

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXIV Reunión

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XXVIII Reunión



México, D.F.  
Septiembre-October 1976

INDEXED

Tema 28 del programa provisional

CD24/18 (Esp.)  
24 agosto 1976  
ORIGINAL: ESPAÑOL

EVALUACION DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS  
1971 - 1980

Evaluación inicial

agosto de 1976

	Página
CONTENIDO .....	i
INTRODUCCION .....	1
Alcances y limitaciones de la evaluación inicial...	5
Resultados generales .....	8
Resultados específicos por áreas .....	13
O. Esperanza de vida al nacer .....	15
I. Servicios a las personas .....	16
A. Cobertura.....	16
B. Enfermedades Transmisibles .....	22
C. Salud Maternoinfantil y Bienestar Familiar..	32
D. Nutrición .....	35
E. Otras áreas .....	38
II. Programas de Saneamiento del Medio.....	41
1. Política Nacional de Preservación y Mejo- ramiento del Medio Ambiente.....	41
2. Plan Nacional de Preservación y Mejoramiento del Medio Ambiente.....	42
3. Abastecimiento de Agua y Alcantarillado.....	43
4. Recolección y Disposición de Desechos Sólidos .....	47
5. Contaminación del Agua, Aire y Suelo.....	48
6. Control del Ruido .....	48
7. Proyectos de Desarrollo Regional.....	49
8. Salud Ocupacional e Higiene Industrial.....	50
9. Salud Animal y Salud Pública Veterinaria....	51
10. Control de Plaguicidas .....	55
11. Control de Calidad de los Alimentos.....	56
12. Control de Calidad de los Medicamentos.....	57
13. Control de los Accidentes .....	58
III. Servicios Complementarios .....	59
A. Enfermería .....	59
B. Laboratorios .....	62
C. Rehabilitación .....	64
D. Educación para la Salud .....	64
E. Vigilancia Epidemiológica.....	65
IV El Proceso de Planificación y el Desarrollo de la Infraestructura .....	67
1. Sistemas de Salud .....	67
2. Política de Salud .....	68
3. Estrategias .....	69
4. Administración .....	73
5. Sistemas de Información .....	77
6. Estadísticas de Salud .....	83
7. Desarrollo de los Recursos Humanos .....	99
8. Desarrollo de los Recursos Físicos .....	106
9. Financiamiento .....	109
10. Legislación .....	110
11. Investigación .....	110

## INTRODUCCION

## I. INTRODUCCION

El Plan Decenal de Salud para las Américas formulado por la III Reunión Especial de Ministros de Salud celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972 constituye un esfuerzo de armonización y coordinación de la labor llevada a cabo por los países de la Región para el mejoramiento de las condiciones de salud de sus respectivas poblaciones, y está encaminado hacia el desarrollo de la salud del continente en su conjunto.

Esta concepción de globalidad está presente en el contenido de las proposiciones que conforman el Plan, las cuales incluyen prácticamente todos los aspectos relevantes del campo de la salud, dentro de un ordenamiento que en el ámbito de aplicación del Plan reconoce claramente la coincidencia en la naturaleza de los problemas e indica la similitud de enfoques de los sistemas de salud y de las vías de solución utilizadas para el manejo de tales problemas.

Los esfuerzos desplegados por los países no se detuvieron, sin embargo, en la formulación del Plan Decenal. En efecto, luego de su formalización e incorporación a la política de la Organización mediante resolución del Consejo Directivo, los países se han empeñado en dar cumplimiento a las recomendaciones contenidas en el Plan, cuya proposición inicial es la formulación o ajuste de las políticas nacionales de salud. Para tal propósito muchos países hallaron útil el empleo de la "Guía para el Análisis e Incorporación de las Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas en las Políticas Nacionales de Salud" que fue preparada por el Secretariado de la Organización. A más de la formulación y ajuste de sus políticas, varios países adaptaron las metas del Plan Decenal para expresar sus propios objetivos y metas, yendo más lejos aún hasta la formulación de las estrategias nacionales para alcanzarlos, y llegando en ciertos casos a la programación de dichas estrategias y de las acciones para el mediano plazo, así como a la implementación del corto plazo.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXI Reunión mostró su preocupación por la necesidad de observar la marcha del Plan Decenal y la manera como sus proposiciones, objetivos y metas iban siendo cumplidas a lo largo del tiempo. Esta preocupación se vio expresada en la Resolución XIII por la cual el Consejo Directivo solicitó al Director de la Organización que convocara a un Grupo de Trabajo para que "diseñe un sistema de evaluación que pueda adaptarse a las propias condiciones de los países y que tenga la flexibilidad suficiente para proporcionar resultados comparables que permitan a su vez hacer una evaluación de los logros alcanzados durante la década". Dando cumplimiento al mandato anterior, el Director conformó el Grupo de Trabajo recomendado que se reunió en Washington en junio de 1973, el cual produjo un informe que ofrece las

orientaciones necesarias para la organización de un Sistema de Salud y para la adopción de un método de evaluación del Plan Decenal a nivel continental, e incluye algunas sugerencias a los países para la organización de sus propios sistemas nacionales de evaluación.

Siguiendo los lineamientos dados por el Consejo Directivo y las orientaciones del Grupo de Trabajo, se procedió a la preparación de un esquema metodológico para evaluar la situación de partida, el desarrollo y el cumplimiento del Plan Decenal en tres momentos: uno inicial para llevarse a cabo en 1974, otro intermedio en 1977 y otro final en 1981. La intención del esquema es determinar el grado de cumplimiento de las metas del Plan Decenal, a un nivel agregado regional y ofrecer las explicaciones necesarias para el trazado de nuevas estrategias continentales.

En el diseño del esquema se tuvo en cuenta la recomendación del Grupo de Trabajo en el sentido de que el sistema de evaluación empleado se orientara a "facilitar la evaluación por cada país del cumplimiento de sus propias metas, programas y estrategias, asegurando la comparabilidad necesaria para la evaluación continental de los logros alcanzados durante el período 1971-1980". En ese sentido, y en términos generales, el esquema permite entonces ponderar el esfuerzo que realizan los países para el cumplimiento de sus propias metas nacionales.

El esquema de evaluación, así como los formularios e instructivos preparados para proceder a la evaluación inicial fueron sometidos a consideración del Comité Ejecutivo de la Organización en su 72a Reunión de junio de 1974. Este Comité Ejecutivo en su Resolución XX recomendó al Director que haga llegar a los Gobiernos dicho esquema y formularios y pidió a éstos que brindaran la información requerida por la evaluación inicial. En cumplimiento de dicha recomendación el Director envió a los países el juego de formularios y el instructivo para la recopilación de la información que se muestra en el Anexo I. La tabulación final y análisis de esta información, cuya presentación es el objeto del presente documento, debió ser demorada a la espera de que los países proporcionaran la información requerida. La respuesta de la mayoría de los países recién fue completada a fines del año pasado, y a principios de 1976 se había recibido la información de 22 países, que conforman el 92% de la población de la Región. A este universo está referido el presente análisis.

#### ALCANCE Y LIMITACIONES DE LA EVALUACION INICIAL

Los actos centrales de un proceso de evaluación son la comparación entre el sujeto que se evalúa con su patrón de referencia, y la emisión de un juicio acerca de los resultados de tal comparación. Para la realización de tales actos son esenciales la clara definición, tanto del sujeto que se evalúa, como del patrón de referencia. Ambos aspectos fueron objeto de especificación por el Grupo de Trabajo sobre Evaluación del Plan Decenal, que definió el propósito de la evaluación inicial como el de determinar tanto el estado o situación en que se encontraba cada una de las áreas comprendidas en el Plan al comienzo del período de su vigencia, como el grado de participación de los países en su implementación, a través de la formulación y reajuste de sus políticas de salud y la definición de sus propias metas y estrategias, elementos éstos que constituyen el sujeto de evaluación, tomando como referencia las metas del Plan Decenal, que conforman el patrón de comparación.

La determinación del estado o situación en que se hallaba cada una de las áreas del Plan Decenal en su momento inicial, con diversos grados de aproximación había sido ya realizada por los Ministros de Salud de la Región en 1972, puesto que fue en base de tal conocimiento que fueron adoptadas las proposiciones de dicho Plan. La evaluación inicial permite, sin embargo, varios efectos adicionales entre los cuales deben destacarse: una mejor sistematización del conocimiento del estado en que cada una de las áreas se hallaba al comienzo de la década, acorde con la estructura misma del Plan Decenal; la eliminación de algunos vacíos de información existentes, y la delimitación de ciertas áreas que han de requerir una atención especial en su enfoque y abordaje si se quiere hacer viables algunas proposiciones del Plan.

En cuanto a la determinación del grado de participación de los países en la implementación del Plan Decenal, la evaluación inicial ofrece información suficiente para establecer cuál es la situación respecto a la formulación de reajuste de las políticas y la definición de las metas y estrategias nacionales.

