un sistema, basado en una política definida de alimentación y nutrición. Su puesta en práctica es de responsabilidad de los Ministerios de Salud, Agricultura, Educación, Economía y Planificación. En el momento actual - a pesar de las graves deficiencias que se han venido señalando - los Gobiernos no han establecido un mecanismo para armonizar los alimentos que la población requiere para su salud con los que la economía exige. Afirmamos que lo primero es lo esencial

por el aporte al ingreso nacional que hace una población sana y bien nutrida. Reiteramos nuestra decisión de contribuir a que se dicte dicha política y ponerla en ejecución mediante programas y proyectos cuidadosamente formulados y coordinados. Reconocemos que se trata de un objetivo a largo plazo cuya materialización no es sencilla pero cuyo momento ha llegado. Con este propósito estimamos valiosa la colaboración internacional de la OPS/OMS, FAO y UNICEF. Por las razones enunciadas confiamos en que aumenten los créditos del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento para el control de la fiebre aftosa y de las zoonosis más frecuentes en las Américas para aquellos proyectos orientados a asegurar la disponibilidad, el consumo y la utilización adecuados de los alimentos en la Región.

Se reconoce que como parte del desarrollo de una política intersectorial de alimentación y nutrición hay una serie de programas que contribuyen a obtener una solución integral y otras medidas que pueden ayudar a aliviar la situación a corto plazo.

Entre las primeras cabe destacar la transformación de las estructuras económicas y de tenencia de la tierra, con el fin de obtener cambios significativos en la estructura de la demanda, y medidas para asegurar una oferta adecuada de alimentos, y como consecuencia de ello el mejoramiento del estado nutricional de la población. Esto se logrará mediante efectivas reformas agrarias y por medio de la aplicación de modernas tecnologías para la producción y el procesamiento de alimentos, complementados con sistemas modernos de comercialización. Por otra parte, es aconsejable la asociación de grupos familiares en cooperativas agrarias a fin de transformar la vetusta estructura rural en una agro-industria productiva.

Entre las medidas que pueden aliviar la situación alimentaria actual con base en la utilización de las potencialidades existentes en las comunidades rurales, cabe mencionar el estímulo a la producción local de alimentos en áreas de economía de subsistencia. El trabajo de la tierra en equipo, en grupos comunales, utilizando técnicas agrícolas modernas, habrá de mejorar la producción local de alimentos la que puede utilizarse de inmediato en el mejoramiento de la dieta familiar en estas comunidades.

Por otra parte, la economía de nuestros países no siempre permite la importación de los alimentos que complementen la producción nacional y que necesitan todos los habitantes.

Hemos propuesto una serie de metas concretas y la estrategia correspondiente para disminuir la prevalencia de las enfermedades nutricionales y acercarnos a un nivel óptimo de alimentación en nuestros países. En conjunto, representan un auténtico programa que estimamos posible de cumplir. No obstante, ello no será factible si no se le da al problema la prioridad que le corresponde, no cuenta con la decisión del Gobierno ni con los recursos indispensables, así como con la participación activa de los habitantes y la asesoría de los organismos internacionales.

Se reconoce que el adecuado estado nutricional y la satisfacción de la demanda de alimentos es un derecho inalienable de los pueblos, y, en consecuencia, se establece este derecho como objetivo en sí aparte de cualquiera consideración puramente económica del desarrollo económico y social de un país.

## PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

Como ya se hizo presente en el párrafo precedente, en los últimos años se ha intensificado un movimiento de participación de las comunidades que se han organizado para contribuir a la realización de los programas de salud. Históricamente su origen se remonta a costumbres - un verdadero sistema de trabajo - de los aborígenes del Continente.

En lo que se refiere a los problemas de salud y su promoción constituye un marco que, en su más amplio concepto, servirá de substrato educativo, de elemento movilizador de la conciencia ciudadana para modificar actitudes y comportamientos y hacer de la salud no sólo un derecho sino que una responsabilidad trascendente de la población, quien no deberá conformarse con aceptar los programas, sino que participar decididamente en ellos para multiplicar los recursos de salud creados por ellos y para ellos.

La organización de la comunidad será el elemento decisivo para aprovechar el inagotable potencial de la población, canalizando sus inquietudes hacia actividades de verdadero servicio social, para el mejoramiento del ambiente, cuyas repercusiones han de ser trascendentales en la lucha para alcanzar mejores niveles de salud que propicien el constante desarrollo físico, social, cultural y económico del hombre.

Tanto en el medio urbano como en el rural, cuando la motivación ha sido auténtica, es decir, guiada a fomentar el bien común, la respuesta de los habitantes ha superado las expectativas. Lo fundamental es oír lo que desean, hacerlos participar en las decisiones así como en la ejecución de las obras, incluido el financiamiento. De acuerdo con el tipo de problemas y las medidas para resolverlos la comunidad se organiza en grupos a los que se les asignan determinadas responsabilidades. Los funcionarios de salud tanto nacionales como locales trabajan con ellos con lo cual se pueden ampliar los objetivos de cada programa y garantizar su realización y continuidad.

En algunos países se ha legislado sobre esta materia apoyando a las organizaciones de la comunidad u otras formas de organización popular.

En el programa de erradicación de la malaria se ha comprobado cuan valiosa es la labor de los llamados colaboradores voluntarios, por sobre todo en las fases de consolidación y mantenimiento. Ellos pueden cooperar en otras acciones de salud como son las de inmunización y saneamiento.

Procede - repetimos - catalizar este riquísimo potencial que existe en el Continente para hacer viables las actividades de prevención y curación de las enfermedades. En las comunidades rurales se dan con frecuencia las condiciones para fomentar un desarrollo integral que incluya la producción agropecuaria, viviendas, escuelas, servicios de salud, caminos vecinales y otros componentes que contribuyen a mejorar el nivel de vida.

La participación comunitaria ha sido una respuesta acertada a este nuevo enfoque de la atención de la salud y la enfermedad por cuanto la motivación, educación y organización de las comunidades les está permitiendo participar en los programas para beneficio de su propia salud.

## RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Los recursos humanos siguen siendo lo fundamental para la "atención médica integral". Sean los profesionales y técnicos formados en la Universidad, sean los auxiliares siempre que trabajen en forma integrada y sistematizada dentro del marco de un programa, son garantía para el logro de los objetivos que se esperan. Como ya lo señalamos, en la medida en que motiven a las comunidades para los propósitos que se persiguen, su actividad puede beneficiar a un número mayor de habitantes que los proyectados.

En el decenio pasado hubo marcados avances en la preparación o capacitación de las diversas categorías de funcionarios de salud. Destaca el caso de los médicos, cuya formación se va a realizar en una proporción aceptable para la tasa de crecimiento de la población debido a la creación de 60 escuelas de medicina en dicho período en I. América Latina y Región del Caribe.(22) Una situación comparable se advierte en los países tecnológicamente avanzados en los que el tipo de los problemas prevalentes obliga cada vez más a una atención personal.

Con respecto a estos últimos hay algunos problemas que sin ser peculiares adquieren un énfasis especial.

El médico general - proveedor primario del cuidado familiar - existe sólo en baja proporción del total de médicos y debe contar con habilidad y actitudes sociales. Como resultado de la creciente especialización uno de los países relató una disminución de 5,000 médicos familiares, en comparación con el año 1957. El adiestramiento de médicos generales en número suficiente es necesario para los cambios de estructura que se proponen.

Complica aún más el problema el hecho de que un menor número de médicos ejerce su práctica donde más necesarios son sus servicios, esto es, en áreas urbanas pobres y en las regiones rurales del país. Contrasta el hecho con la cantidad de profesionales en las grandes ciudades en los centros médicos de importancia y con aquellas áreas rurales de numerosas comunidades donde no hay ni tan siquiera uno.

Habría que distribuir más racionalmente a los médicos en las distintas especialidades. También en los países tecnológicamente avanzados se está reconociendo la necesidad de obtener un mejor aprovechamiento de los recursos elevando su productividad con la ayuda de auxiliares que permitan un mejor aprovechamiento del tiempo médico.

En la solución de los problemas de salud de los países en desarrollo ha sido demostrado que las enfermeras, los auxiliares de enfermería y la comunidad son esenciales para la prestación del cuidado de salud. El déficit de personal de enfermería es aún grande y persistente y si se espera lograr las metas de los planes de salud de los países éstos deberán definir el nivel de atención de enfermería que cada uno requiere dentro de su sistema de salud, el tipo y número de personal y los programas educacionales necesarios y tomar las medidas correspondientes para llevar esto a la realidad.

Hubo también progresos substanciales en la década que termina en la formación de odontólogos, ingenieros, médicos veterinarios, bioquímicos-

farmacéuticos, nutricionistas y otros profesionales. Sin embargo, la necesidad actual es mucho mayor y la que se ve venir obliga a intensificar su preparación.

Los problemas relativos a los recursos humanos en salud derivan del régimen docente de las universidades, su distribución en el medio urbano y rural, los emolumentos e incentivos y la migración, el perfeccionamiento de los graduados y la forma de organización del sistema de atención médica.

Es necesario planificar la formación y el empleo de personal de salud en los países.

Reiteramos nuestro apoyo a la reforma en la enseñanza de las ciencias de la salud que patrocinan la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.(23) Se caracteriza por ser integral en cuanto a unidad de objetivos para realizar la salud como función biológica y social; multidisciplinaria, en el sentido que analiza los fenómenos normales y patológicos del individuo y de las comunidades con el aporte simultáneo y sistematizado de los principios y técnicas que explican su origen y concurren a la prevención o curación cuando así procede; multiprofesional, porque procura preparar y capacitar en la Universidad - en un proceso gradual en el que se coordinan las ciencias básicas, clínicas y sociales - a los profesionales y técnicos de salud.

Es de hacer notar que en la actualidad los programas de enseñanza son reflejo y dependen de las estructuras, sean cátedras o departamentos, en que está dividida la institución docente. Este hecho ha contribuido en muchos casos a transmitir esa imagen parcelada de la salud, opuesta a la que deriva del conocimiento sistematizado. De lo que se trata, precisamente, es organizar la enseñanza y el aprendizaje con base a problemas y no a disciplinas, en cuya explicación participarán los docentes, cualquiera la unidad a que pertenezcan, procurando mostrarle al estudiante todos los aspectos que dan lugar a una función normal o patológica. Con otras palabras, facilitarles la síntesis que les revele lo que ocurre en la naturaleza y no obligarlos a crearla.

Para llevar a la práctica esta política, hemos recomendado una más estrecha acción de los organismos de salud, públicos y privados, con las universidades por medio de la regionalización docente-asistencial. Los primeros contribuyen y se benefician de la educación y las segundas se incorporan auténticamente al desarrollo y al bienestar. La investigación, centrada en los problemas de mayor frecuencia, representa el eslabón que contribuye al progreso en bien de los habitantes. Así entendemos la llamada "medicina de la comunidad" y la concebimos como el medio para poner a disposición de la enseñanza, en lo posible, lo que necesita; a la vez que obtener de profesores y estudiantes la aplicación de medidas modernas de prevención y curación de las enfermedades.

Estimamos de mucho valor la participación de los estudiantes de las diversas ciencias de la salud en los servicios, desde los comienzos de su carrera. La enseñanza por vía de la acción facilita el aprendizaje de los conceptos e induce el sentido de su propio valor al futuro profesional; le da un conocimiento de la realidad que lo puramente académico y su propia formación no siempre le permiten crear. Los llamados programas de "servicio rural", por los cuales los estudiantes, antes de recibir su título, hacen una estada de

uno a dos años como responsables de las acciones preventivas y curativas en determinadas comunidades, se muestran como un complemento útil para su preparación. No habría que reducirlo sólo a los médicos sino que incluir a odontólogos, enfermeras, veterinarios, entre otros profesionales. Como es natural, mientras mayor es la supervisión, es decir, las posibilidades de consulta o referencia de determinados enfermos, mejores son los resultados. Si esta etapa se considera como el comienzo de una carrera funcionaria del Estado, con incentivos para progresar, mejores aún las posibilidades de éxito del sistema y de beneficio para el país. Es evidente que debe formar parte del proceso de coordinación de los Ministerios con las Universidades.

Reconocemos que estos planteamientos sólo podrán realizarse progresivamente para lo cual una decisión continuada en nuestros Ministerios así como en las Universidades, es imprescindible. Es el interés nacional y el bienestar social lo que debe guiar nuestro cometido.

Creemos indispensable mejorar la información sobre recursos humanos que comprenda no sólo su categoría, número y situación funcionaria, sino además su formación y experiencia, así como su disponibilidad. Esto incluye definiciones precisas sobre funciones de los diversos profesionales, técnicos y auxiliares. Debe organizarse como un proceso, en continua actualización, para que sea de valor en la planificación de la salud y de la educación. Establecidas sus responsabilidades dentro de la estructura de las instituciones, será posible promover la organización de las comunidades para mantener y acelerar los programas de salud.

El aumento creciente de los egresados de la enseñanza media se deja sentir en la demanda estudiantil por las carreras universitarias. Por razones de orden contingente, un número importante de las Universidades no se encuentran en la actualidad en condiciones de limitar la matrícula. Esta situación requiere orientar a los estudiantes, a la vez que crear nuevas profesiones que el desarrollo está promoviendo. Para aumentar la cantidad de estudiantes admitidos y mejorar la calidad de la enseñanza es necesario formar más y mejores docentes e investigadores en las universidades y escuelas de salud pública.

Las ideas sobre reforma de la enseñanza de las ciencias de la salud que hemos enunciado tienen el propósito, entre otros, de facilitar la formación de técnicos, sin perjuicio que los mejor dotados puedan en el futuro continuar su preparación superior. De no tomarse medidas de este orden, se puede predecir que continuará el desequilibrio entre profesionales y técnicos de nivel intermedio que hoy existe. En efecto, las informaciones disponibles muestran que del total de los recursos humanos en los países de América Latina y el Caribe, el 45% es de nivel universitario, el 12% es de nivel preuniversitario o técnico y el 42% son auxiliares.(24) Si se considera que estos últimos, en proporción importante - a pesar de notables progresos en el decenio anterior - no se han beneficiado de una capacitación organizada, se concibe el dispendio al destinar, en ocasiones, las dos primeras categorías a actividades que son propias de la tercera.

Esta situación se agrava por la distribución de los recursos humanos en el medio urbano y rural. La concentración en el primero y el abandono de las comunidades apartadas de la gran ciudad son evidentes. Hicimos referencia ya,

a la necesidad urgente de institucionalizar la atención rural por los graduados antes de recibir su título. Esta medida debe complementarse con la organización de los servicios hasta alcanzar la mayor cantidad de población accesible a cargo de auxiliares capacitados, con adecuada supervisión. Es ésta, tal vez, la tarea de mayor importancia y envergadura para el presente decenio.

Hay un problema de estipendios y de incentivos para atraer a los funcionarios al medio rural. No siempre se considera lo que significan el aislamiento, la falta de comunicación con los centros científicos del país y del exterior, los obstáculos que impone la geografía para referir enfermos a los establecimientos mejor dotados, las dificultades para obtener oportunamente equipos y materiales indispensables para la prevención y el tratamiento de enfermedades, el exceso de responsabilidad. Todos deben merecer ingresos relativamente mayores que compensen sus esfuerzos.

Nos preocupa la migración de profesionales a otros países del Continente en circunstancias que su experiencia es valiosa para aquéllos que los formaron. Si se considera el costo de su preparación y la contribución que ellos hacen durante su vida profesional, las pérdidas son considerables. Todo ello sin medir lo que significan las vidas que pudieron salvar y las enfermedades que evitar. El país que los recibe se enriquece en una proporción comparable. Estimamos necesario actualizar la información reunida por la Organización Panamericana de la Salud y tomar las disposiciones para reducir dicha migración.(25, 26). La experiencia demuestra que no depende exclusivamente de una aspiración a mayores ingresos sino, también, de motivación de los interesados para realizar lo que su espíritu anhela y su talento permite.

Esta síntesis sobre los recursos humanos para la salud - fundada en los documentos y el análisis de los mismos - reafirma que son insustituibles para todos y cada uno de los programas de prevención y curación de las enfermedades en nuestros países. Hemos destacado la prioridad que le asignamos a personas y comunidades que carecen hoy de toda atención o, lo que es más grave aún, no tienen acceso a la misma. Con plena conciencia de la situación y de la calidad de los problemas, postulamos la urgencia de entregar a auxiliares capacitados - con adecuada supervisión profesional - las responsabilidades compatibles con su experiencia, para modificarlos respondiendo así al sentido social y humanitario de nuestro cometido.

Este planteamiento se complementa con la formación de graduados siempre que ella incluya, en todas sus etapas, el conocimiento de la realidad y la aplicación de técnicas modernas a la solución de los problemas más frecuentes; en suma, que se enriquezca con la acción. Hicimos referencia al "servicio o internado rural" para todas las profesiones de la salud, que quisiéramos ver institucionalizado en algunas circunstancias o en algunos países.

Los progresos alcanzados en las llamadas "ciencias de la vida" han sido sorprendentes en los últimos treinta años del presente siglo. Han derivado de la investigación científica realizada por instituciones públicas y privadas. Han surgido nuevas concepciones e interpretaciones de los fenómenos vitales, un mejor conocimiento de la dinámica de los mismos en los seres vivos y en las comunidades y, como consecuencia de todo ello, enfoques diversos para resolver cuestiones de alta incidencia. Mucho de este esfuerzo, incluso

descubrimientos notables, han ocurrido en las Américas. Por estas razones la educación y el aprendizaje en salud se han hecho mucho más complejos y de mayor costo; el perfeccionamiento de los graduados, más urgente. Este último obliga hoy al conocimiento de disciplinas que provienen de otras ciencias a más de las de la salud. Por excepción, todas se enseñan o practican en una sola universidad con la profundidad que le es indispensable a determinados científicos.

Manifestamos nuestro acuerdo con la idea de perfeccionar los mecanismos con los cuales cuenta la Oficina Sanitaria Panamericana en la actualidad, con el objeto de hacer posible el desarrollo de programas que proporcionan las mejores condiciones de autoformación y desarrollo científico y técnico a graduados de las profesiones de la salud, en aquellas áreas de interés en los respectivos países.

## APROVECHANDO LAS LECCIONES DEL DECENIO

Los progresos del decenio pasado fueron de consideración tanto en lo que respecta a la prevención como a la atención oportuna de los enfermos. En este esfuerzo, una verdadera empresa de los pueblos y sus Gobiernos, los éxitos y los fracasos han dejado una estela de lecciones que debemos incorporar a nuestro invariable propósito de darle un bienestar mínimo a todos los habitantes. Nuestra misión es brindar oportunidades y confiar, como la historia de las Américas nos lo enseña, en las cualidades intrínsecas de los hombres y mujeres del Hemisferio. La población del Continente aumentó en no menos de un 24% pero en la Región de América Latina y el Caribe en un 33%.

Nuestro problema consiste en proveer de servicios al 37% de los habitantes que en la actualidad no reciben atención médica de ninguna especie. Nos sentimos solidarios en este cometido y de ello hemos dado muestras en repetidas oportunidades en el pasado. Nos proponemos intensificar la colaboración entre nuestros países por el seguro conducto de la OPS/OMS.

Fue uno de los problemas de mayor preocupación en el curso de nuestros debates como insuficiencia de cobertura y falta de disponibilidad de cuidados de salud para los ciudadanos. Con poca frecuencia se encuentra en nuestros programas la herencia de un sistema arcaico que fue de utilidad en el pasado pero que hoy en día se caracteriza por su limitada accesibilidad, su costo prohibitivo y la insatisfacción importante tanto de receptor como del dador. Se hizo notar, de una manera general, que aun en países desarrollados el pobre, los grupos remotos o aislados y las poblaciones indígenas carecen de la adecuada atención.

La tarea que se nos espera en la década que iniciamos nos indica que sin un cambio substancial en las estructuras tradicionales, no será posible abrir la brecha para convertir en realidad la cobertura que entraña el derecho a la salud. Ingenio, audacia, resolución y tolerancia de todos para el cambio, serán indispensables.

A ello hay que agregar el esperado aumento de la población.

Podemos afirmar que la gran mayoría de ese 37% vive en el medio rural o en las poblaciones marginales de las grandes ciudades. Contribuye en mayor proporción a la morbilidad y mortalidad general y específica. Dominan en él las enfermedades transmisibles, agudas y crónicas, la malnutrición, el analfabetismo y la falta de saneamiento. Su ingreso es mínimo por lo cual no puede proveerse de alimentación suficiente, cuantitativa y cualitativamente, lo que se deja notar en la mortalidad de madres y niños. No debe sorprendernos su migración a las ciudades y la "ruralización" que

éstas experimentan. Se espera que en la década 1971-1980, además del crecimiento de la población, ya estimado en 100 millones de habitantes, el 50 ó 55% de ella se localice en ciudades de 20 mil personas y que una cuarta parte se concentre en núcleos mayores de 500 mil. Se espera que cuatro metrópolis llegarán a 10 millones y varias se acercarán a cuatro. El peso de esta distribución geográfica se dejará sentir en la demanda de servicios, entre otros los de salud, y en el deterioro del ambiente. Se justifica la urgencia de planificar el desarrollo y el de cada uno de sus componentes, como producto de las acciones de nuestros Gobiernos para garantizar y orientar el derecho a la salud y al bienestar social.

En lo que respecta a salud muchas fueron las lecciones de la década pasada que deberemos aplicar en la actual para cumplir con la responsabilidad que nos espera. Reconocemos lo esencial de la decisión política mantenida para que los planes, programas y proyectos sean viables. Es evidente la diversidad regional de nuestros países en cuanto a la naturaleza de los problemas, su frecuencia, la calidad y cantidad de los recursos disponibles. De ello deriva que debemos aceptar la planificación como un proceso, vale decir, una sucesión de etapas que comprenden ya sea nuevos problemas, o una mayor extensión geográfica o un número creciente de beneficiarios. En algunas regiones de un país o en el total del mismo o de otro será posible programar el sector en su conjunto. En todo caso, la planificación de la salud no puede ser independiente de la del desarrollo económico, porque, como ya lo señalamos, se complementan entre sí. Se deduce de estas consideraciones que no hay un método único sino que una serie de ellos que hay que aplicar de acuerdo con cada situación en particular. Por eso se concibe el proceso de la planificación sectorial como parte proporcional y armónica de los planes de desarrollo económico y social y sus finalidades se orientan a la realización del conjunto de políticas destinadas a mejorar, en el más alto grado posible, los niveles de salud de la comunidad. No se olvide, por otra parte, que muchas veces las prestaciones y aspiraciones de servicio obedecieron a proyectos cuya inspiración, en lugar de partir de las necesidades comunitarias, se originaron en el deseo de implantar técnicas y procedimientos foráneos de dudosos beneficios para las prioridades de la sociedad.

A pesar del número importante de especialistas que se prepararon en la década pasada en este campo, hay que intensificar la educación de acuerdo con el esquema del Centro Latinoamericano de Planificación de la Salud.(27) La investigación tiene un amplio campo para explorar nuevos sistemas que permitan atender con el menor costo al mayor número de personas, con miras a resolver los problemas que más les afectan.

Ha quedado en evidencia que tendremos que mejorar la calidad, la cantidad y el uso de las estadísticas demográficas y de salud. Sin ellas no hay programación racional ni evaluación posible. Hablamos hoy de sistemas de información, que complementan los de planificación y evaluación,

y que permiten tomar decisiones antes y durante la ejecución de los proyectos. Habrá que crearlos en este decenio, sea para determinadas funciones o, donde las circunstancias lo aconsejen, para el sector en su conjunto. Sin ellos la utilización de los recursos disponibles no produce lo que se espera. Estimamos de valor para las decisiones de nuestros Gobiernos, en materia de planificación de la salud, los documentos sometidos a nuestro examen por la Organización Panamericana de la Salud.(28),(29)

El progreso de la década pasada ha puesto de relieve la necesidad de ampliar e intensificar la coordinación de todas las instituciones nacionales responsables de un programa integral de cuidados para la salud. Este propósito se habrá de facilitar con la formulación conjunta de programas y proyectos y su ejecución, en estrecha interdependencia, por los servicios interesados. Lo que se procura es evitar duplicaciones, reducir el dispendio e incrementar la eficiencia de los establecimientos. Somos muchos los que hemos debido reconocer como válida la afirmación contenida en el Documento Básico de Referencia cuando afirma que "en casi todos los países de las Américas se encuentran numerosos organismos que compiten entre sí en la prestación de servicios de salud, con lo que se da lugar a derroche de recursos, cobertura desigual de grupos de población y encarecimiento innecesario de los servicios". Dado el número creciente de personas que carecen hoy de toda atención científica, reafirmamos la urgencia de emplear al máximo la capacidad instalada con que cuentan nuestros países. Algunos hay que han resuelto crear servicios integrados de salud con el objetivo anteriormente señalado. Las prestaciones médicas que financian la seguridad social han quedado incorporadas en tales casos en la nueva institución dependiente del Ministerio de Salud.

Pudimos identificar en los últimos diez años la organización y la administración deficientes de los organismos nacionales y locales como uno de los mayores obstáculos para poner al alcance de las personas los medios para prevenir y tratar las enfermedades. Estamos convencidos que no hay planificación viable sin prácticas administrativas eficientes. Nos proponemos acentuar todo aquello que contribuye a racionalizar las actividades de gerencia tanto en nuestros Ministerios como en todas las instituciones que de ellos dependen en el nivel intermedio y comunitario. Debemos promover el adiestramiento de los funcionarios administrativos, el uso de métodos modernos y, donde se justifique, de las técnicas de análisis de sistemas y las de la ciencia de la computación. Todo este esfuerzo deberá hacerse como parte del proceso de planificación e incluir los presupuestos por programas.

En este mismo orden de ideas deseamos reiterar la conveniencia de definir con claridad las funciones y el marco de las responsabilidades de los profesionales, de los técnicos y de los auxiliares. Una tarea previa que enriquece y facilita la formulación de proyectos, su ejecución y evaluación. Al mismo tiempo permite motivar, con base sólida, la participación de las comunidades y aumentar sustancialmente los recursos humanos

para la salud. Hicimos presente - otra de las lecciones de la década que termina - cuán rico es el potencial que existe en el Continente, tanto en el medio urbano como el rural, que espera su oportunidad para contribuir al bien común. En la medida en que puedan expresar su opinión en las decisiones que son de su interés inmediato, más segura será su contribución, eficaz su labor y continua su preocupación.

Las técnicas modernas en salud - las que conocemos y las que estamos ciertos que la ciencia nos habrá de aportar en el presente decenio - debemos aplicarlas a tono con el estilo de vida de las sociedades de nuestros países y adaptarlas de acuerdo con las condiciones locales. Las características culturales no tienen por qué ser barreras para el bienestar individual y colectivo. Tan importante como la infraestructura física en salud es la psicológica y social cuando respeta las costumbres ancestrales y convence a los miembros de cada comunidad sobre el mayor valor de los métodos científicos con respecto a los empíricos. En otras palabras, la aplicación de las nuevas técnicas y métodos según las posibilidades locales.

En todos los países de las Américas se ha producido un aumento continuo en el costo de la atención médica, muy en especial, en los hospitales. Sin analizar las razones, este hecho nos obliga a revisar los sistemas hoy en uso. Debemos, desde luego, limitar la construcción de nuevas camas a lo estrictamente indispensable y preferir la remodelación de las actuales. Esta norma podrá materializarse si intensificamos los programas de prevención y nutrición, mejoramos la atención ambulatoria y la del consultorio externo y reservamos la hospitalización sólo para aquellos casos que requieren de tratamientos en observación continuada. En este esquema los hospitales especializados deben reducirse al mínimo indispensable. Mientras más pronto los existentes se transformen en generales - un ejemplo digno de ser mencionado es el de los dedicados a la atención del enfermo de tuberculosis - mayor será el rendimiento de los recursos disponibles.

Este planteamiento incluye la aplicación de los sistemas de "cuidado progresivo" del paciente por el cual se distribuyen y concentran los recursos humanos y los de orden material, según la gravedad de cada caso. Coetáneamente el hospital se pone al servicio de la comunidad durante las veinticuatro horas del día.

Los medicamentos constituyen un rubro importante de las inversiones que el Estado hace en el sector salud. El constante incremento de preparados farmacéuticos, la multiplicidad de denominaciones y las diversas asociaciones que los fabricantes entregan al mercado hacen compleja y muy costosa la atención terapéutica. Si se agrega a ello las adquisiciones hechas independientemente por algunos establecimientos estatales se crea una anarquía que imposibilita la realización de estadísticas de consumo y de rendimiento que encarece mucho los medicamentos.

Cuando se considera que la América Latina y la región del Caribe invirtieron en 1970 alrededor de dos mil millones de dólares en medicamentos, lo que equivale al 1.3% del producto interno bruto, cabe preguntarse si la preparación de un formulario nacional, la organización del control de calidad autofinanciable, la incorporación de la producción de medicamentos y de otros productos en el mercado común regional, entre otros mecanismos, no reduciría las inversiones de bienes de capital del sector salud. Este enfoque depende en mucho de la racionalización prescriptiva por parte del cuerpo médico.

De importancia comparable es todo lo relacionado con la ingeniería de mantenimiento de los equipos la que, cuando está bien organizada, garantiza su uso eficaz. El capital yacente, inactivo, improductivo por instrumentos inaprovechables o en desuso temporal en los establecimientos de nuestros países es enorme. Más importante que el costo de los mismos es la pérdida en enfermos no tratados oportunamente por insuficiencias materiales. Son otras tantas lecciones de la década que termina que en la actual habremos de extender al máximo.

Hemos tomado debida nota con aprensión que el 70% de los directores de hospital de la América Latina no cuentan con un adiestramiento formal, un hecho que quedamos obligados a corregir a la brevedad.

Desde un punto de vista funcional y racional queremos reafirmar la necesidad de integrar las técnicas de prevención y curación en todo el sistema. Desde un punto de vista administrativo procede coordinar todas las instituciones que pueden ejecutar cuidados de salud. Ambos son parte del proceso de planificación que incluye las prioridades, los objetivos medibles, los procedimientos y las inversiones.

No todas las leyes y reglamentos están a tono con los principios y métodos de una salud moderna y de la jurisprudencia que ésta ha ido creando. Además, las que existen no se utilizan efectivamente debido a la disociación en las actividades de los organismos de nuestros ministerios y los encargados de aplicar las disposiciones vigentes. Debemos, por lo tanto, definir los problemas en relación con los textos legales, sistematizar estos últimos y dictar los reglamentos para asegurar su cumplimiento.(30).

Hemos hecho referencia a algunas sugerencias para obtener de los recursos disponibles una mayor cantidad y mejor calidad de cuidados de la salud. Cada Gobierno determinará en qué forma le son aplicables y si hay otras vías de solución que puedan cumplir el mismo propósito. Esto último se relaciona con la población que no cuenta con atención alguna y que hemos estimado - repetimos - en un 37%, en promedio, en los países de América Latina y la región del Caribe. En todos ellos, las atenciones no son técnicamente uniformes ni se prestan con igual frecuencia. De esto resulta que hay grupos que no se benefician oportunamente con las normas de prevención y curación de las enfermedades.

Aun cuando se lograra el rendimiento máximo de la capacidad instalada, no será suficiente para cubrir las necesidades. Como lo dijimos, éstas se concentran en el medio rural y en la periferia de las grandes ciudades. En el primero cabe diferenciar a los que viven dispersos y que habría que atraer a comunidades accesibles por medio de incentivos que les aseguren, en una primera etapa, una economía de subsistencia. Nuevamente destacamos que su participación activa, desde la fase de decisión sobre las obras, es tan importante como el aporte de fondos y de técnicas. La salud, como es natural, debe organizarse como una de las primeras actividades de estas nuevas comunidades. Si no se adopta esta política de desarrollo rural, no hay posibilidades de darles servicios a estos habitantes que viven tan aisladamente.

Mientras así ocurre, el énfasis debe estar en el llamado medio rural concentrado, es decir en las comunidades viables, o sea aquellas con capacidad para organizarse con miras al bien común. Para las primeras por sobre todo, tenemos que aceptar que los problemas de salud más frecuentes - que son los dominantes en los países en desarrollo - no podrán resolverse por medio de profesionales universitarios. No los hay, ni podrán formarse en número suficiente en el decenio. Procede recurrir a auxiliares capacitados y, en lo posible, asesorados por enfermeras graduadas. Su labor se enriquecerá con la participación de los comités de salud de las comunidades. Hay sobrada experiencia para asegurar los buenos resultados de este sistema. Lo esencial es programarlo adecuadamente y llevarlo a la práctica como parte del plan nacional de salud. Si queremos reducir las tasas de mortalidad y de morbilidad debemos alcanzar niveles útiles para lo cual hay que beneficiar gran número de habitantes en relación con cada problema. Hay que hacer uso de la capacidad instalada hasta donde existen servicios organizados y crear nuevos con los fondos presupuestarios y las contribuciones de la comunidad.

Reconocemos que hay funciones de salud que pueden realizarse para gran número de personas en un lapso determinado. El control de ciertas enfermedades transmisibles por medio de inmunizaciones es un buen ejemplo. Recomendamos que se organice con base a los servicios existentes para las personas que pueden llegar fácilmente a ellos. Para los que no pueden hacerlo se sugiere reunirlos en determinados sitios relacionados con dichos organismos locales. Alcanzado un grado de inmunización que interrumpa la transmisión, la vigilancia epidemiológica y la vacunación de quienes se incorporan a la comunidad, deben hacerse por la infraestructura correspondiente. La generalización de las técnicas de enriquecimiento de los alimentos, de iodización de la sal, de fluoración del agua, de instalación de servicios de saneamiento básico, permite, entre otros, reducir el peso de la enfermedad en el medio social y las inversiones con fines curativos.

Si bien estamos convencidos de su valor no contamos con una larga experiencia en programas de desarrollo integral del medio rural.

Donde se han ensayado, los resultados han sido de beneficio para los habitantes en términos de su bienestar. Procede incorporar el sector salud en estos planes así como en otros de desarrollo en los cuales, con inversiones mínimas, se obtengan rendimientos mucho mayores que si se procede de manera disociada.

## HACIA UN AUMENTO Y MEJOR USO DE LAS INVERSIONES

Aprendimos del pasado cuáles son los obstáculos principales que interfieren en la solución de los problemas de salud de mayor trascendencia social aun cuando se disponga de los recursos indispensables. Los hemos enunciado a manera de una toma de conciencia para limitar su influencia negativa en la consecución de los propósitos que inspiran toda la gestión de nuestros ministerios. Señalamos, sin embargo, que aun en el caso de alcanzar el efecto máximo de los medios con que contamos, la magnitud de la tarea que nos espera - ese 37% de la población, en promedio, que carece de una atención mínima moderna - exige mayores inversiones. No se olvide, a este respecto, el esperado aumento por venir. Con el objeto de programarlas hemos sintetizado algunas normas que le dan prioridad a la prevención, en lo funcional; al énfasis en aquello que afecta al mayor número de seres humanos, en lo social; a la acción de auxiliares con adecuada supervisión de profesionales, en lo operacional; a la coordinación de todos los servicios de salud, cualquiera que sea su origen, entre sí y con las universidades, en lo institucional; a la participación de cada uno de todos los seres humanos en capacidad para contribuir al bien común.

Los problemas de salud que hemos identificado para el período 1971-1980, las metas que hemos recomendado para cada uno de ellos, derivan del mejor conocimiento de la realidad de nuestros países y de las Américas. Sabemos que la información es insuficiente y urge mejorarla en cuanto a cantidad y grado de confianza. No obstante, los avances logrados en los últimos veinte años en materia de estadísticas nos permiten describir tendencias, formular presunciones y determinar caminos de acción. Como lo hemos establecido, la población del Continente va a crecer en el presente decenio en no menos de un 30%. Se agrega que, en el momento actual, alrededor de un 40% de los habitantes carecen de una atención eficiente en cuanto a prevención y curación. Aun en las sociedades de las Américas con el más alto nivel de desarrollo relativo, hay grandes grupos humanos en esta situación. Parece lógico concluir que es indispensable aumentar las inversiones si queremos realmente reducir los estragos de la enfermedad y la muerte en todos los países.

Estamos conscientes que lo que pueda ocurrir o no ocurrir en salud depende del incremento de la economía en cada país, la distribución del ingreso y la modernización de las estructuras e instituciones para hacer más productivos los fondos que se destinan a cada sector del desarrollo. Todo lo anterior, que se concreta en planes, programas y proyectos, cobra realidad en estricto acuerdo con la decisión política de la más alta jerarquía en el Gobierno. De ella emana exclusivamente la prioridad que se le asigne a la salud y a las demás funciones sociales que contribuyen al bienestar y que son fuente de oportunidades para que cada cual llegue a ser lo que aspira.

Con plena conciencia de esta situación - un verdadero marco de referencia - hemos formulado el Plan Decenal de Salud de las Américas para 1971-1980. Para realizarlo deberemos aumentar los servicios actuales para atender directamente el mayor número de habitantes en un sistema integral de prevención y curación de las enfermedades. De cumplirse en su totalidad, estamos seguros que el progreso será muy superior a la década pasada y se intensificará hasta fines del siglo. Se ha de revelar en una reducción marcada de las tasas de mortalidad, en la virtual desaparición de algunas enfermedades y en el menor peso de otras transmisibles que son de curso agudo; en más y mejores servicios de agua, de desagüe y de disposición de desechos sólidos y otros residuos; en una menor contaminación del aire, del agua y del suelo; una mayor disponibilidad de proteínas esenciales distribuidas a los grupos vulnerables como son madres y niños; una mayor frecuencia relativa de las enfermedades crónicas degenerativas como son el cáncer, las cardiovasculares y las mentales. Confiamos que la intensa investigación científica en marcha de estos procesos pondrá a nuestra disposición técnicas cuya aplicación progresiva permita generalizar su control. Los profesionales de la salud ejercerán su cometido con una visión más clara de la realidad y una más amplia oportunidad de cumplir con los postulados que inspiran su misión. Habremos racionalizado, en lo posible, el uso de los recursos materiales, en particular los equipos, instrumentos y edificios, que son indispensables para nuestro plan. Por sobre todo, habremos contribuido a despertar o intensificar un auténtico movimiento en las comunidades a tono con los propósitos de nuestros Gobiernos, para fomentar la salud y difundir optimismo.