El Plan Decenal tiene metas y recomendaciones para el desarrollo y perfeccionamiento de prácticamente todos los aspectos de la infraestructura y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud de los países, así como de los niveles y estructura de la salud de la población de la Región. Por este motivo, la información requerida para la evaluación del Plan conforma un volumen necesariamente muy grande; el cual, sin embargo, mediante un esfuerzo sistemático, ha sido reducido al mínimo indispensable, que está contenido en el juego de formularios que fuera enviado a los países y cuyo sumario, descripción y análisis, como se ha señalado, son objeto de esta presentación.

Los conceptos contenidos en los formularios son de orden general. Esta generalidad se refleja en el uso de indicadores de tipo cualitativo, excepto, claro está, para el caso de las metas cuantitativas del Plan. Dicha generalidad, explicable dado el nivel agregado del análisis que se pretende realizar, puesto que no se trata de determinar la situación de ningún país en particular, sino de apreciar el estado de la Región en su conjunto respecto de cada uno de los aspectos que se analizan, es por lo demás necesaria en vista del condicionamiento que imponen situaciones como las siguientes:

a) Para un mismo concepto hay en muchos casos diversos significados según sean los países. Esta diversidad en las definiciones nacionales, por lo demás no siempre existentes, implica que los límites de agregación que pueden adoptarse para el análisis tienen que ser muy amplios. Dado que en muchos países se había hecho la adaptación de las metas del Plan Decenal a las políticas nacionales, con el propósito de superar dicha limitación hasta donde era posible, se recomendó que aquellas personas que en sus países habían tenido la responsabilidad de hacer la mencionada adaptación tuvieran también a su cargo el brindar la información solicitada en los formularios de evaluación. Ello no fue siempre posible y por esta razón, tal limitación, más importante en algunas áreas que en otras, debe tenerse presente.

b) Los sistemas nacionales de información en salud tienen niveles muy diversos de desarrollo, siendo en general deficientes como lo refleja la misma evaluación. Por tal motivo puede apreciarse que en algunos casos los países no han dado respuesta a algunos rubros, y en otros casos se consigna información que no es consistente con otra información previamente recolectada por los mismos países. Considerando el gran esfuerzo que significaba para éstos la recolección de la información solicitada, y que en muchos casos ella ya estaba disponible por respuesta de los mismos países a requerimientos de otra índole, y dado el nivel del análisis por realizar, se decidió no insistir solicitando rectificaciones o ratificaciones. La información proporcionada está consignada fielmente en las tablas que se confeccionaron, excepto en el caso de obvios errores de transcripción que pudieran haberse deslizado y fueron corregidos.

c) Algunos conceptos que contiene el Plan Decenal en sus proposiciones no tienen aplicabilidad en algunos países. Estos debieron hacer esfuerzos interpretativos sustitutorios para dar sus respuestas, las que desde luego no son comparables con las del resto de países.

d) Algunas respuestas tienen la variabilidad propia de la subjetividad con que fueron dadas por quienes estuvieron a cargo de llenar el cuestionario. En algunos casos las respuestas son prácticamente opiniones o juicios evaluativos, y tienen que ser tratadas como tales. En otras circunstancias -afortunadamente no muchas- pueden estar significando más una expresión de deseos que una realidad concreta.

En el contexto anterior, veintidos países de la Región han participado en esta evaluación inicial. Este número de países, en cuanto concierne a ciertos indicadores de agregación aritmética, dan consistencia a la mayor parte de estimaciones que en base de ellos pueda hacerse respecto de la Región en su conjunto, ya que abarcan más del 92 por ciento de la población de la Región. En cuanto a otros indicadores, el número de países que informaron es suficientemente grande como para darle validez a las apreciaciones generales que se desprenden de las respuestas obtenidas; sin embargo, no todos los países dieron respuestas a todas las áreas, lo cual en ciertos casos resta confiabilidad a dichas apreciaciones. Cuando quiera que esta situación existe, se ha hecho la anotación correspondiente.

Tal como fuera propuesto, la evaluación pretende mostrar la situación de base, en el momento de iniciarse el decenio y a la aplicación del Plan. En vista de que la información fue recabada durante el año 1975, a pesar de todos los recaudos adoptados para que ella se refiera a la situación prevaleciente en el año 1971, ya sea por inexistencia de esta información, o por un afán de brindar una mejor calidad, muchos países se refieren a situaciones más recientes, o dando la información de 1971 tienden a proyectarse presentando el panorama de las condiciones prevalecientes en 1974 o inclusive en 1975. Así pues, a pesar de carecer de tal intención, esta evaluación inicial muestra no solamente las tendencias y orientaciones que han adoptado los países dentro del marco de referencia que ofrece el Plan Decenal, sino también el estado en que se hallaban ya en momentos más recientes. Con ello se ha rebasado el ámbito cronológico de la evaluación inicial hasta un punto tal que la evaluación intermedia, en la forma como se había propuesto originalmente, podría aportar muy pocos beneficios adicionales, pudiendo dejarse de lado sin mayores consecuencias.



#### RESULTADOS GENERALES

A partir de la respuesta a los formularios de evaluación dada por 22 países de la Región, se puede señalar, en relación con algunas de las áreas a las que el Plan Decenal asigna especial énfasis en sus recomendaciones, los siguientes resultados:

(1) La definición de una política de salud consistente con el desarrollo económico y social en cada país, en la que se especifiquen claramente los objetivos y los cambios estructurales necesarios para alcanzarlos, fue considerada como un requisito fundamental para alcanzar las metas del Plan Decenal. A los dos años de la formulación de éste, de los 22 países que participaron en la evaluación, 16 habían definido ya su política, y los otros 6 se hallaban en proceso de definirla. Este hecho indica un claro reconocimiento en la Región de la importancia que tiene la existencia de una política definida de salud. Se advierte además que en la mayor parte de casos las políticas formuladas son compatibles con las recomendaciones del Plan Decenal; casi todas señalan prioridades, muchas de ellas coincidentes con las del Plan Decenal.

(2) A juzgar por la respuesta de los 22 países, en la mayor parte de ellos se tomaron las metas del Plan Decenal como referencia para el estudio y fijación de las metas nacionales en las diversas áreas. De cumplir los países con sus respectivas metas en muchas de tales áreas, las metas regionales serán también cumplidas. Aunque en menor número existen también áreas en las que el cumplimiento de las metas nacionales fijadas no garantiza el cumplimiento de las metas regionales.

El control de las enfermedades transmisibles es un área a la que el Plan Decenal otorgó prioridad, especialmente para aquéllas en las que se dispone de técnicas de vacunación. Aunque todos los países muestran en sus metas el propósito de reducir el problema, el cumplimiento de dichas metas no será suficiente para lograr la meta regional. Se requerirán mayores esfuerzos para intensificar la vacunación, organizar los sistemas de vigilancia epidemiológica, programar y controlar mejor las actividades y extender considerablemente, sobre todo en algunos países, la cobertura de los servicios de vacunación, de atención y de control epidemiológico.

Otra área programática prioritaria del Plan Decenal es la atención materno-infantil. A juzgar por las metas adoptadas por los países, las metas del Plan Decenal podrían distar de ser logradas al finalizar el decenio, a menos que se extienda la cobertura de servicios y se resuelvan problemas de infraestructura de los sistemas de salud, aparte, desde luego, de que puedan resolverse los problemas de carácter intersectorial que afectan a la salud familiar. En este sentido, de acuerdo con las respuestas obtenidas, la situación de la coordinación intersectorial, tanto a nivel de políticas como de programas de acción es solamente parcial o escasa en

la mayoría de los países. Este problema tendrá que ser superado, principalmente en el trabajo al nivel de la comunidad misma y con su participación activa, si se desea alcanzar no solamente las metas regionales, sino las metas nacionales fijadas.

El área de la nutrición presenta características muy especiales. A pesar de que existe una completa seguridad de que el problema es de una magnitud importante, ésta no se ha determinado con precisión. En consecuencia, las metas de reducción de la desnutrición establecidas por el Plan Decenal no han tenido fácil traducción como metas nacionales. A juzgar por las respuestas obtenidas de los países, en pocos de ellos existe una política de alimentación y nutrición biológicamente orientada, aunque en la mayor parte de ellos dicha política está siendo estudiada y su establecimiento es una meta a ser lograda en el decenio.

La provisión de servicios de agua potable y de disposición de excretas es otra área que recibió especial atención en el Plan Decenal. Las metas fijadas por el Plan para la provisión de agua potable a las poblaciones urbanas fueron adoptadas muy de cerca por la mayoría de los países y si éstos logran alcanzarlas estaría también muy cercano el cumplimiento de la meta regional. Para las poblaciones rurales, en cambio, sólo aproximadamente un tercio de los países se ha propuesto metas como la del Plan Decenal (50% de la población provista con agua potable) o superiores. Solamente se aproximaría el cumplimiento de la meta regional si los países de mayor tamaño de población adoptaran metas superiores a las del Plan Decenal y las cumplieran, pero esto evidentemente, por las respuestas obtenidas, no es susceptible de ocurrir. En cuanto a los servicios de eliminación de excretas, la situación parece aún menos promisoría. Las metas nacionales para proveer con servicios de alcantarillado a la población urbana solamente alcanzan o sobrepasan a la meta regional de 70% en 2 de cada 5 países. La situación de las áreas rurales en los diferentes países es por otra parte sensiblemente inferior a la meta regional de proporcionar servicios de eliminación de excretas al 50% de la población rural.

(3) La extensión de la cobertura con servicios de salud a la población no atendida o subatendida de los países de la Región es la meta central del Plan Decenal y probablemente la de mayor envergadura y trascendencia. Casi todos los países han formulado propósitos de extender la cobertura, pero en su abordaje puede apreciarse una diversidad de enfoques, lo cual es comprensible en vista de las diferentes políticas nacionales que han actuado en la configuración de los sistemas de salud vigentes. Estas razones no dan, sin embargo, cuenta de las diferencias en los enfoques en su totalidad, ya que si se homogeniza la concepción del problema sustantivo, que es la escasa o ninguna accesibilidad de ciertos grupos de población a los servicios de salud existentes, subsisten aún diferencias de cierta magnitud en la compatibilización de conceptos, definiciones y significados, y políticas y estrategias.

La evaluación inicial no es suficiente para acrecentar el conocimiento de que ya se disponía respecto a la situación de cobertura. No obstante los esfuerzos realizados, varios países no han logrado todavía una clara determinación de la dimensión misma del problema; no se sabe en realidad cuál es la cobertura de los servicios brindados por las unidades de atención existentes, ni los niveles verdaderos a los que se provee dicha atención. Hay una necesidad manifiesta de afirmar conceptos y estimar realidades, no solamente para que sea posible evaluar con propiedad el cumplimiento de las metas del Plan Decenal, sino porque la programación de la extensión de la cobertura y su implantación, dadas las condiciones de los países, especialmente de la América Latina, exige enfoques diferentes, tanto para la organización de los sistemas de salud, y la realización de programas específicos, como para la formación, desarrollo y utilización de los recursos, circunstancias éstas que podrían a su vez cambiar la perspectiva en el cumplimiento de otras metas nacionales dentro del Plan Decenal.

(4) El Plan Decenal reconoce que para lograr el cumplimiento de las proposiciones regionales es imprescindible la implantación y desarrollo en cada país de un sistema de salud adecuado a las características nacionales, en función de una política sectorial. En la mayoría de los países (18 de 22 países respondieron en este sentido), existe el mismo reconocimiento respecto de la implantación y desarrollo de su sistema nacional acorde con sus propias políticas y objetivos, habiéndose formulado metas nacionales de algún tipo al respecto. Muchos países han llevado a cabo diagnósticos sectoriales con el propósito de hacer proposiciones de política conducentes a la macroadecuación de sus sistemas y en algunos de ellos dichas proposiciones están siendo implementadas. Sin embargo se prevé que las decisiones que se adopten en relación con la extensión de la cobertura han de obligar a la revisión de una serie de aspectos de los sistemas en vigencia, para que éstos puedan responder a los requerimientos de las metas, que incluyen: la atención de las personas en diversos niveles de complejidad, dentro de un sistema escalonado; la formación y manejo de personal de formación no tradicional; el trabajo más cercano con la comunidad y la activa participación de ésta dentro del sistema, etc.

(5) En la evaluación resalta, como era de esperar, el área de los recursos como un área crítica. Los recursos humanos con que en la actualidad cuentan los países son escasos y su ritmo de formación, así como las posibilidades de absorción por los sistemas de salud no permiten la rápida expansión que requerirían los programas de extensión de la cobertura. Es necesario el estudio y la adopción de decisiones rápidas acerca de ciertas recomendaciones que con respecto a formación de personal técnico y auxiliar hizo el Plan Decenal, al igual que en relación con su utilización, acorde con las decisiones que se adopten respecto de los niveles de atención y de funcionamiento del sistema.

En lo que atañe a los recursos físicos, la situación es también de aguda escasez. A ésta se agregan situaciones de concentración geográfica, de obsolescencia y de deficiente manejo administrativo. Todos los países tienen algún propósito formulado para actuar a este respecto durante el decenio. Sin embargo, una meta del Plan, de incrementar el número de camas disponibles para la atención general en 106,000 por la remodelación de camas de crónicos cuando ello es posible, no sería cumplida según las metas establecidas por los países. Los planes de extensión de la cobertura con servicios mínimos han de demandar por otra parte inversiones de cierta envergadura para la construcción de nuevos locales. El estudio del financiamiento, tanto de las inversiones como de los gastos que demandará su operación, requerirá igualmente especial atención. Por esta razón deberá dársele más énfasis al estudio de las fuentes de financiamiento existente y a la exploración de otras nuevas. Esta actividad no se refleja claramente en las respuestas de los países a la evaluación del Plan; las acciones en este campo parecerían estar más orientadas al estudio del financiamiento de los servicios existentes, y todavía, en muchas ocasiones, dentro de ámbitos institucionales y no sectoriales.

(6) Por las respuestas mismas obtenidas en las diversas áreas del formulario de evaluación, se pone en evidencia las dificultades que han tenido los países para obtener y brindar la información solicitada. En general los sistemas de información en salud no están organizados de manera que puedan aprovechar los datos producidos por multitud de fuentes que existen en los países, a más de que las fuentes propias del sector salud no son de fácil acceso. Como consecuencia, la programación de actividades pierde eficiencia y resiente la no inclusión del sistema de información requerido para la evaluación y control.

En general los países están prestando atención a estos aspectos y desde la formulación del Plan Decenal se ha podido apreciar que muchos de ellos han iniciado acciones destinadas a organizar y desarrollar sus sistemas de información así como a buscar y emplear métodos más eficientes para la programación de sus actividades. La revisión misma del área de la cobertura de servicios, sobre la cual se trabaja activamente, podrá en un futuro cercano aportar nuevos componentes metodológicos para el desarrollo de los sistemas de información y su más amplia utilización.

Consignadas estas observaciones de carácter general, en el capítulo siguiente se presentan los resultados de la evaluación realizada según áreas específicas, establecidas en la Formulación del Plan.

## RESULTADOS ESPECIFICOS

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Esperanza de vida al nacer (años)		Estrategias propuestas										Otras
		Atención materno-infantil	Atención de niños de 1 a 4 años	Atención médica general	Control de enfermedades transmisibles	Saneariento ambiental	Mejoramiento nutricional	Desarrollo de la infraestructura de salud	En general	Extensión de la cobertura de los servicios de salud	En las áreas rurales	
1970	1980											

Barbados	69.2	73	x		x	x		x		x			Atenc. de enferm. crónicas
Bolivia	46	50.5	x	x		x		x	x	x			
Brasil	60	65	x			x	x					x	Coordinac. intersectorial
Canadá	72.7*	73.9*										x	Cambios en estilos de vida
Colombia	60.2*	65.2	x			x	x	x					
Costa Rica	66.8	71	x	x									
Chile	62.4*	67.4*				x							
Ecuador	58.8	63.8	x	x		x		x					
El Salvador	56.2 <sup>1</sup>	61.9 <sup>2</sup>	x	x	x	x				x			Planificación familiar
Estados Unidos	70.9	...											
Guatemala	51.5	56.5				x	x			x	x		
Guyana	66 *	68 *	x			x	x		x				
Honduras	52.7	57.7	x			x	x	x				x	Coordinac. intersectorial
Jamaica	68.5*	69	x			x	x			x			Planificación familiar
México	61	67											Cumplir Plan Nacional de Salud
Nicaragua	53	58 <sup>2</sup>	x										
Panamá	64.9	69.1	x			x	x		x	x	x		
Paraguay	60.1	63.6											
Perú	58 <sup>1</sup>	65 <sup>2</sup>	x			x	x	x					
Rep. Dominicana	60.4	65.4	x			x	x	x	x				
Trinidad-Tabago	65.0	68.0	x			x							
Venezuela	66.1 <sup>2</sup>	67.0	x										

\* Estimaciones hechas separadamente para cada sexo consolidadas mediante el uso de una razón de masculinidad al nacer de 104. <sup>1</sup> Estimación para el período 1965-1970. <sup>2</sup> Estimación para el período 1975-1980. <sup>3</sup> Año 1973.

**META REGIONAL:** Lograr en el decenio un incremento de cinco años en aquellos países que al iniciarse el período tenían una esperanza de vida al nacer de menos de 65 años y un incremento de dos años en los países que tenían entre 65 y 69 años.