Es evidente la necesidad de mayores inversiones tanto para bienes de capital como para la operación de los servicios. Deberán proceder de los presupuestos nacionales, de los aportes de personas, instituciones y colectividades, del clásico financiamiento tripartito de la seguridad social (estado, empleadores y trabajadores), el todo complementado por fondos exteriores tanto multilaterales como bilaterales.

Una estimación de las inversiones en salud en la década pasada exclusivamente en el sector público nos lleva a la cifra de 20,000 millones de dólares. En algunos países comprende las prestaciones médicas financiadas por la seguridad social. No incluye, como lo indicamos, el sector privado, vale decir, lo que cada persona y familia destina a la medicina curativa. En dicha suma está incluido el capital exterior, el que hemos calculado en 2.6 billones de dólares provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y la Agencia de Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América.

En toda empresa humana siempre cabe preguntarse si las mismas inversiones produjeron mejores resultados; en nuestro caso, más salud y bienestar. Precisamente por esta razón hemos

considerado con todo cuidado, en nuestro diálogo constructivo, cómo superar los obstáculos del pasado para hacer más viable y vital todo aquello que nuestras sociedades destinan y erogan para lo que es una responsabilidad colectiva y un bien común. Es este análisis y las medidas que nos hemos comprometido a llevar a la práctica lo que nos permite afirmar que con mayores inversiones alcanzaremos las metas que nos hemos propuesto.

Nuestros cálculos se han hecho con base a los costos que conocemos hoy. Sabemos que van a aumentar por las nuevas técnicas - y queremos salud de una sola clase para todos nuestros conciudadanos - por la situación financiera internacional y la disminución relativa del poder adquisitivo de nuestras monedas; por el aumento del valor actual de los medicamentos, alimentos, equipos, instrumentos y materiales que son indispensables; por los reajustes inevitables de sueldos y salarios. En contrapartida, estamos resueltos a obtener un mayor rendimiento de los recursos e incorporar al máximo a los líderes naturales y a los grupos sociales a las acciones de prevención y curación, ampliando las responsabilidades de los funcionarios de nuestros ministerios. Nos preocupa sobremanera la alta tasa de desempleo y subempleo en las Américas(31) por la verdadera crisis moral que significa, para cada persona, en condiciones de ofrecer su trabajo, físico o intelectual, para el bien de su familia y de la sociedad a que pertenece, y no encontrar las oportunidades para hacerlo. Nada hay que deprima o frustre más. A la vez, porque las necesidades y las urgencias del desarrollo son tan evidentes y de una naturaleza que no requiere, para la mayor parte de los problemas, de técnicas complejas. Cuentan nuestros países con lo esencial para moldear el estilo de vida que se proponen, uno de auténtico propósito nacional y no de imitación. En salud, muchos de los desocupados del campo y la ciudad pueden colaborar a la gran empresa que, por diferentes cauces, se concreta en el bienestar social.

Nuestros Gobiernos resolverán qué problemas y objetivos específicos realizarán dentro del Plan Decenal de Salud. El costo de estas actividades, preventivas y curativas, habrá que estimarlo en concordancia con los valores vigentes en cada país. Son de esperar marcadas variaciones en cada uno y entre ellos. De acuerdo con nuestras informaciones estimamos que las inversiones de los diez años pasados provenientes de los presupuestos nacionales deben aumentar en no menos de un 85% en la presente década.

El capital exterior no debería ser menor de 5,000 millones de dólares. Como lo señalamos, estará destinado fundamentalmente a construcciones y equipos en el medio urbano y rural, con las

limitaciones a que ya hicimos referencia; servicios de saneamiento y de mejoramiento del ambiente; aumento de proteínas de origen animal por el control de la fiebre aftosa y de determinadas zoonosis; preparación de productos biológicos, medicamentos y alimentos; programas de control de algunas enfermedades transmisibles; formación de recursos humanos; sistemas de planificación, evaluación, información y administración de servicios de salud e investigación básica y operacional.

Con profundo agrado anotamos que recientemente el Banco Interamericano de Desarrollo está ofreciendo créditos a cuarenta años plazo, con diez de gracia y no más del 2% de interés. Confiamos en que se hagan extensivos a todos los programas de salud que requieran de inversiones de capital exterior con base a proyectos adecuadamente formulados para todos los países, sin discriminación. Entre ellos queremos destacar los de atención materno-infantil en las áreas suburbanas y rurales de nuestros países. Postulamos una política crediticia similar de las otras fuentes multi o bilaterales.

o  
o o

"En el quinquenio transcurrido entre ambas Reuniones de Ministros de Salud, se ha puesto en evidencia en las Américas, con mayor claridad, un espíritu de renovación de viejos moldes y estructuras caducas; un propósito más firme de prestar atención a las aspiraciones sociales; un reconocimiento - no tan sólo en la expresión sino que en la ley y en sus aplicaciones - del derecho del ser humano a un bienestar mínimo, cualesquiera que sea su origen, su fe y su condición genética. La vida se ha vuelto más agitada e intensa y las demandas son muy superiores a los recursos disponibles y a la capacidad de las instituciones para satisfacerlas".(32)

Porque hay más conciencia hoy de lo que la salud significa y es más sólida la decisión de nuestros Gobiernos de satisfacer lo que las comunidades claman cada vez con mayor vigor. Todo lo anotado en las líneas precedentes se ha intensificado desde octubre de 1968, fecha de la Segunda Reunión Especial de Ministros de Salud. Tenemos hoy una visión más precisa de los problemas y de cómo resolverlos. Al contar con los recursos humanos y financieros indispensables, podremos dar cima a nuestra responsabilidad como queda definida en las páginas que siguen.

Hemos identificado los problemas que estimamos de importancia para nuestros países, de acuerdo con la información disponible. Los hemos ordenado siguiendo la nomenclatura operacional a que hicimos

referencia, es decir, haciendo una distinción entre los servicios de salud a las personas, de acción sobre el medio y el desarrollo de la infraestructura. En cada área programática hemos tomado en cuenta la situación actual, las tendencias y los cambios posibles, los objetivos sean o no cuantificables y las medidas para alcanzarlos. Estas últimas las hemos enunciado en términos científicos, administrativos y de financiamiento.

Sólo para facilitar el análisis de algo tan complejo como es la salud - por su valor intrínseco y su contribución al desarrollo - presentamos separadamente sus diversos y más importantes componentes. Como todas las clasificaciones, ésta es artificial, porque en la naturaleza, entre salud y enfermedad no media separación, como tampoco la hay entre luz y sombra.

Reconocemos que esta forma de presentación puede ser de valor para las decisiones que nuestros Gobiernos adopten con respecto a proyectos específicos, dentro del marco de referencia continental. Sin embargo, la idea de integralidad que hemos enunciado es la que debe prevalecer cuando se considera la forma de organizar los recursos de que disponen nuestros países para prevenir y curar las enfermedades de mayor incidencia y satisfacer las aspiraciones de salud de los habitantes con la mayor eficacia. Surgen los conceptos y métodos de planificación y programación a que aludimos. Se fundan en la interdependencia de los fenómenos que condicionan el bienestar social. En nuestro campo, para cada área programática y el conjunto de ellas, procede correlacionar los objetivos con la infraestructura existente y la que deberá crearse, tanto en lo que respecta a acciones dirigidas a las personas y al ambiente. El todo estará condicionado por las posibilidades reales de llevarlo a la práctica en términos de recursos humanos, técnicos, materiales y financieros.

REFERENCIAS

- (1) Documentos oficiales emanados de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano, Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961. Unión Panamericana, Washington, D.C., 1961.
- (2) International Development Strategy for the 1970's. Sugerencias de Cuerpos y Organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas. Comité Preparatorio para el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Quinta Sesión, 24 de febrero '3 de marzo de 1970. Documento A/AC.141/L.18/Add.1, 29 de diciembre de 1969.
- (3) Plan Decenal de Salud Pública. Documentos oficiales emanados de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano, Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961. Unión Panamericana, Washington, D.C., 1961, pág. 30.
- (4) Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio. Informe Final. Washington, D.C., 15-20 de abril de 1963. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 51, diciembre de 1963.
- (5) Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. Buenos Aires, República Argentina, 14-18 de octubre de 1968. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 89, septiembre de 1969.
- (6) Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio. XIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud; XV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Informe Final y Anexos. Resolución XXXII. Documento Oficial Nº 54, pág. 26.
- (7) Intensificación de los programas de salud. Informe sobre la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas y medidas necesarias para dar cumplimiento a las decisiones adoptadas. XX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXIII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Informe Final. Resolución XXVI. Documento Oficial Nº 93, pág. 28.
- (8) Hechos que revelan progreso en salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones Científicas Nº 81, de marzo de 1966; 166, de septiembre de 1968, y 227, de septiembre de 1971.
- (9) Introducción al Informe Anual del Director. 1971. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 116, agosto de 1972.

- (10) Reunión de Ministros de Salud. XX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXIII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Informe Final. Resolución XXVII. Documento Oficial Nº 111, pág. 28.
- (11) International Development Strategy for the 1970's. Sugerencias de Cuerpos y Organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas. Comité Preparatorio para el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Quinta Sesión, 24 de febrero-13 de marzo de 1970. Documento A/AC.141/L.18/Add.1, 29 de diciembre de 1969.
- (12) Hechos que revelan progreso en salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Nº 227, septiembre de 1971.
- (13) Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 89, pág. 6.
- (14) Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio. Informe Final. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 51, diciembre de 1963, pág. 6.
- (15) Programa General de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para el período 1973-1977. XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Informe Final. Resolución XIV. Documento Oficial Nº 104, pág. 16.
- (16) La relación del hombre y su ambiente. XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Informe Final. Resolución XXXIV. Documento Oficial Nº 104, pág. 38.
- (17) Uso y control de pesticidas. V Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. Informe Final. Organización Panamericana de la Salud. Resolución XV, pág. 34. 1972.
- (18) IV Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. XX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución XIV. Documento Oficial Nº 111, pág. 17.
- (19) Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 89, septiembre de 1969, pág. 36.

- (20) Nutrición. Organización Panamericana de la Salud. Documento de Trabajo para la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, pág. 48.
- (21) Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez. Primer año de investigación. Informe provisional. Organización Panamericana de la Salud. Septiembre de 1972.
- (22) Hechos que revelan progreso en salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Nº 227, septiembre de 1971.
- (23) Programa de colaboración a la docencia y a la investigación en las ciencias de la salud. XVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud; XX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Resolución XXVII. Documento Oficial Nº 93, pág. 29.
- (24) Recursos humanos de salud. Organización Panamericana de la Salud. Documento Básico de Referencia para la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, pág. 69.
- (25) Migration of health personnel, scientists, and engineers from Latin America. Pan American Health Organization. 1966. Scientific Publication Nº 142.
- (26) The PAHO Research Program: A Proposal for Revision and Expansion. Advisory Committee on Medical Research. Seventh Meeting. 1968. Final Report. Pág. 3.
- (27) Programa Panamericano de Planificación de la Salud (1972-1975). XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Documento CE68/10 de junio de 1972.
- (28) La planificación del desarrollo en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Documento de Trabajo para la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.
- (29) Procesos de administración, planificación e información de salud. Organización Panamericana de la Salud. Documento de Trabajo para la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.
- (30) Legislación de Salud. XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Resolución XL. Documento Oficial Nº 104, pág. 45.
- (31) El desarrollo de América Latina en el último decenio: experiencias, causas y perspectivas. Documento preparado por la Comisión Económica para la América Latina para la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. 1972, pág. 35.
- (32) Reunión Especial de Ministros de Salud. Informe Final. Buenos Aires, República Argentina, 14-18 de octubre de 1968. Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial Nº 89, pág. 5.

PARTE II

RECOMENDACIONES SOBRE AREAS PROGRAMATICAS

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El examen de lo ocurrido en el campo de enfermedades transmisibles en los últimos años revela considerable progreso. La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas en el grupo de menores de cinco años disminuyó un 48% en América Latina entre 1956 y 1966. En el mismo período las enfermedades del aparato respiratorio disminuyeron un 26% y las del aparato digestivo, principalmente gastroenteritis, un 44%. La morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades prevenibles por el uso de vacunas, como sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina, muestran igualmente una reducción considerable. No se registran casos de viruela en la Región desde abril de 1971, a pesar de la intensa búsqueda realizada. Sin embargo, las enfermedades transmisibles continúan siendo un serio problema de salud, muy especialmente para el grupo de cero a cuatro años.

La tasa de mortalidad por sarampión en diez países es 10.0 o más por 100,000 y en siete está comprendida entre 1.0 y 9.0. La de tos ferina es de 10.0 o más en diez países y en ocho está comprendida entre 1.0 y 9.0. La de tétanos en doce países es 5.0 o más y en ocho países oscila entre 1.0 y 4.0.

La tasa de morbilidad por poliomielitis en diez países es 2.0 o más por 100,000 y en catorce países está comprendida entre 0.1 y 1.9. La de difteria en 19 países es 1.0 o más y en otros cinco varía entre 0.1 y 0.9.

En la mayor parte de los países hay muy limitado conocimiento de las enfermedades transmisibles prevalentes, así como del estado inmunitario de las poblaciones y de los efectos que sobre éstas determinan los programas de control o erradicación.

Los problemas de infraestructura y de servicios complementarios son el denominador común en todas las actividades de control o erradicación de las enfermedades transmisibles. Entre los primeros se destacan la organización administrativa, sistemas de información, programación, evaluación, investigación y legislación. Los problemas de recursos se relacionan tanto con los humanos como con los de orden técnico, material y financiero.

También merecen especial atención los problemas como consecuencia de la debilidad tanto de los sistemas de vigilancia epidemiológica como de los programas de control.

De ello se deriva la necesidad de hacer los cambios necesarios en la infraestructura, implementar los programas y dar los recursos financieros correspondientes para que en la década actual se logre:

- La institucionalización y consolidación de los sistemas de vigilancia epidemiológica, base indispensable para el manejo de todos los programas de control de las enfermedades transmisibles.

- El control o erradicación de las enfermedades que pueden prevenirse mediante el uso de vacunas.
- La erradicación del Aedes aegypti recomendada por los Cuerpos Directivos de la OPS en reiteradas resoluciones.
- El control de las infecciones y parasitosis intestinales por su elevada morbilidad y mortalidad.

En consecuencia se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Estructuración definitiva, con base a la adecuación de la infraestructura de los servicios generales de salud, a los sistemas eficientes de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades transmisibles.

Para ello es necesario:

- Crear y mantener unidades de vigilancia epidemiológica, dentro de los respectivos departamentos de epidemiología, a nivel central y regional en todos los países en que estas unidades no existan.
- Proveer a las unidades que se creen o a las ya existentes de todos los recursos que les permitan:
  - a) Mantener un conocimiento actualizado de la situación epidemiológica de las enfermedades y de los factores que las condicionan.
  - b) Conocer y prever la evolución de la conducta epidemiológica de las enfermedades.
  - c) Conocer y prever la evolución de los factores condicionantes y su influencia en la conducta de cada enfermedad.
  - d) Conocer los cambios en la conducta y magnitud de las enfermedades como resultado de los programas de control o erradicación.
  - e) Recomendar medidas de control y evaluar los resultados.
  - f) Proporcionar el conocimiento epidemiológico básico para las acciones de planear y programar en salud.
  - g) Reforzar y perfeccionar las estructuras de los servicios de salud, muy en particular de los servicios de información, con el fin de prestar la colaboración indispensable a las unidades de vigilancia.
  - h) Perfeccionar y desarrollar los servicios complementarios, particularmente los de laboratorio.
  - i) Atender a la formación y adiestramiento de los recursos humanos necesarios para el buen funcionamiento de las unidades de vigilancia, tanto a nivel profesional como auxiliar. La meta sugerida para

alcanzar un nivel mínimo de eficiencia en los servicios de epidemiología general es de 0.4 epidemiólogos por 100,000 habitantes.

- j) Desarrollar los elementos de vigilancia para detectar de inmediato la introducción del cólera y otras enfermedades cuarentenables o exóticas en el Continente y evitar su propagación.
- k) Fomentar la participación activa de la comunidad organizada en las acciones de salud.
- l) Promover e impulsar la educación sanitaria encaminada a lograr la participación activa de las comunidades.

2. Reducir la morbi-mortalidad de afecciones prevenibles por vacunas - sarampión, tos ferina, tétanos, difteria y poliomielitis - a los niveles que se especifican más adelante, mediante programas sistemáticos e integrados de vacunación.

3. Reducir la mortalidad por sarampión, tos ferina y tétanos respectivamente a 1.0, 1.0 y 0.5 por 100,000 habitantes y reducir la morbilidad por difteria y poliomielitis a tasas de 1.0 y 0.1 por 100,000 habitantes, respectivamente.

4. Mantener en 0 la morbilidad por viruela.

- Para el cumplimiento de las recomendaciones, 2, 3 y 4 se debe:

- a) Vacunar al 80% de los niños de menos de cinco años con vacunas DPT, antipoliomielítica, antivariólica y, donde se considere necesario, antisarampiónosa, sin olvidar la vacunación de mantenimiento del 80% de los nacidos en el año. Procurar vacunar con toxoide tetánico al 60% de las embarazadas como asimismo, en las áreas tetanígenas.
- b) Utilizar vacunas asociadas siempre que ello sea posible.
- c) En los países que puedan asegurar una adecuada vigilancia epidemiológica la vacunación antivariólica podrá restringirse a la población en alto riesgo.

5. Reducir la mortalidad por tuberculosis entre un 50 y 65% combinando la vacunación con BCG en los menores de 15 años, la pesquisa y el tratamiento especializado de los enfermos utilizando los servicios generales de salud.

- Se deberá vacunar con BCG al 80% de los menores de 15 años; procurar tratar todos los casos de tuberculosis descubiertos, utilizando principalmente técnicas y actividades de los servicios de atención médica ambulatoria; realizar examen baciloscópico del 60 al 75% de las

personas con síntomas respiratorios con más de cuatro semanas de duración. Todas estas actividades deberán estar integradas en los servicios generales de salud adecuadamente calificados.

6. Procurar poner bajo control las enfermedades venéreas.

- Desarrollar y mejorar los programas de control de las enfermedades venéreas, incluso la vigilancia epidemiológica, prestando especial atención al diagnóstico y tratamiento oportuno, sobre todo a través de la pesquisa sorológica rutinaria en las clínicas, centros de salud materno-infantil, servicios de empleo, etcétera.
- Desarrollar y mejorar los servicios clínicos, incluidos los de laboratorio.
- Desarrollar amplios programas de educación sanitaria y sexual de la comunidad, con énfasis a nivel escolar, con el objeto de promover su participación activa en la solución del problema.
- Propiciar y estimular la investigación de nuevos métodos de control, particularmente la intensificación de los estudios para la obtención de vacunas contra las enfermedades venéreas y de nuevos métodos de diagnóstico.

7. Erradicar la frambesia en aquellos países que todavía no lo han hecho.

- Se debe evaluar el estado actual de la frambesia en los países en que se conoce o sospecha su existencia e intensificar las actividades de diagnóstico y tratamiento de enfermos y contactos con miras a la erradicación.

8. Controlar y de ser posible erradicar el "mal de pinto" en las Américas.

- Evaluar la actual prevalencia de la enfermedad en aquellos países en que se sabe que existe o ha existido.
- Adiestrar personal para que perfeccione su percepción clínica y su capacidad para diagnosticar, tratar y controlar la enfermedad.
- Incluir el "mal de pinto" en todos los programas de investigación sobre las treponemosis, en aquellos países donde existe o ha existido la enfermedad.

9. Mantener bajo control las áreas enzoóticas de peste para evitar extensión y posible propagación a zonas urbanas.

- Desarrollar o perfeccionar servicios de vigilancia epidemiológica en las áreas enzoóticas de peste. Adoptar medidas tendientes a proteger a los habitantes humanos de estas áreas. Estimular las investigaciones ecológicas y las destinadas a encontrar vacunas u otros medios profilácticos adecuados.

10. Reducir la incidencia y prevalencia de la lepra con miras a la disminución consiguiente de las incapacidades resultantes.

- Desarrollar y mejorar programas de control de la lepra y de vigilancia epidemiológica, así como de adiestramiento de personal, tanto profesional como auxiliar en este campo.
- Desarrollar y mejorar los servicios clínicos que comprendan la rehabilitación, el adiestramiento de personal y el fomento de la investigación.
- Mejorar el diagnóstico y clasificación de la lepra, facilitando así la obtención de información epidemiológica más fidedigna.
- Establecer un centro regional de adiestramiento e investigación con miras a definir una metodología uniforme para el control de la lepra.
- Establecer unidades piloto de campo para realizar investigaciones epidemiológicas de la enfermedad.
- Tratar, en lo posible, hasta el 100% de los casos infecciosos (lepromatosos, dimorfos e indeterminados).
- Promover la vigilancia epidemiológica y el tratamiento por lo menos del 75% de los contactos.
- Estas actividades deberán estar integradas en los servicios generales de salud adecuadamente calificados.

11. Mejorar el conocimiento de los virus prevalentes en la Región y en aquellos países con problemas especiales, como las fiebres hemorrágicas (virus del grupo Tacaribe), la encefalitis y el dengue, intensificar las investigaciones que posibiliten el desarrollo de medidas de control.

- Establecer un sistema de vigilancia para localizar e identificar rápidamente los brotes de las enfermedades producidas por arbovirus en las Américas.
- Realizar, en los países en que se ha comprobado la presencia activa de arbovirus, estudios serológicos periódicos empleando poblaciones humanas seleccionadas, a fin de determinar su estado de inmunidad a los arbovirus conocidos de la zona.
- Establecer un sistema de vigilancia para localizar e identificar brotes ocasionados por virus de reconocida importancia patógena para el hombre.
- Realizar investigaciones periódicas de los roedores en todos los países de Meso y Sudamérica para determinar la presencia de agentes virales del grupo Tacaribe que se sabe o se supone que son patógenos al hombre.
- Establecer sistemas eficaces de notificación de la morbilidad por hepatitis sérica e infecciosa en cada país de las Américas durante el decenio y desarrollar estudios para conocer su incidencia y prevalencia.

- Instituir un examen rutinario de los donantes de sangre para determinar la presencia del antígeno AAH en cada una de las principales ciudades de América Central y del Sur en que existen bancos de sangre.
- Establecer centros situados estratégicamente para la producción y distribución de inmuo-globulina humana con miras a su utilización preventiva contra la hepatitis infecciosa y crear los mecanismos que garanticen el beneficio de todos los países que requieran de esta producción.
- Estimular la ampliación de la red de laboratorios que constituyen el sistema de vigilancia epidemiológica de la influenza.

12. Reducción de las defunciones debidas a tifus transmitido por piojos en Meso y Sudamérica, así como del número de brotes.

- Intensificar la vigilancia del tifus transmitido por piojos y proseguir los experimentos con vacunas de cepas atenuadas, con el objeto de generalizar su administración a las poblaciones expuestas al riesgo. Estudiar debidamente la resistencia de los vectores a los insecticidas.
- Desarrollar laboratorios nacionales para el diagnóstico de las rickettsiosis, en los países afectados.
- Organizar la capacitación de epidemiólogos y clínicos nacionales para que se encarguen de la vigilancia del tifus transmitido por piojos, con el objeto de localizar los brotes y de evaluar la eficacia de los ensayos de vacuna sobre el terreno.
- Promover investigaciones de laboratorio y epidemiológicas con miras a obtener un conocimiento cabal de la incidencia de la fiebre "Q", tifus murino y fiebre maculosa de las Montañas Rocosas que prevalecen en la Región.

13. Realizar estudios para conocer mejor la frecuencia y distribución de la enfermedad de Chagas y la esquistosomiasis y estimular sus programas de control.

- Proseguir los estudios de técnicas para lograr la uniformidad del diagnóstico; estimular la investigación de drogas terapéuticas efectivas y nuevos métodos de control y su evaluación; incorporar los respectivos programas de control a los programas de desarrollo económico regional. Intensificar las actividades de saneamiento ambiental y de construcción de viviendas rurales higiénicas. Promover la participación activa de la comunidad en los programas de lucha contra las enfermedades parasitarias.

14. Reducción de por lo menos un 50%, de las actuales tasas de mortalidad debida a infecciones entéricas, en particular debido al logro de efectos importantes en la infancia y la niñez.

- Intensificar la vigilancia de las parasitosis intestinales e infecciones entéricas (incluyendo cólera) en combinación con actividades de saneamiento ambiental, control de alimentos y atención médico-sanitaria para lograr su reducción.
- Contar con facilidades de diagnóstico de laboratorio y de suministro adecuado de medicamentos o instrumentos terapéuticos (equipos de hidratación).
- Realizar estudios destinados a encontrar nuevos tratamientos y vacunas efectivas para el control de la fiebre tifoidea. Especial referencia merece el problema de las cepas resistentes a los antibióticos.
- Establecer programas destinados al control de las diarreas infantiles, especialmente en los menores de dos años de edad.
- Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para localizar cualquier caso sospechoso de cólera, confirmar el diagnóstico y aplicar las medidas de tratamiento y control indicadas.
- Tomar las medidas necesarias para disponer de antibióticos y rehidratantes indispensables para el tratamiento precoz de los casos de cólera.
- Adiestrar al personal para la vigilancia, diagnóstico de laboratorio y tratamiento de cólera.

15. Erradicación del Aedes aegypti en los países y territorios de la Región aún infestados, con miras a lograr la prevención eficiente y la posible eliminación de las enfermedades transmitidas por él. Reducción al mínimo posible de la morbilidad y mortalidad causadas por la fiebre amarilla selvática.

- Iniciar las actividades de erradicación en 10 países. Tratar de solucionar los problemas que están dificultando el progreso de la fase de ataque en 12 países y completar la erradicación en 10.
- Intensificar los programas de inmunización contra la fiebre amarilla en las poblaciones más expuestas al riesgo de contraer la enfermedad, como son especialmente los residentes de las zonas selváticas del área enzoótica y las personas que ingresan a dichas áreas.
- Recomendar, a fin de facilitar la aceleración del programa de erradicación del Aedes aegypti, que los Gobiernos asignen recursos apropiados específicamente para tal programa.

Acciones complementarias a las actividades anteriores.

Servicios complementarios. Desarrollar y perfeccionar los servicios de laboratorio, en todos sus aspectos (producción, diagnóstico e investigación) de enfermería y muy particularmente de vigilancia epidemiológica.

Infraestructura. Perfeccionar la infraestructura de los servicios de salud en lo que respecta a la organización de servicios de información, administración, preparación de recursos humanos y actualización de normas técnicas, que posibiliten la elaboración de programas y actividades de evaluación. Asignar recursos financieros que aseguren la disponibilidad de personal bien calificado y el flujo de material para realizar las actividades programadas.

Investigación. Estimular investigaciones epidemiológicas y operacionales con miras a perfeccionar la orientación y administración de los programas.

Estimular especialmente la cooperación internacional, mediante convenios bilaterales o multilaterales entre países, a través de agencias internacionales de salud, con el objeto de fortalecer la gestión en los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles y promover los estudios necesarios para la creación de un banco de vacunas y otros productos biológicos con el objeto de satisfacer necesidades de los países de la Región.

## MALARIA

De las 34 unidades políticas de las Américas con zonas originalmente maláricas, doce han logrado la erradicación de la malaria y dos han alcanzado la fase de consolidación en todo su territorio. Las 20 unidades restantes están aplicando medidas de ataque en las áreas aún afectadas por la enfermedad. Mediante actividades antimaláricas se ha logrado disminuir considerablemente la morbilidad por malaria y ésta ya no constituye causa importante de mortalidad en el Hemisferio. A pesar de ello, la mayor parte de las áreas con malaria erradicada o con baja incidencia conserva todo su potencial malarígeno, y la trágica experiencia de varios países demuestra cuán fácilmente se pierde el terreno conquistado mediante un gran esfuerzo económico y humano.

Es de esperar que, con recursos suficientes, al final de la década se haya alcanzado la erradicación de la malaria en áreas donde ahora residen 168.2 millones de habitantes (90.7% de la población del área malárica original en las Américas). En el 9.3% (17.3 millones de personas) la solución definitiva del problema depende de la posibilidad de aplicar métodos más eficaces contra el vector, contra el parásito o sobre el hombre susceptible, para que en alguno de estos eslabones se rompa la cadena de la transmisión. La estrategia será flexible y adaptada a las condiciones epidemiológicas de cada área.

### Propósito de Cambio.

1. Evitar la reintroducción de la malaria en las áreas con 81.1 millones de habitantes en donde ha sido erradicada.

- Para ello se debe perfeccionar el sistema de vigilancia y su capacidad para eliminar todo posible foco de infección que se origine por casos importados.

2. Alcanzar la erradicación en áreas con 74.5 millones de habitantes, que ofrecen buenas perspectivas de lograrla con los recursos disponibles.

- Intensificar la aplicación de las medidas actualmente en uso, bajo estricta supervisión.
- Desarrollar un plan de vigilancia de la malaria según los lineamientos generales establecidos para las áreas en donde se ha erradicado la enfermedad.

3. Interrumpir o focalizar la transmisión en áreas con 12.4 millones de habitantes en las que no se han logrado progresos satisfactorios por problemas financieros.

- Asignar los recursos necesarios para la aplicación de las medidas de ataque y de vigilancia disponibles, de eficacia reconocida en las condiciones epidemiológicas actuales.

4. Reducir la transmisión al nivel más bajo posible en áreas con 17.3 millones de habitantes cuyo progreso depende de la solución de serios problemas operativos o técnicos.

- Aplicar los métodos disponibles más eficaces, adaptados a las condiciones epidemiológicas y sociales locales y a los planes de desarrollo económico de los países involucrados.
- Intensificar las actividades de investigación, encaminadas a desarrollar métodos más eficaces o menos costosos que puedan aplicarse como medidas alternativas o complementarias. Con este fin la Organización colabora con los países y mantiene con otras entidades un amplio programa de investigación en busca de nuevos métodos de lucha (químicos, biológicos, inmunológicos, genéticos), que permitan eliminar la malaria en áreas afectadas por problemas técnicos.

5. Aumentar la coordinación de los servicios de malaria con las instituciones cuyas actividades pueden influir sobre la incidencia de malaria.

- Con los servicios generales de salud, para establecer un sistema de vigilancia adecuado a las características epidemiológicas de cada área.
- Con los servicios de fomento urbano y rural, para la reducción o eliminación de los criaderos de vectores.
- Con los servicios de agricultura y ganadería, para reglamentar el uso de insecticidas.

6. Asegurar el financiamiento de los programas de erradicación de la malaria, mediante la participación permanente y flexible de los organismos internacionales, tanto en recursos financieros, de equipo y material, como en la creación de fondos de emergencia.

7. Intensificar la coordinación inter-países para asegurar el desarrollo armónico, especialmente en zonas fronterizas, de las diferentes fases de la campaña de erradicación de la malaria a cumplir en la presente década, inclusive en actividades de investigación.

Al eliminar una de las enfermedades más importantes de las zonas rurales, mejorará el nivel de salud de la población, por ende, se aumentará el potencial humano, mejorará el aprovechamiento de la tierra y aumentará el rendimiento de los escolares, todo lo cual tendrá repercusiones favorables en el desarrollo económico y social de los países.

## ENFERMEDADES CRONICAS

Los progresos en el control de las enfermedades transmisibles, el aumento en la proporción de grupos etarios avanzados, y los cambios culturales y ambientales resultantes de la urbanización e industrialización recientes, siguen contribuyendo al ascenso de las enfermedades crónicas en la mayoría de los países de la Región. En efecto, en la primera mitad del decenio pasado, dos tercios de las muertes ocurridas entre los 15 y los 74 años de edad en 10 grandes centros urbanos de América Latina fueron atribuidos a padecimientos crónicos. Entre éstas figuran enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y funcionales, bronconeumopatías, enfermedades neurológicas, neoplasias malignas y procesos postraumáticos.

En muchas de estas enfermedades la prevención primaria se ve seriamente comprometida por la ausencia de métodos eficaces. Por otra parte, el paciente crónico requiere casi siempre una asistencia continua y prolongada, ya sea en el hospital, en los servicios ambulatorios o en su medio familiar. Y por ello exige el funcionamiento armonioso de una complejidad de servicios que incluyen a los de orden médico, enfermería, salud dental, nutrición, rehabilitación y servicio social entre otros.

### Propósito de Cambio.

1. Disminuir la incidencia de afecciones crónicas susceptibles de ser prevenidas.
2. Estimular el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos crónicos.
3. Atender toda la demanda espontánea de servicios de este tipo de enfermedad, incluyendo en lo posible las áreas suburbanas y rurales.
4. Realización de investigaciones epidemiológicas que permitan conocer mejor el problema para una adecuada planificación de los recursos para los programas de control.
5. Disminución de las tasas de letalidades por cáncer de cuello y cuerpo de útero, mama, laringe y otras neoplasias cuyo diagnóstico precoz y tratamiento oportuno lo hacen posible.
6. Realizar investigaciones epidemiológicas orientadas a la pesquisa de agentes causales de los diversos tipos de cáncer y en especial a los factores ambientales, alimentarios y genéticos relacionados con el cáncer gastrointestinal.

### Estrategia.

1. Organizar unidades técnicas de enfermedades crónicas en los Ministerios de Salud Pública de todos aquellos países en los que la magnitud del problema así lo justifique. Esas oficinas tendrán la responsabilidad de elaborar políticas y normas definidas y de supervisar el cumplimiento de las mismas, con un enfoque epidemiológico.

2. Asegurar el tratamiento continuo de pacientes crónicos, particularmente cardiovasculares y diabéticos, y establecer, hasta donde sea posible, clínicas especiales con este propósito, como parte de los servicios generales de salud. Organizar y distribuir adecuadamente en los centros hospitalarios urbanos unidades de tratamiento intensivo, para el oportuno tratamiento de las emergencias de las enfermedades coronarias y broncopulmonares.
3. Organizar amplios programas educativos contra hábitos perniciosos que vayan a reforzar medidas preventivas en el control de las afecciones crónicas y del cáncer. Tal es el caso de las medidas en contra del hábito de fumar cigarrillos y otras.
4. Incorporar la epidemiología de las enfermedades crónicas como parte de los programas de vigilancia epidemiológica general.
5. Dar la debida importancia a la rehabilitación del enfermo crónico, parcial o totalmente recuperado, a fin de integrarlo a la vida comunitaria.
6. Dar prioridad a la formación de epidemiólogos en el campo de las enfermedades crónicas y el cáncer.
7. Dotar a los centros de atención oncológica de los medios y servicios esenciales para su funcionamiento, centralizando los recursos para el tratamiento por radiaciones ionizantes.
8. Intensificar y coordinar la enseñanza de la oncología clínica en las escuelas de medicina y odontología, y realizar cursos periódicos de actualización en esta materia para médicos generales.
9. Establecer diez centros de epidemiología de cáncer, ubicados en los países en que la gravedad del problema lo justifique, a fin de crear un sistema coordinado de información que apoye las investigaciones multinacionales.

## SALUD MENTAL

Los problemas de salud mental que confrontan los países de la Región muestran en general una tendencia al aumento absoluto y relativo debido, entre otros factores, a la elevación de la expectativa de vida, al control cada vez mayor de las enfermedades transmisibles, a la urbanización creciente, al proceso de desarrollo económico y a los desajustes sociales.

Se calcula que la prevalencia de psicosis en la Región oscila entre 15 y 50 casos por 1,000 habitantes y que la de la neurosis que exigen tratamiento médico es de 50 a 200 casos por 1,000. En la mayoría de los países existen serios problemas de alcoholismo; en diversas encuestas se han encontrado tasas de prevalencia superiores al 5%. El consumo de sustancias causantes de dependencia y psicotrópicas es un fenómeno de reciente aparición, que tiende a aumentar. Las pocas encuestas que se han hecho en establecimientos de educación secundaria revelan cifras de prevalencia del 5%.

El retraso mental y la epilepsia, consecuencia muchas veces de lesiones perinatales y de infecciones y traumatismos padecidos en la infancia, tienen una prevalencia superior al 1%.

El suicidio es un problema grave de salud pública en varios países, donde alcanza tasas de mortalidad superiores a siete por 100,000 habitantes.

Los servicios de psiquiatría y salud mental de la Región son escasos y están mal distribuidos, ofrecen una cobertura incompleta a la población urbana y prácticamente ninguna cobertura a la población rural.

En América Latina, el número de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales y ergoterapistas psiquiátricos, así como el ritmo actual de formación de este tipo de profesionales, son del todo insuficientes para cubrir las necesidades de un programa integral de salud mental.

Se puede prever que en la próxima década va a producirse un aumento en la demanda de servicios de salud mental. Los trastornos mentales y los desajustes de la personalidad van a experimentar no sólo un aumento relativo debido a la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades ligadas al medio, sino que van a presentar un aumento intrínseco como resultado de la mayor influencia de factores patógenos que tienen especial importancia en toda sociedad en desarrollo. El hecho de que un número cada vez mayor de personas va a vivir a las ciudades permite pensar que habrá más escasez de viviendas con el consiguiente hacinamiento, que la competencia por los empleos se hará más dura, y que el tiempo de ocio será mayor. Si la industrialización prosigue al ritmo deseado habrá que prever la aparición de desajustes psicológicos en los obreros, como resultado de la automatización de las fábricas y de la desvinculación creciente entre el trabajador y el producto de su trabajo.

Habrán una proporción cada vez mayor de personas mayores de 60 años que, por razones de los cambios económicosociales van a quedar aisladas del resto de la sociedad, muchas veces sin la protección de un grupo familiar.

El consumo de sustancias que alteran la mente y producen dependencia, del opio y sus derivados, y en particular del alcohol y los psicofármacos, se hará cada vez mayor según se infiere de las tendencias actuales, especialmente, en la población masculina de 10 a 40 años.

Igualmente, se harán más evidentes ciertos problemas relacionados con la integridad del sistema nervioso central específicamente la epilepsia y el retardo mental.

#### Propósitos de cambio

1. Mejoramiento de la calidad de la prevención primaria y de la asistencia prestada en los servicios psiquiátricos y el acceso de esos servicios a la población, incorporando estas actividades en los servicios básicos de salud, con miras a alcanzar, por lo menos, una cobertura del 60% de la población.
2. Incluir acciones de promoción y de prevención primaria de salud mental en cada una de las actividades de salud que se ejecuten.
3. Disminuir la tendencia al aumento del alcoholismo y la farmacodependencia, ofreciendo servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación, que cubran toda la población.

#### Estrategia

1. Promover la definición de una política de salud mental poniendo especial énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria.
2. Precisar el diagnóstico de la situación relacionada con salud mental, mediante la realización de investigaciones epidemiológicas en trastornos mentales, alcoholismo, y farmacodependencia, utilizando una metodología que las haga comparables y estimulando el intercambio de información entre los diversos países.
3. Promover para cada país una relación de camas psiquiátricas por 1,000 habitantes, de acuerdo con sus necesidades, teniendo como prioridad el tratamiento ambulatorio y la hospitalización breve, de preferencia en hospitales generales.
4. Crear servicios técnicos de salud mental en los Ministerios de Salud que no cuenten con ellos, como parte integrante de los servicios generales de salud.
5. Crear anualmente cinco nuevos centros comunitarios de salud mental en ciudades de 100,000 o más habitantes, incluidos en los servicios de salud correspondientes, estimulando la participación activa de la comunidad en torno a ellos.
6. Organizar los servicios actuales de atención psiquiátrica de manera que cuenten con un psiquiatra por cada 100 camas, una enfermera especializada en psiquiatría por cada 500 camas, e instituir programas de educación continuada

en enfermería psiquiátrica en cada hospital de esta especialidad. Incluir en los hospitales psiquiátricos programas de rehabilitación.

7. Modernizar las leyes relativas al paciente mental, al epiléptico, al retardado mental y al fármacodependiente, tanto en lo que se refiere a la prestación de servicios como a la salvaguardia de los derechos de los pacientes.

8. Garantizar que un mínimo de 5% de las camas de hospitales generales se destinen a enfermos mentales.

9. Organizar servicios nacionales antialcohólicos incluidos en los servicios generales de salud, a razón de uno por año en cada país.

10. Preparar 5,000 psiquiatras, en cursos de tres años, en el término de diez años.

11. Capacitar en psiquiatría básica a 5,000 médicos que presten servicios en comunidades de menos de 20,000 habitantes.

12. Establecer centros internacionales para la formación de personal de salud en actividades de salud mental, de nivel profesional e intermedio.

13. Crear en por lo menos 10 países, cursos anuales de educación postbásica en enfermería psiquiátrica.

14. Estimular la enseñanza de salud mental en escuelas médicas y de otras ciencias de salud, tanto a nivel de pregrado como de la enseñanza en servicio.

15. Lograr un auxiliar de terapia ocupacional por cada 50 camas psiquiátricas, mediante educación en servicio.

16. Lograr, como mínimo, un terapeuta ocupacional profesional en cada institución psiquiátrica, mediante cursos sobre rehabilitación psiquiátrica.

17. Adiestrar en problemas de salud mental, particularmente preventivos y en materia de alcoholismo y fármacodependencia, a otros sectores como los de educación, justicia, agricultura y otros, destacando especialmente al magisterio, líderes de organizaciones laborales, organizaciones juveniles, y otros grupos activos de la comunidad.

18. Modernizar el tratamiento utilizando especialmente técnicas de tipo colectivo.

19. Procurar la reorientación de los recursos financieros correspondientes, a fin de dar énfasis a los programas extrahospitalarios.

20. Recomendar a los países que sus Gobiernos aprueben el Protocolo adoptado en la Convención de Viena de 1971, que establece normas acerca de la producción y tráfico legal de sustancias psicotrópicas y que propone acciones contra el tráfico ilegal.

21. Que los Gobiernos Miembros cooperen para desarrollar y ejecutar programas destinados a enfrentar los problemas surgidos de las dependencias de drogas en las Américas y así colaborar y ayudar en los estudios epidemiológicos propuestos por la OPS y la OMS.
22. Intensificar las acciones educativas en todos los niveles en especial en el sector juvenil.

## SALUD MATERNOINFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

### 1. Situación actual

Los grupos expuestos a los riesgos propios de la salud maternoinfantil en los países de las Américas constituyen - incluyendo las mujeres en edad fértil y los niños menores de 15 años - el 63% de la población. El crecimiento demográfico acelerado, que se traduce en un aumento de la proporción de población joven y dependiente, crea, en particular, en los grupos mencionados, considerables demandas de servicios sociales, incluidos los de salud.

En la década más reciente se han comprobado limitados progresos en materia de salud maternoinfantil. Las tasas de mortalidad materna, muy subvaloradas, fueron aproximadamente cinco a siete veces más elevadas en América Latina y el Caribe (tasas de 13.5 y 18.8 por 10,000 en Mesoamérica y América del Sur, respectivamente), que en América del Norte (2.5 por 10,000).

Las defunciones maternas son en su mayoría evitables y son la consecuencia de un modo especial de la toxemia gestacional, los accidentes hemorrágicos, las sepsis y de un modo especial el aborto inducido clandestinamente.

En lo que respecta a las defunciones en menores de cinco años, en 17 países de la Región la proporción respecto a la mortalidad total es superior a 20%, en tanto que en los Estados Unidos de América y en el Canadá las cifras son del orden de 4.6 y 5.5%. Las tasas de mortalidad infantil y de 1 a 4 años, sujetas a importante subregistro, fluctúan desde 34 a 101 por 1,000 y desde 1.4 a 24.7 por 1,000, respectivamente.

Las causas de defunción en la niñez son comúnmente reducibles. Entre ellas destacan la gastroenteritis, las enfermedades transmisibles y las respiratorias. No es fácil ponderar el papel de ciertas causas comprendidas en el rubro de las "perinatales" y en el de la desnutrición. Sin embargo, este último trastorno es sin duda una importante causa básica o asociada, aunque no bien registrada, de las defunciones infantiles.

Por otra parte, sin entrar a considerar en profundidad la importancia que tiene en la epidemiología de los fenómenos señalados el reducido ingreso nacional y su distorsionada distribución familiar, es evidente que la extensión de los servicios de salud maternoinfantil es limitada, discontinua y comúnmente de eficiencia restringida. La cobertura de embarazadas es generalmente inferior al 30%, la atención institucional del parto en cerca de la mitad de los países es inferior al 50%, la asistencia en el puerperio con frecuencia está bajo un 5%.

Asimismo, la atención de los niños menores de cinco años suele ser tardía, de escasa cobertura y de inadecuada integración.

Explican en gran medida los hechos reseñados, la debilidad de la infraestructura administrativa de los servicios de salud maternoinfantil, la

limitación e inexistencia de una asignación definida de recursos a los programas en referencia, la disponibilidad restringida de personal profesional y auxiliar especializado, su distorsionada distribución, las dificultades existentes en comunicaciones, transporte y equipamiento, y finalmente y de un modo especial, la inexistencia de una efectiva participación de la comunidad en los programas correspondientes.

## 2. Propósitos de cambio

En general:

Reducción de los riesgos de enfermar y morir que en la actualidad se comprueban en madres y niños, y extensión de la cobertura de los servicios de salud maternoinfantil.

En relación a la reducción de riesgos:

Realizar los programas sectoriales y promover los intersectoriales para lograr la:

Reducción de 40% de la mortalidad en menores de un año, con rangos de 30 a 50%.

Reducción de 60% de la mortalidad de uno a cuatro años, con rangos de 50 a 70%.

Reducción de 40% de la mortalidad materna, con rangos de 30 a 50%.

En relación con la expansión de los servicios, es recomendable formular metas de cobertura y concentración mínimas.

Alcanzar una cobertura de un 60% de atención prenatal, 60 a 90% de atención adecuada del parto, 60% de atención en el postparto.

Alcanzar una cobertura de un 90% de niños menores de un año, 50 a 70% de niños de uno a cuatro años y 50% de niños de cinco años.

## 3. Estrategia

Para lograr los propósitos expuestos, entre otras acciones, deberán ser adoptadas las siguientes:

- Formular una política intersectorial de protección a la familia, la maternidad y la infancia, en la que se incluyan aspectos relacionados con disposiciones que garanticen sus derechos cívicos y jurídicos y reglamentaciones que aseguren su protección económica laboral; y con la promoción en la niñez y juventud de actividades de recreación, educación y orientación vocacional, en la que finalmente se considere la ejecución de actividades programadas de salud maternoinfantil y bienestar familiar.

El programa médicosanitario mencionado deberá tener cobertura universal, eficiencia operacional y accesibilidad geográfica, institucional y financiera. Para ello, entre otras medidas, deberán considerarse las siguientes:

- Crear y/o fortalecer en las organizaciones nacionales de salud de todos los países de la Región, unidades técnicas responsables del desarrollo de las actividades de salud maternoinfantil y bienestar familiar.
- Elaborar el programa como un todo continuo, en el que se incluyan las diversas actividades de protección de la familia y en especial de la madre y el niño: la orientación hacia la vida familiar, en particular en la adolescencia; la atención de las enfermedades ginecológicas, incluyendo las venéreas; el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los cánceres cérvicouterino y mamario; otorgar a las familia, cuando no se oponga a las políticas nacionales, información y servicios en relación a fertilidad y esterilidad; la atención médica integral durante la gestación, tanto de la madre como del feto; la atención en el parto y en el puerperio; el control del recién nacido y durante todas las etapas de la vida del niño, y con énfasis especial en el primer año de vida.
- Adoptar sistemas de regionalización de servicios, en los que se contemple fundamentalmente el trabajo en equipo multidisciplinario, incluyendo parteras empíricas y la delegación de funciones, con adiestramiento y supervisión adecuados.
- Formular programas específicos o subprogramas por daños en el ámbito de los programas de salud maternoinfantil, cuando la magnitud de los problemas y las características locales y/o regionales lo requieran (ejemplos: control de diarreas infantiles, enfermedades respiratorias, cáncer cérvicouterino, etc.).
- Promover cuando las circunstancias lo requieran programas de extensión de servicios de salud maternoinfantil y bienestar familiar.
- Incorporar a los sistemas de estadísticas de servicios la información periódica y oportuna de las coberturas de los programas de salud maternoinfantil y bienestar familiar.
- Elaborar un cronograma operativo para las metas de cobertura de acuerdo al cual se extenderá el programa progresivamente, con prioridad para las áreas donde los daños reducibles sean mayores.
- Estimular la producción en cada país o bien dentro de marcos de complementación subregional, de medicamentos, materiales y equipos para la atención de salud maternoinfantil.
- Promover la creación y expansión de cursos regionales y subregionales para el adiestramiento del personal que participa en la dirección de los programas y en la administración de los servicios de salud maternoinfantil y bienestar familiar.
- Establecer la producción, divulgación e intercambio de normas técnicas de atención maternoinfantil.

- Promover la formación del personal profesional y auxiliar correspondiente, basándose en un sistema en que se asegure el adiestramiento continuo.
- Estimular y llevar a cabo investigaciones básicas y aplicadas, destinadas a obtener el perfeccionamiento de la capacidad operacional de los servicios.
- Facilitar el establecimiento de un eficiente sistema de supervisión que se apoye en un racional proceso evaluativo.
- Promover en cada etapa del programa la participación activa de la comunidad.
- Utilizar al máximo posible los recursos locales, por ejemplo, a través de la organización y operación de hogares maternos, casas-cunas, jardines de infancia y centros de educación y recuperación nutricional, como un medio para promover y aumentar la atención profesional del parto y el niño.
- Realizar cursos breves intensivos para personal de los servicios de salud maternoinfantil, desarrollados preferiblemente en áreas rurales y en las mismas condiciones de trabajo, con la cooperación de expertos internacionales que trabajarán con profesores locales quienes tendrán a su cargo la continuidad de la enseñanza.

## DINAMICA DE LA POBLACION

### 1. Situación actual

La situación actual de salud de la familia en la Región se caracteriza por elevados índices de mortalidad y morbilidad maternoinfantil derivados de la multiparidad, entre las causas más importantes se cuentan morbilidad materna por hemorragias, infecciones, traumas obstétricas, desnutrición y en los niños por desnutrición, enfermedades entéricas, infectocontagiosas e insuficiente desarrollo y crecimiento.

Los factores sociales y económicos influyen asimismo en los elevados riesgos maternoinfantiles por sus efectos desfavorables sobre:

- El estado físico de la madre reflejado y la calidad de los servicios obstétricos. Algunos estudios han demostrado que puede lograrse una reducción de la mortalidad materna, con atención obstétrica adecuada aún en casos de madres de alto riesgo o de avanzada edad.

### 2. Propósitos de cambio

Quando las políticas nacionales así lo permitan formulación de decisiones y medidas que tiendan a la protección integral de la familia y que contemple información y servicios adecuados relacionados con la fertilidad y esterilidad.

### 3. Estrategia

Perfeccionar dentro de los servicios existentes el registro y el análisis de los datos demográficos básicos.

Formular, siempre que así lo permita la política nacional en demografía, actividades que tengan como metas poner a disposición de las familias que deseen utilizar servicios relacionados con fertilidad y esterilidad.

- Contribuir a la reducción del aborto ilícito.
- Disminuir los riesgos maternos y perinatales asociados a la alta paridad, al embarazo en edades jóvenes y avanzadas y a la inadecuación de los intervalos intergenésicos.
- Reducir la ansiedad y el temor que deriva de la incapacidad para planificar la propia familia.

Desarrollar programas que incluyan las siguientes acciones:

- Estudios e investigaciones sobre la epidemiología, control y asistencia médica de los problemas vinculados a la fecundidad, esterilidad y riesgos maternoinfantiles.

- Prestación de servicios de fertilidad y esterilidad en el contexto de la salud maternoinfantil, incluyendo actividades de información y educación al público.
- Educación en demografía médica en las etapas de pre y postgrado de la formación de profesionales de la salud y enseñanza de las tecnologías necesarias al personal profesional y auxiliar que participe en las actividades.

En la medida en que las actividades relacionadas con fertilidad y esterilidad formen parte de la política de atención de salud maternoinfantil y bienestar familiar de los países, estas contribuirán a producir los efectos económicos sociales que se han mencionado anteriormente.

Las nuevas actitudes, conductas y escalas de valores relacionados con la fecundidad, surgirán como resultado de la transformación económica y social de los países en desarrollo. Los organismos responsables de la planificación superior del desarrollo económico y social en los países, deberán tomar en cuenta a estos cambios. Además, esos organismos podrán decidir la adopción de una política demográfica propiamente tal cuando el proceso mismo del cambio económico y social indique que tal política es necesaria o conveniente.

## NUTRICION

### 1. Situación actual

Las encuestas de salud y nutrición llevadas a cabo durante los últimos años en toda la Región indican claramente que existen serios problemas nutricionales en la mayoría de los países, relacionados con el nivel económico, la educación, el saneamiento ambiental, la salud, y los niveles de vida en general. La desnutrición proteico-calórica; las anemias nutricionales por carencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12; el bocio y el cretinismo endémicos y la hipovitaminosis A constituyen graves problemas de salud pública. Al mismo tiempo, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, todas ellas relacionadas con la nutrición, constituyen también problemas de salud pública y causa de creciente preocupación en los países de la Región.

La desnutrición proteico-calórica es causa de elevada mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años. En 9 países que comprenden el 70% de la población de la Región, la mortalidad en niños de uno a cuatro años es 10 a 33 veces mayor que en los países desarrollados.

Estudios realizados en 8 países de la Región revelan que del 40 al 76% de las defunciones por enfermedades infecciosas en niños menores de 5 años están asociadas con deficiencias nutricionales. La prevalencia de la desnutrición avanzada (II y III grados) varía entre el 10 y el 30% en los niños menores de cinco años en 18 países con el 65% de la población de la Región, lo cual permite estimar que cerca de 5 millones de niños latinoamericanos padecen actualmente desnutrición avanzada. Es bien sabido que la desnutrición ocasiona retardo en el crecimiento físico de los niños, acompañado con frecuencia por retardo mental; y, en el adulto disminuye su rendimiento en el trabajo.

La prevalencia de anemias nutricionales en mujeres embarazadas oscila entre 29 y 63%, en mujeres no embarazadas entre 14 y 30% y en hombres entre 3 y 5%.

En 14 países con el 55% de la población de la Región se observan aún tasas de prevalencia de bocio endémico que oscilan entre el 10 y el 60%.

En 13 países con el 58% de la población de la Región la prevalencia de niveles séricos de vitamina A, considerados deficientes, está comprendida entre 5 y 45%.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en 10 países de la Región, y la diabetes tiene tasas de prevalencia que oscilan entre 11 y 48 por 1,000 habitantes en varios países.

En 10 países la disponibilidad calórica per cápita/día está por debajo de 2,500 calorías; en 8, la disponibilidad proteica per cápita/día es inferior a 60 gramos.

Las encuestas alimentarias muestran un consumo promedio diario per cápita inferior a 2,500 calorías, en 7 países de la Región. La ingesta total

de proteínas diaria per cápita oscila entre 40 y 116 gramos en 19 países; en 4 países la ingesta es inferior a 50 gramos.

El grado de desarrollo de los servicios de nutrición varía considerablemente. Unos pocos países han establecido sistemas adecuados de planificación, dirección y evaluación de las actividades de nutrición, los cuales están integrados a los programas de salud; otros muestran grandes debilidades en su proceso administrativo, especialmente en relación con el establecimiento y cumplimiento de normas técnicas para la prestación de servicios nutricionales. Muy pocos han incorporado actividades de nutrición en los servicios de salud maternoinfantil.

En 16 países existen programas de yodación de la sal. Sin embargo, 9 de estos no han podido realizar en forma efectiva el programa de control del bocio endémico.

En 11 países, el enriquecimiento de las harinas con hierro y vitaminas del complejo B es obligatorio y en 8 es opcional. En dos países se están iniciando proyectos de fortificación del azúcar con vitamina A.

En algunos países de la Región se están llevando a cabo programas de producción de mezclas vegetales de alto contenido proteico, buena aceptabilidad y bajo precio (Incaparina, Colombi-harina, Duryea, AK-1000). Sin embargo, estos programas tienen todavía poca cobertura.

Aunque algunos países desarrollan amplios programas de suplementación alimentaria para grupos vulnerables (madres y niños), en la mayor parte de la Región estos programas tienen insuficiente cobertura e inadecuada orientación técnica.

En la mayoría de los países, se han realizado durante el último decenio, programas de redistribución y mejor y más extensa utilización de la tierra, de adiestramiento de personal agrícola en el empleo de métodos modernos y de fomento de la producción de alimentos básicos.

En ningún país existe un sistema claramente definido que permita realizar en forma periódica y adecuada la vigilancia epidemiológica del estado nutricional de la población.

Se observa en todos los países de la Región escasez de personal adiestrado en nutrición y dietética y en tecnología de los alimentos.

Los problemas nutricionales conducen, además, al aumento en los costos de operación de los servicios de salud, bajo rendimiento escolar y disminución de la productividad agrícola e industrial. Los diversos sectores envueltos en el desarrollo de un país - la economía, la agricultura, la salud y la educación - sufren en forma directa el impacto de la desnutrición.

Prácticamente ninguno de los países de la Región ha establecido y llevado a efecto una definida política intersectorial coordinada de alimentación y nutrición con miras a satisfacer las necesidades nutricionales de todos los grupos de población.

Los factores condicionantes de la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos, que determinan la presencia o no de enfermedades nutricionales, se encuentran ubicados en diferentes sectores del desarrollo de un país. Aunque el sector salud recibe en forma más directa el impacto de tales problemas y realiza definidas acciones para combatirlos, éstas no podrían por sí solas controlarlos en forma efectiva. Se hace necesario realizar simultáneamente a las actividades de educación nutricional e higiénica, suplementación alimentaria de los grupos más vulnerables (madres y niños), saneamiento ambiental, inmunizaciones, etc., otros programas para mejorar los niveles educativo y económico de la población con el fin de asegurar una demanda efectiva de alimentos; y asimismo programas de producción agropecuaria y pesquera y de comercialización de alimentos a fin de obtener una oferta suficiente en calidad y en cantidad para satisfacer las necesidades nutricionales de la población.

Merece destacarse la necesidad de lograr transformaciones de las estructuras económicas y de tenencia de la tierra con el fin de obtener cambios significativos en la demanda de servicios, las cuales deberán estar acompañadas de acciones para aumentar la disponibilidad de alimentos. Todas estas medidas combinadas lograrán mejorar el estado nutricional de la población.

Se reconoce que el adecuado estado nutricional y la satisfacción de la demanda de alimentos es un derecho inalienable de los pueblos, y, en consecuencia se establece este derecho como objetivo en sí, aparte de cualquiera consideración puramente económica del desarrollo económico y social de un país.

## 2. Propósitos de cambio

En general:

Disminución de la prevalencia de las enfermedades nutricionales y el logro de un estado nutricional óptimo en toda la población.

Más específicamente:

Disminución, en los menores de cinco años, de la actual prevalencia de la desnutrición proteico-calórica de II grado de 10 a 50% (promedio regional 30%) y de la desnutrición de III grado de 75 a 95% (promedio regional 85%). En aquellos países en que esto sea posible, conviene desglosar las metas para niños menores de un año, y de uno a cuatro años.

Disminución de la actual prevalencia de anemias nutricionales en mujeres embarazadas en un 30% en todos los países de la Región.

Disminución de la prevalencia de bocio endémico a menos del 10% y eliminación del cretinismo en todos los países de la Región.

Disminución de la actual prevalencia de hipovitaminosis A en grupos vulnerables de 10 a 50% (promedio regional 30%) en todos los países de la Región.

Reducción de la tendencia actual de aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con el exceso de peso (enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad).

### 3. Estrategia

Promover y contribuir al establecimiento de legislación para organizar estructuras de planificación y apoyo técnico para la formulación de políticas de nutrición y alimentación en todos los países de la Región; y definir los principios y métodos para la formulación y desarrollo de tales políticas.

Promover y contribuir a la formulación de una política nacional de alimentación y nutrición orientada biológicamente, y ejecutar programas intersectoriales coordinados en que se apliquen dicha política, por lo menos en el 75% de los países.

Fortalecer las unidades técnicas de nutrición en las estructuras de salud de los países de la Región, del siguiente modo: al nivel central, el 100% (Ministerios de Salud); y al nivel intermedio el 60%.

Formar personal para los servicios de nutrición, según esta pauta:

- Incrementar de 50 a 90% (promedio regional 70%) el actual número de profesionales especializados en nutrición que trabajan en los servicios del sector salud (nutriólogos y nutricionistas-dietistas).
- Designar el número necesario de personal especializado en nutrición a tiempo completo en el 100% de las escuelas de nutrición y dietética y en el 80% de las escuelas de medicina, salud pública y enfermería.

Establecer un sistema confiable y completo para el diagnóstico y la vigilancia epidemiológica de la situación nutricional, en todos los países de la Región.

Organizar y poner en ejecución programas de prevención de enfermedades nutricionales, promoviendo la participación activa de la comunidad. Deberá darse particular énfasis a las metas siguientes:

- Establecer normas de las actividades de nutrición e incorporar éstas en los servicios de salud, a todo nivel, especialmente en los programas de asistencia maternoinfantil, en el 100% de los países de la Región.
- Coordinar y lograr una cobertura eficaz de los programas de suplementación alimentaria para los grupos vulnerables de la población, por lo menos en el 50% de los países de la Región; y desarrollar programas de alimentación colectiva.
- Desarrollar programas de difusión y educación nutricional incluyendo la orientación al consumidor, a través de los medios de información pública (televisión, radio y prensa) en todos los países de la Región, y colaborar en dicho desarrollo. Debe buscarse la participación de la comunidad organizada.

- Fomentar, asesorar y colaborar en el desarrollo de los programas de educación nutricional que se ofrecen a todo lo largo del sistema educacional, en todos los países de la Región.
- Establecer programas efectivos de yodación de la sal y de aplicación de aceite yodado en todos los países de la Región en los que el bocio constituye un problema de salud pública.
- Promover el establecimiento de la legislación, donde se requiera, para garantizar la fortificación de alimentos básicos seleccionados, con hierro, vitamina A, vitaminas del complejo B, proteínas y aminoácidos.
- Incorporar las actividades de nutrición relacionadas con la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en los programas de salud de aquellos países en que estos estados constituyen problemas serios.

Designar como mínimo un profesional de nutrición y dietética en hospitales de 100 o más camas, en el 80% de los países de la Región.

Promover el desarrollo de programas de producción de alimentos de alto valor nutricional y bajo costo, de tipo convencional y no convencional, especialmente para el destete de los niños, de acuerdo con los últimos adelantos en tecnología de la producción de alimentos.

Promover el desarrollo de programas para simplificar los métodos de comercialización de alimentos, incluyendo sistemas de cooperativas que permitan mejorar el precio de los productos alimenticios, tanto para el productor como el consumidor, simultáneamente.

Intensificar las investigaciones en el campo de la nutrición y de los alimentos, con énfasis en las siguientes áreas:

- Investigación de técnicas, procedimientos y métodos sencillos para la evaluación periódica del estado nutricional de la población; sobre las características y factores que determinan el crecimiento y el desarrollo de los niños; estudios de carácter metodológico de los diferentes tipos de programas de nutrición y alimentación, incluyendo el análisis de costo-efecto de los programas de suplementación alimentaria, educación nutricional y de prevención de bocio endémico, hipovitaminosis A y anemias nutricionales; estudios epidemiológicos sobre la relación entre el estado nutricional y las enfermedades infecciosas y la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes; y finalmente, investigaciones sobre desarrollo, producción y comercialización de alimentos no convencionales, de elevado valor nutricional y bajo costo.

## SALUD DENTAL

Aún no se posee un mapa epidemiológico dental de los países de la Región, pero existen pruebas de la magnitud del problema de las enfermedades dentales, sobre todo, de las caries.

Sin embargo, en un estudio realizado, el 98% de los niños de edad escolar en la capital de un país, y el 91.4% de las áreas rurales adyacentes, presentan incidencia de caries; el 25% presenta problemas de ortodoncia y el 24% problemas periodontales incipientes. Sólo el 40% de la población tenía acceso a servicios dentales. Hay 410 odontólogos en ese país y el 76% en la capital.

La investigación odontológica llevada a cabo por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) muestra una alta incidencia de caries en áreas rurales e indica que entre los 15 y 19 años de edad la mitad de los dientes están afectados por caries y a los 40 años, dos terceras partes de los dientes se han perdido. Entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, la incidencia de caries fue más alta en las que estaban embarazadas.

Sólo dos países proporcionan agua potable fluorurada a más del 30% de su población; otros dos países, entre el 15% y el 30%. El resto de países de América Latina la proporciona a menos del 13% de su población.

En América Latina y el área del Caribe, en 1971 sólo tres países superan la cifra de 3.5 odontólogos por 10,000 habitantes. Más de 12 países del área no alcanzan a un promedio de un odontólogo por 10,000 habitantes. La media es de 1.9 odontólogos por 10,000.

Sólo escasos países han incrementado en un porcentaje aceptable el número de egresados y el total de alumnos matriculados en sus facultades de odontología.

Los recursos profesionales odontológicos están concentrados en las zonas urbanas, lo que impide ofrecer atención a las poblaciones menores y al medio rural, donde vive cerca de la mitad de la población latinoamericana y del Caribe. El tipo de práctica de la profesión está diseñada para dar cobertura a un reducido porcentaje de la población localizada en los grandes centros urbanos.

La relación odontólogo-auxiliar es aproximadamente de tres a uno. Existen unas 100 facultades de odontología y menos de 30 cursos permanentes para la formación de personal auxiliar.

Completan el panorama latinoamericano la carencia de un mercado organizado de compuestos de flúor, así como de investigación en materiales dentales y equipos simplificados, la falta de actualización del equipo odontológico para la formación universitaria del futuro profesional, las limitaciones de personal de ciencias básicas en salud y la carencia de unidades de administración odontológica con sus respectivas infraestructuras nacionales en varios Ministerios de Salud del área.

### Propósitos de cambio

1. Disminución de la morbilidad dental, especialmente la caries dental como enfermedad prevalente y multiplicadora del problema odontológico, y modificar los componentes del índice de morbilidad.

2. Aumento de la cobertura de la atención dental, tanto en áreas urbanas como rurales, dando énfasis en la atención prioritaria de los niños.
3. Logro de la fluoruración en las ciudades de 50,000 y más habitantes y desarrollar hasta donde sea posible sistemas de fluoruración para las otras áreas.
4. Intensificar y estimular actividades de educación dental en todos los programas de salud e introducirla en la educación escolar de los niños y adolescentes.
5. Reestructuración de las categorías de personal, aumentando la proporción de personal auxiliar sobre el personal profesional y diversificándolo de acuerdo a los perfiles nacionales y locales.
6. Obtención de modelos variados de práctica dental, pasando de una práctica individual a práctica integrada de grupo.

Para alcanzar las metas arriba señaladas será necesario:

- Definir una política de salud dental, crear y/o fortalecer en los Ministerios de Salud de todos los países unidades odontológicas que, a nivel nacional, tengan funciones de normación, supervisión y evaluación.
7. Promover e impulsar la formación de personal intermedio que, incorporado al equipo de salud dental, permita en el campo de las afecciones más prevalentes logros reales y significativos en el próximo decenio.
    - Dar prioridad a los programas tendientes a proporcionar agua potable fluorurada a por lo menos el 40% de la población, y aplicar fluoruro a la sal de cocina en los países que tienen sistemas de distribución centralizada de la sal, u otros sistemas que permitan incorporar a las comunidades marginadas a los beneficios de medidas preventivas de reconocida eficacia.
    - Dar impulso en las instituciones y los programas tendientes a formar personal de salud dental dentro de los criterios de calidad, productividad y cobertura, de acuerdo con la demanda de los servicios de atención dental y los perfiles de las diferentes situaciones nacionales. El personal a ser adiestrado será diversificado - profesional, medio y auxiliar - capacitado para actuar en equipo así como los técnicos de laboratorio y en mantenimiento de equipo. La meta prevista es superar en 1980 la cifra de 75,000 odontólogos, para lograr una relación aproximada de 2.0 por 10,000 habitantes, y 82,000 auxiliares para una relación de 1.1 auxiliar por odontólogo, permitiendo así obtener para 1980 una "unidad" de recursos odontológicos por cada 3,500 personas.

- Desarrollar programas regionales para los países de habla española, portuguesa e inglesa de la Región, para la formación de instructores de personal medio y auxiliar, a fin de que estos regresen a sus países para organizar cursos, ya sea en las escuelas de odontología o en las de salud pública, de acuerdo con la decisión de cada país.
- Estimular los programas tendientes al diseño de equipo y de instrumental simplificados y al estudio y control de los materiales dentales y de variados modelos de atención dental, con miras a disminuir los costos y aumentar la eficiencia de las funciones odontológicas.
- Estimular los estudios administrativos, aplicados y operativos - de personal y de tareas, técnicas y equipos, del tiempo y movimiento, y costos/beneficios - que puedan incrementar la productividad de las funciones odontológicas, y establecer un sistema permanente de coordinación internacional en diseño y aplicación de sistemas de salud dental.
- Apoyar los estudios integrales de planificación, diseño y administración de sistemas regionales de salud dental, comprendiendo en ellos el análisis de la situación en materia de salud, el incremento de los recursos, el desarrollo y la acción institucional y la labor de mecanismos de innovación y evaluación odontológicas.
- Impulsar investigaciones epidemiológicas y básicas sobre prevalencia, causa y prevención de la caries dental, por ejemplo, definir el origen microbiano y establecer la posibilidad de vacunas para su prevención.
- Impulsar que en el decenio se efectúen estudios epidemiológicos de las afecciones orales, de carácter nacional en aquellos países que no las tengan; se completen en otros, utilizando la misma metodología, que haga posible estudios comparativos. Pedir a la Oficina Sanitaria Panamericana que determine a través de una Comisión de Expertos el patrón universal al que deberán encuadrarse las encuestas nacionales, para que a más tardar antes del término del decenio se obtenga toda la información requerida.
- Intensificar las actividades de educación para la salud dental.
- Reforzar la acción que centros nacionales realicen en áreas específicas tales como: materiales dentales, epidemiología, patología, enseñanza e investigación aplicada, etc. y crearlos donde se den las condiciones para ello.
- Procurar la incorporación programada y racional de la oferta profesional marginada de los servicios asistenciales.

## SANEAMIENTO AMBIENTAL

El ambiente y la ecología fueron objeto de particular atención gubernamental durante la década anterior y seguirán siendo temas de primordial importancia en la década de 1970, pues reflejan preocupaciones y necesidades públicas igualmente importantes que requieren que los programas de salud ambiental se observen en su debida perspectiva, que se consideren según parámetros y puntos de referencia apropiados, que se definan las opciones y que se estimen sus costos.

La justificación de los programas de mejoramiento y control de saneamiento ambiental, se encuentra en los resultados sin precedentes alcanzados por los servicios urbanos y rurales de abastecimiento de agua en muchos países de la Región. Estos logros han estimulado a su vez el fortalecimiento de las infraestructuras nacionales que apoyan los servicios de salud ambiental para mejoramiento de la calidad del agua, aire, suelo y alimentos, y para prevenir los daños ocasionados por diversos productos y subproductos derivados de la tecnología moderna.

### Agua y alcantarillado

A comienzos de la década 1960, en los países de América Latina y área del Caribe sólo 60 millones, o sea el 59% de la población urbana, disfrutaba de servicios de agua, y apenas 29 millones, o sea 28%, tenía servicios de alcantarillado. En las áreas rurales menos del 8% de la población tenía acceso a agua potable.

En 1961, los Gobiernos de América Latina y del área del Caribe se comprometieron a proporcionar servicios de agua y alcantarillado al 70% de la población urbana y al 50% de la población rural para 1971. El programa urbano se llevó a cabo satisfactoriamente. Los resultados obtenidos al final de 1971 indicaron claramente el éxito del programa. De la población urbana total, estimada en 155 millones, más de 121 millones, o sea el 78%, contaban con servicios de abastecimiento de agua. En el mismo período los servicios de alcantarillado beneficiaron a 59 millones de habitantes, o sea el 38% de la población urbana.

El programa rural, durante la década 1960, duplicó el servicio de abastecimiento de agua. La población rural atendida en 1971 fue de 31 millones, o sea el 24% del total de la población rural estimada en 131 millones. Aunque las metas rurales no fueron alcanzadas totalmente, el esfuerzo realizado constituyó una base sólida para el futuro progreso rural.

Los programas de agua y alcantarillado en la década de 1960 significaron una inversión total de 2,600 millones de dólares, de los cuales alrededor de 1,700 millones fueron aportados por los países como contrapartida a préstamos de organismos internacionales de crédito.

Promover e intensificar programas de educación sanitaria a todo lo largo de los sistemas de educación y en especial de la enseñanza primaria y media para asegurar el máximo uso efectivo de los servicios de abastecimiento de agua y de los medios sanitarios de eliminación de excretas.

### Recolección y disposición de desechos sólidos

La necesidad de disponer de un buen sistema de recolección y disposición de los desechos sólidos es particularmente apremiante en las zonas metropolitanas y las grandes ciudades. Por lo general, los sistemas de recolección y disposición de basuras en las comunidades urbanas y rurales, en los países de América Latina y el área del Caribe, están a cargo directo de la administración municipal. La mayoría de los municipios tienen suficientes facultades legales para regular la recolección y disposición de los desechos sólidos dentro de sus jurisdicciones, pero las áreas metropolitanas apenas están formulando políticas en consonancia con el ámbito de la responsabilidad que les corresponde.

Hasta fines de la década pasada se han efectuado programas de expansión y mejoramiento de servicios pero sin que se fijaran metas específicas a ser alcanzadas. Se estima que actualmente alrededor del 75% de la población urbana tiene servicio de recolección diaria pero que la disposición final es deficiente. En la mayoría de los casos las basuras son depositadas en terrenos abiertos, más o menos alejados del centro urbano. Solamente en algunas ciudades grandes se trata parte de los desechos sólidos por incineración o se usa para producción de abonos.

Una política gerencial, administrativa y financiera adecuada, junto con una planificación técnica de los sistemas, puede contribuir en gran medida al mejoramiento de los sistemas de colecta, transporte y disposición final de los desechos sólidos.

### Contaminación del ambiente

La contaminación ambiental aumenta rápidamente donde se concentran grandes poblaciones e industrias. La contaminación del agua se acentúa con las descargas de desechos domésticos. Los desechos industriales afectan principalmente el agua y el aire. La contaminación del suelo resulta en su mayor parte del uso excesivo o indiscriminado de plaguicidas, fertilizantes y otras sustancias químicas. Sin embargo, muchos contaminantes que penetran un medio pueden ser transmitidos con el tiempo a otros medios y afectar simultánea o sucesivamente el agua, el aire y el suelo. Esta circunstancia sugiere que debe haber una interacción entre los programas de control.

### Contaminación del agua

La información disponible sobre contaminación del agua, aunque limitada, pone de relieve la existencia del problema y de su tendencia a aumentar. En general se puede afirmar que la construcción de plantas de tratamiento de desagües y otras medidas para controlarla no se han mantenido a la par con las necesidades. Es por lo tanto necesario que las autoridades consideren los efectos de la urbanización la industrialización y otras acciones sobre el medio a fin de prevenir los daños que estas puedan ocasionar, asignando los recursos necesarios para establecer las medidas de control.

### Contaminación atmosférica

La experiencia adquirida en los países desarrollados pone en evidencia que América Latina y el Caribe no pueden eludir las consecuencias de la contaminación del aire, asociada al crecimiento urbano e industrial, a menos que se tomen medidas oportunas. Al aumentar el número de vehículos y el uso de combustibles, aumenta también la descarga de monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, azufre fósil y otros productos químicos.