Catorce de los 22 países informantes mostraban al iniciarse el período una esperanza de vida al nacer inferior a los 65 años; sólo 2 de ellos se fijaron como meta un incremento inferior a los 5 años en el decenio, mientras que los 12 restantes adoptaron metas de 5 o más años.

De 6 países con esperanzas de vida entre 65 y 69 años en 1970, 4 se fijaron incrementos de 2 o más años para 1980, mientras que los otros 2 se propusieron logros más moderados.

Las estrategias mencionadas para el cumplimiento de las metas propuestas se centran alrededor de la disminución de la mortalidad infantil y en la niñez mediante el desarrollo de programas de atención materno-infantil, del control de las enfermedades transmisibles, del mejoramiento de la nutrición y del saneamiento del medio ambiente. Es interesante hacer notar que la mitad de los países muestran su preocupación por el desarrollo de la infraestructura de sus sistemas de servicios de salud y por la extensión de la cobertura de éstos, ya sea en general o con énfasis en las áreas rurales, lo cual se menciona específicamente como estrategia para el logro de las metas propuestas.

F. SERVICIOS A LAS PERSONAS

A. COBERTURA

Definiciones nacionales																	
Definición de accesibilidad	Servicios mínimos						Servicios básicos										
	Definición de "servicios mínimos"			Definición de "unidad elemental de atención"			Capacidad potencial de atención de las unidades mínimas (personas)	Definición de "servicios básicos"			Definición de "unidad de atención básica"			Capacidad potencial de atención de las unidades básicas (personas)			
Existe	No existe	No informa	Existe	No existe	No informa	Existe		No existe	No informa	Existe	No existe	No informa	Existe		No existe	No informa	
Barbados	x			x			x			30000		x			x		
Bolivia	x				x			x				x			x		
Brasil	x				x			x				x			x		
Canadá	x			x/1			x					x/1			x/1		
Colombia	x				x			x				x			x		
Costa Rica	x				x			x		3000		x			x		5 a 20 mil
Chile	x				x			x				x			x		
Ecuador	x				x			x				x			x		
El Salvador	x				x			x		2500		x			x		
Estados Unidos	x				x			x				x			x		
Guatemala	x				x			x		2 a 5 mil		x			x		25 a 50 mil
Guyana	x				x			x				x			x		
Honduras	x				x			x				x			x		/2
Jamaica	x				x			x				x			x		
México	x				x			x				x			x		
Nicaragua	x				x			x		2000		x			x		5 a 20 mil
Panamá	x				x			x		(en invest.)		x			x		(en invest.)
Paraguay					x			x							x		
Perú	x				x			x		5000		x			x		/2
Rep. Dominicana	x				x			x		2000		x			x		
Trinidad-Tabago	x				x			x				x			x		
Venezuela	x				x			x				x			x		

1/ Para propósitos prácticos se considera toda la población accesible a la atención médica y hospitalaria. En realidad no existe una clara distinción entre los servicios mínimos básicos y especializados, los que forman parte de una red de referencia. 2/ Variable según tipo de unidad.

**META REGIONAL:** *Extender la cobertura con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2,000 habitantes, y proveer de servicios básicos y especializados a la población restante, a través de un sistema regionalizado de salud.*

No es fácil llevar a cabo un análisis integral de la cobertura real de los servicios de salud en la Región debido a la escasa información existente. Sin embargo, simplemente con el uso de indicadores groseros acerca de la disponibilidad y accesibilidad de los recursos disponibles para la atención de la salud fue posible poner en relieve la magnitud y la trascendencia del problema de la cobertura insuficiente de los servicios de salud que se ofrecen, especialmente a la población de la América Latina. En once países de la Región se contaba, al iniciarse la década, con menos de 5 médicos por 10,000 habitantes; el número de camas de hospital en la América Latina era de 2.3 por cada 1,000 habitantes y el número de personas por unidad de atención sin camas era de 12,000 en promedio. Aún cuando el número de camas mostraba hasta ese momento un aumento más o menos constante, su tasa de incremento no solamente era inferior a la del crecimiento de la población, sino que tendía a disminuir, especialmente en la América Central.

Aparto de esta situación de escasez de recursos, se presenta agudamente el problema de su distribución. Es un hecho conocido que los recursos se concentran mayormente en las capitales y las grandes ciudades. Según la información disponible para 15 países al considerarse el Plan Decenal, la tasa de camas por 1,000 habitantes oscilaba entre 19.6 y 3.0 para la capital y las grandes ciudades, y entre 4.2 y 0.5 para el resto de las localidades.

En la mayoría de los países, los servicios básicos proporcionados a las poblaciones residentes en localidades de más de 20,000 habitantes están más al alcance de estas poblaciones que de las que residen en localidades menores. En las localidades de 20,000 a 100,000 habitantes, la cobertura con servicios básicos podría ser relativamente aceptable, aparte de que las actividades específicas de cada programa puedan ser insuficientes. Asimismo, en las localidades de más de 100,000 habitantes, donde la disponibilidad de recursos es mayor, la cobertura con servicios básicos puede ser aceptable, probablemente con las mismas reservas acerca de ciertas actividades específicas de algunos programas; sin embargo, tal vez la cobertura con servicios especializados sea insuficiente para estas localidades, y más aún para las localidades de menor tamaño cuya población no tiene dichos servicios a su alcance.

Con cifras aproximadas provenientes de 26 países y territorios de la América Latina y el Caribe en 1970 se pudo estimar, considerando que la capacidad potencial de atención de las unidades de atención elemental puede suponerse arbitrariamente en 5,000 personas, que la capacidad de cobertura de las unidades existentes en las localidades de menos de 2,000 habitantes (45% de la población) era de un 20 por ciento; de un 90 por ciento para las localidades de 2,000 a 20,000 habitantes (13% de la población) y del 100 por ciento para las localidades de más de 100,000 habitantes (28% de la población).

Estos problemas, aquí burdamente expuestos, y el análisis de gran cantidad de otra información proveniente de las experiencias nacionales, llevó a los Ministros de Salud de los países de la Región a recomendar la extensión de la cobertura como una meta central del Plan Decenal de Salud y una de las de mayor trascendencia y envergadura. Varios países se abocaron al cumplimiento de esta meta apenas acabado de formular el Plan Decenal, pudiendo comprobarse que en efecto la magnitud del problema era muy grande pero que existían soluciones viables aunque algunos conceptos, definiciones y enfoques tendrán que ser modificados en el transcurso mismo de la operación del Plan Decenal y que por lo tanto, futuras evaluaciones deberán tomar en cuenta tales cambios.

## DEFINICIONES NACIONALES

### ACCESIBILIDAD

Según la información proporcionada por 21 de los 22 países que participan en la evaluación del Plan Decenal, 15 de ellos (más de 3 de cada 5) contaban con una definición de "accesibilidad". En todos los casos tal definición se relaciona con el concepto de proximidad de las personas a las unidades de atención existentes y a la posibilidad de que dichas personas se trasladan para recibir los servicios dentro de un período de tiempo determinado utilizando los medios y vías de transporte habituales. Ninguna de las definiciones incluye, aparte de los espaciales y temporales, criterios de accesibilidad de otra naturaleza, como los económicos, sociales y culturales, ni se refieren a la accesibilidad real dada por la población que efectivamente utiliza los servicios y que constituye en última instancia la expresión más ajustada de la cobertura.

Al basarse la definición de accesibilidad en la existencia de unidades de atención, aún cuando ella haya sido evaluada adecuadamente, la estimación de la cobertura actual y la proposición de metas para su extensión tendría que restringirse a la población de las áreas donde tales unidades existen. Tendrá que recibir un tratamiento aparte la programación de la extensión de la cobertura a las localidades que no disponen de unidades de atención y que pueden hacerse accesibles -según la definición que se adopte- por la instalación en ellas de nuevas unidades de atención.

La experiencia lograda en el período comprendido entre la formulación del Plan Decenal y la operación de la evaluación en varios países que iniciaron actividades para programar la extensión de la cobertura, indica que estas definiciones y conceptos de accesibilidad y cobertura tendrán que ser revisados y ampliados antes de proceder a evaluaciones subsiguientes del Plan Decenal.

### SERVICIOS MÍNIMOS

De los 22 países, 16 (casi 4 de cada 5) cuentan con una definición de "servicios mínimos" que en la mayoría de ellos se asemeja a la definición del Plan Decenal, es decir, aquellos servicios integrales de salud que son brindados por unidades elementales de atención capaces de realizar la atención ambulatoria a enfermos en caso de emergencia, a las madres y a los niños menores de cinco años incluidas la educación alimentaria, nutricional, familiar y comunitaria para una vida higiénica, las inmunizaciones, la promoción del saneamiento básico, el registro primario de datos estadísticos y la referencia de pacientes para su atención en unidades más complejas.