La información disponible sobre los efectos en la salud humana indican que es particularmente nociva a grupos susceptibles, jóvenes, ancianos y personas débiles. Para determinar las ratas actuales de incidencia es necesario que se realicen más estudios epidemiológicos. Daños adicionales de la contaminación del aire son la destrucción de la vegetación, corrosión de superficies metálicas, destrucción de pinturas, menoscabo de la visibilidad y otros. En general, se ha dado poca atención a los daños económicos y para la salud que acarrea la contaminación atmosférica.

El período que terminó en 1971 vio la creación de la Red Panamericana de Muestreo de la Contaminación del Aire, que registra en 52 estaciones establecidas en 23 ciudades de América Latina y el área del Caribe, las concentraciones de polvo sedimentable, polvo en suspensión y anhídrido sulfuroso (SO<sub>2</sub>). Los resultados alcanzados permiten tener una idea preliminar de la situación y confirman la necesidad de iniciar acciones tendientes al control, por lo menos en las ciudades mayores.

### Contaminación del suelo

El suelo sufre daños ocasionados por productos químicos, domésticos, comerciales, industriales, municipales y, de vez en cuando, agrícolas, incluidos los plaguicidas y fertilizantes. Muchos de estos contaminantes pueden penetrar en la cadena alimenticia y producir exposiciones agudas sobre los seres humanos o, en dosis pequeñas, efectos a largo plazo que no siempre pueden juzgarse directamente, sino más bien a través de observaciones indirectas por sus efectos sobre otras formas de vida.

### Control del ruido y otras tensiones

El ruido puede definirse como la emisión de sonidos de tal carácter que inducen tensiones físicas y serios desórdenes en el comportamiento de los seres humanos. Esta tensión ambiental, que aumenta con la industrialización y mecanización, está pasando de un riesgo ocupacional a un riesgo adicional para la población en general. Los daños sobre el hombre se pueden traducir en sordera crónica, perturbación en el descanso y en el trabajo, irritabilidad y otras tensiones que pueden traer consecuencias serias para la salud.

El efecto de niveles excesivamente altos de concentración de población, vibraciones, ritmo acelerado de trabajo y otros han sido estudiados en los ambientes ocupacionales, pero se ha hecho poco para evaluar sus efectos en intensidades menores o en el medio doméstico. Es necesario

obtener una comprensión más completa de sus efectos en forma aislada y en combinación, a fin de determinar su importancia y poder formular y aplicar normas para su control.

### Metas propuestas

#### Abastecimiento de agua y alcantarillado

1. Provisión de agua con conexiones domiciliarias al 80% de la población urbana, como mínimo, reducir en un 50% el porcentaje de la población sin servicio.

- Calificar los servicios de agua potable según su grado de cumplimiento de las normas de calidad y de eficiencia de operación, con el objeto de que se procure dar un mejor servicio a la población.

2. Provisión de agua al 50% de la población rural o, como mínimo, reducir en un 30% el porcentaje de la población sin servicio.

3. Provisión de servicio de alcantarillado al 70% de la población urbana o, como mínimo, reducir en un 30% el porcentaje de la población urbana sin servicio.

4. Provisión de servicio de alcantarillado, u otros medios sanitarios de eliminación de excretas, al 50% de la población rural o, como mínimo, reducir en un 30% el porcentaje de la población sin servicio.

- Para lograr las metas señaladas será necesario desarrollar planes nacionales o regionales de servicios de agua y alcantarillado que estén en consonancia con los planes de desarrollo económico y acelerar el desarrollo institucional a fin de fortalecer las entidades responsables y asegurar buenas políticas de administración. Desarrollar los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los planes y alcanzar las metas fijadas por medio de programas educacionales regulares e intensivos.
- Preparar estudios de preinversión y compilar la información necesaria para obtener financiamiento interno y externo y elaborar solicitudes de préstamos, así como desarrollar métodos de financiamiento basados en políticas tarifarias adecuadas y en requisitos de buena administración.
- Desarrollar programas con el fin de fijar normas para el control de calidad del agua.
- Emplear técnicas de "enfoque en masa" y conceptos de autoayuda comunitaria para el abastecimiento de agua en zonas rurales y usar fondos rotatorios como mecanismo para financiar programas rurales de abastecimiento de agua.
- Con el fin de facilitar la comparación de datos entre países y en la región, sería deseable tener una definición común de población urbana y rural.

- Obtener que la planificación preventiva y entrenamiento del personal de los servicios de agua potable y alcantarillado para enfrentar situaciones de catástrofes y desastres naturales se incorpore a las actividades rutinarias de esas instituciones.
- Conseguir que los programas de vivienda rural, reforma agraria, etc., destaquen como objetivo prioritario el abastecimiento de agua potable y la disposición de excretas.

#### Desechos sólidos

Establecimiento de sistemas adecuados para la recolección, transporte, procesamiento y disposición de desechos sólidos en, por lo menos, el 70% de las ciudades de 20,000 o más habitantes.

- Para esto se necesitará proveer un marco estructural jurídico y administrativo para un enfoque nacional de la disposición de basura en las zonas metropolitanas y ciudades importantes y desarrollar planes nacionales o regionales a fin de asegurar la asignación de recursos y alcanzar los objetivos propuestos.
- Acelerar el desarrollo de modificaciones institucionales cuando sea necesario, a fin de fortalecer los organismos y garantizar políticas sólidas de administración, realizar estudios de preinversión y compilar la información necesaria para la preparación de solicitudes de financiación interna o externa.
- Capacitar al personal necesario para llevar a cabo planes y alcanzar los objetivos, por medio de programas educacionales regulares e intensivos, y adaptar, desarrollar o incorporar tecnologías para diseñar métodos económicos a ser empleados en la recolección, tratamiento y disposición de desechos sólidos.
- Organizar programas de educación e información para obtener la colaboración del público en la protección del medio ambiente, y para organizar grupos locales para llevar a cabo campañas sistemáticas de limpieza o para darle su apoyo a los servicios de disposición de desechos sólidos. Asimismo, establecer sistemas de información para determinar las necesidades y tendencias, predecir demandas de servicios, evaluar el funcionamiento del programa, y desarrollar y ajustar planes para los programas de desechos sólidos en cumplimiento con los objetivos.

#### Contaminación del aire, agua y suelo

1. Establecimiento de políticas nacionales y adopción de legislación básica para mejorar, conservar y controlar la calidad de los recursos de agua, aire y suelo.

2. Formulación y realización de programas para controlar la contaminación del agua en cuencas hidrográficas, aguas costeras y otros cuerpos de agua donde se justifiquen por causa del desarrollo industrial, la urbanización, o cuando otras consideraciones indiquen la necesidad de tales medidas.

3. Formulación de programas de control de contaminación atmosférica en zonas urbanas con más de 500,000 habitantes, y en otras ciudades en que la industrialización y otras consideraciones especiales justifiquen dichos controles.

4. Formulación y ejecución de programas para controlar la contaminación del suelo en zonas urbanas y rurales en las que el desarrollo, industrialización y uso de las tierras justifiquen dichos controles.

- Esto requerirá desarrollar políticas y legislación básicas para el control de la contaminación del agua, aire y suelo y desarrollar planes regionales y nacionales vinculados a planes nacionales de desarrollo con el fin de garantizar la asignación de recursos y alcanzar los objetivos propuestos.
- Mejorar las instituciones existentes, o establecer nuevas instituciones cuando fuere necesario, para administrar programas para el control de la contaminación del agua, aire y suelo, y desarrollar los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los planes y alcanzar las metas, mediante programas educacionales regulares e intensivos, adaptando, desarrollando, e incorporando en ellos la moderna tecnología.
- Establecer sistemas de información para la recopilación de datos sobre la contaminación del aire, así como ampliar y mejorar la red regional de muestreo de contaminación del aire, y los sistemas nacionales y locales de observación.
- Investigar y estudiar las fuentes de contaminantes y sus efectos a largo plazo en el ambiente y en la salud humana, directa o indirectamente. Apoyar programas de investigación de métodos de tratamiento de bajo costo, tales como lagunas de oxidación para la eliminación de desechos municipales e industriales.
- Determinar los impactos económicos y sociales de la contaminación del agua y examinar diferentes métodos de prestar la necesaria asistencia financiera y técnica para su control.
- Preparar guías y recomendaciones para iniciar el control de la contaminación del agua, aire y suelo hasta que puedan prepararse e implantarse normas nacionales e internacionales de calidad.

- Preparar copilaciones seleccionadas de legislación y reglamentos prototipo existentes sobre contaminación.

Control de ruidos

1. Formulación de criterios para la regulación práctica del ruido y el inicio de medidas para su control.

2. Consideración del ruido como una tensión en los programas de salud pública de planificación zonal, higiene industrial y regulaciones de tráfico.

- Para esto se requiere evaluar los efectos dañinos del ruido sobre la salud y bienestar humanos, tanto con respecto a la exposición del individuo, como de la comunidad.
- Evaluar fuentes de ruidos en las zonas urbanas importantes y complejos industriales y elaborar guías y reglamentos, o revisar los ya existentes, y aplicarlos a programas para reducir el ruido y sus efectos sobre la salud humana.
- Dirigir inicialmente las acciones del control del ruido excesivo hacia las fuentes de origen como una medida práctica de comenzar acciones en este campo. (Restricción de bocinas y silenciadores abiertos en los motores de automóviles, reemplazo o amortiguación de máquinas ruidosas, aislamiento acústico de paredes y pisos, dispositivos protectores, etc.)

Control de otras tensiones

Formular criterios para la regulación práctica de tensiones tales como la vibración, ritmo de vida y trabajo, congestión, y otros peligros o incomodidades modernas, e incluir acciones apropiadas para su control en los programas de salud pública.

- Realizar estudios sobre la congestión, el ritmo y la rutina y otras características de la vida en el medio urbano; informar acerca de sus efectos sobre la salud física y mental, y determinar acciones preventivas y correctivas.
- Identificar y examinar las fuentes y formas prevalentes de vibraciones que afecten a los trabajadores y al público, y establecer normas relativas a los límites tolerables de la exposición a ellas.
- Mantenerse al corriente de la evolución de otros riesgos físicos como los "lasser", las ondas de frecuencia ultravioleta, y las radiaciones ionizantes, a fin de poder adoptar medidas de protección apropiadas.

- La frecuente ocurrencia de desastres naturales y catástrofes en la Región ha determinado que los Gobiernos y especialmente el sector salud asuman importantes responsabilidades para enfrentarlos. La labor puede orientarse en fases: de prevención y acción, que incluye perfeccionamiento de sistemas de alerta, de observación y comunicaciones mundial, regional y nacional, planificación y creación o mejoramiento de estructuras y líneas operativas nacionales e internacionales para resolver problemas urgentes de la etapa aguda; de reconstrucción, donde se puede estudiar procedimientos especiales para que las Naciones Unidas, organismos financieros internacionales y de los países puedan prestar ayuda técnica y financiera oportuna a través de una tramitación posible de cumplir en lapso breve; de análisis de puntos débiles de la infraestructura, muy comunes en los países en desarrollo y que colapsan en una situación de emergencia, aquí los organismos de Naciones Unidas, instituciones financieras y asistencia técnica de los países puede estimular a los Gobiernos a hacer diagnósticos, determinar prioridades y financiar proyectos específicos.





## SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE INDUSTRIAL

La incidencia de las lesiones y enfermedades ocupacionales en América Latina y el área del Caribe es de seis a diez veces mayor que la que se registra en los países muy industrializados. Con una fuerza laboral de aproximadamente 94 millones en 1970 las enfermedades ocupacionales llegan a niveles significativamente altos. Estudios parciales de diferentes industrias revelaron que en el caso del plomo más del 60% de los obreros expuestos sufrían de intoxicación por este metal. En las industrias del arsénico más del 80% de los obreros mostraron síntomas de envenenamiento y en la metalurgia del cromo 50% tenían dermatitis y el 10% mostraban perforación del septo nasal. En algunos países se registra un incremento de las muertes por el uso indebido de los plaguicidas. A pesar del rápido aumento de los peligros ocupacionales asociados con el empleo de estos y otros productos químicos tóxicos y la industrialización, estos riesgos no se han analizado suficientemente bien en relación con su significado para la salud pública y la economía.

Además de los riesgos de los productos químicos, los trabajadores están expuestos a calor excesivo, frío, presión, ruido, iluminación inadecuada y otros factores que afectan la eficiencia y productividad industriales, así como el bienestar de los empleados.

A comienzos de la década de 1970 habían 14 programas nacionales de higiene industrial, en distintas etapas de desarrollo y efectividad, en países de América Latina y el área del Caribe. Solamente cuatro se consideraban bastante adecuados; tres se estimaban regulares y cuatro limitados. En dos países los programas estaban en su fase incipiente; en uno, el programa de salud ocupacional lo lleva a cabo una asociación industrial privada. Aún en los países que tienen programas razonablemente adecuados, las necesidades de la industria y de los patronos exceden los servicios disponibles.

### Metas propuestas

1. Para 1975 proteger por lo menos el 40% de la población trabajadora expuesta a riesgos\*, y el 70% para 1980, en los países que ya tienen programas de salud ocupacional en operación.

2. Para 1975 proteger por lo menos el 25% de la población trabajadora expuesta a riesgos\* y, como mínimo, el 50% para 1980, en los países que establezcan programas de salud ocupacional.

- Para ello será menester definir políticas y legislación básicas para salud ocupacional e higiene industrial para usarlas a todo nivel de Gobierno, y establecer o mejorar, en cada país, programas para monitores, evaluación, prevención y control de riesgos para la salud en el ambiente de trabajo, y para incrementar la productividad utilizando técnicas modernas como psicología ocupacional, fisiología del trabajo y ergonomía.
- Debe darse especial énfasis a la importancia de tomar acción para controlar peligros ocupacionales donde las medidas son evidentes, tales

\*Población trabajadora potencialmente expuesta a riesgos según información obtenida por encuestas y otros medios.

como provisión de ventilación adecuada para prevenir inhalación de sílice, metales pesados y solventes orgánicos.

- Asegurar una asignación suficiente y adecuada de personal y otros recursos que permitan alcanzar los objetivos fijados. Desarrollar instituciones, o mejorar las ya existentes, a fin de que alcancen la capacidad necesaria para operar programas de salud ocupacional e higiene industrial en colaboración con otras agencias gubernamentales, así como desarrollar suficientes recursos humanos a nivel profesional, intermedio, y otros, por medio de programas educacionales adecuados, a fin de incorporar en forma más activa a los sectores empleadores y laborables.
- Establecer sistemas de información para evaluar riesgos ocupacionales y desarrollar métodos para prevenir accidentes o enfermedades de los obreros y otras personas expuestas a dichos riesgos. Asimismo, determinar los costos y beneficios económicos y sociales de los servicios de salud ocupacional e higiene industrial.
- Obtener asistencia de instituciones financieras o de seguridad social para llevar a cabo estudios encaminados a determinar estos costos y beneficios económicos y sociales.

Las metas propuestas representan los niveles deseables de alcanzar en la Región. Para algunos países con programas en operación estas metas pueden parecer demasiado altas, especialmente para 1980; para otros puede ser posible proveer servicios de salud ocupacional especializados a niveles más altos que el 70% para 1980.

## ASPECTOS DE SALUD EN LOS DESARROLLOS REGIONALES

El concepto de desarrollo regional implica la interacción de las condiciones predominantes en el medio rural y urbano como elementos de la sociedad integral. La solución de los problemas de orden físico, social y económico en las zonas rurales no sólo contribuirá a mejorar la situación de la población en éstas sino que además facilitará la tarea de aliviar las condiciones de los habitantes de las áreas urbanas. La determinación de la demanda de los servicios de salud y de las posibilidades de proporcionarlos constituye, por lo tanto, un elemento fundamental para cualquier plan viable de desarrollo regional.

Los programas de desarrollo de cuencas hidrográficas, encarados como programas de desarrollo de propósitos múltiples, hicieron su aparición en América Latina y las autoridades de salud tuvieron éxito en que, en la mayoría de los casos, se contemplaron los aspectos de salud en los diversos programas. Actualmente se encuentran en fase de estudio una serie de planes de desarrollo de cuencas fluviales y de otro carácter donde es necesario definir cuantitativamente las necesidades del sector salud, evaluar su impacto sobre la salud y determinar los costos y beneficios de las medidas que deben tomarse para prevenir los daños. Luego será necesario poner en efecto las medidas recomendadas en concordancia con los planes de desarrollo regional.

### Metas propuestas

Incorporación del sector salud, tanto en sus aspectos de acciones sobre el ambiente como de servicios al individuo, en los procesos y proyectos de desarrollo.

- Lo anterior implica definir la política y la correspondiente estrategia para que el sector salud participe integralmente en la definición, formulación, ejecución y evaluación de los proyectos de desarrollo regional, y preparar los respectivos estudios de factibilidad del sector salud de tal forma que apoyen en la forma más efectiva los planes de desarrollo.
- Promover, apoyar e implementar la preparación de profesionales en asuntos del ambiente a través de cursos de posgrado, cursos cortos, seminarios, adiestramiento en servicio y diseminación de material de información técnica, dando especial atención a la transferencia de la nueva tecnología.
- Establecer estrecho contacto con los planificadores a fin de proveerles la información sobre salud ambiental que se requiere en la planificación integral, y estimular o realizar programas de información pública con el fin de fomentar y conseguir el apoyo de la población para la inclusión de los componentes de los programas de salud pertinentes en los proyectos de desarrollo.
- Establecer los costos marginales de la expansión de los servicios de salud que pueda ser necesaria como consecuencia de los proyectos de desarrollo e incorporarlos en los presupuestos de dichos proyectos.

SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA

En América Latina en general, y en ciertas zonas geográficas en particular, algunas de las enfermedades humanas más prevalentes se contraen directamente de los animales. Estas zoonosis producen también una seria disminución de la disponibilidad de proteínas de origen animal, las que son esenciales para contrarrestar la tendencia en la desnutrición humana en la Región. Se estima que con un control adecuado de la fiebre aftosa y de las principales zoonosis se podría lograr un aumento significativo en la disponibilidad de proteína animal, con un incremento que llegaría a 4.4 gramos de proteína por persona y por día en América Latina, lo que equivaldría a aumentar en un 50% el suministro actual.

La rabia canina está ampliamente distribuida en las Américas. La incidencia de rabia en el hombre ha ido incrementándose en la década pasada, llegando a 292 casos en 1970, mientras que en el período 1947-1956 fue de 178 casos. El principal portador de la enfermedad (excepto en el Canadá y en los Estados Unidos de América) es el perro (21,300 casos notificados en 1970), que constituye a la vez el principal vector. El perro, asimismo, crea el problema de las mordeduras (1,220,000 personas expuestas en 1970), que obliga a aplicar tratamientos vacunales postexposición a un elevado porcentaje de personas mordidas (360,000 personas vacunadas en 1970). La rabia bovina, transmitida por murciélagos hematófagos, se presenta en forma endémica desde el norte de México hasta el norte de la Argentina, causando la muerte de medio millón de cabezas de ganado anualmente, lo que representa una pérdida de más de 50 millones de dólares.

La brucelosis es quizás la zoonosis más importante si consideramos los aspectos de salud y pérdidas económicas que ocasiona esta enfermedad. Su distribución geográfica abarca todos los países de las Américas con grandes variaciones en su morbilidad. La información disponible registra una cifra de 8,000 nuevos casos humanos por año, sólo en América Latina. Las tasas de infección más altas en el ganado se registran en las grandes cuencas lecheras llegando a cifras del 25%. La brucelosis caprina constituye la principal fuente de infección humana en tres países en los que las tasas de infección en el ganado caprino van del 7 al 21%. La brucelosis suina constituye un serio problema para la salud humana; las informaciones de 10 países de la Región muestran que las tasas de morbilidad oscilan entre el 4.6 al 48.0%.

La tuberculosis bovina es una zoonosis endémica en la mayoría de los países de América Latina, con tasas de infección que van del 0.5% en algunos países hasta el 20% o más en ciertas zonas del Hemisferio. En algunos países donde se practican exámenes de tipificación de los cultivos de enfermos humanos se ha demostrado presencia de micobacterias de origen bovino con una tasa variable del 6 al 26%.

La hidatidosis causa serios problemas a la economía y la salud en cinco países que conforman más del 56% de la población humana y más del 70% de la producción ganadera de América Latina. En las áreas afectadas, los perros señalan tasas de prevalencia de tenia Equinococcus granulosus que oscilan del 30 al 60%. Las mismas tasas, o aún más altas, de quistes hidatídicos se observan en el hombre y en el ganado, principalmente ovino. Algunas áreas de países muy infectados muestran tasas hasta del 84.3 por 100,000 habitantes. Las pérdidas en tres países, que presentan la enfermedad con tasas elevadas, se estiman en más de medio millón de dólares al año, sólo por hospitalización de enfermos.

La leptospirosis está ampliamente difundida en el Hemisferio, registrándose constantemente casos en humanos y animales; su distribución no es bien conocida a causa de falta de información. Sin embargo, hay países que registran tasas de infección de 14.2 por 10,000 habitantes y una letalidad de 40% de casos hospitalizados.

La encefalitis equina ha asumido en el último decenio una real amenaza para la salud y la economía de los países de América Latina. Además de los virus tipo Este y Oeste, que son prevalentes en muchos países, en el área del Golfo de México, Centro América y Cuenca del Caribe, descendiendo hasta el Ecuador y el Perú, se ha producido un avance alarmante del virus de la encefalitis equina tipo venezolano, que ha creado situaciones de verdadero desastre en varios brotes epizootémicos registrados en los años recientes. Los casos humanos registrados sobrepasan la cifra de 50,000 en los tres últimos años y se estima en 150,000 la mortalidad de equinos.

La fiebre aftosa es endémica en todos los países de América del Sur, con excepción de Guyana, Guayana Francesa y Surinam. En los países infectados las tasas de morbilidad varían de un 30 a un 50% para la especie bovina. El programa multinacional de lucha antiaftosa, que actualmente se realiza en los países sudamericanos, cuenta con el apoyo de créditos internacionales para su desarrollo. El total de los créditos otorgados, más la inversión de los países, ascenderá aproximadamente a más de 350 millones de dólares en los próximos cinco años.

Con excepción de pocos países, las actividades de salud animal y de salud pública veterinaria son, hasta ahora, muy limitadas y de carácter mas bien regional. Existe un reconocimiento muy limitado de la verdadera prevalencia de las zoonosis, el efecto que ellas tienen en la salud del hombre y la economía del país. Los planes nacionales para el control de estas enfermedades adolecen generalmente de una infraestructura adecuada y de servicios complementarios. Hay escasez de profesionales calificados disponibles para cubrir las actividades de planificación, administración, evaluación epidemiológica y estadística, situación que se agrava en muchos casos por falta de recursos técnicos, materiales y financieros.

#### Propósitos de cambio

Conseguir, durante la década:

1. La reducción de la prevalencia de todas las zoonosis, la expansión de las zonas que actualmente están declaradas libres de ellas, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, el mejoramiento de los métodos de descubrimiento, la creación de nuevos laboratorios y perfeccionamiento de los existentes, el aumento de la producción y suministro de vacunas, la elaboración de nuevas preparaciones inmunizantes efectivas y el incremento de personal en los servicios de medicina veterinaria.

2. La promoción, el reforzamiento y la consolidación de los servicios de salud animal y los de salud pública veterinaria, de manera de lograr una coordinación adecuada entre los programas de los Ministerios de Salud y Agricultura de los países.

- Para ello deberán crearse o reforzarse las unidades respectivas dentro de la infraestructura de cada Ministerio. Esto permitirá el establecimiento y consolidación de los programas de control de zoonosis y fiebre aftosa, el reforzamiento de las actividades de investigación epidemiológica operacional y notificación de casos de enfermedades de animales en forma coordinada, y el desarrollo de programas integrados de control e higiene de alimentos de origen animal. El financiamiento para el desarrollo de la infraestructura de servicios y la formación de recursos humanos son indispensables.

3. Los Centros Panamericanos de Zoonosis y Fiebre Aftosa, para lograr el mayor éxito en su colaboración con los países de la Región, deberán disponer de una debida ampliación de recursos para sus tareas específicas.

- El reforzamiento de estos Centros permitirá vigorizar sus actividades. Su expansión debe estar dirigida a la materialización de programas que establezcan verdaderas prioridades de la zoonosis dentro de cada país. Establecidos estos programas, los Centros deberán entregar toda su asesoría técnica, estableciéndola, en cada enfermedad, en todos sus diversos aspectos.

4. El control y la eventual supresión de la rabia canina en las principales ciudades de América Latina, con miras a la erradicación de la rabia humana en las mismas áreas.

- Para alcanzar este propósito se deberán establecer programas de vacunación sistemática del 80% de la población canina y el control de los animales sin dueño, a fin de reducir la prevalencia de la enfermedad a menos de un 50% al cabo de cinco años y erradicarla a los 10 años, suprimiendo de esa manera la rabia humana.
- El Centro Panamericano de Zoonosis deberá continuar e impulsar investigaciones en la búsqueda de vacunas antirrábicas de uso humano, que proporcionen absoluta seguridad de la eliminación de todo riesgo en los tratamientos preventivos de la rabia.

5. El control y/o erradicación de la brucelosis en los animales y la supresión de la infección en el hombre.

- Para ello será necesario establecer y desarrollar programas nacionales de control y/o erradicación con adecuado soporte financiero del país y del crédito internacional. Los países con una prevalencia del 1% o menos deberán haber completado su erradicación durante esta década, y los países con prevalencias mayores de hasta un 25% deberán haber logrado una reducción efectiva de menos del 2%. La prevención de la enfermedad en el hombre deberá hacerse a través de acciones dirigidas al control de los animales enfermos y sus productos para efectuar un manejo y procesamiento adecuados.

6. El control y la eventual erradicación de la tuberculosis bovina en toda América.

- Se deberán establecer y/o consolidar programas de control y/o erradicación de la tuberculosis bovina en las áreas de mayor prevalencia de la enfermedad y con el adecuado soporte financiero del país y del crédito internacional. Es de esperar que con las acciones que vienen realizando algunos países en donde la prevalencia de la enfermedad es de 1% o menos podrán haber alcanzado la erradicación al final de la década. En los países con tasas más elevadas de hasta el 20% podrán, a través de programas nacionales efectivos, lograr una reducción substancial de la enfermedad, pudiendo llegar a establecer áreas modificadas de baja prevalencia (1%) que facilitaría el camino para la erradicación.

7. La reducción de la prevalencia de la hidatidosis humana y animal y el establecimiento de programas de profilaxis en las áreas conocidas como infectadas en el Hemisferio.

- Será necesario desarrollar programas piloto que permitan conocer mejor los procedimientos adecuados de control de esta enfermedad, de acuerdo a las necesidades locales de cada país; establecer programas nacionales de control y profilaxis con el apoyo financiero del crédito internacional en aquellos países que han definido sus procedimientos y política de control de esta enfermedad; implantar y desarrollar medidas de control y mejoramiento de los mataderos y lugares públicos y privados en los que se faenan animales para consumo en las áreas infectadas, y adoptar medidas tendientes a proteger a los habitantes humanos de estas áreas.

8. El conocimiento de la magnitud del problema y la reducción de la incidencia y prevalencia de la leptospirosis en el hombre y en los animales.

- Para ello se deben organizar programas de estudios epidemiológicos que permitan conocer con exactitud las áreas afectadas y la magnitud de las mismas en cada país. Deben establecerse actividades de protección de los grupos ocupacionales que están más expuestos a esta enfermedad y desarrollar un intenso adiestramiento del personal que trabaja en estas actividades.

9. La reducción de la incidencia y prevalencia de la encefalitis equina en el área de países infectados, especialmente en la zona de influencia del virus tipo venezolano (cuena del Caribe, Golfo de México y países vecinos).

- Para lograr este propósito se deben ampliar las actividades de los programas de control en todos los países afectados, de manera de lograr la vacunación sistemática de caballos, asnales y mulares, hasta alcanzar una cobertura del 80% de la población susceptible. Promover la intensificación de las investigaciones ecológicas y epidemiológicas en escala nacional y en forma cooperativa entre los países del área afectada, así como el adiestramiento de personal para tareas de diagnóstico de laboratorio y de estudios epidemiológicos.

10. El control y la eventual erradicación de la fiebre aftosa de la América del Sur y la prevención de la introducción de la enfermedad en los países del área libre.

- En el área infectada será necesario desarrollar y consolidar los programas nacionales y coordinar sus acciones de tal forma que permita conseguir una lucha armónica a nivel continental. Deberán continuarse las investigaciones para el perfeccionamiento de la eficacia de las vacunas. En el área libre deberá consolidarse la prevención de la enfermedad mediante programas nacionales estructurados dentro de un concepto de unidad regional, capaces de una vigilancia eficaz y dotados de recursos suficientes como para erradicar cualquier brote de la enfermedad. Parte de esta política será la ejecución de un programa de vigilancia y control en el área fronteriza de Panamá y Colombia, con miras a su expansión en los territorios de estos países donde se construirá el nuevo trazo de la Carretera Panamericana.
- Al control de las zoonosis y de la fiebre aftosa debe dársele un carácter multinacional que asegure la posible erradicación futura en el Continente y permita un más libre intercambio comercial de productos alimenticios y de la ganadería en la Región y con países fuera de ella.

11. El control de las zoonosis requiere, fuera de elementos técnicos, la participación directa de la comunidad.

- La educación de la comunidad representa uno de los factores más decisivos en el éxito de todo ataque contra las zoonosis. Campañas de divulgación, orientadas a una participación activa de la comunidad, constituyen factores indispensables en todos los programas de salud humana y animal. Este conjunto de acciones es especialmente valioso en los sectores rurales, áreas en donde las zoonosis deben ser decididamente controladas.

12. La vigilancia epidemiológica de la rabia, encefalitis, fiebre aftosa y enfermedades vesiculares, ha permitido apreciar la alta conveniencia de que los países deben estar informados del curso y desarrollo de las enfermedades que alcanzan al hombre, desde los animales, en los diversos países del Continente. Tales procedimientos de notificación y diagnóstico deben extenderse a otras zoonosis, como brucelosis, tuberculosis, leptospirosis, etc.

- Se observa la urgencia de disponer de una completa información y recursos técnicos capaces de asegurar el diagnóstico precoz de enfermedades exóticas que pueden significar pérdidas económicas incomparables.
- La vigilancia epidemiológica no queda limitada sólo al aspecto de salud, sino que rebalsa hacia factores económicos de la más alta significación. Las pérdidas ganaderas representan una efectiva disminución de la producción de proteína animal.

## CONTROL DEL EMPLEO DE PLAGUICIDAS

La información existente muestra que en todos los países del Hemisferio se emplean enormes cantidades de plaguicidas de todas clases, y el uso indiscriminado de estos agentes es una de las preocupaciones más grandes de los ministerios de salud. Los países de las Américas han informado también de intoxicaciones y muertes causadas por plaguicidas, que se clasifican como ocupacionales, accidentales, y suicidios.

Aunque prácticamente no existe la confirmación por los laboratorios de los efectos peligrosos, en la población en general, por la ingestión de alimentos muy contaminados por el uso indiscriminado de plaguicidas, no hay duda alguna de que el número de intoxicaciones y defunciones en la población humana y animal va en aumento y de que causan graves estragos en términos de vida de seres humanos y animales. No tiene ninguna justificación la muerte accidental de niños y otras personas por ingestión de plaguicidas, que se venden y distribuyen sin etiquetas o advertencias adecuadas sobre el peligro que entrañan. Esta forma de muerte es muy corriente y parece que ha llegado a ser un riesgo aceptado en la vida ordinaria.

Cabe prever que en esta década continuará el uso indiscriminado de plaguicidas. Además de los agentes ya utilizados, van apareciendo nuevos productos, a un ritmo muy acelerado. Las modificaciones secundarias, generalmente con carácter comercial, de las fórmulas, entre las que se incluye combinaciones de plaguicidas de toda clase que se asegura tienen un espectro más amplio de actividad, seguirán constituyendo un problema, salvo que se imponga la aplicación de esos agentes con arreglo a normas científicas.

La mayoría de los países de las Américas han adoptado disposiciones legislativas de algún tipo para controlar el uso indiscriminado de plaguicidas. Sin embargo, debido a la dificultad de obtener apoyo financiero y de otra índole para la promulgación y aplicación de estas leyes, las propuestas no han cristalizado, en gran parte, en realizaciones.

Algunos países de la Región analizan residuos en escala reducida y varios de ellos disponen de laboratorios para realizar ensayos limitados de plaguicidas, a fin de cumplir las leyes promulgadas. Sin embargo, no se hace el mejor uso posible de estos laboratorios, debido a la insuficiencia de personal debidamente capacitado y a la falta de instrumentos adecuados.

El establecimiento de patrones internacionales de tolerancia a los residuos de plaguicidas en los tejidos y plantas constituye una empresa que adquiere cada vez mayor importancia en este campo. A medida que se establezcan estos patrones internacionales de tolerancia será preciso velar por su cumplimiento, no sólo para proteger la salud del hombre y de los animales, sino también como un factor indispensable para que pueda continuar el comercio internacional de alimentos.

Propósitos de cambio

Conseguir, durante la década, en cada uno de los países de América Latina y el Caribe:

Que se reduzcan las intoxicaciones y las defunciones humanas debidas al uso indiscriminado de plaguicidas.

Para alcanzar este propósito se propone:

- Lograr que todos los países formulen una política nacional y promulguen y apliquen rigurosamente leyes para controlar el uso y distribución de plaguicidas.
- Crear comités nacionales, integrados por representantes de los Ministerios de Salud, Agricultura, Comercio, y de otros ministerios e instituciones apropiados, a fin de que establezcan normas para el control de los plaguicidas y los respectivos programas de actividades a desarrollarse por las respectivas entidades responsables de velar por el cumplimiento de estas normas.
- Desarrollar una acción cooperativa internacional para lograr la aplicación inocua y científica de los plaguicidas. Deberá propenderse al desarrollo y uso de pesticidas de baja toxicidad y fácil degradación en el medio ambiente.
- Establecer claras normas respecto a la leyenda de las etiquetas y al tipo de envases destinados a la distribución de los plaguicidas.
- Iniciar y fortalecer centros nacionales con laboratorios debidamente equipados y ubicados en lugares estratégicos de cada país, para velar por el cumplimiento de la legislación sobre los análisis de plaguicidas.
- Establecer cuanto antes, hasta tanto se pueda aplicar la legislación recomendada, centros de capacitación para el adiestramiento de técnicos en procedimientos modernos de análisis de residuos de plaguicidas.
- Fomentar los estudios relacionados con el diagnóstico precoz y tratamientos adecuados de las intoxicaciones por plaguicidas, y recomendar la incorporación de estos conocimientos en los currícula de las escuelas o facultades de Ciencias Médicas.
- Proporcionar asistencia técnica a los servicios oficiales e instituciones educativas mediante la colaboración de grupos multidisciplinarios que tengan experiencia en aspectos analíticos, operacionales, de salud y ambientales de la administración de plaguicidas.

## CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS

Durante la década anterior, los niveles de producción de alimentos en los países latinoamericanos, que eran ya bajos, han permanecido prácticamente estacionarios, mientras que las importaciones han aumentado constantemente. En realidad, estos países producen sólo una proporción reducida de la capacidad potencial de sus recursos naturales. Por otra parte, la descomposición y la contaminación causan la destrucción y desperdicio de una gran cantidad de alimentos destinados al consumo directo debido a las condiciones deficientes o inadecuadas del transporte, elaboración, refrigeración, almacenamiento o distribución comercial. Las medidas de control y la legislación con respecto al control de la calidad y a la higiene de los alimentos no han ido a la par con el rápido desarrollo tecnológico de la industria, agravando así los riesgos de la contaminación y los posibles efectos nocivos de los aditivos alimentarios y de los residuos tóxicos. Incluso en los Estados Unidos de América, con sus elevadas normas de higiene y pureza de los alimentos, varios millones de personas sufren anualmente de intoxicaciones causadas por alimentos contaminados.

Las vías y formas en que contaminan los alimentos con agentes microbiológicos, químicos y físicos, son complejas. Los servicios de salud se han visto limitados en su labor de proteger al público de los riesgos que entrañan los alimentos, por no contar con suficientes recursos para llevar a cabo medidas de inspección y control que incluso los reglamentos existentes estipulan. La falta de normas uniformes para el control de los alimentos, de laboratorios de análisis adecuados para confirmar la calidad microbiológica o química de los alimentos, de apoyo institucional y orgánico para los programas de higiene de alimentos, y de profesionales técnicos calificados para supervisar y llevar a cabo actividades de inspección y control, constituyen importantes limitaciones.

Durante los años setenta, el crecimiento de la población en América Latina y el Caribe aumentará la demanda de alimentos en forma substancial. La tasa actual de crecimiento agrícola (2%) y su tendencia está muy por debajo de la tasa de crecimiento de población en estos países. El abastecimiento de carne, aunque aparentemente suficiente, se ve fuertemente disminuido por las pérdidas ocasionadas por las enfermedades de los animales, así como por las grandes cuotas de exportación que tienen algunos países. Se prevé que en esta década se registrarán importantes adelantos en la industria de alimentos, sobre todo en la producción y mayor consumo de alimentos preparados, semiprosesados y sintéticos. Las innovaciones tecnológicas en la elaboración de alimentos tendrán varios efectos: algunas, destinadas a mejorar la producción y venta de los alimentos, pueden aumentar los riesgos para la salud pública; otras, pueden ayudar a garantizar que los alimentos del mercado satisfagan los requisitos higiénicos y nutritivos o contribuyen a reducir las pérdidas económicas ocasionadas por el desperdicio, la infestación o la contaminación. Los servicios de salud deberán mantener una cuidadosa vigilancia de los nuevos procedimientos de la industria de alimentos para garantizar

el elevado valor nutritivo de sus productos e impedir el empleo de aditivos alimentarios nocivos al hombre.

La interrelación entre la producción de alimentos y la salud pública es tal que exige los esfuerzos cooperativos de los Ministerios de Salud, Agricultura, Educación y Comercio, así como la participación de la industria de alimentos. Los planes establecidos entre estos sectores pueden garantizar el éxito definitivo de los programas nacionales de higiene de los alimentos con los consiguientes beneficios para la salud y el desarrollo económico de cada país.

#### Recomendaciones

La reducción de las enfermedades humanas y pérdidas ocasionadas por la contaminación microbiana, química y física de los productos alimenticios, a través de la integración de las actividades de control de calidad e higiene de los alimentos en los programas generales de salud y el establecimiento de normas sanitarias que aseguren la protección de la salud y favorezcan el comercio entre los países.

Para alcanzar este propósito, se propone:

- Definir claramente las responsabilidades del sector salud en lo que respecta al control de calidad e higiene de alimentos, desde la etapa de producción de los mismos, su procesamiento, industrialización, rotulado, distribución, venta y exportación. La definición de estas responsabilidades permitirá a cada Ministerio de Salud determinar, de una manera clara y precisa, las necesidades y magnitud de sus respectivos programas a todos los niveles.
- Crear y/o fortalecer servicios para el registro y control de calidad de los alimentos dentro de cada Ministerio de Salud. Este servicio deberá coordinar la protección de los alimentos con otros organismos oficiales a todos los niveles gubernamentales, así como desarrollar y actualizar normas sanitarias de control de calidad de alimentos y reglamentos sobre higiene de los mismos, asegurando su observancia.
- Capacitar los recursos humanos necesarios para desarrollar en cada país, de acuerdo con sus características, un programa de control de calidad e higiene de alimentos. Se deberá poner especial énfasis en la capacitación de personal de inspectores y de analistas.
- Fomentar, planear y realizar estudios epidemiológicos de contaminantes microbiológicos y químicos de los alimentos, para determinar el significado que tienen para la salud las operaciones de producción, almacenaje, elaboración y distribución de alimentos. Especial énfasis debe darse al control de roedores y sus efectos en la preservación de alimentos, tanto en lo que respecta al área urbana, como rural. Los resultados de estos estudios deben traducirse en medidas prácticas de prevención y de vigilancia.

- Establecer políticas y reglamentos sanitarios para garantizar que se observen normas mínimas de calidad y contenido nutritivo de los alimentos. Estas deberán también señalar todos los aspectos relacionados con la tecnología de cada producto.
- Procurar la adopción, en cada país, de normas sanitarias de control de calidad de alimentos compatibles con las establecidas por otros gobiernos, y fomentar las investigaciones y otras actividades que den validez a dichas normas.
- Incorporar a los programas de educación sanitaria actividades de divulgación, para enseñar los aspectos fundamentales de la preservación e higiene de los alimentos, así como de su conservación y valor nutritivo, y llevar a cabo paralelamente programas educativos dirigidos al personal de la industria de alimentos, subrayando la necesidad de mantener normas estrictas de limpieza e higiene en las fábricas, almacenes, mercados y lugares de expendio de alimentos.
- Garantizar el financiamiento adecuado para que los servicios a cargo del registro y control de calidad de los alimentos puedan mantener programas eficaces, en los países que fuera necesario, con la recomendación de que el financiamiento se obtenga, en parte al menos, mediante el pago de derechos para la concesión de licencias sanitarias de establecimientos de expendio y procesamiento de alimentos, por el registro de alimentos preparados y por los análisis de laboratorio.

## CONTROL DE LA CALIDAD DE MEDICAMENTOS

Gran parte del éxito reciente de la ciencia médica se basa en la administración de nuevos medicamentos y a esto se debe el empleo en gran escala de productos farmacéuticos en la terapia moderna. Esto se evidenció cuantitativamente en un estudio realizado por la OPS en 1970, según el cual la población de los países de América Latina y del área del Caribe gastaba aproximadamente EUA\$2,000 millones anuales en medicamentos (a precios al por menor). Se estima que en 1980 este gasto anual ascenderá a EUA\$5,000 millones.

Aunque los nuevos medicamentos han reportado grandes beneficios también han creado problemas complejos que han abrumado a los organismos de control de drogas de la Región.

En general, en casi todos los países de América Latina y del área del Caribe tanto la programación como los fondos para el control de las drogas son insuficientes. La consecuencia es que la mayoría de los organismos nacionales de control de drogas carece del personal necesario para cumplir con sus obligaciones de inspección o para analizar el volumen de drogas que se debería examinar, y que, con frecuencia, sus inspectores y analistas no han recibido formación superior. Además, gran parte de su equipo de laboratorio es anticuado y existe una grave escasez de medios modernos de análisis. En muchos casos, los laboratorios nacionales se ven obligados a emplear tan solo procedimientos químicos porque no cuentan con el personal ni las instalaciones indispensables para las pruebas microbiológicas y farmacológicas.

### Propósitos de cambio

Planificación, desarrollo y ejecución, en todos los países de América Latina y el área del Caribe, de programas a largo plazo para el control de la calidad de las drogas, con el necesario apoyo legal, técnico y financiero

Para alcanzar este objetivo es necesario:

1. Establecer, en cada país, un organismo unificado de control de drogas o un sistema eficaz de coordinación con las siguientes funciones:
  - Evaluación y registro rápido de las drogas, y control de la rotulación y la publicidad, tanto de productos nacionales como de los importados.
  - Obtención de muestras de las drogas en etapas apropiadas de su fabricación y distribución, y su correspondiente análisis.
  - Inspección de la producción y distribución de las drogas, así como de la importación de medicamentos o su producto químico base.

- Aplicación efectiva de los requisitos legales relativos a dicho control, incluyendo prácticas de manufactura y control de calidad.
- Evaluación periódica de los productos registrados y su uso para eliminar aquellas drogas cuyo valor terapéutico ha sido superado.
- Fomento de las investigaciones relacionadas con las funciones de un programa de control de drogas y publicación de los resultados.

2. Procurar que los organismos nacionales de control de drogas cuenten con expertos especialmente calificados en las ciencias de la salud, que estén al corriente de los procedimientos de fabricación de drogas y de control de la calidad farmacéutica, y tomar medidas necesarias para la capacitación superior del personal técnico. Por intermedio de este personal se debe prestar una amplia y constante asesoría a los fabricantes de medicamentos tanto en técnicas de producción como en control de calidad.

3. Desarrollar y establecer normas uniformes de control de calidad que favorezcan el uso de productos comparables en los países del Hemisferio. Deberá propenderse a un intercambio permanente de información en todo lo concerniente con la producción, distribución, venta y uso de los medicamentos. En especial, debe recolectarse y distribuirse información sobre costos y precios de registro de productos importados. Las drogas o medicamentos que se venden en el mercado internacional deberían ser acompañadas de una lista cuantitativa de ingredientes medicinales, indicaciones para su uso y dosis recomendada. La información debería incluir también contraindicaciones, reacciones adversas conocidas y resultados de pruebas clínicas y biológicas.

4. Adoptar medidas para que los organismos nacionales de control de drogas cuenten con el financiamiento necesario y estén dotados de instalaciones de laboratorio adecuadas, en particular para el control de la calidad de los productos farmacéuticos y biológicos, así como para la realización de estudios farmacológicos y toxicológicos.

5. Procurar que se faciliten fondos, en una proporción no inferior al 1% de drogas consumidas en cada país, que permitan a los organismos nacionales de control de drogas contratar al personal necesario para desempeñar sus actividades en consonancia con el volumen de drogas que se consuma en el país, donde esto fuera necesario y estudiar los medios que permitan a los países la autofinanciación de sus actividades de control de drogas.

6. Establecer procedimientos definidos para lograr que se facilite formación especializada a los administradores de las disposiciones legales y reglamentarias sobre control de drogas, a los inspectores de establecimientos productores, y a las diversas clases de especialistas de laboratorio que se requieren para el examen de las drogas.

7. Crear un Instituto Panamericano de Control de la Calidad de Medicamentos que facilite a todos los países la divulgación de las nuevas técnicas; realice actividades de investigación, distribuya información técnica y científica, proporcione formación superior a los analistas de drogas de alto nivel de los organismos nacionales de control en relación con los procedimientos de prueba

con instrumental moderno, procedimientos biológicos para el examen de antibióticos, y análisis farmacológico, incluidos los procedimientos bioquímicos y, por último, facilite capacitación técnica a los inspectores y administradores principales. El personal de nivel superior que reciba formación en el Instituto dictaría a su vez cursos análogos a nivel nacional. El Instituto podría encargarse también de un informe técnico o de un examen analítico de control de calidad que pudiese servir de pieza fundamental para que los organismos nacionales fallen en determinado sentido.

## CONTROL DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO

El accidente de tránsito constituye un problema de interés creciente en el campo de salud pública.

En las Américas, las defunciones por accidentes de tránsito están aumentando. En ciertos países representan casi el 40% del total de las muertes por accidentes y figuran entre las primeras diez causas de defunción. En ciertos grupos de edad constituyen la primera causa de defunción. En algunos países de alta densidad de vehículos, la tasa de defunciones por accidentes sólo la superan las correspondientes a cardiopatías, tumores malignos, lesiones vasculares y neumonía-influenza.

Por cada muerte hay entre 10 y 35 individuos, de acuerdo con las tasas de los respectivos países, que sufren daños de salud con incapacidad temporal o definitiva. Los grupos más afectados son los adolescentes y los adultos jóvenes.

El accidente de tránsito es muchas veces consecuencia de la conducta social defectuosa de uno o varios individuos.

Esos accidentes pueden obedecer también a alteraciones físicas o mentales que sufren los individuos debido a enfermedades agudas o crónicas o un estado de intoxicación, tensión emocional, neurosis y psicosis.

La prevención de las defunciones y estados de invalidez exige un esfuerzo de la comunidad encaminado a la prestación de servicios médicos de urgencia y rehabilitación médica.

Al analizar los accidentes de tránsito, desde un punto de vista ecológico, hay que tener en cuenta los tres factores que influyen en el accidente: la carretera, el vehículo y el usuario de la carretera.

### Propósito de cambio

Reducción de la proporción de accidentes de tránsito y, consiguientemente, de las defunciones y estados de invalidez que originan.

### Estrategia

1. Que los países establezcan organismos nacionales que coordinen las acciones de las instituciones de los diferentes sectores, públicos y privados, relacionadas con la prevención de accidentes del tránsito, que promuevan un enfoque multidisciplinario de los programas de control e investigaciones y que adopten una función rectora en la ejecución de programas en este campo.
2. Realizar estudios e investigaciones, incluyendo las epidemiológicas y las socio-culturales, tendientes a establecer: la naturaleza y magnitud del daño; su distribución por sexo, edad, ocupación y estado civil; su ubicación geográfica, y otras variables, con el fin de poder identificar los grupos más vulnerables de la población, los lugares de mayor peligro, el tipo de vehículos que reúne las mejores condiciones de seguridad, los días y horas asociados con la incidencia más alta de accidentes, etcétera.

3. Promover la aprobación de leyes y reglamentos basados en las características de los accidentes de tránsito en cada país, comprobadas por las investigaciones que se lleven a cabo, tomando en consideración a los tres elementos citados.

4. Estimular las actividades educativas en todos los niveles, desde el académico hasta el de la divulgación.

5. Tomar medidas para que se apliquen en la Región, al máximo posible, las nuevas técnicas de construcción de carreteras que se están desarrollando en muchos países del mundo para satisfacer las necesidades específicas en diversas condiciones.

6. Mejorar los servicios médicos y de salud para prestar la debida asistencia inmediata a las víctimas de accidentes, como una de las medidas decisivas para disminuir las defunciones hasta en un 50% y minimizar los casos de invalidez que son consecuencia de los accidentes de tránsito. Desarrollar además, programas de rehabilitación médica de las víctimas de accidentes.

7. Que los países fijen normas para la otorgación de licencias de manejo de acuerdo con los factores condicionantes prevalentes en el país, como el control psicotécnico.

8. Que en el desarrollo de programas de prevención de accidentes de tránsito los países consideren a estos como un aspecto del problema integral de todos los accidentes y que también se preparen y ejecuten programas en este campo.

## ENFERMERIA

El personal de enfermería en los países de la América Latina y área del Caribe, que en 1969 representaba una proporción de 11.1 por 10,000 habitantes, es insuficiente para proporcionar un nivel útil de atención de enfermería.

La aguda escasez de enfermeras (2.3 por 10,000 habitantes) y su deficiente distribución y uso, da lugar a que la mayor parte de la atención de enfermería esté en manos de auxiliares que carecen de la preparación y supervisión suficientes para asegurar servicios libres de riesgos.

En la mayor parte de los países no existe una política claramente definida sobre la atención de enfermería ni formación de personal en este campo.

La estructura orgánica de los servicios en el área de enfermería y de formación de personal es por lo general inadecuada y su administración es deficiente. Hay escasez de material y equipo tanto para la atención de enfermería como para la formación de personal, lo que afecta la calidad de la atención y no proporciona el tipo de experiencias requeridas para el aprendizaje de los estudiantes.

No hay unidades responsables de la planificación, coordinación, y evaluación de los programas educativos. Esta deficiencia ha dado lugar a un desequilibrio entre los factores de necesidad, demanda, producción y absorción. La falta de estudios para evaluar la adecuación de los programas educativos frente a los requerimientos de los servicios y la realidad socioeconómica nacional está creando confusión, duplicación de esfuerzos y el consiguiente desperdicio de recursos ya limitados.

La información estadística es inadecuada, y es imprescindible realizar estudios e investigaciones sobre nuevos métodos de organización y administración de los servicios y enseñanza de enfermería.

## RECOMENDACIONES

1. Establecimiento de un sistema de enfermería en el 60% de los países de la Región, en el cual esté claramente especificado el papel de enfermería, el número y categorías del personal de enfermería que se requiere para alcanzar los objetivos de los planes nacionales de salud, como asimismo los programas necesarios para la preparación de dicho personal. En otras palabras, procede determinar para cada país, el tipo de enfermera necesaria, de acuerdo con su realidad nacional y desarrollar programas docentes para tal fin.

Para esto se deberá:

- 1.1 Definir una política nacional y preparar a enfermeras, en técnicas de planificación y programación, como paso hacia el establecimiento del sistema de enfermería.
- 1.2 Establecer un mecanismo de formulación de políticas, planificación coordinada, y adopción de decisiones por parte de la enfermera, el médico y el grupo dirigente en materia de salud.

- 1.3 Desarrollar el sistema de información necesario para la planificación, el desarrollo y la evaluación de los programas de servicios de enfermería y de enseñanza de la profesión.
- 1.4 Promover la investigación descriptiva y experimental sobre los diferentes elementos que integran los servicios de enfermería y sistemas educativos, con el objeto de elaborar nuevos métodos para la prestación de atención de enfermería, la organización y administración de servicios y la preparación de recursos humanos en enfermería, principalmente en lo referente a personal intermedio y auxiliar.
- 1.5 Incluir enfermeras específicamente preparadas en administración en los equipos de decisión a nivel nacional, provincial, municipal y en los servicios hospitalarios y sanitarios.
- 1.6 Definición de funciones de todos los miembros del equipo de salud.

2. Proporcionar a la población una atención de enfermería libre de riesgos en el paciente en el 60% de los hospitales de 100 camas o más, y en 60% de los servicios de salud de la comunidad.

Esto implica:

- 2.1 El cumplimiento integral del rol asistencial del personal de enfermería en la atención de pacientes en hospitales, servicios de consulta externa y centros de salud.
- 2.2 La reducción, en un 50%, de las infecciones adquiridas por los pacientes dentro del hospital.
- 2.3 La reducción, en un 50%, de los accidentes ocurridos en los pacientes hospitalizados y de las deformidades resultantes de una deficiente atención de enfermería.
- 2.4 Ampliación de la atención de enfermería en el campo materno-infantil a fin de cubrir una mayor proporción de los grupos vulnerables.

3. Lograr una fuerza laboral activa para América Latina y el Caribe en 1980 de 19 miembros del personal de enfermería por 10,000 habitantes. De ellos, 4.5 por 10,000 deberán ser enfermeras. Esto significa aproximadamente 700,000 personas de enfermería lo que representa un incremento de 134% en el número de este personal y de 184% en el número de enfermeras graduadas en América Latina.

Para esto es necesario:

- 3.1 Ampliar el mercado de trabajo de personal de enfermería, mediante un aumento gradual del número de cargos de enfermería.
- 3.2 Intensificar la preparación de personal de enfermería a fin de lograr en el decenio una producción de 124,917 enfermeras (de las cuales un tercio podría ser preparada a nivel universitario y dos tercios a nivel intermedio) y 360,000 auxiliares de enfermería.

- 3.3 Desarrollar en aquellos países que lo estimen conveniente, una estructura de carreras cortas, con posibilidad de ingreso, egreso y reingreso a todos los niveles.
- 3.4 Crear un centro regional y/o cursos nacionales para la preparación de profesores, administradores y fundamentalmente especialistas en las distintas ramas clínicas de enfermería, a fin de que la enfermera vuelva al cuidado directo del paciente.
- 3.5 Establecer centros para el desarrollo de la investigación en enfermería.
- 3.6 Adoptar las medidas necesarias para que disminuya la emigración de enfermeras a través de un mejoramiento de las condiciones de trabajo y remuneraciones.

## LABORATORIOS DE SALUD

En la actualidad hay consenso sobre la importante función que desempeña el laboratorio de salud en los programas de medicina curativa y preventiva.

Sólo un 10% de los servicios ambulatorios de salud sin camas cuentan con servicio de laboratorio, mientras que de un 70 a un 95% de los hospitales disponen de algún tipo de laboratorio.

En la mayoría de los países de América Latina y del área del Caribe se destaca la necesidad de modernizar estos servicios, ampliar su cobertura y mejorar su eficiencia y productividad sin aumentar apreciablemente sus costos.

Como hecho generalizado se observa la insuficiente disponibilidad de recursos para atender la demanda; problemas administrativos y técnicos y falta de personal adiestrado. Además es frecuente comprobar la ausencia de una política que permita organizar los laboratorios a escala nacional y uniformar sus técnicas según los diferentes niveles operacionales.

Considerando la alta prevalencia de las enfermedades infecciosas, se hace necesario mejorar las facilidades para el diagnóstico bacteriológico, virológico, parasitológico y micológico. También es necesario ampliar las facilidades para el diagnóstico de laboratorio de las enfermedades crónicas.

Los laboratorios para el control del agua, alimentos, productos biológicos y medicamentos requieren un fuerte impulso para aumentar su desarrollo. También se necesita un mayor apoyo de los laboratorios para determinar la contaminación del ambiente derivada de la industrialización y del uso de insecticidas. Los laboratorios de hospitales requieren modernizar su estructura administrativa y técnica para atender su creciente demanda.

La demanda de vacunas, sueros terapéuticos y reactivos biológicos destinados al diagnóstico y control de enfermedades transmisibles y particularmente los requerimientos de las metas que se establecen para el decenio obligarán no únicamente a aumentar la producción de biológicos sino al desarrollo de sistemas que permitan aprovechar los recursos tanto a nivel nacional como multinacional.

### Propósitos de cambio

1. Establecimiento de programas para el desarrollo de un sistema de laboratorios de salud en 24 países, integrados en los programas de salud y de acuerdo con la estructura y extensión de sus respectivos servicios, a fin de dotar a todo establecimiento de salud, asistencial o preventivo, que cuente con médico permanente, de un servicio de laboratorio mínimo.
2. Ampliación y mejoramiento de los laboratorios de productos biológicos de uso humano y veterinario destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas, para satisfacer, en especial, la demanda nacional y multinacional, actual y futura, de los programas de control de sarampión, tos ferina, tétanos, difteria, poliomielitis y viruela.

3. Organización regionalizada, dentro de los países, de los bancos de sangre, incluida la creación de un laboratorio central de referencia para la tipificación de grupos sanguíneos y para el tratamiento de la sangre y la preparación de sus derivados.
4. Desarrollar centros de formación y capacitación de personal de laboratorio en todos los niveles.

#### Estrategia

1. Consolidar los programas de desarrollo de sistemas de laboratorios de salud y de bancos de sangre en los países que lo han iniciado, y crear programas similares en los demás países que lo requieran y promover su funcionamiento.
2. Mejorar las facilidades de los laboratorios de salud para el diagnóstico de las enfermedades agudas y crónicas y para realizar las pruebas requeridas por los programas de higiene de los alimentos y control de drogas y otros. Procurar el establecimiento de laboratorios bromatológicos tanto nacionales como regionales.
3. Consolidar y ampliar las facilidades para la elaboración y control de productos biológicos de uso humano y veterinario, destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas.
4. Establecer un sistema adecuado para la complementación y distribución, a escala regional, de los productos biológicos, estudios previos de la demanda y costos, que facilite el establecimiento de verdaderos bancos de productos biológicos.
5. Adoptar nuevas normas, técnicas, patrones y equipo que permitan la correcta operación de los servicios de diagnóstico, exámenes de control, producción de biológicos y tratamiento de sangre y drogas de uso médico.
6. Uniformar las técnicas y crear los mecanismos necesarios para controlar la calidad de los resultados de laboratorio.
7. Desarrollar laboratorios regionales de referencia y que al mismo tiempo faciliten el adiestramiento de personal profesional, en cursos de posgrado destinados a preparar administradores de laboratorio, monitores para la enseñanza y especialistas en técnicas de laboratorio. Aprovechar en la ejecución del programa de preparación de personal los recursos disponibles en las universidades nacionales.
8. Ampliar las facilidades de los países para la capacitación y especialización del personal profesional y no profesional de los laboratorios, facilitando medios adecuados para adiestrar directores de laboratorio, jefes de sección y supervisores, así como también monitores e investigadores; establecer cursos básicos para personal auxiliar, especialmente para jefes de laboratorios locales, y ofrecer además, cursos especiales de corta duración para auxiliares generales.

9. Desarrollar un sistema regular de información sobre actividades de laboratorio que permita evaluar la productividad de los programas y la utilización de los recursos.

10. Dar la importancia necesaria, en la formulación y desarrollo de los planes nacionales de salud al mejoramiento de los servicios de laboratorio de salud para lo cual se deberán: crear servicios de mantenimiento y reparación de equipos; estimular la fabricación de equipo básico en países latinoamericanos y del Caribe; y otorgar los recursos financieros que permitan a los programas de laboratorio cumplir con sus propósitos.

## REHABILITACION MEDICA

Se calcula que en América Latina y la región del Caribe hay no menos de 10 millones de personas (el 3.5% de la población) que padecen de algún tipo de incapacidad y que no podrán realizar su potencial físico a menos que dispongan de servicios de rehabilitación. En efecto, esas personas están empezando a comprender las posibilidades que ofrece la rehabilitación y están dando a conocer sus necesidades.

En general, esas personas padecen incapacidad de orden locomotor, sensorial o cardiopulmonar con problemas tales como la parálisis, las amputaciones, defectos del habla, auditivos o visuales y una actividad mermada por trastornos cardíacos o pulmonares.

La tecnología moderna ha facilitado una serie de servicios que, si se utilizan adecuadamente, permiten mejorar notablemente el bienestar físico, psicológico, social y vocacional del ciudadano incapacitado. Para aplicar esta tecnología se requiere personal adiestrado en medicina física, fisioterapia, terapia ocupacional, logoterapia y prostética.

En las grandes zonas urbanas de América Latina existen en mayor o menor grado los servicios ya enumerados pero generalmente sólo están en condiciones de proporcionar una cobertura limitada. Fuera de esos centros urbanos es muy difícil encontrar servicios de rehabilitación, con la posible excepción de los de fisioterapia.

En la mayoría de los países de la Región los programas se obstaculizan por insuficiencia de recursos financieros, falta de una política claramente definida que otorgue prioridad a los servicios de rehabilitación, y escasez de recursos humanos debidamente preparados.

Lo más probable es que el problema se agrave durante este decenio debido, por una parte, al aumento de la demanda (mayor edad de la población, accidentes, etc.) y, por otra, a que no se prevé una evolución positiva hacia la construcción de mayor número de instalaciones donde puedan proporcionarse servicios de rehabilitación.

### Recomendaciones

Inclusión, en todos los programas de asistencia médica, de servicios básicos de rehabilitación que se necesitan para asegurar que los incapacitados de la población que sirven puedan reintegrarse a una vida lo más normal posible.

Para ello se requiere:

- Establecer comités nacionales de rehabilitación para lograr la coordinación de las unidades de rehabilitación: médicas, psicológicas, sociales, educativas y vocacionales.
- Incluir la prestación de servicios de rehabilitación en los programas de salud pública.

- Establecer departamentos de medicina física y rehabilitación en los hospitales regionales y universitarios.
- Establecer servicios de terapia física y ocupacional, audiología, terapia social, de prótesis y ortosis en cada región de salud.
- Establecer servicios de educación especial, rehabilitación psico-social y rehabilitación vocacional en todos los centros de rehabilitación.
- Prestar especial atención a los problemas de administración, legislación de obtención de recursos financieros, de coordinación y de asignación del equipo y otros materiales.
- Dar prioridad, en la inversión de recursos en este rubro, a la formación de todos los profesionales que integran el equipo de rehabilitación, mediante el establecimiento de convenios, becas y planes de residencia, con la asesoría de la OPS o mediante acuerdos intergubernamentales.

## EDUCACION PARA LA SALUD

Los países de la Región, con la excepción de dos, cuentan con servicios de educación para la salud dentro de la estructura institucional del sector salud. No obstante, el nivel operacional de los programas educativos está notablemente limitado en su cobertura como en la continuidad y eficacia de las acciones educativas en la comunidad. También se observa una apreciable debilidad en la planificación y programación educativas debido a la escasez de los recursos humanos, materiales y financieros asignados a los servicios de educación general y con otras instituciones comunitarias, laborales y sociales que operan en las comunidades.

Como consecuencia de esta situación, la comunidad no siempre está debidamente informada ni preparada para la acción que se espera emprenda para elevar sus niveles de salud y para movilizar sus recursos en apoyo de las acciones que desarrollan los establecimientos de salud.

### Recomendaciones

Consolidación, reorganización y reorientación de las unidades de educación para la salud, con el objeto de que puedan encauzar el proceso educativo que contribuye a facilitar la participación consciente de la comunidad en las acciones y programas de los servicios, creando servicios de educación para la salud en países donde no existan.

Para ello se sugiere:

1. Perfeccionar o definir, en cada país, la política de educación para la salud, acorde con la política de salud del sector asegurando su inclusión en la legislación correspondiente.
2. Perfeccionar la formación de personal especializado en educación para la salud, orientando los currícula de estudio de acuerdo a la realidad socio-cultural de los países y al desarrollo de los servicios de salud.
3. Desarrollar y perfeccionar la infraestructura de los servicios de educación para la salud, capacitándolos para desarrollar adecuadamente el componente educativo de los programas de salud.
4. Profundizar los estudios que permitan la inclusión de educación para la salud en el proceso de planificación de la salud.
5. Apoyar el proceso educativo que se realiza con los trabajadores de salud y con la comunidad, a través de los medios de comunicación de masas, incluyendo otros sectores como el de educación y el agrícola, asegurando una efectiva acción coordinada de todo el equipo de salud, así como la participación activa de la población

6. Estimular y asesorar a los ministerios de educación para perfeccionar los currícula de estudios primarios y secundarios y apoyar el proceso conducente a una mayor participación del magisterio en la enseñanza de la salud.
7. Desarrollar mecanismos apropiados de coordinación intersectorial que faciliten el logro de un efecto multiplicador de las acciones educativas para la salud, en otros campos afines.
8. Desarrollar y fortalecer centros regionales de docencia en América Latina y el área del Caribe, de modo que aumente el número de educadores para la salud.
9. Implantar y reforzar la enseñanza y los procedimientos para la educación para la salud en la formación de posgrado en las escuelas de salud pública.
10. Implantar y reforzar progresivamente la enseñanza de los procedimientos para la educación para la salud en los centros de formación básica de los profesionales de salud. Desarrollar y fortalecer la enseñanza de educación para la salud en los programas de perfeccionamiento en servicio.
11. Fomentar estudios e investigaciones sobre el comportamiento de las distintas comunidades en materia de salud y sobre nuevas técnicas y materiales educativos en este campo.

## SALUD Y RADIACIONES

Aun cuando las radiaciones se han venido utilizando para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades desde hace unos 80 años, poco después del descubrimiento de los rayos X, numerosas personas de América Latina y el área del Caribe no tienen acceso a servicios destinados a proteger la salud contra la exposición excesiva a este agente físico potencialmente peligroso.

El doble problema con que se enfrentan las autoridades de salud de los países de la Región consiste en obtener los beneficios que puede reportar para la salud el uso eficaz de las radiaciones, y en controlarlas en cuanto afectan al personal especializado y al público en general.

Se estima que se dispone de 30,000 unidades de radiodiagnóstico en toda la Región. Sin embargo, no es fácil obtener datos acerca del número de personas que los utilizan o de su eficacia, lo que depende del grado de utilización.

En casi todos los países de la Región existen servicios de radioterapia y América Latina cuenta con algunos de los equipos más modernos y costosos. No obstante, es discutible que se utilicen al máximo las instalaciones y que se atiendan las crecientes necesidades del futuro debido a la falta de personal competente.

El adelanto de la medicina nuclear, en general, se debe a especialistas preparados adecuadamente. Sin embargo, la comunicación entre los investigadores es inapropiada, se observan deficiencias en los métodos para establecer y estandarizar nuevas técnicas y dificultades de orden operativo para obtener radioisótopos y equipo.

La necesidad de protección contra los riesgos inherentes al uso de las radiaciones es común a todas las actividades antes mencionadas, así como a varias otras actividades que se benefician de su utilización en la enseñanza, investigación e industria. Sin embargo, solamente en 11 países de América Latina y el área del Caribe las autoridades de salud han iniciado programas de protección contra las radiaciones.

### Recomendaciones

Procurar obtener el máximo beneficio del uso de las radiaciones, pero controlando al mismo tiempo los riesgos inherentes.

Con tal finalidad se sugieren las siguientes medidas y estrategias:

- Determinar y atender los problemas que entraña la utilización óptima del radiodiagnóstico.

Con este propósito se deben realizar en la Región estudios sobre radiodiagnóstico, a fin de obtener información relativa a su utilización, productividad y eficacia.

En varios países de la Región es preciso establecer programas de capacitación de técnicos a nivel intermedio y facilitar el acceso a los centros de docencia extranjeros para formación de personal de nivel superior.

- Facilitar el personal básico profesional y técnico a fin de prestar servicios radioterapéuticos a aquellos pacientes que los necesiten. Se deben aumentar anualmente, en lo posible, un radioterapeuta calificado por cada 400 nuevos pacientes de cáncer que precisen de radioterapia, un radiofísico especializado en medicina por cada 800 nuevos pacientes y un técnico de radioterapia competente por cada 400 nuevos pacientes. Esto estará sujeto a las posibilidades de cada país.
- Mantener la calidad de los servicios de medicina nuclear. Para esto es preciso centralizar la importación y distribución de radioisótopos y facilitar los trámites de aduana.
- En los países donde los servicios de medicina nuclear estén avanzados, se deben ofrecer anualmente cursos o seminarios, y en aquéllos que no cuentan con dichos servicios se deben otorgar becas para capacitar personal.
- Establecer un programa básico de protección radiológica en todos los países de la Región.

Con este fin, se deben identificar y evaluar las fuentes de radiación y adoptar las medidas legislativas o reglamentarias necesarias.

Se debe capacitar personal necesario para evaluar los riesgos de las radiaciones y hacer cumplir las medidas de control.

Es preciso establecer en cada país un laboratorio nacional de radiofísica de la salud que facilite servicios personales de dosimetría a quienes estén expuestos a las radiaciones en su trabajo.

- Establecer al nivel de cada país una institución u organismo que supervise el funcionamiento de toda instalación que utilice radiaciones ionizantes.
- Establecer en los países programas de medición de la radioactividad ambiental, incluyendo los parámetros que se consideren más significativos en cada país.
- Preparar el personal profesional y técnico necesario en aquellas actividades en que las radiaciones afectan la salud, mediante el establecimiento de centros de docencia en América Latina y el área del Caribe a fin de realizar investigaciones y facilitar adiestramiento en las siguientes disciplinas: radioterapia, medicina nuclear, radiobiología y protección contra las radiaciones.
- Fortalecer la coordinación entre los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud y las radiaciones, creando comisiones conjuntas de alto nivel.

## SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD Y SU COBERTURA

### Situación actual

La política de desarrollo adoptada por los países y territorios de la Región en Punta del Este en 1961, tuvo su expresión en el Sector de la Salud en el plan decenal formulado entonces. Los logros de este plan han convertido la situación de salud alcanzada en punto de partida para definir nuevos horizontes, caminos y medios que orienten el desarrollo del sector y de sus componentes más relevantes durante esta segunda década.

Es así como el grado de expansión alcanzado por los sistemas de servicios de salud de los países de la Región, en relación con el potencial de cobertura de su capacidad instalada, se ha estimado que llega a un 63% de la población total de América Latina y el Caribe, por lo menos con servicios "elementales o mínimos" de salud, que consideran la atención de casos de emergencia, la atención maternoinfantil (incluidas la educación nutricional, familiar y comunitaria), las inmunizaciones, el saneamiento básico del medio, el registro de información estadística elemental y la referencia de pacientes a servicios más complejos del sistema.

Se ha observado que la cobertura es menor a medida que disminuye el tamaño de las localidades donde reside la población.

La información analizada reveló que, prácticamente el 100% de la población que vive en localidades de 20,000 y más habitantes, el 90% de la que vive en localidades de 2,000 a 20,000 y el 20% de la que vive en localidades de menos de 2,000 habitantes, cuenta con servicios mínimos de salud. Esta última es la población con características rurales (45% del total). La información disponible sobre los principales programas cuyas actividades dependen de la capacidad de los sistemas, a su vez fuertemente condicionados por su dotación de recursos donde los humanos son los más críticos, reveló la baja cobertura lograda por ellos.

Los defectos mencionados se han originado con frecuencia en la falta de una política nacional y sectorial explícita que delimite los campos de acción del sector, defina las instituciones que lo componen, así como sus relaciones y coberturas, y que oriente el desarrollo de los sistemas de servicios.

En el ejercicio de esta función normativa y rectora de la política sectorial, la autoridad que pueden ejercer los Ministerios y Secretarías de Salud Pública está limitada en la práctica por la que se otorga a otras instituciones del sistema y por las frecuentes decisiones inconsultas que afectan al sector tomadas fuera de él. Esta limitación ha existido a pesar de los progresos alcanzados en instituir mecanismos de coordinación intra e intersectorial.

La falta de políticas explícitas para el desarrollo de los sistemas ha debilitado la planificación como instrumento que ordena la administración de los servicios. Los planes resultaron circunscritos, en su mayoría, a las dependencias de los Ministerios y Secretarías de Salud. Se puso énfasis en la programación de los servicios finales, con menor atención de los complementarios; de los programas para el establecimiento de los sistemas administrativos de apoyo; de los programas de inversión en su amplio sentido, que incluyen los de investigación, sobre todo administrativa y de tecnologías de salud eficaces y consecuentes, por una parte, con las aspiraciones de contenido y cobertura de cada programa y, por la otra, con las posibilidades que la realidad socioeconómica le imponía a cada país.

Estos hechos afectaron y siguen afectando al desarrollo de todos los niveles del sistema de operación regional, que los Ministerios y Secretarías de Salud han iniciado hace ya varias décadas como mecanismo de descentralización de sus actividades, agotando paulatinamente su capacidad de expansión. Explican y condicionan asimismo, junto con las complejidades propias de la naturaleza de la demanda y con los factores que actúan fuera del sistema, una insuficiente cobertura geográfica, de población, sobre todo rural, y de los programas específicos.

### Recomendaciones

Comenzar en el decenio la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la Región.

Específicamente:

- En localidades de más de 100,000 habitantes, extensión de la cobertura de servicios básicos a toda la población y ampliación del campo de las actividades especializadas que exijan los nuevos problemas creados por la urbanización.
- En localidades de 20,000 a 100,000 habitantes, extensión de la cobertura de servicios básicos a toda la población aún no cubierta.
- En localidades de 2,000 a 20,000 habitantes, extensión de la cobertura de los servicios mínimos integrales de salud a toda la población no cubierta aún, complementándola paulatinamente con la dotación de servicios básicos.
- En localidades de menos de 2,000 habitantes, la extensión de la cobertura de servicios mínimos integrales de salud a toda la población, funcionando estos servicios con personal auxiliar debidamente adiestrado.
- Se entiende que esta atención básica, de niveles de calidad diferente, deberá complementarse con un sistema de coordinación y referencia que permita el acceso a la atención más especializada de toda la población.

Para lograr estas metas será necesario:

- Que cada país defina una política para el desarrollo de los sistemas de servicios de salud, en función de una política nacional o sectorial que fundamente la redefinición del sector salud, delimitando sus campos de acción, la definición de los elementos institucionales del mismo y las coberturas geográficas, de población y programáticas previstas.
- Aumentar la productividad de los sistemas mediante la puesta en práctica de las reformas técnicoadministrativas y legales que fortalezcan la estructura orgánica y funcional y la autoridad normativa y rectora de la política de salud de los Ministerios y Secretarías de Salud; desarrollo de las instituciones; perfeccionamiento o establecimiento de una regionalización administrativa flexible; y dotación suplementaria de la

capacidad instalada existente con personal, equipos, servicios complementarios intermedios y generales faltantes.

- Investigar y experimentar tecnologías de salud y funciones de producción eficaces y consistentes con la realidad socioeconómica y cultural actual y con las expectativas futuras del desarrollo de cada país.
- Incorporar la planificación y sus técnicas metodológicas a la administración de todos los niveles del sistema de servicios, complementando los programas de servicios finales con los complementarios, los de sistemas administrativos de apoyo, los de inversión en su concepción más amplia, en los países que no lo hubiesen contemplado.
- Aumentar los recursos existentes compatibles con las posibilidades de absorción y plena utilización por el sistema.
- Explorar fuentes y métodos de financiamiento interno y externo que sustenten el perfeccionamiento y la extensión de los sistemas de servicios que surjan como exigencias para la aplicación de las políticas que se establezcan. Es necesaria la incorporación de las comunidades en la participación financiera directa o indirecta de los diferentes servicios de salud.
- El ordenamiento sectorial y de su administración como marco de referencia, que supone la organización de un sistema nacional viable de servicios de salud, adaptado a las necesidades de cada país y el cumplimiento de los aspectos señalados en los puntos anteriores. La participación de los servicios médicos de la seguridad social es un elemento importante de este sistema y debe responder a la política y modalidades fijadas por cada Gobierno.
- La regionalización funcional de servicios como mecanismo de descentralización, incluyendo la delegación suficiente de autoridad que facilite el proceso administrativo, sobre todo en el manejo del presupuesto y del personal, que permita también la coordinación de la función docente asistencial en salud con el sector de educación y, finalmente, con otros sectores en la planificación regional y de polos de desarrollo.