A pesar de la aparente coincidencia en las definiciones de los países (con excepción de uno que no reconoce distinción entre los servicios mínimos, básicos y especializados), en la práctica no sólo no hay tal coincidencia entre ellos en lo que realmente se ofrece como servicios mínimos, sino que aún dentro de los propios países existen a menudo importantes diferencias entre los llamados servicios mínimos que se ofrecen en diversas áreas, por diversas instituciones o aún por diversas reparticiones de una misma institución.

También las cuatro quintas partes de los países declararon que cuentan con una definición de la "unidad elemental de atención", como aquella de menor complejidad del sistema de servicios de salud. Ellos tienen diversas denominaciones en los distintos países -puestos sanitarios, postas, consultorios, etc.- que por lo general son atendidos por personal auxiliar adiestrado y supervisado por personal profesional. Sin embargo, como en el caso de los servicios que estas unidades brindan, hay diversidad de situaciones reales en el nivel de complejidad de estas unidades, tanto entre los países como dentro de los mismos. La capacidad de atención de estas unidades mínimas ha sido determinada o definida en muy pocos países. Seis de ellos hacen estimaciones que van de 2,000 a 5,000 personas.

Por las respuestas obtenidas se hace evidente que los países que están abordando la programación de la extensión de la cobertura, en la definición de sus sistemas de servicios de salud tendrán que definir mejor sus servicios mínimos, tipificar sus unidades de atención primaria y solucionar el problema acarreado por la concurrencia de diversas concepciones y decisiones adoptadas en el pasado que dificultan la estandarización conducente a un tratamiento más homogéneo y eficiente de los servicios.

### SERVICIOS BÁSICOS

De los 19 países que informaron, en 5 no existe una definición de "servicios básicos". Los 14 países restantes cuentan con definiciones nacionales de diversos grados de especificidad, con el rasgo en común de que este tipo de atención es brindado por médicos y personal profesional, a más de contar con facilidades para la internación de pacientes. Sólo unos pocos países dieron una definición de los servicios básicos en sus distintos grados de complejidad, aunque en casi todos ellos se encuentra implícita en la correspondencia que la mayoría expresa que existe entre la categorización de sus establecimientos de atención médica y el tipo de servicios que estos ofrecen, por ejemplo, la secuencia de posta médica, sub-centro de salud, centro de salud, hospital provincial, hospital regional, hospital nacional, hospital universitario, u otras similares.

Quince países informan que cuentan con una definición nacional de "unidad de atención básica" y 5 de ellos han estimado su capacidad potencial de atención, que es variable según el tipo de unidad, yendo en dos casos de 5,000 a 20,000 personas y en un caso de 25,000 a 50,000 personas.

Como en el caso de los servicios mínimos, se requeriría que los países que están programando la extensión de la cobertura definieran mejor sus unidades de atención básica y los servicios que éstas deben brindar dentro del esquema de niveles de complejidad creciente que caracteriza a un sistema regionalizado de atención.



A. COBERTURA (cont.)

1. Servicios mínimos																
Población en localidades de menos de 2.000 habitantes (miles)		Población accesible a los servicios (miles)		Número de unidades elementales		Población servida por las unidades elementales (miles)		Población servida por cada unidad elemental (promedio)		Población accesible servida (%)		Población en localidades de menos de 2.000 hab. sin ningún servicio (miles)		Población total por cada unidad elemental		
1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	
Barbados	0	0	(NA)	(NA)	9	14	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	0	0	26300	18800	
Bolivia	3144	4519	1595	2906	371	656	662	1440	1783	1628	41.5	49.6	857	1613	9117	5279
Brasil	36560	39820	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Canadá	5959	6747	5958	6747	445/1	504/1	5958	6747	587/2	72	100	100	0	0	0	
Colombia	0	0	0	0	1570	2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Costa Rica	946	1240	804	1240	49	341	147	1240	3000	3635	18.3	100	682	0	8876	3635
Chile	2635	2619	1976	2619	888	1500	0	0	1487	1500	75	100	659/4	0	10953	0
Ecuador	2865	2661	1134	1614	225	613	699	1405	3106	2291	61.6	87.0	1192	0	7752	0
El Salvador	1973	0	0	0	0	0	0	0	720	0	40.9	0	0	0	0	0
Estados Unidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Guatemala	3523	4562	2385	3088	261	640	1057	2779	4050	4342	44	90	1577	456	10147	7127
Guyana	219/2	0	0	0	35	0	0	0	0	0	93	0	0	0	0	
Honduras	3866/2	2850/2	939	1458	67	463	201	1389	3000	3000	21.4	95.3	4414/5	1161/6	6080	3351
Jamaica	1124/7	0	0	0	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
México	20992	23332	6124	12069	2031	8735	3869	0	1905	0	0	0	18263	17377	0	
Nicaragua	1070	1442	321	1009	164	210	125	500	762	2380	39	50	736	462	11730	6854
Panamá	765	932	523	699	102	135	55/3	63/3	539	468	10.5/9	9.5/9	0	0	0	0
Paraguay	1191/4	1493	0	0	168/4	280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Perú	6555	7632	3933	4579	969	1572	1628	3183	1680	2025	41.4	69.5	8862	4490	6125	4855
Rep. Dominicana	2472	2792	2472	2792	104	300	2472	2792	23700	3300	100	100	0	0	23700	9300
Trinidad-Tabago	41	29	39	27	25	18	26	27	1024	1522	66.4	100	12	1	1717	1604
Venezuela	2988	3258	2454	3095	2500	2710	2454	3095	381	1142	100	100	295	163	1101	1202

1 Hospitales. 2 Por cama hospitalaria. 3 Sólo una pequeña mejora. 4 Año 1974. 5 Año 1968. 6 Menos de 3.000 habitantes. 7 Año 1970. 8 Población de localidades de menos de 2.500 habitantes. 9 No incluye la cobertura de esta población por unidades de mayor complejidad (centros de salud) que operan en localidades de menos de 2.000 habitantes.

En 1970 había 182.5 millones de habitantes de la Región de las Américas que residían en áreas rurales, es decir, el 35.7% de los 509.6 millones de pobladores de la Región. En la América Latina y el Caribe la población rural en ese mismo año alcanzaba a 124 millones de habitantes, es decir, el 43.8% de los 283.3 millones de pobladores de estas sub-regiones.

Según estimaciones burdas realizadas, la población rural de la América Latina y el Caribe, residente por lo general en localidades de menos de 2,000 habitantes, contaba en 1970 con alrededor de 5,000 unidades elementales de atención, es decir, que había una razón de más o menos 25,000 personas por unidad elemental. Si se considera, como se consideró en el Plan Decenal, que la máxima capacidad potencial de atención de una unidad de esta naturaleza es de 5,000 personas, la máxima cobertura potencial de las unidades existentes en aquel entonces podía ser estimada en alrededor de un 20% de la población rural.

La capacidad máxima de atención de una unidad de este tipo no se ejerce por la simple existencia de ella y por la oferta de servicios que pueda hacer; es necesario además, que la población tenga acceso a los servicios. En este sentido, simplemente considerando los criterios de accesibilidad física y cronológica, y no otros que pueden también jugar un papel fundamental, la cobertura real de esta población con servicios mínimos se ve sensiblemente reducida. A juzgar por las respuestas al cuestionario de la evaluación obtenida de 12 países de la América Latina que estimaban una población residente en localidades de menos de 2,000 habitantes de 46.6 millones de personas en 1971, la población accesible a los servicios que eran brindados por 6,868 unidades elementales de atención era solamente el 50 por ciento. Según estimación hecha por los mismos países, tales unidades de atención estaban sirviendo solamente a una población estimada en 13.4 millones, es decir, al 29% de la población que residía en localidades de menos de 2,000 habitantes, y al 59% de la población considerada accesible por los mismos países.

Lo más probable es que, aún siendo bajas, estas cifras sean sobreestimaciones de la realidad; en primer lugar, porque las unidades elementales (que 18 países informan en un total de 9,547) no están todas ubicadas en localidades de menos de 2,000 habitantes ya que puede haber un cierto número en localidades de mayor tamaño; en segundo lugar, las tabulaciones censales en algunos países pueden no incluir a la población dispersa dentro de aquella residente en localidades de menos de 2,000 habitantes. Finalmente, adviértase que la definición empleada de "accesibilidad" se refiere únicamente a aquella población residente en localidades en donde existen unidades de atención. Esto se pone claramente de manifiesto en la respuesta de 11 países que informaron una población residente en localidades de menos de 2,000 habitantes que ascendía a 46 millones de personas, de las cuales 31.5 millones (el 68.5%) residían en localidades que no contaban con servicios. Por lo tanto, si los 14.5 millones restantes (el 31.5%) residían en áreas en donde existían unidades de atención y considerando que por las propias definiciones nacionales la accesibilidad de estas poblaciones a los servicios llega a más o menos un 50%, la población realmente cubierta estaría realmente por debajo del 20%.

Según la información proporcionada por 18 de los 20 países de la América Latina y el Caribe que participaron en la evaluación, en 1971 funcionaban en ellos 9,637 unidades elementales de atención, que se encontraban al servicio de una población total (para los 18 países) de 142.4 millones de habitantes. Había pues, una relación promedio de 14,800 personas por unidad elemental, con una oscilación entre los países desde un mínimo de 4,100 y un máximo de 41,300 y una mediana de 20,600 personas por unidad elemental.

En 15 de estos países (2 no informaron y otro prevé una disminución) se espera, entre 1971 y 1980, un incremento del 115% en el número de unidades elementales, con la instalación de 10,923 nuevas unidades, con las que se llegaría a 20,451 unidades funcionando en 1980 y rebajando el número de personas por unidad de 14,600 a 9,400. El porcentaje de incremento del número de unidades en estos 15 países varía entre un 8% y un 596%, con una mediana de 69%.

Si las nuevas unidades elementales programadas en estos 15 países se localizan en las áreas rurales ubicadas en lugares que maximicen la accesibilidad, de acuerdo con la definición nacional de dicha accesibilidad, puede conjeturarse, que para estos 15 países en total, podría llegar a triplicarse la cobertura actual con servicios mínimos para la población de estas áreas; aún así en estos países quedaría una brecha importante por cubrir para llegar a la meta del Plan Decenal, sin considerar que entre los países que no informaron hay uno que cuenta con una población rural cercana a un tercio de la población rural total de la América Latina y el Caribe.

A. COBERTURA (cont.)

2. Servicios básicos											
En localidades de 2000 a menos de 20000 habitantes											
Población total atribuida a estas localidades (miles de habitantes)		Número de unidades de atención que sirven a esta población		Porcentaje de la población servida por dichas unidades		Número de camas de todo tipo en localidades		Camas por mil habitantes		Porcentaje de camas especializadas	
1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	420	536	46	189	40	60	3428	4372	8.16	8.16	9.2
Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá <sup>1</sup>	2692	3049	433	502	100	100	38246	43300	14.2	14.2	0
Colombia	6340 <sup>2</sup>	0	980	0	0	0	9107	0	0	0	0
Costa Rica	250	327	106	105	100	100	1295	1984	5.2	6.1	0
Chile	1050	1135	87	90	98	100	2749	2889	2.6	2.5	0
Ecuador	1391	1809	122	185	66	95	1391	3256	1.0	1.8	0
El Salvador	1518	0	31	0	26	0	187	0	0.1	0	0
Estados Unidos	12177 <sup>3</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guatemala <sup>4</sup>	1084	1404	72	125	100	100	161	600	0.14	0.4	0
Guyana	270 <sup>5</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras <sup>6</sup>	144	215	74	65	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	231 <sup>7</sup>	0	2	0	0	0	677	0	2.9	0	0
México <sup>8</sup>	11914	17236	892	0	0	0	5469	0	0.46	0	0.26
Nicaragua	276	387	55	58	96	100	1110	1549	4.0	4.0	4.4
Panamá	142	167	21	0	69	0	982	0	6.9	0	0
Paraguay	74 <sup>9</sup>	814	64 <sup>2</sup>	83	0	0	353 <sup>2</sup>	1208	0.2 <sup>2</sup>	0.5	0
Perú	1726	2520	304	372	78	82	5338	6455	3.1	2.6	1.8
Rep. Dominicana	380	641	24	42	100	100	448	752	1.1	1.2	0
Trinidad-Tabago	394	438	50	56	90	95	204	216	0.5	0.5	0
Venezuela	1480	2013	76	109	100	100	3313	4202	2.2	2.1	9.1

<sup>1</sup> No se incluyen las camas de hospitales psiquiátricos, mentales, para retardados, sanatorios de tuberculosis, hogares de niños y de ancianos y de instituciones similares. <sup>2</sup> Año 1974. <sup>3</sup> Localidades de 2,500 a 25,000 habitantes. <sup>4</sup> Las camas contabilizadas son sólo las del Ministerio de Salud Pública. <sup>5</sup> Año 1968. <sup>6</sup> Localidades de 3,000 a 10,000 habitantes. <sup>7</sup> Año 1970. <sup>8</sup> Localidades de 2,500 a 20,000 habitantes. Las cifras no incluyen establecimientos no oficiales. <sup>9</sup> Los datos de 1971 incluyen todo el sector salud. Los de 1980 incluyen sólo el incremento de los recursos del Ministerio de Salud.

SERVICIOS BASICOS

(a) En localidades de 2,000 a menos de 20,000 habitantes

Según los datos que ofrecieron 21 países, en el año 1971 residía en comunidades de este tamaño alrededor del 12% de la población de dichos países (para los 19 países de la América Latina y el Caribe dicha proporción era del 20%). Solamente 14 países informaron acerca del número de unidades de atención que proporcionaron servicios de salud en 1971 y las estimadas para 1980 (1,534 y 1,981 respectivamente, esto es, un incremento del 29%).

Diecisiete países informaron acerca del número de camas de internación de todo tipo de estas localidades en el año 1971. Ellas alcanzaban a 74,458 camas que daban un relación de 2.3 camas por 1,000 habitantes. Tal relación era de 1.2 para los países de la América Latina y el Caribe que conforman este grupo (16 países de los 17), y tiene una variabilidad grande entre los países: desde 0.14 hasta 14.02, con una mediana de 2.3 camas por 1,000 habitantes.

Sólo 13 países han estimado el número de camas que esperan tener al servicio de estas localidades en el año 1980, y que se incrementaría, para el total de los 13 países, desde 63,505 en 1971 hasta 70,783 en 1980, con lo cual habría una disminución, en estos países, de la relación de camas por 1,000 habitantes de 5.3 en 1971 hasta 4.7 en 1980. De estos 13 países, 12 son de la América Latina, y en ellos dichas relaciones serían respectivamente de 2.7 camas por 1,000 habitantes en 1971, y 2.3 camas por 1,000 habitantes en 1980.

Trece países han estimado la proporción de la población residente en estas localidades a la que consideran "servida". Cinco de ellos la consideraban totalmente cubierta en 1971, tres estimaban una cobertura del 90 al 98 por ciento, y los otros cinco estimaban porcentajes entre el 26 y el 78. Sólo once de estos países hicieron previsiones para 1980, año en el cual 7 países mantendrían o llegarían a la cobertura total y los otros 4 oscilarían entre el 60 y el 95%. Adviértase que estas cifras provienen de considerar que la simple presencia de una unidad de atención en una localidad hace que la población de ésta se halle servida automáticamente; tal consideración es cómoda pero irreal. La estimación de la población accesible y servida debe ser llevada a cabo a través de la experiencia real del funcionamiento de los servicios, lo cual en general no se efectúa. La escasa información disponible muestra, de todas maneras, que el logro del 100% de cobertura con servicios básicos para estas poblaciones que propugna el Plan Decenal no estaría en vista para 1980.

A. COBERTURA (CONT.)

2. Servicios básicos												
En localidades de 20.000 a menos de 100.000 habitantes												
Población total atribuida a estas localidades (miles de habitantes)		Número de unidades de atención que sirven a esta población		Porcentaje de la población servida por dichas unidades		Número de camas de todo tipo en localidades		Camas por mil habitantes		Porcentaje de camas especializadas		
1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	
Barbados	236	264	24	24	100	100	2263	2230	9.6	8.5	35	36
Bolivia	127	161	16	25	60	80	1315	1677	10.3	10.4	36	23
Brasil	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Canadá <sup>1</sup>	2671	3025	149	169	100	100	32943	37307	12.3	12.3	?	?
Colombia	5911 <sup>2</sup>	?	598	?	?	?	10226	?	?	?	?	?
Costa Rica	143	187	15	15	100	100	1020	1170	7.1	6.3	0	0
Chile	1808	2173	70	70	100	100	8982	9630	5.0	4.4	6.4	6.6
Ecuador	828	1397	45	92	85	100	1905	4610	2.3	3.3	15.5	15.0
El Salvador	1398	?	35	?	86	?	1703	?	1.2	?	12.7	?
Estados Unidos	34574 <sup>3</sup>	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Guatemala	1626	2106	29	31	100	100	4903	5200	3	2.5	0	0
Guyana	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Honduras	1689 <sup>4</sup>	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Jamaica	0	0	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)
México <sup>5</sup>	6074	8618	149	?	?	?	2295	?	0.38	?	19.13	?
Nicaragua	197	262	9	11	95	100	1483	1836	7.5	7.0	28.8	17.2
Panamá	211	205	10	?	73	?	430	?	4.4	?	?	?
Paraguay	218 <sup>6</sup>	444	6 <sup>2</sup>	9	?	?	264 <sup>2</sup>	560	0.12	0.2	?	?
Perú <sup>6</sup>	1042	1521	141	167	86	89	7496	7944	7.2	5.2	10.8	10.0
Rep. Dominicana	403	679	46	47	?	?	2265	2365	0.5	0.3	0	0
Trinidad-Tabago	473	675	32	36	100	100	947	1260	2.0	1.9	4	3
Venezuela	2153	2928	109	110	100	100	8505	11478	4.0	3.9	19.7	12.5

<sup>1</sup> Ver nota <sup>1</sup> de tabla anterior. <sup>2</sup> Año 1974. <sup>3</sup> Localidades de 25.000 a 100.000 habitantes. <sup>4</sup> Localidades de 10.000 a 199.999 habitantes. <sup>5</sup> Las cifras no incluyen establecimientos no oficiales. <sup>6</sup> Los datos de 1971 incluyen todo el sector salud. Los de 1980 incluyen sólo el incremento de los recursos del Ministerio de Salud.