Tan importante como los elementos anteriores es asegurar la participación activa de la comunidad, que representa el recurso de mayor productividad de salud, a lo largo de todo el proceso de organización del sistema, utilizando diversas técnicas: como el de Comités de Salud, con integración de los sectores agrícolas, de educación y vivienda, según las condiciones propias de los países.

La puesta en práctica del mecanismo regional implica la organización de una red de servicios de salud. Dicha red deberá contar al final de la década con aproximadamente 25,000 nuevos puestos mínimos de salud y 1,000 unidades básicas adicionales. Se insiste en la necesidad de que en la formación del médico se incluya la práctica en la comunidad. Hace falta menos información y más formación en la preparación de los profesionales de salud.

## ASISTENCIA MEDICA Y SISTEMAS DE SALUD

Las características principales de los sistemas de prestación de asistencia médica en la Región son: la multiplicidad de instituciones públicas y privadas que participan en las prestaciones, y la ausencia de coordinación interinstitucional dentro del sector, lo cual trae consigo duplicaciones de servicios, cobertura desigual para distintos grupos de población, derroche de recursos y encarecimiento innecesario de las prestaciones.

Esta deficiencia del proceso administrativo institucional del sector salud se manifiesta en las relaciones con la seguridad social, la cual no participa en el proceso de planificación de la salud, organiza servicios médicos en forma autárquica, a veces en abierta competencia con los servicios similares de los Ministerios de Salud.

A toda esta incoordinación del mecanismo institucional se agrega otro factor de complejidad, que es el ejercicio privado de la medicina.

No se puede desconocer, sin embargo, que los países han hecho esfuerzos considerables para tratar de corregir estos defectos de organización.

La planificación del sector salud, la integración de las acciones preventivas y curativas de la medicina, la extensión de la cobertura y la administración del sistema a través de un proceso preestablecido, son medidas que tienen un impacto político trascendente en la estructura económica y social.

A pesar de la racionalidad de estas transformaciones, dirigidas al establecimiento de un sistema de salud, ellas despiertan resistencia en ciertos grupos. La experiencia enseña que los grupos que financian, ejecutan y reciben las prestaciones, así como los que proporcionan las infraestructuras, son los que desconfían de la viabilidad del sistema.

Frente a ellos, rara vez las decisiones políticas han logrado reunir el respaldo adecuado para llevar adelante la indispensable armonización del sector salud, como base para la extensión de la cobertura, la adecuada utilización y productividad de los recursos y la evaluación y control de los resultados.

Las instituciones de seguridad social aceptan la planificación de la salud, la reforma administrativa del sector y la universalización de la cobertura, siempre que el conjunto del sistema se desarrolle dentro de los moldes de la seguridad social. Los organismos de la asistencia social privada, por su parte, a pesar de las fuertes subvenciones fiscales que reciben, tratan de defender su supervivencia y autonomía en toda forma.

El financiamiento de un sistema de salud integral es uno de los problemas que afecta, en forma más aguda, a prácticamente todos los países. Aún en aquellos países de alto desarrollo industrial, parece difícil encontrar los recursos adecuados para financiar la atención integral y de alta calidad científica para toda la población. El problema es mucho más grave en los países de economía predominantemente rural, donde hay grandes grupos de población que son incapaces de contribuir al financiamiento de la atención de su salud.

Lo anterior se refiere al financiamiento de los gastos operacionales de los servicios de salud. También es necesario formar los capitales adecuados para mejorar, mantener y completar la capacidad instalada, tanto en edificios como en instalaciones y equipos.

Con el objeto de reducir hasta donde sea posible los altos costos, será indispensable llevar a cabo, previamente, las reformas administrativas necesarias para obtener una buena utilización y productividad de los recursos actuales. Hecho esto, la coordinación de los recursos financieros bajo un sistema de servicios permitirá formular programas para enfrentar los problemas de salud prevalentes. La reforma administrativa deberá contemplar medidas para establecer la regionalización asistencial y docente, y para dar preferencia a los servicios de atención ambulatoria.

Los países de la Región, con excepción de cuatro, suministran menos de diez egresos hospitalarios por 100 habitantes-año y sólo cinco acusan más de una consulta por habitante-año. Esto indica que grandes núcleos de población no tienen derecho y/o acceso a recibir servicios de asistencia médica y hospitalaria.

El 68.5% de todos los egresos está constituido por: a) enfermedades transmisibles, parasitarias e infecciosas; b) embarazo, parto y complicaciones pre y perinatales, y c) alteraciones físicas o mentales causadas por accidentes. Esto indica que una parte importante del recurso hospitalario se utiliza en la solución de problemas que podrían ser solucionados mediante acciones de medicina preventiva y de mejoramiento del medio ambiente

Los recursos hospitalarios son escasos y su distribución es inadecuada, afectando esto último, en forma grave, a las comunidades rurales de América Latina. El 85.6% de los hospitales son establecimientos con menos de 100 camas. Esto representa una seria dificultad para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia del servicio, debido al gran número de hospitales pequeños esparcidos en extensas regiones geográficas. La productividad de estos hospitales es baja y su costo proporcionalmente más elevado.

La inversión de capital por cama, en los 13,855 hospitales con 867,243 camas en América Latina y el Caribe es en promedio de EUA\$12,000 por cama, con un valor de inversión total superior a EUA\$10 billones. La dotación de ingenieros o técnicos especializados en mantenimiento hospitalario por hospital indica un porcentaje inferior al 1%. Solamente cinco países de la Región disponen de política y normas de mantenimiento hospitalario y aún en estos países el cumplimiento de las mismas es insuficiente. Esto es causa de que, a pesar de la cuantiosa inversión de capital en instalaciones y equipos, la ausencia de mantenimiento ocasione un rápido deterioro, con la consiguiente pérdida financiera y perjuicio para los pacientes.

#### Recomendaciones

1. Ampliar la capacidad de satisfacción de la demanda mediante una mejor utilización de los recursos disponibles y el incremento de nuevos recursos, de manera que ello signifique un mínimo de un egreso hospitalario por cada 10 habitantes-año y dos consultas médicas por habitante-año.

Para ello se requiere:

- 1.1 La aplicación del concepto de la atención progresiva del paciente, basado en la asignación de recursos a grupos de pacientes según sus necesidades de atención (cuidado intensivo, cuidado intermedio, cuidado mínimo, atención ambulatoria y a domicilio) lo cual facilitará la óptima utilización de los recursos, a la vez que permitirá mejorar sustancialmente la calidad de los servicios.
- 1.2 Intensificar los programas dirigidos a mejorar las actividades preventivas y las condiciones ambientales, lo cual disminuirá la utilización de camas para enfermedades prevenibles, permitiendo, de esta manera, la utilización del recurso cama para la morbilidad por afecciones de carácter no reducible.
- 1.3 Mejorar la oferta de asistencia médica mediante un sistema de regionalización que permita la distribución de recursos de acuerdo a los niveles de atención, lo cual hará factible el principio de proporcionar asistencia igualitaria y de alta calidad para toda la población.
- 1.4 Planificar, integralmente, los recursos humanos, físicos, materiales y financieros, que se requieren para la prestación de servicios asistenciales.
- 1.5 Promover la formación de administradores de sistemas de salud, en cursos de posgrado y e introducir principios de administración en el pre-grado a fin de asegurar una administración moderna y científica de los servicios.
- 1.6 Aumentar los recursos hospitalarios mediante un programa dirigido, prioritariamente, a la modernización y expansión de los actuales establecimientos y sólo cuando sea indispensable, a la construcción de nuevos edificios. El objetivo será que cada país pueda satisfacer la meta propuesta de suministrar por lo menos un egreso por 10 habitantes-año y dos consultas por habitante-año.
- 1.7 Establecer y aplicar políticas de mantenimiento de edificios, instalaciones y equipos en todos los países de la Región, que permitan soluciones eficaces a los problemas de mantenimiento al nivel nacional, provincial y local.
- 1.8 Organizar la formación de personal especializado en mantenimiento, para lo cual se podría usar el Centro de Ingeniería y Mantenimiento Hospitalario de Caracas, Venezuela.
2. Dar asistencia médica adecuada a todos los habitantes.

Para ello se requiere revisar la estructura administrativa de los servicios nacionales de salud mediante:

- Cambios en la estructura de los Ministerios.

- La definición como propósito para el decenio de la creación de servicios nacionales de salud que planifiquen y coordinen los recursos disponibles en un sistema de salud adaptado a las características de cada país.
- Regionalización de los hospitales y otros servicios de salud.
- Énfasis especial en la ampliación de la asistencia médica ambulatoria a través de centros de salud o consultorios coordinados con los centros hospitalarios.
- Procurar la creación de mecanismos internacionales regionales que aseguren la producción y distribución oportuna de insumos (medicamentos, equipos-quirúrgicos, etc.) en cantidad y calidad adecuadas, a fin de eliminar la situación de dependencia en el abastecimiento de estos recursos.

3. Financiamiento

- Promover la plena movilización de los recursos nacionales, incluyendo, cuando se considere oportuno, la creación de un Seguro Nacional de Salud.

PROCESOS DE ADMINISTRACION, PLANIFICACION E INFORMACION DE SALUD Y  
COORDINACION INTERSECTORIAL

Durante la década anterior, los países de la Región avanzaron en el perfeccionamiento de la administración pública y en el desarrollo del proceso de planificación. Sin embargo, los resultados parecen haber sido inferiores a las expectativas.

El sector salud, en casi toda la Región, no se ha constituido en sistema como consecuencia de variados factores políticos, técnicos y administrativos. Los problemas gerenciales se han manifestado por limitaciones en la definición e interpretación de la política y por fallas en los procesos administrativos, sobre todo en sus fases de dirección, coordinación y evaluación-control. El papel de la planificación ha sido coyuntural en la orientación de las decisiones y éstas no han sido alimentadas por información oportuna y relevante.

Para los años del setenta, el propósito de incluir salud como elemento sobresaliente de las políticas generales de desarrollo, exigirá como condición indispensable hacer explícita, en forma clara, la política del sector, la definición de funciones y responsabilidades de las instituciones públicas y el establecimiento de un mecanismo de revisión y reajuste periódicos.

La tendencia de los Gobiernos a canalizar a través de un organismo único la asignación sectorial de los recursos, hará indispensable que los sectores sociales se preparen de la mejor manera posible para fundamentar sus proposiciones, mediante la utilización de la planificación como instrumento de la política y mecanismo para asegurar la eficacia y eficiencia de los programas.

El flujo acelerado de población hacia las zonas urbanas, la multiplicación de los centros de desarrollo nacionales y los propósitos de incremento de cobertura, seguramente aumentarán la complejidad del sector que deberá redefinir las interrelaciones de sus componentes, aprovechar más efectivamente sus disponibilidades mediante la coordinación de sus instituciones y dinamizar los programas de apoyo con el objetivo de asegurar la provisión oportuna de recursos para la ejecución de los planes.

El desarrollo de los recursos humanos supone una gran tarea de capacitación y actualización en campos de administración, planificación e información, tanto a niveles directivos como normativos y ejecutivos para llevar a cabo el cambio estructural requerido. La programación de esta fundamental tarea deberá ser consistente con la política global de desarrollo de los recursos humanos nacionales. Además, será necesario encontrar la manera de aprovechar los avances logrados por la investigación para actualizar permanentemente los programas docentes y adecuar los contenidos de éstos de acuerdo con los niveles de desarrollo de los procesos administrativos y de planificación.

Las actividades de investigación tendrán que contribuir sustancialmente al desarrollo de los sistemas de salud. Los niveles políticos deberán conocer, de manera más precisa, las consecuencias probables de sus alternativas de decisión, lo cual requerirá el desarrollo de modelos numéricos de tipo abierto. Las instituciones necesitarán estudiar los métodos más eficientes de prestación

de servicios y las tecnologías más útiles para lograr aumentos significativos de cobertura, incluso en zonas poco accesibles. Por consiguiente, tendrá que darse gran importancia y destinarse recursos para la realización de investigaciones operativas en campos administrativos y tecnológicos. Tales investigaciones tendrán que ser complementadas con estudios sobre esquemas alternativos de financiamiento sectorial.

### Propósitos de Cambio

Conseguir, durante la década:

Que se desencadenen y perfeccionen procesos para definir y ejecutar políticas y estrategias de salud, incorporadas a las de desarrollo económico y social, que fundamenten y hagan posible:

Realizar los cambios estructurales que permitan constituir el sector en un sistema adecuado a las condiciones políticas, económicas, culturales, sociales y tecnológicas de cada país para obtener el máximo de eficacia en cuanto al nivel y estructura de la salud, con el mayor incremento posible de productividad en los servicios, y facilitar el reajuste oportuno y racional de las decisiones mediante el establecimiento de sistemas de información-evaluación-control-decisión.

La diversidad de los países y de las regiones dentro de un mismo país, en lo referente a las características de los procesos de decisión, la capacidad de absorción de técnicas y la capacidad operativa, hace que la definición de la política de salud, el desarrollo de los sistemas sectoriales e institucionales y el perfeccionamiento de los procesos de planificación deban realizarse por niveles progresivos, de acuerdo con las condiciones particulares de cada área.

En resumen, las metas propuestas para la década son:

- Iniciar y/o perfeccionar en todos los países, procesos para definir políticas, determinar estrategias y planificar, ejecutar y evaluar acciones mediante un sistema de salud que garantice la administración racional de los recursos disponibles.
- Comenzar en el sector salud y promover en los otros sectores sociales y económicos en todos los países, los cambios que conduzcan a una efectiva comunicación intersectorial con el objeto de integrar el Plan de Salud en el marco general de un Plan Nacional de Desarrollo.

### Estrategia

Para alcanzar estos propósitos se propone:

1. Lograr que todos los países de la Región definan, hagan explícita y ejecuten una política integral de salud y las estrategias correspondientes, e implanten un mecanismo para asegurar su revisión y reajuste oportunos.

2. Implantar y crear, en cada país, las condiciones de operación de un sistema de salud que sea adecuado a sus características particulares, en función de la política sectorial.

La creación de un sistema de salud requerirá:

Iniciar y fortalecer procesos de reforma administrativa en el sector y todas sus instituciones.

Desarrollar la capacidad operativa institucional.

Implantar y desarrollar sistemas de información-evaluación-control-decisión, con la profundidad y detalle que requieran sus procesos de administración y planificación, para orientar las decisiones y fundamentarlas en el conocimiento de datos relevantes, realistas y oportunos, elaborados de acuerdo con las necesidades de los usuarios de los diferentes niveles políticos, técnicos y administrativos.

3. Implantar, expandir y perfeccionar, en cada uno de los países de la Región, los procesos de planificación de salud por "niveles", incorporados a los procesos de desarrollo económico-social como instrumentos de la política sectorial para proporcionar mecanismos orientadores y operativos a los sistemas de salud.

Ello requerirá:

- Asegurar la más amplia e intensa participación de todos los niveles de la administración del sector, en todas las fases del proceso de planificación y, particularmente, la participación de la comunidad en su conjunto.

Promover en los más altos niveles de las estructuras de los sectores sociales, la identificación de áreas comunes de planificación, que permitan la comunicación, y como consecuencia la programación intersectorial conjunta. Señalar como áreas comunes a promover: 1) Organización y administración; 2) Recursos humanos; 3) Recursos físicos; 4) Recursos financieros; 5) Recursos tecnológicos y producción de insumos, y 6) Legislación.

Implantar, en los países que aún no lo han hecho modelos de planificación simplificada mediante utilización de técnicas suficientemente flexibles y fáciles de operar para lograr coberturas totales nacional, estatal y regional que permitan:

- Mostrar en primera aproximación un panorama completo de la situación.
- Detectar los estrangulamientos que limitan el funcionamiento del sector, para orientar la aplicación posterior de técnicas más específicas que permitan su corrección.
- Hacer explícitos los propósitos de cambio del gobierno frente a cada

aspecto de la situación de salud del sector, del programa o proyecto que lo pretende solucionar y de sus factores limitantes.

- Definir las prioridades de acción, los correspondientes programas y sus relaciones intersectoriales.
- Establecer y poner en funcionamiento un mecanismo de evaluación y reajuste.

Aplicar simultánea o sucesivamente técnicas o modelos complementarios más específicos que permitan la extensión o mayor detalle y precisión en la programación, de acuerdo con las potencialidades individuales.

Incorporar los procesos de planificación de salud a los de desarrollo económico-social, sobre todo a través de la identificación de los tipos de "proyectos clave" con gran impacto económico o social, que tengan amplia y rápida aceptación como consecuencia de sus condiciones de viabilidad y de complementación con los otros sectores; y la elaboración, para cada proyecto identificado, del estudio que determine de manera preliminar sus características en cuanto a objetivos, duración, recursos, costos, relación con otros sectores y contribución a la economía del país.

Utilizar y perfeccionar, como instrumento para la programación de la asistencia externa al sector, la técnica de proyecciones cuatrienales.

4. Formular planes de salud como instrumentos de la política sectorial, para dinamizar los procesos de administración y para servir como mecanismos orientadores y operativos en el funcionamiento de los sistemas de salud, que incluyan programas de servicios, de inversiones, de desarrollo de la administración, de control de gestión, de investigaciones y de capacitación de personal. Haciendo énfasis en la programación de corto y mediano plazos. Concentrando selectivamente los recursos en la población más expuesta a riesgos evitables de enfermar y morir.
5. Capacitar los recursos humanos necesarios para implantar y asegurar en cada país, de acuerdo con sus características, el funcionamiento de los sistemas de salud y la expansión y perfeccionamiento de los procesos administrativos, de planificación y de información.
6. Estimular, financiar y realizar investigaciones destinadas a determinar los efectos de diversas alternativas de política sectorial y a definir métodos o técnicas que logren aumentar la productividad y eficacia en los servicios.
7. Apoyar la continuación y expansión de las actividades del Centro Panamericano de Planificación para la Salud, considerado recurso fundamental para los programas de capacitación, de investigación y servicios de información.

## SISTEMAS DE ESTADISTICAS

En los últimos años la importancia de la planificación de la salud ha despertado un interés y preocupación general por mejorar las estadísticas vitales y de salud, tan esenciales en el planeamiento y adopción de decisiones. En la mayoría de los países de la Región es preciso perfeccionar el sistema de estadísticas de salud y es imprescindible mejorar la calidad y cobertura de los datos. Se incluyen los sistemas actuales que abarcan las estadísticas de nacimientos y defunciones, de morbilidad, de recursos de salud, tanto de instituciones como de personal, y de servicios facilitados por las instituciones de salud. La información acerca de las inversiones en salud y los análisis de costo-beneficio son en su mayor parte inobtenibles y deben ser estimulados.

Falta personal capacitado en bioestadística, registros médicos y computadoras, especialmente a nivel profesional, esencial para ejercer funciones de dirección y fortalecer el programa de estadísticas de salud. Las necesidades de formación de personal son apremiantes. El problema principal estribará en obtener recursos financieros y humanos suficientes, a fin de dotar de personal a los sistemas de estadística para supervisar y evaluar su funcionamiento, así como para docencia. Es preciso mejorar sustancialmente la categoría y remuneración del personal de estadística de todos los niveles para retener sus servicios.

En el mejoramiento de los datos estadísticos y del sistema de estadísticas de salud intervienen personas de muchas especialidades de salud y de numerosas instituciones, tanto dentro como fuera del sector salud, que obtienen, transmiten, y usen la información. Se admite en general que dicho mejoramiento constituye una actividad a largo plazo. Mientras tanto, será ventajoso utilizar técnicas especiales y realizar investigaciones a fin de complementar y evaluar los datos obtenidos.

### Recomendaciones

Disponibilidad de datos esenciales de buena calidad y en cantidad adecuada para planificar, administrar y evaluar los programas de salud locales, nacionales e internacionales.

Las metas para el decenio deben concentrarse en lo siguiente:

1. Establecimiento o fortalecimiento de una unidad de estadísticas de salud en cada Ministerio de Salud, encargada de proporcionar los servicios necesarios. Para ello es indispensable que estas unidades estén dirigidas por directores con capacitación en salud y estadísticas de salud, y con personal suficiente y bien adiestrado. Su acción debe desarrollarse en conexión estrecha con todas las unidades técnicas del Ministerio, de modo que las estadísticas producidas sean adecuadas a las necesidades y faciliten su correcta interpretación.
2. Evaluación y mejoramiento del sistema de estadísticas de salud de cada país y establecimiento de corrientes de información procedentes de fuentes locales a las unidades regionales y nacionales a fin de elaborarla, analizarla y distribuirla a los usuarios; preparación de formularios

estándar y manuales para orientar y dirigir las actividades en los niveles nacional, regional y local; supervisión eficaz de las actividades de recopilación y transmisión de datos a los niveles local y regional, y coordinación con otros organismos que desempeñan funciones afines para evitar duplicación de esfuerzos e integrar los datos de todas las fuentes dentro del sistema de salud.

3. En la mayoría de los países los principales esfuerzos deben orientarse a mejorar la calidad, cobertura e integridad de las estadísticas vitales y de salud.
4. Proveer medios adecuados para el procesamiento de datos de acuerdo a su calidad y disponibilidad, así como a los recursos disponibles en el país.
5. Mejorar los sistemas de Registro Civil mediante la coordinación entre tales servicios, los organismos nacionales de estadísticas y el Ministerio de Salud.
6. Promover el análisis, distribución y uso oportuno de las estadísticas vitales y de salud, en todos los niveles de los servicios de salud, a objeto de facilitar la planificación, administración y evaluación de los servicios.
7. Realización periódica de encuestas por muestreo de unidades familiares, cuando las condiciones del país lo requieran, para obtener datos básicos fidedignos sobre defunciones (por edad), muertes fetales, embarazos y nacimientos, enfermedades y grado de utilización de servicios de atención médica.
8. Estudio y utilización, en zonas seleccionadas, de métodos especiales que permitan obtener con mayor rapidez datos difíciles de conseguir por los medios convencionales. Esto podría incluir, por ejemplo, la observación continua de las unidades familiares de una zona geográfica definida o de muestreo; el establecimiento de zonas de registro donde la información satisfaga las normas de calidad necesarias para determinar y evaluar los cambios en el estado de salud en relación con medidas socioeconómicas y de salud, o la realización de otras investigaciones sobre problemas de interés local, nacional o internacional.
9. Establecimiento de grupos internacionales multidisciplinarios para trabajar activamente con el personal de países seleccionados, a fin de mejorar e integrar los distintos sectores del sistema de estadísticas de salud.
10. Establecimiento de centros regionales de adiestramiento incluyendo: tres centros de bioestadística, tres de registros médicos y dos de ciencias de la computación, todos a nivel profesional, y seis en registros médicos, a nivel intermedio.
11. Provisión de los medios de adiestramiento necesarios para la capacitación, como mínimo, del personal siguiente:

Nivel profesional: 300 bioestadísticos, 100 oficiales de registros médicos y 50 científicos especialistas en computadoras.

Nivel intermedio: 250 estadísticos de salud, 4,000 oficiales de registros médicos y 250 programadores de computadoras. De acuerdo con las necesidades del país podría ser ventajoso adiestrar simultáneamente personal para servicios hospitalarios y centros de salud.

Nivel auxiliar: 40,000 auxiliares en estadísticas de salud o registros médicos.

12. Estimular los cursos de bioestadística en los currícula de las facultades de medicina y de salud.
13. Orientar al personal de otras disciplinas en la utilidad de los registros y estadísticas así como su utilización.
14. Colaborar con el Registro Civil y los organismos nacionales de estadística en el adiestramiento de oficiales de Registro Civil.

## INVESTIGACIONES EN SALUD

La salud deficiente constituye una importante barrera para el desarrollo económico. La investigación es un medio indispensable para descubrir las causas de enfermedad y evitarla, para encontrar soluciones y para orientar el empleo de recursos escasos. Las inversiones en investigación están aumentando rápidamente en algunos países, pero en el Hemisferio, en general, la tasa de aumento es inadecuada.

En lo que se refiere a la naturaleza de las investigaciones en salud, hay que dar mayor importancia, estímulo, categoría y prestigio en América Latina a la investigación derivada de problemas de importancia nacional y orientada hacia la solución de los mismos. Se acepta ampliamente la importancia de la investigación básica y se reconoce que es necesario mantener un equilibrio apropiado entre la investigación básica y aplicada. No obstante, es necesario mayor énfasis en la investigación aplicada necesaria para resolver los problemas reales que enfrenta cada país.

La Organización Panamericana de la Salud está empeñada en un programa regional de desarrollo de las investigaciones de salud, que destaca: 1) el apoyo a cada estudio y plan de investigación en esferas que tienen relación directa con los problemas de salud de las Américas; 2) el establecimiento de programas multinacionales para utilizar mejor los recursos existentes y estimular las actividades cooperativas en las investigaciones y la capacitación respectiva; 3) la aplicación de métodos de investigación operativa a la planificación y administración de programas de salud a fin de lograr el máximo rendimiento de las inversiones en este sector; y 4) el fortalecimiento de las comunicaciones entre los científicos de salud del Hemisferio. A pesar de los resultados alcanzados en el programa, se reconoce que existen deficiencias en las actividades nacionales y lagunas, en los programas multinacionales. Sin embargo, es necesario enfatizar la utilización práctica y concreta de los resultados de la investigación.

### Recomendaciones

Cada país debe establecer su propia infraestructura de investigación y cooperar plenamente en los programas regionales a fin de poder seleccionar, utilizar y controlar los adelantos de la ciencia y tecnología, así como valerse de dichas disciplinas para crear una población y una fuerza laboral cada vez más sana.

En la próxima década se pueden llevar a cabo las siguientes actividades de investigación en el Hemisferio:

1. Realizar una labor más amplia y productiva con miras a vincular los programas de investigación de los distintos países; por ejemplo, en las enfermedades transmisibles (particularmente en virología y parasitología), nutrición.
2. Impulsar la capacitación de investigadores para la salud. La formación de investigadores debe fundarse, principalmente, en líneas de investigación definidas de acuerdo a los problemas de salud de mayor prevalencia en cada país.

Desarrollar la capacidad de las instituciones que aseguren la formación del personal de salud de base y de nivel intermedio, a objeto de incrementar este personal.

América Latina y el Caribe, lo que disminuiría la necesidad de capacitar personal fuera de América Latina y haría que se concentre más la atención en los programas autóctonos.

3. Elaborar medios más eficaces para evaluar los resultados de otras prioridades en los programas de salud pública y lograr una mayor aceptación de la investigación administrativa en ciencias sociales.
4. Cada país debe determinar su inversión en investigaciones, tarea que pocos países han cumplido en forma adecuada, y tratar de invertir en ellas entre 0.5 y 1.0% de su producto nacional bruto. Una proporción considerable de este total de inversiones debe destinarse a la salud. Dentro del marco del desarrollo nacional en ciencia y tecnología, los Ministerios de Salud deben desempeñar un papel importante en las investigaciones de este sector y específicamente podrían: 1) Formular una política nacional de investigación en salud, que proporcione orientación y prioridad a los problemas prevalentes en la realidad nacional; 2) encarecer a las universidades, institutos y otros organismos de investigación que concentren sus investigaciones básicas y aplicadas en sectores relacionados con importantes problemas nacionales de salud; 3) abogar enfáticamente ante los consejos de estado en favor de la investigación en salud; 4) facilitar los servicios necesarios para estimular, alentar y coordinar todas las actividades nacionales de investigación en salud a fin de utilizar con la mayor eficacia posible recursos necesariamente limitados; 5) exigir a los organismos principales de salud pública bajo su jurisdicción que cuantifiquen los resultados de sus actividades; 6) ofrecer capacitación superior y oportunidades de hacer carrera a personas excepcionalmente calificadas que se interesan por la investigación; 7) fomentar estrechos contactos entre los centros de investigación en salud y los administradores de salud pública; y 8) estimular y recompensar los esfuerzos de individuos y grupos que participan en los programas de salud pública, a fin de estudiar problemas tales como las tendencias de la morbilidad y mortalidad, el estado nutricional y la epidemiología de determinadas enfermedades.
5. Impulsar la creación de grupos multidisciplinarios para temas específicos, de acuerdo a las necesidades de los países.

## RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Se han observado en la última década profundos cambios en el sector salud. El recurso humano participante en el proceso de producción de bienes y servicios de salud, dejó de estar compuesto exclusivamente por profesionales (médicos, odontólogos, farmacéuticos), repartidos en unidades simples de producción (consultorios, oficinas, etc.) y orientados hacia la atención del individuo, para convertirse en un servicio público con personal diversificado, reagrupado en unidades complejas (hospitales, policlínicos, centros de salud, consultorios de grupos, etc.) de creciente orientación hacia la comunidad, bajo un liderazgo gubernamental.

Esta transición se está efectuando sin que el recurso humano correspondiente haya sufrido cambios significativos en su cantidad, estructura ni calidad. Esta inadecuación no se refiere a tal o cual profesión en particular, sino al conjunto del recurso humano inadaptado a sus nuevas funciones.

Existe una escasez general de personal de salud en toda la Región y son pocos los países que alcanzan un nivel adecuado. En 1968 los datos disponibles acerca del personal de salud registrado en América Latina y el Caribe arrojaban un total de 540,297 trabajadores de salud (médicos, odontólogos, enfermeras, farmacéuticos, ingenieros sanitarios, veterinarios, inspectores sanitarios, técnicos médicos y auxiliares).

La disponibilidad de personal de salud varía ampliamente, según los países, entre un máximo de 40 y un mínimo de tres trabajadores de salud por 10,000 habitantes.

En cuanto a la estructura profesional del sector, el recurso humano global de América Latina y el Caribe en 1970 era por 10,000 habitantes: médicos 6.9, enfermeras 2.3, auxiliares 8.8, técnicos médicos 0.9, y administradores en salud pública 1.6, distribuidos en la siguiente forma:

Universitarios	253,812 personas	45%
Técnicos	62,029 personas	12%
Auxiliares	224,456 personas	42%

Hay escasez del recurso humano global; sólo pocos países alcanzan niveles de suficiencia. Además, se registra una marcada desproporción en la estructura laboral, con desviación hacia los niveles superiores. La insuficiencia de los niveles medios es el problema central del recurso humano en salud.

La formación del recurso humano en salud del nivel superior, en la mayoría de los países se encuentra separada del sector salud y sujeta a decisiones del sector educación. La formación del recurso del nivel medio no cuenta con estructuración, organización y reconocimiento adecuados, siendo la mayoría de las veces de tipo circunstancial, agregándose a ello el hecho de que hay insuficiencia de información sobre funciones y cuantificación de los diversos aspectos del problema.

Recomendaciones

1. Desarrollo en cada país de las Américas de un proceso de planificación de recursos humanos integrados a la planificación de salud.

Para ello habrá que:

- 1.1 Promover la planificación de los recursos humanos en salud integrada a los procesos globales de planificación para el desarrollo económico y social, así como a los organismos de planificación del sector salud, y de las universidades.
- 1.2 Definir funciones y módulos de personal, tanto asistencial como administrativo y de apoyo, que permitan aumentar la productividad de los equipos de salud. Reforzar los sistemas de información y promover estudios para adecuar los recursos humanos a las características de cada país.
- 1.3 Crear, de acuerdo con las condiciones de cada país, nuevos tipos de personal de salud e incrementar los existentes, de modo que permitan aumentar la cobertura de los servicios, principalmente en las zonas rurales.
- 1.4 Impulsar la capacitación de investigadores para la salud. La formación de investigadores debe fundarse, principalmente, en líneas de investigación definidas de acuerdo a los problemas de salud de mayor prevalencia en cada país.
- 1.5 Establecer las condiciones para desarrollar un proceso de planificación y de coordinación intra e intersectorial.
- 1.6 Estimular y coordinar los esfuerzos nacionales de investigación para el perfeccionamiento de los métodos de planificación de recursos humanos.

2. Desarrollo en cada país de la capacidad de formación de personal de todo nivel, incluso investigadores, concentrando los esfuerzos en el nivel que cada situación nacional exija.

Ello requiere:

- 2.1 Fortalecer las instituciones y programas de formación de personal de salud mediante el incremento de la ayuda técnica y financiera a las universidades y centros de formación de personal de salud. Mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje mediante la utilización de los recursos más adecuados para este propósito.
- 2.2 Desarrollar la capacidad de las instituciones que aseguran la formación del personal de salud de base y de nivel intermedio, a objeto de incrementar este personal.

- 2.3 Ampliar la utilización de los servicios de salud para la formación de personal, por medio de la integración precoz del estudiante a la producción de servicios, como instrumento formativo, de acuerdo al concepto de vinculación trabajo-educación.
  - 2.4 Redefinir los roles profesionales, dentro del marco de la política de salud, a objeto de proporcionar las bases para una revisión de programas de estudio.
  - 2.5 Incrementar la utilización de la capacidad instalada para la docencia a través de la creación de carreras vespertinas, cuando ello sea necesario para alcanzar las metas cuantitativas propuestas.
  - 2.6 Facilitar el acceso de los trabajadores, al perfeccionamiento técnico y profesional en salud.
3. Desarrollo, a nivel de cada comunidad, con la participación activa de la misma, de instituciones y mecanismos destinados a elevar su propio nivel de salud.
  4. Desarrollo de la organización de los recursos humanos.
    - 4.1 Aumentar el rendimiento de los equipos de salud.
    - 4.2 Considerar, simultáneamente con su incremento numérico, criterios equitativos de distribución de personal.
    - 4.3 Establecer cada vez que sea posible mecanismos de distribución y rotación de recién egresados, en aquellas áreas que no disponen de recursos asistenciales, asegurándoles condiciones de trabajo y remuneración adecuadas.
    - 4.4 Organizar la educación continuada de graduados de profesiones de la salud.

#### Recursos Humanos Médicos.

En general, los sistemas de información sobre existencia y disponibilidad de estos recursos son incompletos e inadecuados para los fines de la planificación.

Se estima la disponibilidad para 1970 en 200,000 (7 por 10,000 habitantes con variaciones de 0.8 a 22.3). Cuarenticinco por ciento de los médicos ejercen en áreas especializadas, con variaciones según los países entre 16.1 y 90.3 por ciento.

Hay una inadecuada distribución geográfica en detrimento de las áreas rurales. Se estima que el 5.5% de los médicos sirven a la población residente en aglomeraciones de menos de 20,000 habitantes (59% del total).

Hay bajo rendimiento del recurso médico debido a la poca disponibilidad de personal de enfermería y auxiliares, ineficiencia de servicios complementarios, subempleo o multiplicidad de empleos, deserción profesional, migración, estructuración insuficiente de las carreras médicas, en instituciones del subsector público.

En cuanto a formación se refiere, existen 159 escuelas con 25,000 alumnos, dos gradúan más de 1,000/año, y el resto un promedio de 45. Deserción del 31% del primero al último año.

#### Recomendaciones.

1. - Mejoramiento del conocimiento sobre formación, existencia y utilización como base de planificación.

Para ello habrá que:

- Estimular, mejorar y reforzar los sistemas de información sobre los recursos médicos, conjuntamente con otros recursos humanos para la salud.
- Cada país definirá, dentro de su contexto socioeconómico, las responsabilidades que deberá asumir el médico, considerándolo como parte integrante del equipo de salud.
- Mejorar la utilización de los médicos por medio de la actualización de sus conocimientos, el apoyo efectivo por parte del personal médico supletorio, del personal de enfermería y del personal complementario de diagnóstico y tratamiento; la superación de las causas de deserción profesional y de migración.

2. - Aumento de la relación médico/población a 8 por 10,000 habitantes, mejorando también su distribución geográfica.

Para ello se requiere:

- Formar en la década 165,000 nuevos médicos para compensar la atrición profesional, mejorar la distribución geográfica mediante la organización de programas de adiestramiento compatibles con el ejercicio de la medicina en zonas rurales y semi-urbanas, incrementando los sueldos y ciertas condiciones de trabajo para atraer profesionales a dichas zonas.
- Formar, en los países que lo juzguen apropiado, un personal médico supletorio que colabore con el recurso médico existente.

3. - Preparación en cada país del tipo de médico que las condiciones socioeconómicas locales demanden.

Para ello se requiere:

- Desarrollar programas de enseñanza destinados a preparar médicos al servicio de las políticas de salud.

- Integración entre enseñanza y sistemas de salud, flexibilidad de los planes de estudio y adiestramiento conjunto de los equipos de salud.

### Odontología.

La mayoría de los países de la Región cuentan con escasos recursos humanos para sus necesidades en salud dental. Estadísticas de la OMS/Ginebra mostraban, al iniciar la década pasada 1961-1970, promedios entre 5.0 y 7.0 odontólogos por 10,000 habitantes para países con un alto nivel de vida. Las estadísticas de América Latina y el Caribe señalan, en 1971, solo a tres países (Argentina, Chile y Uruguay) superando la cifra de 3.5 odontólogos por 10,000 habitantes. Más de 12 países del área no alcanzan aún un promedio de 1.0 odontólogos por 10,000 habitantes. El promedio del área apenas se aproxima a 1.9 odontólogos por 10,000 habitantes.

El número de odontólogos egresados se mantendrá en la presente década dentro de la proyección de su serie histórica anterior, sin presentar los incrementos exigidos por la expansión demográfica y las expectativas de salud dental. Sólo escasos países han incrementado en un porcentaje aceptable el número de sus egresados y el total de alumnos matriculados en sus facultades. Es de prever que no se incrementará, apreciablemente, la relación de odontólogos por 10,000 habitantes. Sólo seis a ocho países del área incrementarán muy paulatinamente esa relación.