SERVICIOS BASICOS

(b) En localidades de 20,000 a menos de 100,000 habitantes

Veinte países dieron estimaciones de la población residente en localidades de este tamaño en el año 1971, que alcanzaba a 61 millones de habitantes, el 17% de su población total. Solamente 17 de éstos informaron acerca del número de establecimientos de todo tipo que ofrecían servicios de salud en dichas localidades en 1971 que ascendía a 1,494. De estos 17 países sólo 13 estimaron el número de establecimientos que estarían en funcionamiento en 1980, que alcanzaría a 806, lo que significa un incremento del 14% en relación con los 702 establecimientos con que contaban esos 13 países en el año 1971.

Trece países hicieron estimaciones acerca de la población de estas localidades a la que consideran servida por las unidades de atención existentes. Siendo de esos países estiman que en 1971 el 100% de la población estaba servida, mientras que los otros 6 países dan estimaciones que oscilan entre el 60% y el 95%. De estas cifras debe conjeturarse que en 1971 existían en varios países localidades de más de 20,000 habitantes que no contaban con unidades de atención y que por lo tanto no tenían servicios básicos; pero a la población de estas localidades tendría que agregarse aquella de localidades que teniendo unidades de atención, éstas tienen una cobertura real de menos del 100%, lo cual se encuentra disimulado por la tendencia a considerar que la existencia de un hospital o centro de salud en una localidad cualquiera convierte a su población automáticamente en población cubierta. Aún si esta limitación, la falta de cobertura de la población de estas localidades con servicios básicos se proyectaría todavía hasta 1980. En efecto, de 11 países que hicieron previsiones para 1980, quedan 2 que estiman que no llegarán a brindar servicios al 100 por ciento de la población de estas localidades. Se requeriría de un esfuerzo adicional si se pretende alcanzar la meta del Plan Decenal de llegar al 100% de cobertura.

De la información brindada por 18 países puede inferirse que el 25% de todas las camas que se encuentran en localidades de más de 2,000 habitantes estarían al servicio de la población que reside en localidades de 20,000 a 100,000 habitantes, es decir de aproximadamente el 17% de la población del país. En una gran proporción de 13 países, variaba entre 0 y 36% con una mediana del 12%, previéndose en la mayoría de los casos una reducción de estos porcentajes en 1980.

A. COBERTURA (CONT.)

2. Servicios básicos												
En localidades de 100.000 y más habitantes												
Población total atribuida a estas localidades (miles de habitantes)		Número de unidades de atención que sirven a esta población		Porcentaje de la población servida por dichas unidades		Número de camas de todo tipo en localidades		Camas por mil habitantes		Porcentaje de camas especializadas		
1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	
Barbados	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bolivia	972	1239	61	66	100	100	4529	5776	4.66	4.66	17	11
Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Canadá <sup>1</sup>	10246	11603	212	241	100	100	66400	75195	6.5	6.5	0	0
Colombia	8424 <sup>2</sup>	0	545	0	0	0	21808	0	0	0	0	
Costa Rica	446	585	27	29	100	100	4939	5563	11.0	9.5	46.2 <sup>3</sup>	38.2 <sup>3</sup>
Chile	4055	5333	71	75	100	100	24559	26679	6.0	5.0	33	0
Ecuador	1354	2068	55	134	90	100	5686	12410	4.2	6.0	54	45
El Salvador	619	0	21	0	100	0	4072	0	6.6	0	51	0
Estados Unidos	56464	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Guatemala	705	912	10	10	100	100	4361	4361	6.2	4.9	44	44
Guyana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Honduras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Jamaica	506 <sup>4</sup>	0	24	0	0	0	4986	0	9.9	0	0	0
México <sup>5</sup>	11849	16518	59	0	0	0	1641	0	0.14	0	21	0
Nicaragua	345	428	5	4	100	100	1966	4170	5.7	9.8	25.7	14.0
Panamá	351	635	16	0	84	0	2524	0	1.0	0	0	0
Paraguay	421 <sup>2</sup>	491	17 <sup>2</sup>	17	0	0	639 <sup>2</sup>	830	0.25	0.26	0	0
Perú <sup>6</sup>	4693	6653	211	230	84	84	16901	18861	3.6	2.8	26.6	26.0
Rep. Dominicana	878	1480	24	26	0	0	5134	5654	5.8	3.8	31.0	28.0
Trinidad-Tabago	112	127	9	9	100	100	2895	2403	25.9	20.0	2.4	2.8
Venezuela	4201	5714	144	162	100	100	20237	23806	4.8	4.3	29.9	20.8

<sup>1</sup> Ver nota 1 de tabla anterior. <sup>2</sup> Año 1974. <sup>3</sup> Contabilizadas como especializadas sólo las camas psiquiátricas, de tuberculosis, de lepra y de nutrición. <sup>4</sup> Año 1970. <sup>5</sup> Las cifras no incluyen establecimientos no oficiales. <sup>6</sup> Los datos de 1971 incluyen todo el sector. Los de 1980 incluyen sólo el incremento de los recursos del Ministerio de Salud.

SERVICIOS BÁSICOS

(c) En localidades de 100,000 y más habitantes

Según lo informado por 19 países, en 1971 residían en localidades de más de 100,000 habitantes alrededor de 107 millones de personas, cerca del 29% de su población total. En 15 de dichos países que informaron acerca de estimaciones para 1980, la población residente en estas ciudades crecería en un 31% durante el período (en un 37% los países de la América Latina de este grupo).

El número de unidades de atención, principalmente hospitales, ubicadas en estas localidades, 850 informadas por 13 países en 1971 se incrementarían en un 18% durante el período 1971-1980. Sin embargo, si se omite un país que se propone un incremento del 144% (de 55 a 134 unidades), la proporción del aumento para los 12 países restantes se reduciría sólo al 9%.

Doce países dieron estimaciones de la proporción de población de estas ciudades que estaba cubierta por las unidades existentes en 1971. Sólo 9 países consideraban que habían alcanzado el 100 por ciento. De los otros 3 sólo 2 se proponen alcanzar el total en 1980. Hay, pues, un cierto reconocimiento de que aún en las grandes ciudades no se ha logrado la cobertura de la población con servicios básicos y deberá hacerse esfuerzos adicionales si se quiere lograr la meta regional del 100% para el año 1980.

En cuanto al número de camas disponibles para la atención de la población residente en las localidades de más de 100,000 habitantes, 18 países, con una población de 50.2 millones residentes en esas localidades en el año 1971, informaron que contaban con 190,277 camas de todo tipo, es decir, una razón de 3.8 camas por 1,000 habitantes. Esta razón variaba en los 18 países entre 1.5 y 25.9 por 1,000, con una mediana de 5.8. El grupo de los 17 países de la América Latina y el Caribe mostraba en conjunto una razón de 3.1 camas por 1,000 habitantes.

Doce países han estimado el incremento en el número de camas de las localidades de este tamaño, que alcanzaría a un 17% en el período 1971-1980, casi la mitad del incremento que tendría la población de estas localidades en el mismo período. Dos de estos 12 países explicarían un 32% del crecimiento del número de camas, ya que en ellos se estima un incremento del 116%, mientras que los otros 10 países sólo aumentarían en un 12 por ciento.