El recurso profesional odontológico está concentrado en las áreas urbanas. (Un ejemplo: en Colombia 91.7 de los odontólogos está localizado en poblaciones de más de 25,000 habitantes). La concentración urbana del recurso odontológico impide ofrecer atención dental a poblaciones urbanas menores y al medio rural, donde se localiza aproximadamente el 50% de la población de América Latina y del Caribe.

No existe una acción intensiva para la formación de personal auxiliar en odontología y no hay apoyo ni experiencia para su adecuada utilización. Los Estados Unidos de América, que cuenta con cinco odontólogos por 10,000 habitantes y una relación odontólogo-auxiliar de 1.0 a 1.5 debe, para ofrecer en los próximos años una adecuada cobertura dental a su población, mantener su relación actual de odontólogos egresados por 10,000 habitantes y establecer una relación odontólogo-auxiliar cercana a 1.3. América Latina y el Caribe tienen una proporción inversa: la relación odontólogo-auxiliar es aproximadamente de 3.0 a 1.0. Los actuales programas de formación de personal odontológico tienden a mantener esa relación: existen aproximadamente 100 facultades de odontología y menos de 30 cursos permanentes para formación de personal auxiliar.

### Recomendaciones.

Para el total del área se resumen las siguientes metas:

1. Superar en un 20% la relación actual de odontólogos por 10,000 habitantes, cuando esa relación en cada país sea más baja que el actual promedio del área de 1.9 o más baja que el promedio del grupo de clasificación.
2. Incrementar la formación de personal auxiliar, de manera que se logre, en 1980, una relación 1-1 entre odontólogo y auxiliar dental.

## Enfermería.

La disponibilidad del personal de enfermería puede describirse como de una aguda escasez, lo que constituye uno de los obstáculos principales para el desarrollo de los programas en sus aspectos cualitativos y cuantitativos. Existe solamente 11.1 personal de enfermería por 10,000 habitantes, del cual 2.3 son enfermeras. Esto significa en números redondos cerca de 61,200 enfermeras y 238,870 auxiliares de enfermería, o sea 3.9 auxiliares por enfermera y la relación de enfermeras por médico es de 0.3 por uno.

### Programas básicos de educación

**Enfermeras:** Existen 257 escuelas. El promedio anual de producción en 103 escuelas es de 17.2 enfermeras.

**Parteras:** El número de escuelas conocidas es de 15; sin embargo, no hay información disponible sobre su producción. Se tiende a considerar la enseñanza de obstetricia como un posbásico de enfermería; por lo tanto, se incorpora a los programas de las escuelas de enfermería.

**Auxiliares:** La duración de los programas de preparación de auxiliares varía entre tres meses y dos años. En 14 países donde fue posible obtener información, el porcentaje anual de producción, entre los años 1968-1970, fue de 3,440 auxiliares. La razón promedio entre auxiliares y enfermeras que se está produciendo es de 3.8 por 1.0, con una fluctuación de 15.8 por 0.8.

### Programas complementarios y posbásicos

Existen aproximadamente 62 programas en la Región, en su mayoría en el área de enfermería obstétrica. Hay escasez de programas para preparación de personal en especialidades clínicas, así como en las áreas funcionales de enseñanza y administración.

### Recomendaciones

1. Formación en los países de América Latina, de 125,000 enfermeras y 360,000 auxiliares de enfermería aproximadamente, en programas educativos coordinados y capaces de producir la calidad de personal requerida por los programas de salud. Para los países de habla inglesa del Caribe, la producción debe ser tal de modo que se obtenga alrededor de 13,400 personal de enfermería.

Para ello se requiere:

- Aumentar en un 134% el número de cargos de personal de enfermería existentes en la Región y en un 184% los cargos de enfermeras en América Latina, para poder lograr absorber el personal que se propone producir. Se presentan las siguientes alternativas para obtener la cantidad de personal arriba indicado:

**Enfermeras:**

- Incrementar la producción de las escuelas de enfermería en América Latina, para obtener un promedio de 97 graduadas por año.

- Crear o fortalecer programas a nivel de educación media para graduar 70,205 enfermeras a este nivel.

Enfermeras auxiliares:

- Aumentar la producción de los cursos existentes y/o crear nuevos cursos para preparar un promedio anual de 36,000 auxiliares.
- Establecer cursos que se desarrollen en etapas sucesivas para preparar otro personal de instituciones de salud, promotores, asistentes u otro tipo de auxiliar.

2. Crear las condiciones necesarias para incrementar la producción y mejorar la calidad de la preparación del personal.

Para ello se requerirá:

- Establecer centros regionales para la preparación de los profesores requeridos por los distintos programas educacionales y especialistas en áreas clínicas y funcionales.
- Ampliar las facilidades físicas y didácticas y crear el número necesario de cargos de docentes de enfermería en los presupuestos de los distintos programas.
- Establecer programas de becas y préstamos de estudio para personal de nivel básico y avanzado.
- Establecer programas escalonados o un sistema de créditos que faciliten al personal de enfermería pasar de un nivel a otro.

3. Establecer un centro para el desarrollo de la tecnología de la enseñanza e investigación en enfermería.

4. Integrar la enseñanza con los servicios de enfermería.

Personal complementario de diagnóstico y tratamiento.

En América Latina y el Caribe se observa gran escasez de personal en las áreas complementarias del diagnóstico y del tratamiento. Se calcula que en la Región unas 26,000 personas - lo que representa una proporción de 0.9 por 10,000 habitantes - prestan sus servicios como técnicos o auxiliares en los campos siguientes:

- Servicio de laboratorio y actividades afines
- Radiología, radiaciones y actividades afines
- Salud mental y actividades afines
- Electromedicina
- Rehabilitación y fisioterapia
- Farmacia y actividades afines
- Nutrición, dietética y actividades afines
- Biblioteconomía médica y archivos médicos

En todas estas especialidades se registra una escasez de personal calificado. Su importancia es fundamental. Debido a la preparación especializada que recibe para el desempeño de sus funciones, resulta difícil y costoso sustituirlo. La posibilidad de reemplazo es muy reducida y a veces sólo puede hacerse por personal con una capacitación general más amplia.

En muchos casos, para suplir la falta de personal complementario se ha utilizado y se sigue utilizando a personal de enfermería, lo cual contribuye a agravar la escasez que existe en esa profesión.

En general, el personal complementario disponible de diagnóstico y tratamiento se utiliza bastante bien. El prestigio social inherente de estas especialidades y la relativa autonomía de las funciones que desempeñan son motivo de estímulo en el orden profesional, lo cual se traduce en una provisión reducida de los que abandonan el ejercicio de dichas actividades.

La mayor parte de este personal presta servicio en hospitales de tamaño medio y grande; por lo tanto, no se plantean problemas importantes en cuanto a su distribución geográfica. Ahora bien, se estima que hay escasez de personal en los servicios de laboratorio, nutrición y farmacia en los hospitales pequeños que atienden las zonas rurales.

#### Recomendaciones

1. Definición, en el proceso de planificación de recursos humanos de cada país, de las funciones, prerrogativas y responsabilidades del personal complementario de diagnóstico y tratamiento, en los niveles universitario, técnico y auxiliar.

- Obtener adecuada información sobre existencia y utilización del recurso existente.
- Definir las funciones de este personal, realizando estudios cuando fueran necesarios, estimulando la creación y reconocimiento de las diferentes profesiones.

2. Consecución de una tasa de tres técnicos de estos servicios por 10,000 habitantes.

Ello requiere:

- Desarrollar las instituciones docentes en los niveles universitario, técnico y auxiliar, incorporando las escuelas de tecnología médica a las facultades de las ciencias de la salud o mediante otros mecanismos de coordinación y utilizando las posibilidades de adiestramiento de la red asistencial de los Ministerios de Salud para los tres niveles de personal.

#### Personal especializado en salud pública

Hay una gran escasez de personal en los servicios de estadística. Sólo el 25% de los países cuentan con información sistemática sobre los

recursos institucionales, y únicamente en el 10% de los casos se considera que esos datos son aceptables.

Es preciso incrementar el número de epidemiólogos con el fin de lograr una proporción de uno por 250,000 habitantes para actividades de vigilancia solamente, y se prevé además un aumento de la demanda de esos especialistas.

El número de personal de educación en salud varía en grado considerable de un país a otro. Sólo el 30% de las personas que actúan en ese campo han recibido capacitación en las escuelas de salud pública.

En la mayoría de los países también hay escasez de personal preparado en nutrición y tecnología de los alimentos. Los centros de capacitación especializada en nutrición no cuentan con personal docente ni recursos suficientes, y la enseñanza de esta disciplina en las instituciones en que se prepara a otro personal de salud pública es inadecuada.

No se dispone de datos sobre la utilización de personal que ha recibido adiestramiento especializado en salud pública. Las encuestas parciales realizadas han dado resultados que varían de un país a otro. Al parecer, los factores de la remuneración y del rango profesional condicionan en grado considerable la utilización de esta clase de personal.

La insuficiencia de los presupuestos de salud pública es, sin duda alguna, un importante factor que limita los esfuerzos encaminados a preparar un número adecuado de personal de la calidad requerida.

#### Recomendaciones

1. Formación de suficiente personal en todos los niveles, en los distintos campos, para hacer frente a una situación que se caracteriza por la creciente especialización y complejidad.

Para ello será necesario:

- Establecer y fortalecer instituciones para la capacitación de personal de salud pública a nivel profesional superior, profesional, técnico y auxiliar.
- Desarrollar programas de adiestramiento en el servicio para los que ya actúan en el campo de la salud pública pero que no han recibido preparación en una institución, así como programas de educación continua destinados a proporcionar orientación, readaptación (debido a los cambios registrados en una esfera técnica para atender las necesidades planteadas), o adiestramiento complementario dentro de una especialización.

2. Logro de la utilización óptima de todo el personal adiestrado.

Ello requiere:

- Mejorar los mecanismos de programación, superar las causas de desertión profesional, establecer carreras de nivel profesional y técnico y mejorar la remuneración e incentivos.

Personal especializado en salud ambiental

Tomando como base las encuestas generales y los estudios detallados realizados en algunos países, se estima que hay más de 1,000 ingenieros que trabajan actualmente en instituciones de salud pública. La mayoría de ellos han recibido algún tipo de instrucción académica en materia de ingeniería sanitaria. Además, se estima que varios cientos de ingenieros sanitarios calificados trabajan como consultores particulares o en organizaciones distintas a las agencias del campo de salud.

Alrededor de 4,000 ingenieros, la mayoría ingenieros civiles, trabajan en abastecimiento de agua, alcantarillado y otros servicios. En América Latina y el Caribe hay aproximadamente 3,000 inspectores sanitarios trabajando en saneamiento ambiental.

Un estudio que abarcó 54 universidades de América Latina y el área del Caribe reveló que en 17 universidades se ofrecía a los ingenieros civiles la opción de hacer más de un curso sobre ingeniería sanitaria y tres universidades ofrecían programas de especialización completa para pregraduados en ingeniería sanitaria.

En 1971 nueve universidades ofrecían programas de ingeniería sanitaria para graduados con más de 200 estudiantes matriculados. En la década ha habido un aumento del número de docentes especializados en ingeniería sanitaria en las facultades de ingeniería, llegando en la actualidad a más de 50 docentes de dedicación exclusiva.

Junto con estos adelantos, se ha ido estableciendo un sistema coordinado de educación continua para los profesionales y de formación técnica para el personal conexo, materializado en una red continental de universidades cooperadoras. En 1970, la mencionada red incluía 38 universidades de 23 países en las que se dictaban entre 60 y 70 cursos y a los que asistían unos 2,000 profesionales y personal conexo por año. En muchos casos, los Ministerios de Salud y de Obras Públicas en los diversos países facilitaban puestos docentes a tiempo completo en las universidades, así como becas a estudiantes.

Los objetivos propuestos en materia de abastecimiento de agua, alcantarillado, control de la contaminación ambiental, salud ocupacional, higiene de los alimentos y otras responsabilidades actuales y futuras de los funcionarios de saneamiento ambiental, unidos a la aplicación creciente de nuevas tecnologías, indican la necesidad de aumentar considerablemente el número actual, no sólo de ingenieros sanitarios sino también de biólogos, químicos, toxicólogos, operadores de plantas, administradores y personal conexo. Del mismo modo, habrá que intensificar el adiestramiento a corto plazo y en el servicio.

Y, lo que es más importante, los actuales programas de educación y adiestramiento deberán analizarse con sentido crítico y, si procede, adaptarlos a las nuevas exigencias, teniendo en cuenta, asimismo, la necesidad de establecer nuevas profesiones. Otra cuestión que se debe considerar es la formación conjunta y coordinada de especialistas en diversas materias para los casos en que sea necesario aplicar un enfoque multidisciplinario.

También habrá que desarrollar en el próximo decenio programas encaminados a estimular la transferencia racional de tecnologías, basados en la evaluación y estudio de la adaptabilidad de los nuevos adelantos a las circunstancias de los países de que se trate.

En cuanto a las necesidades en materia de investigadores, todavía no se cuenta con un conocimiento cabal sobre los factores técnicos, sociales y económicos relacionados con los programas masivos de abastecimiento de agua y alcantarillado y otras medidas ambientales, que deberán completarse lo antes posible.

#### Recomendaciones

Preparación de un número suficiente de profesionales técnicos, administrativos y directivos con la experiencia, educación y capacidad de investigación necesarias para proporcionar los servicios de sanidad ambiental que requerirá la próxima generación y para controlar los cambios y tendencias ambientales. Esto significaría adiestrar 320 estudiantes por año en programas de grado sobre ingeniería sanitaria; organizar cursos cortos para 3,000 profesionales y técnicos por año; aumentar a 2,000 el número de ingenieros sanitarios en programas de salud pública y a 5,000 en abastecimiento de agua, a cantarillado y otros servicios ambientales; aumentar hasta 4,000 el número de inspectores sanitarios que trabajan en salud pública.

Para ello será necesario:

- Revisar y actualizar los programas de enseñanza y planes de estudio y mejorar los laboratorios y otras facilidades para la enseñanza de ingeniería ambiental y para la organización y operación de proyectos de investigación.
- Organizar nuevos cursos de grado y aumentar la admisión en los existentes en el campo de ingeniería ambiental.
- Fomentar y estimular una mayor comunicación entre las universidades de la Red Educativa Panamericana y el intercambio de información y de resultados de investigación mediante publicaciones, correspondencia y visitas de docentes.
- Ampliar los programas de adiestramiento en general y organizar cursos cortos intensivos estimulando la cooperación y participación de organismos nacionales e internacionales.
- Incorporar la investigación como un componente regular en el proceso de la enseñanza.

- Apoyar y ampliar los programas de educación continua y los centros de información dentro de las universidades.
- Ampliar la Red Educativa Panamericana de universidades colaboradoras y el alcance de sus actividades.
- Sistematizar el intercambio de personal calificado entre los cuerpos de profesores de las universidades y los organismos operativos, y entre los puestos ejecutivos y los de línea en los servicios de sanidad ambiental, a fin de conjugar los conceptos teóricos con las realidades prácticas.
- Ampliar y diversificar los programas de concesión de becas en materia de ingeniería ambiental.
- Establecer centros regionales para la preparación de expertos en cuestiones de dirección y administración de programas y servicios.

#### Personal especializado en Salud Pública Veterinaria

El éxito de los programas de control de las zoonosis y la fiebre aftosa, con la consiguiente reducción en las pérdidas para la salud humana e incremento en la disponibilidad de proteínas de origen animal, dependerá predominantemente de que se cuente con una amplia infraestructura de recursos humanos en el campo de la veterinaria.

En la mayoría de los países de América Latina, los programas de enseñanza de medicina veterinaria son muy limitados e inadecuados en el sistema en uso para alcanzar las metas o realizar los objetivos establecidos. La escasez es más aguda en lo que se refiere a personal capacitado para la planificación de programas de salud animal y para el diagnóstico y notificación de la prevalencia de las enfermedades.

Mientras la demanda de veterinarios aumenta constantemente como consecuencia del desarrollo de campañas nacionales de control de la fiebre aftosa y las zoonosis, las escuelas de medicina veterinaria funcionan al límite máximo de su capacidad.

#### Recomendaciones

##### 1. Incremento tanto cuantitativo como cualitativo de personal idóneo para los servicios de veterinaria.

Para ello será necesario:

- Ampliar la capacidad de las escuelas de medicina veterinaria aumentando su dotación en personal docente a tiempo completo, mejorando sus laboratorios y actualizando los planes de estudio.
- Establecer programas de posgrado y programas de educación continua.

- Promover, desarrollar y organizar programas para la formación de un cuerpo de ayudantes en salud animal en cada país dispuesto a emprender una campaña en gran escala para el control de las zoonosis y la fiebre aftosa.
- Fomentar un mayor grado de coordinación entre los Ministerios de Agricultura, Salud y Educación en la labor encaminada a resolver el problema de la escasez de personal de veterinaria en los diversos países.

#### Personal especializado en la administración de atención médica y hospitalaria

En América Latina y el área del Caribe, más del 70% de los hospitales con más de 100 camas están bajo la dirección de personal que no ha tenido ningún tipo de adiestramiento en administración.

En 18 países no existe una política definida de formación de personal profesional en administración de atención médica y hospitalaria. De 28 países de la Región, solamente 10 tienen programas regulares de educación y adiestramiento de atención médica y hospitalaria. Los programas difieren mucho en cuanto a su duración y profundidad de adiestramiento (entre dos y 18 meses), en número de graduados, calidad de la enseñanza y afiliación de la institución.

En solamente cuatro países de la Región existe una carrera de funcionario público con estabilidad en los cargos de administración hospitalaria. Con excepción de tres países, los sueldos no son suficientemente altos para atraer y retener al personal para trabajar a tiempo completo en dichos servicios. Salvo en dos países, no existen oportunidades de educación continua para personal profesional en administración hospitalaria.

El crecimiento gradual de la demanda de servicios de atención médica, especialmente hospitalaria, junto a la mayor complejidad en los procedimientos de atención médica y el aumento del costo por unidad de los servicios frente a fuentes de recursos limitados, indican la necesidad urgente de mejorar los sistemas de administración de atención médica y hospitalaria.

#### Recomendaciones

1. Formulación en cada país de una política de adiestramiento para personal profesional en administración de atención médica y hospitalaria.
2. Aumento del número de personal adiestrado en administración de atención médica y hospitalaria, de modo que:
  - Más del 60% de todos los hospitales de más de 100 camas dispongan, como mínimo, de un médico director y una jefe de enfermería con adiestramiento específico en administración.
3. Aumentar la utilización del personal profesional adiestrado en administración, de manera que más del 75% de este personal desempeñe cargos en el nivel de dirección.

Para ello se requiere:

- Definir la política de formación de personal profesional en administración de atención médica y obtener que esta política se cumpla. Aumentar los programas regulares de adiestramiento en administración tratando de obtener que el producto de estos programas sea adecuado, en cantidad y calidad, para satisfacer las necesidades.
- Definir políticas de incentivos para atraer y retener personal profesional en administración de atención médica.

## TECNOLOGIA Y RECURSOS DOCENTES

### Bibliotecas regionales

Una encuesta efectuada entre 1970 y 1971, que abarcó 231 bibliotecas biomédicas de 15 países latinoamericanos, confirmó la bien conocida escasez de información en ciencias de la salud y de bibliotecarios para facilitarla. Esta escasez impide a dichas bibliotecas proporcionar servicio eficaz, con las repercusiones consiguientes en los programas de enseñanza, las investigaciones y la práctica de las profesiones de la salud en América Latina.

Con el objeto de contribuir a remediar estas deficiencias, se estableció a mediados de 1967 en Sao Paulo, Brasil, la Biblioteca Regional de Medicina de la OPS (BIREME). La experiencia obtenida por BIREME en sus tres primeros años de actividad en el Brasil se ha utilizado para estudiar la mejor manera de extender sus servicios a otros países de América del Sur y de formular un plan para establecer una red panamericana de comunicaciones en salud.

### Recomendaciones

Creación de sistemas nacionales de documentación en ciencias de la salud en los países de América Latina, ligados entre sí y con la Biblioteca Regional de Medicina y con la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, en una red paramericana de documentación e información científica.

Formación del personal necesario para el funcionamiento normal de estos servicios.

Para alcanzar estos objetivos será necesario:

- Establecer un registro de las unidades que generan, utilizan, almacenan, elaboran y difunden información científica sobre la salud en la Región.
- Mejorar la planificación, organización y administración de las bibliotecas y definir de nuevo sus funciones en relación con las actividades generales de los servicios de salud, establecimientos de enseñanza superior y centros de investigaciones en salud.
- Establecer en los países bibliotecas médicas para que sirvan de base a sistemas nacionales de documentación e información científica de la salud.
- Consolidar y ampliar la capacidad de la Biblioteca Regional de Medicina, de Sao Paulo, para proporcionar servicios de información y adiestramiento a las bibliotecas de los demás países.
- Establecer una red panamericana para la difusión de información científica, promoviendo un sistema de préstamos interbibliotecarios y aplicando los procedimientos más modernos de tecnología de las comunicaciones y de análisis, almacenamiento y recuperación de datos al servicio de las ciencias de la salud.

- Crear servicios centralizados de adquisiciones y de tramitación de libros y revistas a fin de evitar duplicaciones innecesarias y facilitar la importación y el despacho aduanal.
- Efectuar estudios evaluativos generales sobre los programas en curso en la Biblioteca Regional de Medicina, que incluyan el examen de costos, rendimiento, demanda, necesidades y otros factores que intervienen en el mejoramiento de los sistemas de información científica y en la calidad de las operaciones.
- Capacitar a un mayor número de bibliotecarios, ampliar los servicios a nivel nacional e internacional para su formación superior y especialización en servicios de documentación biomédica y permitirles su acceso a programas para obtener la maestría y el doctorado.
- Ampliar los servicios a nivel nacional para la capacitación de personal auxiliar de bibliotecas.
- Preparar catálogos nacionales e internacionales de las publicaciones científicas y técnicas de las bibliotecas biomédicas de América Latina.
- Promover una mejor representación de la literatura latinoamericana en el Index Medicus.

#### PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES DE ENSEÑANZA

La escasez, en todas las universidades de América Latina, de libros de texto, revistas, obras de consulta, textos programados y medios audiovisuales, entre otros recursos, está impidiendo que los profesores lleven a cabo la modernización pedagógica que cada actividad docente requiere a fin de seguir el ritmo del proceso de cambio social y los nuevos objetivos que éste impone a la educación.

Es previsible que durante este decenio se agraven los problemas económicos de adquisición de materiales y equipo de enseñanza, tanto para los estudiantes como para las instituciones mismas.

Se espera que, durante la década, se incluyan en el plan de estudios otros materiales didácticos, como equipo básico de diagnóstico, y que respecto de ellos se establezcan mecanismos de financiación semejantes al de los libros de texto para hacerlos asequibles a los estudiantes.

#### Recomendaciones

Realización de programas encaminados a facilitar libros de texto, así como materiales y equipo de enseñanza de alta calidad científica y pedagógica, a bajo costo, a los estudiantes de las facultades de ciencias de la salud de la Región.

Para esto, será preciso adoptar las medidas siguientes:

- Establecer enlace permanente entre las instituciones que integran la comunidad académica para mantener actualizada la información sobre libros de texto y materiales de enseñanza.
- Establecer mecanismos que permitan la producción, a bajo costo, de materiales y equipos de enseñanza seleccionados, así como su distribución a unidades locales especialmente organizadas en cada institución. Con tal finalidad, se propone específicamente:
  - Publicar anualmente alrededor de 10,000 libros por asignatura en los primeros cinco años y un promedio de 15,000 a partir de la fecha en que se supone que estén participando en el sistema todas las instituciones previstas.
  - Vender unos 7,000 ejemplares en los primeros cinco años y 10,000 durante los años siguientes, una vez lograda la cobertura prevista. En esta etapa, un 75% de los estudiantes estaría ya adquiriendo estos libros; se estima que en esa época habrá 12,000 estudiantes matriculados anualmente en cada asignatura.
  - Organizar unidades de administración local en cada institución, con personal especialmente capacitado para distribuir ese material didáctico, al que se le proporcionarán los manuales de procedimiento y útiles de escritorio indispensables para llevar a cabo eficazmente el programa.
- Establecer mecanismos que permitan el continuo financiamiento de este programa de costo tan elevado.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE LA SALUD

Se propone la creación de un mecanismo integrador, que permita unir los mejores centros de docencia e investigación existentes en América Latina y en el área del Caribe, articularlos cuando sea necesario con las instituciones educacionales de los Estados Unidos de América y el Canadá, y desarrollar a partir de tal sistema una metodología de formación de recursos humanos para la salud, de las mejores calificaciones y del más alto nivel asequible. Teniendo como motivación central la problemática de salud de la Región y de cada uno de sus países, se trataría que la formación impartida tuviese sus raíces en la investigación y solución de problemas concretos, y que una de sus normas básicas fuera la superación de la antinomia algunas veces establecida entre la docencia y la prestación de servicios.

La integración de las actividades de la red y la coordinación de la totalidad de los programas estaría confiada a un grupo central coordinador, constituido por un pequeño núcleo de personal científico y técnico de calificaciones adecuadas en salud y educación, al cual la Organización Panamericana de la Salud, responsable por la escogencia de los integrantes del grupo, aseguraría el soporte secretarial y administrativo necesarios para el desempeño de sus funciones.

Al mecanismo así constituido se propone llamarlo "Universidad Panamericana de la Salud", sin desconocer que ello no correspondería a lo que se entiende como "Universidad" en el sentido tradicional.

Los objetivos de la Universidad Panamericana de la Salud serían:

1. Contribuir, mediante la coordinación de las posibilidades existentes y el favorecimiento de nuevas oportunidades, para la identificación de los problemas de salud del Continente americano y para el desarrollo de nuevos métodos y enfoques referentes a los mismos, estimulando el pensamiento original y la creación científica y tecnológica.
2. Promover el perfeccionamiento de profesionales de salud del Continente americano, a nivel de posgrado, en áreas de conocimiento y métodos de acción vinculados a problemas prioritarios para sus respectivos países.
3. Identificar los centros de enseñanza e investigación, de alto nivel, existentes en el campo de la salud en los distintos países de nuestro Continente, contribuir para el desarrollo de nuevos centros; divulgar las posibilidades de educación, investigación y adiestramiento existentes y facilitar el máximo aprovechamiento de las mismas.
4. Articularse con los departamentos técnicos y demás órganos de la OPS o en los cuales ella tiene participación significativa con objeto de una mejor coordinación de esfuerzos en la educación de posgrado, de un refuerzo de los programas y actividades en el campo de la salud y del desarrollo de una política global de la Organización a ese nivel.

La Universidad actuaría dentro del sistema de referencias constituido por la política general de la OPS en relación a la formación de recursos humanos para la salud.

Con base a esos puntos fundamentales se resolvió introducir el tema en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en la confianza de que los Gobiernos resolvieran que se dé forma a la Universidad Panamericana de la Salud, de acuerdo a los conceptos detallados en el documento correspondiente.

En lo que se refiere a la parte operativa, algunas delegaciones la incluyeron en su aprobación global del proyecto, mientras que otras delegaciones expresaron dudas y restricciones al respecto. Dichas restricciones se referían en particular a la conveniencia del sistema propuesto, a la complejidad de las tareas y a la extensión de las atribuciones de la llamada "coordinación central", a la dificultad de articular instituciones de distintos países y a la falta de información más explícita sobre selección de candidatos, determinación de prioridades, etc. Algunas delegaciones expresaron preocupación de que la creación de la Universidad significase una instancia burocrática más, o una alteración de los programas de formación de personal de salud que de forma tan destacada viene realizando la OPS y, en especial, su Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos. Otras delegaciones, en cambio, consideraron que la creación de la Universidad vendría a fortalecer, ampliar y sistematizar más lo que la OPS está llevando a cabo en formación de profesionales de salud. Hubo quien considerara que, para propósitos prácticos, la Universidad ya existe de cierto modo, y que se trataría apenas de formalizar su actuación. También fueron discutidas las implicaciones financieras del proyecto, que algunas delegaciones consideraron podrían constituir un inconveniente en la distribución de recursos a los países, lo que fue negado por otros delegados. Se subrayó la conveniencia de que se analizaran los programas que la OPS ya lleva a cabo en el campo de desarrollo de recursos humanos y algunas delegaciones consideraron que el fortalecimiento de los mismos podría ser una forma más adecuada de atender a los propósitos expuestos. Finalmente, se propuso que la OPS tratase de identificar los centros de docencia e investigación que, a nivel nacional pudiesen ser utilizados para la especialización de graduados en ciencias de la salud.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana expuso los fundamentos de política educacional que habían llevado a la OPS a proponer la creación de la Universidad y aclaró varias de las dudas suscitadas por algunas delegaciones.

### Recomendaciones

Dada la falta de consenso entre las delegaciones, fue aprobada una propuesta de someter a votación, por separado, lo relativo a los propósitos del proyecto, y por otra parte lo concerniente con los mecanismos para instrumentarlos.

Fueron aprobados por 21 votos a favor y 1 abstención, los propósitos expresados en los siguientes términos:

1. Contribuir, mediante la coordinación de las posibilidades existentes y el favorecimiento de nuevas oportunidades, para la identificación de los problemas de salud del Continente americano y para el desarrollo de nuevos métodos y enfoques referentes a los mismos, estimulando el pensamiento original y la creación científica y tecnológica.
2. Promover el perfeccionamiento de profesionales de salud del Continente americano, a nivel de posgrado, en áreas de conocimiento y métodos de acción vinculados a problemas prioritarios para sus respectivos países.

3. Identificar los centros de enseñanza e investigación, de alto nivel, existentes en el campo de la salud en los distintos países de nuestro Continente, contribuir para el desarrollo de nuevos centros, divulgar las posibilidades de educación, investigación y adiestramiento existentes y facilitar el máximo aprovechamiento de las mismas.

En cuanto a los mecanismos para instrumentar dichos propósitos, se aprobó

"Que la implementación se lleve a cabo mediante un refuerzo y perfeccionamiento de los mecanismos con los cuales actualmente cuenta la Oficina Sanitaria Panamericana".

## EL SISTEMA INSTITUCIONAL LEGAL EN MATERIA DE SALUD

Las acciones individuales, colectivas o de servicio público relativas a la salud de las personas y de la población guardan estrecha relación con el sistema institucional legal vigente. Hasta la fecha, la percepción de las relaciones entre el sistema legal y el sector salud ha sido parcial, refiriéndose constante y únicamente a la "legislación vigente" o al "vacío legal" y atribuyendo a la ley un carácter de elemento de cambio o de constricción de la acción que, por sí sola, no tiene.

Una revisión del material legal revela que hay una enorme cantidad de disposiciones legales y reglamentarias que no se cumplen efectivamente; que hay principios y atribuciones de carácter general que no se interpretan instrumentalmente ni se utilizan en forma expedita; que hay áreas superregladas y otras, en cambio, que no se han estimado críticas o cuya institucionalización legal no se ha promovido.

El administrador de salud pública necesita tener mejor conocimiento de los diferentes elementos y niveles que componen el sistema institucional legal, de la función que cumple cada uno y de la naturaleza, peso y tensión de su influencia sobre la acción en el sector salud.

Las demandas que los grupos de técnicos del sector salud hacen al sistema institucional legal-vigente, en especial en lo que se refiere a la materialización del servicio público de salud, tienden a carecer de claridad, definición y coherencia.

Hay, en general, escasez o falta total de información en el sector sobre ciertos órdenes de problemas que van indisolublemente ligados: a) los que provienen del carácter de los órganos creadores y modificadores de la legislación, de los mecanismos formales que utilizan y de los sistemas con que tal actividad se ejerce por tales órganos; b) los que son propios del contenido sustantivo y formal de las normas obligatorias vigentes en la materia; c) los relativos a la coherencia del sistema de normas jurídicas, que, conteniendo preceptos de distinto tipo y con distinta función (normas sustantivas especiales, organización de organismos del poder público y penales) miran, sin embargo, al fin común de salud personal y colectiva, y d) los relativos a su vigencia real, derivada de los medios y mecanismos que en el mismo sistema incluye para el cumplimiento efectivo de la norma obligatoria por los destinatarios.

Hay una falta de coincidencia entre la cultura en salud y la cultura legal de los organismos encargados de crear, modificar y aplicar la legislación pertinente, por una parte, y de los organismos del sector salud por otra. Se entiende, para estos efectos, por "cultura" en salud y legal, el conjunto de conocimientos, creencias y actitudes que tienen los organismos citados respecto a la salud y a la ley.

### Recomendaciones

1. Reformulación del problema dentro del marco de referencia más amplio del sistema institucional legal, y estudio de las características de este en cada país, concretando sistemáticamente las demandas que el grupo técnico de los diferentes campos del sector salud hace al sistema legal, e identificación de los elementos o niveles de éste hacia los cuales dirige tales demandas.
2. Definición de los problemas de salud que requieren una normación obligatoria o institucionalización legal.
3. Sistematización de la legislación vigente y reglamentación de las disposiciones legales en forma completa a fin de poder llevar a cabo su cumplimiento.
4. Reconocimiento y normalización de las relaciones con los organismos de control social encargados de reforzar la acción de la autoridad de salud, y con aquellos encargados de aplicar la ley y las sanciones correspondientes.

Para ello se requiere:

- Realizar investigaciones que permitan conocer el sistema legal y apreciar la efectividad con que sirve a los fines del sector salud, en los distintos países.
- Promover la reglamentación completa de los cuerpos legales vigentes en los distintos países de la Región.
- Estimular la sistematización de la legislación existente mediante la publicación de compilaciones actualizadas en los diferentes países.
- Realizar seminarios interdisciplinarios a fin de lograr una mayor clarificación conceptual respecto de las funciones del sistema legal y de las expectativas que los técnicos del sector salud tienen a ese respecto; producir un intercambio de los diferentes puntos de vista con que las profesiones en ciencias de la salud y la legal abordan los problemas de salud, y determinar conjuntamente cuáles son las áreas críticas de problemas de salud regionales que requerirían de una legislación congruente y armónica, cuando menos.
- Mejorar la enseñanza de las nociones de derecho administrativo y de legislación en salud en las escuelas de salud pública y en las cátedras de medicina preventiva.
- Adiestrar a los abogados en servicio activo o a otros interesados en la materia, en la especialidad de legislación en salud comparada, a fin de que los Ministerios de Salud puedan disponer de unidades legales a tiempo completo que sean activas en la proposición y redacción de leyes y reglamentos y en la sistematización y modificación de los existentes.

#### ANALISIS DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PROPOSICIONES DEL PLAN DECENAL

La estimación de lo que costaría alcanzar las metas fijadas por esta Reunión tiene que hacerse en términos muy generales, puesto que se carece de datos precisos. Por consiguiente, las estimaciones que se sugieren aquí están sólo destinadas a determinar los órdenes de magnitud.

En 1970 el sector de salud pública de este Región gastó 1.6% aproximadamente del producto interno bruto regional. Se calcula que la tasa más optimista de incremento real del producto interno bruto regional (PBI) asciende al 6.6% anual, aproximadamente.

La tasa de crecimiento del GIP en la década anterior fue del 4.9% anual. Se calcula que, durante la década, la tasa de crecimiento demográfico de la Región fue del 33%.

Se se incrementan las inversiones en salud del sector público en un 7% anual, el porcentaje del producto interno bruto procedente del sector de salud pública sólo ascenderá al 1.65% del PBI, si este incremento del PBI fuera del 6.6%. Ese incremento proporcionaría aproximadamente un 94% más de fondos para la década, y la proporción per cápita sería de un 45% más de fondos para incrementar los servicios y cubrir las necesidades. Las metas propuestas pueden ser cumplidas dentro de los límites que fijan estas cantidades.

Sin embargo, como parece que un incremento de un orden de magnitud del 7% rebasa la capacidad de financiación de las economías de la Región habrá que encontrar otros medios de conseguir los fondos necesarios para alcanzar las metas.

Entre esos medios figuran, principalmente, los siguientes:

1. Eliminación de la duplicación de servicios.
2. Aumento de la productividad del sistema en su conjunto.
3. Adopción de una tecnología de bajo costo con preferencia a una tecnología de alto costo.
4. Utilización óptima de la tecnología.
5. Incremento de la vida del equipo perecedero mediante programas de mantenimiento que abarquen todos los aspectos.
6. Establecimiento de programas de autoayuda de la comunidad para estimular el interés y conservar fondos.
7. Establecimiento de procesos de planificación multinacionales para evitar la duplicación innecesaria de las principales actividades.
8. Encomendar a la OPS la realización de reuniones de responsables en planeamiento e información de los países americanos a los efectos de proyectar medidas que implementen la ejecución de las estrategias propuestas. Estas reuniones se harán con la periodicidad que la OPS considere necesario, y según sus posibilidades económicas.

En resumen, para alcanzar las metas es esencial que se incrementen los gastos del sector público en consonancia con el aumento anual del producto interno bruto, y que se siga la estrategia preconizada.

Considerando la insuficiencia de la información disponible sobre los aspectos financieros y teniendo en cuenta la importancia de la misma, la Reunión de Ministros encarece a la OPS que organice y colabore con los países en un programa de investigaciones sobre las inversiones sectoriales en salud. Estas investigaciones deberán constituir un flujo continuo de información que perfeccione las decisiones. Deberá ser estudiado el destino económico, funcional y social de las inversiones; el origen de los fondos, las formas y sistemas de financiamiento, costos y funciones de producción.

En función de estos estudios, y de la realidad económico-social y política de cada país, se fijarán las prioridades nacionales en el cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud.

PARTE III

METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD DE LAS AMERICAS  
PARA EL PERIODO 1971-1980

**La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas:**

**TOMANDO EN CUENTA:**

Que la Asamblea General proclamó la Segunda Década de las Naciones Unidas para el Desarrollo, iniciada el 1º de enero de 1971, y la adopción simultánea de una Estrategia Internacional para el Desarrollo;

Que los objetivos del Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este se alcanzaron en su mayor parte, y que la década de los 60, dejó con respecto a los problemas de la Región una valiosa experiencia sobre la forma de resolverlos, así como un mayor conocimiento de la dinámica de la salud y de la enfermedad;

Que se hicieron más evidentes las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar;

Que se ha generalizado la concepción ecológica de la salud como un proceso continuo de adaptación de los seres humanos a su ambiente y al cual deterioran o modifican favorablemente;

Que teniendo presente además las tendencias esperadas del desarrollo económico y social y de los procesos de planificación del Hemisferio;

**CONSIDERANDO:**

Que una visión de conjunto, a la luz de la experiencia acumulada, pone de relieve la necesidad de dedicar los mayores esfuerzos a la consolidación de los servicios existentes, y a su extensión para atender las necesidades de salud integral en las comunidades que no los reciben hoy, tanto en el medio rural como en el urbano;

Que en la programación para la década se debe tomar en cuenta que se estima el crecimiento de la población hasta 1980 en un 24% para el Hemisferio y en un 33% para la América Latina y la Región del Caribe;

Que algunos de los problemas de salud que contribuyen en mayor proporción a la morbilidad y mortalidad, pueden ser prevenidos o controlados con técnicas simples y económicas a través de la organización y operación de sistemas de salud eficaces y que cuenten con recursos suficientes;

Que hay conciencia sobre la necesidad de formular planes y programas, no para problemas aislados, sino con base en una cuidadosa selección de prioridades, determinación precisa de objetivos, aplicación de normas y técnicas eficientes y el desarrollo de procesos de evaluación y de información, dentro de un sistema único de articulación programática y coordinación institucional;

Que los recursos humanos constituyen el elemento fundamental para la estructuración y operación de los sistemas de salud y que su formación y capacitación deben hacerse en estrecha relación con la realidad nacional en cuanto a la naturaleza de los problemas de salud mas importantes y a los métodos para resolverlos progresivamente;

Que procede una estrecha asociación entre los Ministerios de Salud y las Universidades en orden a establecer reformas de la enseñanza en ciencias de la salud, que la haga más adecuada a la realidad de los países del Continente;

Que en vista del desequilibrio entre las necesidades y los recursos humanos, materiales y financieros, es necesario obtener el mayor rendimiento posible de la capacidad instalada y, a la vez, investigar nuevas formas de prestación de servicios y de financiamiento sectorial;

Que con el fin de ofrecer una atención medica integral será inevitable aumentar las inversiones de fondos nacionales y del capital exterior;

Que debe incorporarse la planificación de la salud a la planificación del desarrollo económico y social desde las fases de pre-inversión, dando particular atención al desarrollo regional, ya sea nacional o internacional; y

Que, como en la década pasada, la consecución de las metas que se establezcan dependerá en cada país de sus propias características, potencialidades y experiencias y que, por lo tanto, el avance de la salud en el Continente estará conformado por un conjunto de realizaciones nacionales a tono con las propias políticas de desarrollo económico y social;

**RESUELVE:**

Recomendar a los Gobiernos las siguientes metas del Plan Decenal de Salud de las Américas para el período 1971-1980:

Considerar como requisito fundamental para alcanzar las metas que contiene, la definición, en cada país, de la política de salud, consistente con el desarrollo económico y social, en la que se especifiquen claramente los objetivos y los cambios estructurales necesarios para alcanzarlos.

I. PROGRAMA DE SERVICIOS

1. SERVICIOS A LAS PERSONAS

EXTENDER LA COBERTURA, CON SERVICIOS MINIMOS INTEGRALES, A TODOS LOS HABITANTES QUE RESIDEN EN COMUNIDADES ACCESIBLES DE MENOS DE 2,000 HABITANTES, Y PROVEER DE SERVICIOS BASICOS Y ESPECIALIZADOS A LA POBLACION RESTANTE, A TRAVES DE UN SISTEMA REGIONALIZADO DE SALUD, DANDO PRIORIDAD A LAS SIGUIENTES AREAS:

1.1 Enfermedades transmisibles:

- Mantener erradicada la viruela.
- Reducir la mortalidad por sarampión, tos ferina y tétanos respectivamente a 1.0, 1.0 y 0.5 por 100,000 habitantes.
- Reducir la morbilidad por difteria y poliomielitis a tasas de 1.0 y 0.1 por 100,000 habitantes respectivamente.
- Reducir como mínimo en 50 por ciento la mortalidad por tuberculosis.
- Reducir en un 50 por ciento las tasas de mortalidad por infecciones entéricas.
- Disminuir la incidencia de las enfermedades venéreas, sobre todo, blenorragia y sífilis, y erradicar el pian y el mal del Pinto.
- Disminuir la incidencia de la lepra, el tifus, la esquistosomiasis, la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la fiebre amarilla selvática, y mantener bajo control la peste.
- Erradicar la malaria en áreas con buenas perspectivas de alcanzar esta meta, que corresponden a una población aproximada de 75 millones de habitantes, y mantener la erradicación donde ya se ha conseguido. Aplicar en las "áreas problemas" las nuevas técnicas derivadas de la investigación, y estimular intensamente esta última.
- Erradicar el Aedes Aegypti en los países y territorios aún infestados y evitar su penetración en aquellos donde ha sido eliminado.

1.2 Maternoinfantil y bienestar familiar:

- Desarrollar los programas sectoriales y promover los programas intersectoriales necesarios para:
- Reducir en 40% la mortalidad en menores de un año, con rangos de 30 a 50%.

- Reducir en 60% la mortalidad de uno a cuatro años, con rangos de 50% a 70%.
- Reducir en 40% la mortalidad materna, con rangos de 30% a 50%.
- Ofrecer a las familias, siempre que no se oponga a la política de cada país, la oportunidad de obtener información y servicios adecuados sobre los problemas relacionados con la fertilidad y esterilidad.

### 1.3 Nutrición

- Disminuir en los menores de cinco años, en un promedio regional, la desnutrición proteico calórica de grado III en un 85%, y la de grado II en un 30%. En los países donde sea factible, se desglosarán estas metas para menores de un año, y niños de uno a cuatro años.
- Reducir en un 30% la prevalencia de anemias nutricionales en embarazadas, disminuyendo el bocio endémico a menos del 10%, eliminándose el cretinismo; y reducir la hipovitaminosis A en grupos vulnerables en un promedio regional del 30%.

### 1.4 Otras Areas

- Según la disponibilidad de recursos y de acuerdo a las políticas nacionales, se requiere que cada país establezca las prioridades y metas correspondientes a enfermedades crónicas, cáncer, salud mental, salud dental y rehabilitación.
- Prestar especial atención a los aspectos médico-sociales que está provocando la creciente difusión, en algunos países, del uso de alcohol y drogas que causan dependencia, así como el aumento de problemas de salud mental originados, entre otros factores, por la urbanización e industrialización.

## 2. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

### 2.1 Servicios de agua y de disposición de excretas:

- Proveer de agua con conexiones domiciliarias al 80% de la población urbana o, como mínimo, abastecer a la mitad de la población sin servicio.
- Proveer de agua al 50% de la población rural o, como mínimo, abastecer a un 30% de la población sin servicio.
- Instalar alcantarillado para el 70% de la población urbana o, como mínimo, reducir en un 30% la proporción de la población sin dicho servicio.

- Instalar sistemas de alcantarillado y otros medios sanitarios de eliminación de excretas al 50% de la población rural, o, como mínimo, reducir en un 30% el número de habitantes que no cuentan con ningún dispositivo adecuado.
- 2.2 Desechos sólidos:
- Establecer sistemas adecuados para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos sólidos en, por lo menos, el 70% de las ciudades de 20,000 o más habitantes.
- 2.3 Contaminación ambiental:
- Establecer políticas y ejecutar programas para controlar la contaminación del agua, el aire y el suelo, control del ruido, compatibles con el saneamiento ambiental básico y con el desarrollo industrial y la urbanización.
- 2.4 Desarrollos regionales:
- Asegurar la participación activa y sistemática del sector salud en la formulación y ejecución de los planes de desarrollo regional, nacionales y multinacionales.
- 2.5 Salud ocupacional:
- Lograr la protección del 70 por ciento de los trabajadores expuestos a riesgos ocupacionales estimados o reconocidos, en países que ya cuentan con programas en pleno funcionamiento, y del 50 por ciento en países que aún no los han desarrollado suficientemente.
- 2.6 Salud animal y salud pública veterinaria:
- Contribuir a controlar y a la eventual erradicación de la fiebre aftosa en la América del Sur y a prevenir la introducción de la enfermedad en los países del área libre.
  - Contribuir a reducir la incidencia de las zoonosis más frecuentes, con particular atención a rabia, brucelosis, tuberculosis bovina, hidatidosis y encefalitis equina.
- 2.7 Política alimentaria y nutricional:
- Lograr en cada país la formulación y ejecución de una política alimentaria y nutricional, orientada biológicamente, que permita cumplir las metas aprobadas para nutrición, asegurando una disponibilidad y consumo de alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales de todos los grupos de población.

**2.8 Control de alimentos:**

- Reducir las enfermedades humanas y las pérdidas económicas ocasionadas por la contaminación biológica, física y química de los alimentos y subproductos, preservando además la calidad de los mismos.

**2.9 Control de la calidad de los medicamentos:**

- Realizar en todos los países programas para controlar la calidad de los medicamentos de producción nacional y de importación.

**2.10 Control del uso de plaguicidas:**

- Reducir la morbilidad y la mortalidad por el uso indebido de plaguicidas.

**2.11 Prevención de accidentes:**

- Reducir la proporción de accidentes de tránsito, industriales, en el hogar y en lugares recreacionales y de turismo, y, como consecuencia, disminuir las defunciones y estados de invalidez.

**3. DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**3.1 Enfermería:**

- Organizar la enfermería, por lo menos en el 60% de los países, como un sistema en el que se defina el nivel de atención de enfermería y el personal requerido para alcanzar las metas de salud de cada país.

**3.2 Laboratorios:**

- Ampliar la cobertura y organizar como "sistemas" los laboratorios con funciones de diagnóstico, producción de biológicos de uso humano y animal, así como de bancos de sangre necesarios para apoyar los programas de salud.

**3.3 Sistemas de vigilancia epidemiológica:**

- Creación y mantenimiento de unidades de vigilancia epidemiológica de acuerdo con la organización nacional y la estructura de regionalización de cada país, a fin de tener un conocimiento permanente de las características epidemiológicas de los problemas de salud y los factores que los condicionan, para poder actuar oportunamente.

### 3.4 Educación para la salud:

- Organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades en todas las acciones de prevención y curación de las enfermedades.

## II. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

Para poder lograr el cumplimiento de las propuestas del plan es imprescindible:

1. Implantar y desarrollar en cada país un sistema de salud, adecuado a las características nacionales, en función de la política sectorial.
2. Establecer y ampliar en cada país el proceso de planificación de la salud incorporado al del desarrollo socioeconómico. Organizar sistemas de información, evaluación y control. Perfeccionar las estadísticas de salud.
3. Efectuar investigaciones para determinar los efectos de diversas alternativas de la política sectorial y definir métodos o técnicas que logren aumentar la productividad y eficacia de los servicios. Desarrollar estudios sistemáticos del gasto y del financiamiento.
4. Incrementar la capacidad operativa institucional y sectorial mediante:
  - 4.1 Coordinación e integración de las instituciones estatales, paraestatales y privadas, que forman en conjunto el sector salud.
  - 4.2 Iniciación o fortalecimiento de los procesos de reforma administrativa, sectorial e institucional.
  - 4.3 Formulación y ejecución de programas para servicios, infraestructura, asistencia externa y estudios de preinversión.
  - 4.4 Promover la comunicación entre las infraestructuras de los distintos sectores a fin de lograr, mediante programas coordinados, la concentración intersectorial de los recursos en la población más expuesta al riesgo, evitable de enfermar y morir.

## 5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

- 5.1 Alcanzar un promedio regional de 8 médicos, 2 odontólogos y 2.2 auxiliares de odontología, 4.5 enfermeras y 14.5 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes, y mejorar su distribución geográfica e institucional.
- 5.2 Preparar en la década un mínimo de 18,000 médicos veterinarios y de 30,000 auxiliares en salud animal.
- 5.3 Preparar en la década un mínimo de 360,000 auxiliares de enfermería y graduar 125,000 enfermeras, particularmente de nivel intermedio.

- 5.4 Adiestrar 3,200 profesionales en la década, en programas de postgrado y a 30,000 profesionales y técnicos en cursos cortos de ingeniería sanitaria y otras ciencias del ambiente.
- 5.5 Preparar en la década 300 estadísticos a nivel profesional; 100 profesionales en registros médicos; 4,000 en registros médicos a nivel intermedio; 250 estadísticos de nivel intermedio y 40,000 auxiliares de estadística.
- 5.6 Capacitar en la década 3,000 planificadores y 3,000 administradores de nivel profesional; preparar 1,000 profesionales en sistemas de información para la salud.
- 5.7 Fortalecer el desarrollo del ejercicio de la medicina general en la medida que lo exijan la organización de los servicios y las metas propuestas en el presente plan. Promover las reformas necesarias a fin de proveer el máximo adiestramiento en este campo, de acuerdo con las prioridades de cada país.
- 5.8 Crear sistemas nacionales de documentación científica en ciencias de la salud, por lo menos en 11 países, ligados entre sí, y con la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).
- 5.9 Proveer de libros de texto de alta calidad científica y pedagógica a estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas, para cubrir con el programa al 75 por ciento de los estudiantes en 1980.

## 6. RECURSOS FISICOS

- 6.1 Crear dentro de los sistemas de regionalización unidades de servicios mínimos integrales de salud, hasta alcanzar una cobertura de una unidad por cada 5,000 habitantes, en poblaciones menores de 2,000 habitantes; centros de salud con servicios mínimos y básicos integrales para poblaciones entre 2,000 y 20,000 personas; e instituciones con servicios básicos integrales y especializados a comunidades mayores de 20,000 habitantes.
- 6.2 Aumentar la capacidad instalada en 106,000 camas de hospital general, por medio de la remodelación y conversión de camas de larga estancia, cuando ello sea posible.
- 6.3 Incorporar progresivamente los servicios especializados de asistencia médica a los hospitales generales de acuerdo a niveles de atención y dentro de un esquema de regionalización.
- 6.4 Crear sistemas de mantenimiento de instalaciones y equipos.

7. RECURSOS FINANCIEROS

- 7.1 Desarrollar sistemas de financiamiento que alleguen nuevas fuentes de fondos al sector y aseguren la colaboración más amplia de la comunidad y la participación del Sector Salud en los proyectos claves del desarrollo nacional.

8. RECURSOS TECNOLOGICOS

- 8.1 Desarrollar y utilizar tecnologías de salud adecuadas a las condiciones de cada país para aumentar la cobertura y productividad de los servicios.
- 8.2 Organizar programas multinacionales de investigación científica y tecnológica.

9. ASPECTOS LEGALES

Someter a la consideración de los órganos competentes de cada país, la sistematización, reglamentación y adecuación de los dispositivos legales vigentes en relación con los procesos de perfeccionamiento de la administración.

III ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Establecer como meta general para la década un aumento en la esperanza de vida al nacer. Desarrollar los programas sectoriales y promover los programas intersectoriales necesarios para:

1. Aumentar la esperanza de vida al nacer en cinco años en aquellos países donde el nivel actual está bajo 65 años.
2. Aumentar la esperanza de vida al nacer en dos años en aquellos países donde el nivel actual se encuentra entre 65 y 69 años.

Con el propósito de contar con una estimación confiable sobre la esperanza de vida y el progreso que se vaya a alcanzar:

1. Mejorar el registro de nacimientos y defunciones, estableciendo medidas para asegurar su integralidad y contar con estimados de valores más realistas.
2. Desarrollar en cada país, donde el registro de nacimientos y defunciones no es adecuado, métodos alternantes de estimación de expectativa de vida.

IV ASPECTOS GENERALES

1. Se considerarán como parte integrante del presente Plan Decenal de Salud de las Américas las metas y estrategias que, aunque no incluidas específicamente en su texto, figuren entre las recomendaciones aprobadas por la III Reunión Especial de Ministros de Salud.

2. En función de los estudios que se desarrollen y de la realidad económico-social y política de los países, cada Gobierno evaluará sus posibilidades y determinará las prioridades nacionales para el cumplimiento de las metas de este Plan Decenal de Salud.

3. Solicitar a los gobiernos cuantifiquen individualmente las metas que en este documento no hayan podido objetivarse numéricamente y las comuniquen a la OPS a los efectos de totalizar las metas americanas.

PARTE IV

RESOLUCIONES

Resolución presentada por la Delegación del Perú

Los Ministros de Salud de las Américas, en su III Reunión Especial en Santiago de Chile, han considerado necesario reconocer las facilidades, colaboración y atenciones recibidas de las autoridades del Gobierno y del pueblo de Chile.

Asimismo, destacar la importancia del marco conceptual y humano con que el Presidente de la República de Chile, Dr. Salvador Allende Gossens, luchador infatigable de la medicina social en el Continente, inauguró esta reunión especial. Los conceptos fundamentales y expresados - tales como lo referente a la nutrición del niño y la madre, la participación de la comunidad en las tareas de salud, el drenaje de capacidades técnicas y profesionales, constituyeron preocupación importante en las sesiones de trabajo realizadas. Las conclusiones aprobadas en la reunión confirmaron la justeza de estos conceptos.

Resolución presentada por la Delegación de la República Argentina

CONSIDERANDO que la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas ha destacado la necesidad de formular y poner en práctica una política multisectorial de alimentación y nutrición que coordine los esfuerzos que realizan los países para lograr un estado nutricional óptimo en toda su población;

Que es necesario ayudar a los países de América Latina y el Caribe en la estructuración y funcionamiento de sistemas de información sobre alimentación y nutrición que permitan orientar adecuadamente la política nacional en este campo y evaluar luego el efecto que los planes nacionales de desarrollo económico-social puedan ejercer sobre el estado nutricional de la población;

Que la estructuración de un sistema como el propuesto exige recursos físicos y humanos especializados que son escasos en numerosos países de la región;

Que el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana en su XVII Reunión celebrada en Puerto España en 1967, así como la II Reunión Especial de Ministros de Salud efectuada en Buenos Aires en 1968, recomendaron la creación de un Centro que permitiera la recolección y análisis de datos sobre alimentación y nutrición;

Que el Gobierno de la República Argentina presentó a la consideración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo un proyecto para crear en Buenos Aires el Centro de Recopilación y Análisis de Datos sobre Alimentación y Nutrición y ofreció dar todos los fondos de contrapartida necesarios y las facilidades físicas para su instalación;

RESUELVE:

1. Reiterar las recomendaciones y resoluciones de las reuniones previas de Ministros de Salud de las Américas y de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, relacionadas con la creación y funcionamiento de un Centro Regional para la Recopilación y Análisis de Datos sobre Alimentación y Nutrición.

2. Recomendar a los Gobiernos que aún no lo han hecho, presentar oficialmente ante el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo la expresión de su apoyo a la solicitud presentada oportunamente por el Gobierno de la República Argentina sobre el Centro de Recopilación de Análisis de Datos sobre Alimentación y Nutrición con el fin de que este importante Centro pueda ser utilizado a la mayor brevedad en beneficio de los países de las Américas.

Resolución presentada por las Delegaciones de las Repúblicas Argentina y Uruguay

CONSIDERANDO que la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas ha destacado la importancia de establecer políticas de alimentación y nutrición que aseguren en cada país la disponibilidad y el consumo de alimentos, de acuerdo con las necesidades nutricionales de la población en general y de los grupos de mayor riesgo (madres y niños) en particular;

CONSIDERANDO que se hace necesario aumentar la producción de los alimentos lácteos en América Latina y Región del Caribe y modernizar sus formas de comercialización con el fin de abaratarlos y hacerlos más accesibles a toda la población con miras al mejoramiento de sus condiciones de nutrición y salud,

RECOMIENDA:

Que la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la FAO y los países de la Región productores de alimentos lácteos, estudie la factibilidad de organizar y establecer un sistema de mercadeo estable que permita asegurar su oferta a todos los países de América Latina en cantidad suficiente y a precio bajo. El estudio deberá considerar las tarifas aduaneras con el fin de que éstas no se constituyan en un obstáculo económico para la alimentación de nuestros pueblos. Para tal fin se propone la preparación de una reunión en la ciudad de Montevideo, en el primer semestre de 1973.

Resolución presentada por la Delegación de Canadá

Al examinar el tema de Salud Ambiental, la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, decidió someter al Consejo Directivo de la OPS la siguiente resolución:

SE RESUELVE:

1. Que la OPS adopte las medidas necesarias para reforzar su capacidad de coordinar la asistencia técnica y financiera encaminada a resolver los problemas de las Américas relacionados con salud ambiental.
2. Que la OPS examine las recomendaciones de la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Ambiente a fin de evaluar sus consecuencias con respecto a la solución de los problemas que plantea la salud ambiental en la Región, así como los problemas de este tipo relacionados con las catástrofes y desastres naturales, y,
3. Que la OPS convoque, cuando proceda, una Reunión de Representantes de los Países Miembros o de grupos de expertos en el medio ambiente, o de ambos conjuntamente, para que estudien, basándose en el examen y evaluación de las Recomendaciones de la Conferencia de Estocolmo, las prioridades y medidas que deben adoptarse para resolver los problemas que plantea el medio ambiente en las Américas.

Resolución presentada por la Delegación de Chile

CONSIDERANDO:

- La declaración de Bogotá y la de los Presidentes de América en Punta del Este que establece "que el mejoramiento de las condiciones de la salud es fundamental para el desarrollo humano y social de la América Latina" y consecuentes con las declaraciones y recomendaciones de los Ministros de Salud de las Américas reunidos en Washington, D.C. en 1963 y en Buenos Aires en 1968, quienes señalan que la "salud en todas las grandes inversiones para el desarrollo...."

- El convenio Hipólito Unánue que indica "estudiar las necesidades de los países del área Andina con respecto a drogas, productos biológicos de uso humano y veterinario, su control de calidad y buscar soluciones para permitir que estén al alcance de todos los sectores de la población."

- Las resoluciones previas de la OMS y de la OPS relativas a las funciones que estos organismos deben cumplir en cuanto a adquisiciones y abastecimiento de los países.

- Las necesidades de medicamento y biológicos y materias para su elaboración, de equipos médicos y sus repuestos, de productos lácteos, que los países tienen para el cumplimiento de sus programas de salud.

- Las dificultades de producción de muchos de ellos en América Latina y los inconvenientes en su adquisición motivados en algunas circunstancias por restricciones de crédito, actitudes especulativas o arbitrariedad en los precios en el mercado internacional todo lo cual interfiere seriamente en el estado de la salud de los pueblos.

- La necesidad de afianzar sobre bases firmes el abastecimiento oportuno, permanente y de bajo costo de las materias primas para la preparación de los productos farmacéuticos y biológicos, el suministro de equipos médicos y repuestos y de los productos lácteos para la alimentación infantil.

RECOMENDACIONES:

- Requerir la información de la OPS ante los organismos internacionales de crédito mediante resoluciones de sus Cuerpos Directivos para evitar cualquiera discriminación en la otorgación oportuna de ellos, como asimismo, hacer efectivo el financiamiento oportuno de los créditos aprobados y tomar las medidas conducentes para evitar cualquiera restricción en el abastecimiento oportuno desde el mercado internacional de los productos para los programas de salud.

- Solicitar que la OPS colabore en la obtención de bienes crediticios, sin discriminaciones, en instituciones bancarias nacionales e internacionales, cuando se refieren a la adquisición (incluyendo los gastos de administración) de materiales y equipos, de materias primas, y productos lácteos para la alimentación infantil y otras necesidades de los programas de salud.

- Promover entre los países de América Latina y del Caribe o de los países agrupados en pactos subregionales la adquisición en conjunto de suministros mediante acuerdos para impulsar un mercado común de compras.

- Promover el cumplimiento de las resoluciones previas de los Cuerpos Directivos de la OPS para consolidar la complementación en la producción de biológicos y su abastecimiento a los precios de costo, mediante la creación de otros centros diversificados de producción biológica regional.

Resolución presentada por la Delegación de Honduras

La III Reunión de Ministros de Salud, al revisar el tema de planificación.

- a) Refrenda los acuerdos de la última Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, sobre el Centro Panamericano de Planificación de la Salud, (Resolución XII de la 68a Reunión, Washington, D.C., 5-14 julio de 1972).
- b) Hace presente su interés y respaldo en las gestiones que la OPS realiza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, para propiciar la continuación de las actividades de dicho Centro, en una segunda fase del proyecto conjunto (Programa RLA/68/83); y
- c) Recomienda a los Gobiernos, especialmente a los organismos nacionales de planificación del desarrollo y a los de coordinación de la cooperación externa, otorguen una alta prioridad a este proyecto y a la solicitud presentada para una "segunda fase" con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Resolución presentada por la Delegación del Brasil

Los Ministros de Salud de las Américas, congregados en Santiago de Chile en su III Reunión Especial, desean dejar constancia de sus más sentidos agradecimientos:

Al Gobierno de Chile por las facilidades acordadas, la especial deferencia de su recepción a través de las intervenciones de sus más altos personeros y la gentil hospitalidad brindada a los participantes.

A la Organización Panamericana de la Salud y en particular a su Director, el Dr. Abraham Horwitz por la inestimable colaboración al logro de los resultados obtenidos en la elevación del nivel de salud de las Américas y por las perspectivas incorporadas en el Plan Decenal que se acaba de aprobar en esta Reunión.

A los funcionarios del Secretariado que no omitieron sacrificios ni esfuerzos para ayudar a dar término a la Reunión con un Documento-Guía que habrá de servir, en un futuro próximo y alejado, al progreso de la salud en el Continente.

El XIII Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria, celebrado en agosto de 1972 en Asunción (Paraguay), encareció que se mejorasen los servicios de salud ambiental recomendando que se preparara un Plan Básico Latinoamericano de Saneamiento. El Plan comprende propuestas específicas para que se tomen medidas por parte de cada país, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial. Las propuestas, contenidas en la resolución oficial del Congreso, fueron estudiadas y apoyadas por la III Reunión Especial de Ministros de Salud. Dicha resolución dice:

"XIII CONGRESO INTERAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA

CONSIDERANDO:

1. Que el programa de saneamiento urbano y rural a nivel continental, resultante de la Carta de Punta del Este, ha sido de positivos beneficios para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población;
2. Que dicho programa debe continuarse no sólo para mantener junto al crecimiento de la población, los avances logrados, sino para ampliar las metas acordadas en él;
3. Que con dicho objeto es necesario y urgente estructurar un Plan Latinoamericano de Saneamiento Básico;

RECOMIENDA:

1. Al Gobierno de cada país, que:
  - a) Establezca una programación global, dinámica y realista con vistas a una permanente actualización de las soluciones a los problemas de saneamiento básico en sus respectivos países;
  - b) Establezca un SISTEMA que agrupe a las entidades ligadas a los problemas de saneamiento básico, coordinando sus esfuerzos y sus recursos, bajo la dirección de un ORGANISMO CENTRAL de nivel nacional, normativo, planificador y evaluador, estableciendo grupos de especialización, descentralizando las actividades ejecutivas, a través de órganos regionales, siempre que hayan en el país varios organismos que intervengan en el problema;
  - c) Proceda a la movilización de recursos humanos y financieros en función de la demanda y en el tiempo previsto en la programación, a fin de mantener en permanente equilibrio la oferta y la demanda de servicios;

d) Establezca una política tarifaria, justa y realista, que, siendo adecuada para las familias de bajo ingreso, produzca rentas suficientes para cubrir los gastos financieros, operacionales y de mantenimiento, permitiendo inclusive la actualización y ampliación de los sistemas;

e) Haga factible la instalación de servicios a cualquier núcleo urbano del país, fuera cual fuere su renta o nivel económico, a través de: el sistema de un fondo único compensatorio, nacional o regional; la distribución racional de los recursos de donación y de empréstito; y la diferenciación de tasas de interés de estos empréstitos, en razón inversa al poder adquisitivo de la región;

f) Promueva una oferta permanente de recursos financieros adecuada a la programación de cada país, estableciendo fondos rotatorios de inversión, de ámbito regional o nacional, que aumenten en función de la demanda y mantengan su valor real mediante la corrección monetaria de las tarifas y de los saldos de préstamos en los países sujetos a devaluación monetaria;

g) Asegure la buena calidad de los recursos humanos, en función de la demanda prevista en la programación global, a través de programas de formación y entrenamiento de personal, y de asistencia técnica a las entidades responsables de la ejecución de los programas;

h) Busque permanentemente la reducción de costos y consecuentemente del valor real de las tarifas, a través de economías de escala, del aumento de la productividad, de la incorporación de avances tecnológicos y de una mayor racionalización de proyectos técnicos y de operación de los sistemas;

i) Concentre la operación de los sistemas en el menor número de concesionarios de mayor jerarquía, que utilicen mejor los recursos humanos y financieros beneficiándose de economías de escala y reuniendo comunidades que se compensen económicamente, aproximándose a una optimización en la prestación de servicios, así como a una reducción de costos y haciendo factible el servicio a los núcleos urbanos más pobres del país.

2. A la Organización Panamericana de la Salud, que:

a) Estimule en cada país la aplicación de los principios enumerados en el ítem 1, con miras a organizar y desarrollar un PLAN LATINOAMERICANO DE SANEAMIENTO BASICO que asegure la continuación y expansión del programa resultante de la Reunión de Punta del Este;

b) Presente en la III Reunión Especial de Ministros de Salud Pública, que se realizará en la ciudad de Santiago de Chile, esta recomendación y los estudios que lo respaldan, destinados a resolver los problemas de saneamiento básico en América Latina.

3. Al Banco Mundial y al Banco Interamericano de Desarrollo, que:
- a) Aseguren en cada país, los recursos complementarios indispensables para la realización de planes nacionales que permitan resolver en forma permanente, los problemas de abastecimiento de agua y de control de la contaminación del agua, mediante la instalación y operación de sistemas de alcantarillado y del adecuado destino final de los desagües;
  - b) Financien preferentemente programas nacionales que tengan en cuenta las características básicas de estas recomendaciones;
  - c) Estimulen la creación y el desarrollo de fondos rotatorios de inversión que sirvan de soporte financiero de carácter permanente a los programas nacionales;
  - d) Ofrezcan condiciones de bajo interés y de largo plazo a los préstamos destinados a la implantación de programas de saneamiento básico;
  - e) Favorezcan preferencialmente a los países de menor renta y con mayor déficit de servicios en el campo del saneamiento básico."

PARTE V

DECLARACION FINAL

DECLARACION FINAL

Al poner término a nuestra III Reunión, lo hacemos estimulados por los avances que hemos logrado en esta vasta empresa continental que en nuestra América significa la hermosa tarea de luchas por la salud física social y mental de nuestros pueblos.

Nuestras deliberaciones se han centrado fundamentalmente en la tarea de analizar las experiencias adquiridas y la labor cumplida durante una era histórica, que establecen las bases para un nuevo decenio para la salud.

La influencia de la Carta de Punta del Este sobre nuestro primer encuentro, aquélla de la Reunión de Jefes de Estado, signatarios de la Declaración de los Presidentes de América para el siguiente y la del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo como marco de referencia para la que hoy finalizamos, significan validez, permanencia, progreso y perfeccionamiento de nuestro esfuerzo en pro del crecimiento biológico y social de nuestros conciudadanos.

Sin olvidar ninguna de las iniciativas ya emprendidas y en parte logradas, hemos revisado nuestros anhelos de bien público y de servicio a nuestros semejantes, a la luz de nuestro propio devenir constructivo para aprovechar las enseñanzas en un decidido propósito de mejoramiento.

Mirando el amplio espectro de nuestras acciones y la huella de los pasos para desbrozar la senda, hemos reafirmado nuestro sentido ecuménico y universal de la salud como una ciencia y una filosofía al servicio del hombre y de la humanización del desarrollo. Tampoco hemos olvidado la salud como fuente de la conciliación de los seres con el ambiente en que a diario se debaten.

Reconocemos el vasto problema de nuestras comunidades que viven al margen de la atención médica o que les llega apenas como vestigio. Esta realidad nos compromete, en especial con los grupos marginados y por su conducto con el Continente.

La sola consideración anterior - invocada a título de un ejemplo inclusivo - basta para poner de manifiesto la estrecha interdependencia de los problemas de salud, dentro del propio sector o con otros que no siempre han reconocido de buen grado la necesidad de un común enfoque y de un recíproco apoyo solidario.

Por esta y otras razones hemos preferido no perder de vista en ningún instante el núcleo central y primario de nuestro cometido: la Salud. Ello no significa desconocer la importancia de otros factores de nuestra disciplina.

Esta motivación ineludible nos ha inducido a destacar, entre otros aspectos de interés, la formación de recursos humanos para la salud con un método docente integral pero con la vertebración indispensable; el concurso de la ecología como ciencia auxiliar de la salud; el problema complejo de la alimentación para satisfacer necesidades en resguardo de la intangibilidad

biológica y su íntima relación con la salud maternoinfantil y el bienestar familiar; la participación de la comunidad y la extensión de la cobertura de servicios de salud en especial a los medios rurales, y la incorporación del mundo rural con el sentido de paz y seguridad social; el aumento de las inversiones porque, como en otro tiempo se dijo, la salud tiene un precio, de muy complicada estructura económica y social, y rinde un rédito que en términos de bienestar se expresa en liberación de temores, igualdad de oportunidades y convivencia humana.

Esperamos que con las deliberaciones de esta semana y con la de los próximos años podremos desarrollar esfuerzos combinados que serán de beneficio para todos nosotros. Los problemas de salud del Hemisferio son inmensos. Juntos habremos de dedicarnos a coordinar soluciones que reflejen con realismo nuestra habilidad individual y colectiva para resolver estos problemas. Con tal fin empeñamos nuestra cooperación solidaria para el logro del más alto nivel de salud del ciudadano de las Américas.

Estamos aún lejos de las metas anheladas, pero el camino trazado orienta nuestras acciones, para que mediante el análisis sereno de nuestros problemas internos, en el ámbito de un mundo sin fronteras, se sumen nuestros esfuerzos y se fortalezcan los lazos de solidaridad que aseguren a nuestros pueblos el desarrollo integral: físico, mental, social, cultural y económico a que tiene derecho todo ser humano y que tiendan a una comprensión que haga efectiva una justicia social en beneficio del hombre y la colectividad.

La década que ahora comienza tiene ante sí una perspectiva de trabajo realmente significativa, ante la cual será preciso sortear con inteligencia y con pericia las posibilidades que se nos brindan y aprovechar con toda la intensidad de que seamos capaces los recursos de que disponemos.

Conscientes estamos que el diálogo constructivo que hoy finaliza se proyectará no sólo en la concepción de un decenio para la salud sino en la aspiración perfectible que sirva en los años venideros por lo menos hasta fines del presente siglo. Lo hacemos íntimamente confiados en el destino común de nuestros pueblos.

EN FE DE LO CUAL, los Ministros de Salud de las Américas, o sus representantes, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario de la Reunión, firman el presente Informe Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Santiago de Chile, el día nueve de octubre de mil novecientos setenta y dos.

---

Dr. Alberto Gordillo Gómez  
Subsecretario General del  
Ministerio de Bienestar Social,  
a cargo de la Subsecretaría de  
Salud Pública de Argentina

---

Hon. Captain George Granville  
Fergusson  
Minister of Health and Welfare  
of Barbados

---

Dr. Carlos Valverde Barbery  
Ministro de Previsión Social  
y Salud Pública de Bolivia

---

Dr. Mario Machado de Lemos  
Ministro da Saúde do Brasil

---

Dr. Maurice LeClair  
Deputy Minister, Department of  
National Health and Welfare,  
Canadá

---

Dr. José María Salazar Bucheli  
Ministro de Salud de Colombia

---

Dr. José Luis Orlich  
Ministro de Salubridad Pública  
de Costa Rica

---

Dr. Heliodoro Martínez Junco  
Ministro de Salud Pública de  
Cuba

---

Dr. Juan Carlos Concha Gutierrez  
Ministro de Salud Pública  
de Chile

---

Dr. Raúl Maldonado Mejía  
Ministro de Salud Pública  
de Ecuador

---

Dr. Julio Ernesto Astacio  
Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social de El Salvador

---

Dr. Merlin K. DuVal  
Assistant Secretary for Health,  
Department of Health, Education,  
and Welfare, Estados Unidos de  
América

---

Mme. le Docteur Jeanne Broyelle  
Inspecteur Général Adjoint  
Ministère de la Santé Publique  
et de la Sécurité Sociale,  
France

---

Embajador Mario Juárez Toledo  
Embajador de Guatemala en  
Chile

---

Hon. Mr. David Arthur Singh  
Minister of Health of Guyana

---

Dr. Alix Théard  
Secrétaire d'Etat de la Santé  
Publique et de la Population  
Département de la Santé Publique  
et de la Population, Haiti

---

Dr. Carlos Alberto Pineda Muñoz  
Ministro de Salud Pública y Asis-  
tencia Social de Honduras

---

Hon. Dr. Kenneth Augustus McNeill  
Minister of Health and Environ-  
mental Control of Jamaica

---

Dr. Renaldo Guzmán Orozco  
Subsecretario de Salubridad  
de México

---

Dr. Fernando Valle López  
Ministro de Salud Pública  
de Nicaragua

---

Dr. José Renán Esquivel  
Ministro de Salud de Panamá

---

Dr. Adán Godoy Jiménez  
Ministro de Salud Pública  
y Bienestar Social de Paraguay

---

Dr. Oscar Urteaga Ballón  
Viceministro de Salud de Perú

---

Dr. Wim Antoine Van Canten  
Deputy Director of Health, Surinam  
Reino de los Países Bajos

---

Dr. Héctor Pereyra Ariza  
Secretario de Estado de Salud  
Pública y Asistencia Social de  
la República Dominicana

---

Dr. Mervyn Ulrick Henry  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Local  
Government  
Trinidad y Tabago

---

Dr. Pablo Purriel  
Ministro de Salud Pública  
de Uruguay

---

Dr. José de Jesús Mayz Lyon  
Ministro de Sanidad y Asistencia  
Social de Venezuela

---

Dr. Abraham Horwitz  
Director de la Oficina  
Sanitaria Panamericana,  
Secretario