El número de camas especializadas instaladas en localidades de 100,000 y más habitantes de 12 países variaba en 1971 entre el 2.4% y el 54% del total de camas existentes, con una mediana cercana al 30 por ciento. En 9 países que hacen previsiones para 1980 se puede apreciar una tendencia general a la reducción de esta proporción.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	1. Viruela					2. Sarampión						
	Se considera problema		Número de casos		Primovacunados por 1000 habitantes		Se considera problema		Defunciones por 100.000 habitantes		Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados con la serie completa de dosis de vacuna	
	Si	No	1971	1980	1971	1980	Si	No	1971	1980	1971	1980
Barbados	x	0	0	41			x	0	0	0	0	0
Bolivia	x	0	0	6	0		x	22	5	3.1	60	
Brasil	x	19	0	56	33		x	9.3	7.4	47	72	50
Canadá	x	0	0	..	0		x	0.1	..	74		80
Colombia	x	0	0	747	1.000		x	11.6	1.0	18.9		80
Costa Rica	x	0	0	490	2	6	x	4.7	0	60		80
Chile	x	0	0	76	120		x	6.1	0.1	85	72	95
Ecuador	x	0	0	44	36		x	52	7	60	72	80
El Salvador	x	0	0	60			x	14.7		2.7		
Estados Unidos	x	0	0	20	0		x	0.036	0.011	61		75
Guatemala	x	0	0	20	0		x	105.5	1.0	0.3		80
Guyana	x	0	0				x		1.0			
Honduras	x	0	0				x	2.6	0.2	0.03		80
Jamaica	x	0	0	14	25		x	1.5				
México	x	0	0	34	28		x	17.6	0.8	4.5		80
Nicaragua	x	0	0	30	80	7	x	15.8	7.9	4.8	72	80
Panamá	x	0	0	18			x	20.9	1.0	11.1		80
Paraguay	x	0	0	60	27		x	26.7	1.1	0		80
Perú	x	0	0	..	26		x	85	1.0	18.4		70
Rep. Dominicana	x	0	0	3			x	3.5	1.0	1.6		
Trinidad-Tabago	x	0	0	..	40	8	8	0.2	0.0	0		0
Venezuela	x	0	0	59	35		x	7.5	3.0	8		26

1/1 En 21 capitales de Estado. 1/2 Año 1974. 1/3 Período 1969-71. 1/4 Mantenimiento de la tendencia observada.  
 1/5 Año 1970. 1/6 Vigilancia. 1/7 Menores de 5 años. 1/8 En investigación.

1. VIRUELA

META REGIONAL: Mantenimiento de la erradicación.

El programa de erradicación de la viruela en las Américas se inició en el año 1967. En el período 1967-1971 se registraron 18,106 casos en la Región, casi todos ellos en Brasil. A partir de abril de 1971, pese a la búsqueda intensiva efectuada, no se han presentado nuevos casos y la erradicación fue certificada para la Región en 1973.

Dado el éxito alcanzado por el programa, los 22 países informantes han dejado de considerar a la viruela como un problema y se han fijado como meta para 1980 el mantenimiento de la erradicación. Esto ha de requerir del desarrollo y ampliación de los servicios de vigilancia epidemiológica y continuar con la vacunación de los no vacunados y de los niños que por nacimiento se van agregando a la población, lo cual implicaría que en un programa regular de mantenimiento, el número anual de primovacunados por 1,000 habitantes tendría que ser superior a la tasa de natalidad. Solo 10 de los 22 países informantes dan a entender que se proponen realizar este tipo de actividad en 1980, y hay indicaciones, en cambio, de que los niveles de vacunación no estarían alcanzando la meta establecida de 80 por ciento.

2. SARAMPION

METAS REGIONALES: Reducir la tasa de mortalidad a no más de 1 por 100,000 habitantes.  
 Vacunar a un 80% de los niños menores de 5 años y conservar esta proporción todos los años.

Las estimaciones disponibles para 1971 sitúan la mortalidad por sarampión en 0.0 por 100,000 para la América del Norte, 16.8 por 100,000 para Mesoamérica y 12.5 por 100,000 para la América del Sur. Los casos notificados en ese mismo año, probablemente muy subregistrados, dan estimaciones de 36.3, 82.7 y 92.6 casos por 100,000 habitantes para las mismas subregiones.

Según la información contenida en los cuestionarios de evaluación, cuatro de los 22 países informantes habían ya alcanzado y superado la meta regional en 1971, con tasas de mortalidad menores de 1 por 100,000. Los 18 países restantes presentaban tasas situadas entre 1.5 y 105.5 por 100,000 con una mediana de alrededor de 15 por 100,000. Diecinueve países se fijaron metas de mantenimiento o disminución de las tasas de mortalidad durante el decenio, adoptando 14 de ellos la meta del Plan Decenal.

La vacunación de los menores de 5 años fue señalada en el Plan Decenal como una de las más importantes estrategias para alcanzar las metas de disminución de la mortalidad por sarampión. Hacia 1971 solamente dos países estaban empleando la vacuna en forma amplia y en 1974 se estaban sumando otros más. Cuatro de los países informantes no señalaron metas de cobertura con vacuna antisarampionosa de los menores de 5 años para el año 1980; dos países no se proponen vacunar; cinco países se fijaron metas inferiores al 80% y los 11 países restantes adoptaron la meta regional o niveles superiores de cobertura. Por indicaciones recientes, parecería que la situación esperada es un tanto optimista y que en algunos países en que se ha llevado a cabo programas de vacunación masiva, el mantenimiento de los niveles de vacunación no se ha llevado a cabo adecuadamente, presentándose tasas de incidencia elevadas en los menores de 5 años de edad.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

	3. Tos ferina						4. Tétanos							
	Se considera problema		Defunciones por 100.000 habitantes		Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados con la serie completa de dosis de vacuna		Se considera problema		Defunciones por 100.000 habitantes		Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados con la serie completa de dosis de vacuna		Porcentaje de las embarazadas residentes en áreas tetánicas vacunadas	
	Si	No	1971	1980	1971	1980	Si	No	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	x		0.4	0	72	100		x	4.2	0.5	72	100	..	20
Bolivia	x		2.0	1.8	7	40	x		..	..	7	40	..	20
Brasil	x		1.3	1	16	42	x		6.3	1	16	42	23	58
Canadá		x	0.02	..	..	80		x	0.02	..	..	80	0	0
Colombia	x		7.1	1.0	50	80	x		3.6	1.0	50	80	..	60
Costa Rica	x		2.6	0.8	15	75	x		7.6	2.3	15	75	0	85
Chile		x	0.6	0.3	78	90		x	0.4	0.09	0	90	..	..
Ecuador	x		27.4	2	10	79	..	..	18.4	0.5	13	79	0.2	80
El Salvador	x		7.7	..	14	..	x		8.4	..	14	..	25	..
Estados Unidos	x		0.007	0.003	71	80	x		0.038	0.027	71	80	..	..
Guatemala	x		53.6	1.0	26	80	x		3.9	0.5	26	80	..	40
Guyana		x	1.0	..	..	..		x	1	0.5	..	..	..	..
Honduras	x		14.8	12.4	12	80	x		2.9	0.2	12	80	..	80
Jamaica		x	0.3	..	12	60		x	4.9	..	12	60	..	..
México	x		11.0	1.0	15	80	x		3.7	0.3	15	80	..	90
Nicaragua	x		3.2	0.6	6	80	x		15.7	7.8	6	80	..	60
Panamá	x		9.0	1.0	11	80	x		11.0	1.0	25	80	..	..
Paraguay	x		2.2	1.0	8	80	x		18.6	2.6	9	80	17	80
Perú	x		88	4.0	10	40	x		2.0	2.0	10	40	..	..
Rep. Dominicana	x		0.3	1.0	26	80	x		10.6	3.0	18	80	25	60
Trinidad-Tabago	x		0.0	0.0	0	80	x		1.3	0.0	16	80	6	20
Venezuela	x		1.0	0.5	18	31	x		2.9	0.8	26	31	37	60

1 En 20 capitales. 2 Año 1974. 3 Periodo 1969-71. 4 Mantenimiento de tendencia observada. 5 Menores de 6 años. 6 Año 1970. 7 Casos en 1974. 8 En los Municipios con tasas de 19 por 1000 nacidos vivos o más. 9 Se considera subestimada.

3. TOS FERINA

**METAS REGIONALES:** Reducir la tasa de mortalidad a 1 por 100,000 habitantes.  
Vacunar al 80% de los menores de 5 años con la serie completa de dosis de vacuna.

Las estimaciones existentes para 1971 sitúan las tasas de mortalidad por tos ferina en 0.0 por 100,000 para la América del Norte, 11.2 por 100,000 para Mesoamérica y 7.9 por 100,000 para la América del Sur. Los casos registrados por notificación para ese mismo año dan tasas estimadas en 2.7, 52.9 y 89.2 por 100,000 respectivamente para cada una de dichas subregiones.

Según las respuestas obtenidas en el cuestionario de evaluación, la tercera parte de los países en 1971 habrían alcanzado o superado la meta regional en mortalidad para 1980 de 1 por 100,000 habitantes. Trece países, en cambio, mostraban tasas entre los extremos de 1.3 a 88 por 100,000, con una mediana cercana a 8 por 100,000 habitantes. Todos los países se proponen la reducción de sus tasas para 1980 y solamente 4 de ellos se han fijado como metas tasas de mortalidad superiores a la meta regional.

La información acerca de la vacunación en los países no es muy confiable; sin embargo, las estimaciones de 20 países en 1971 señalan que la proporción de menores de 5 años vacunados con serie completa de dosis varía entre 0% y 78%, con una mediana situada alrededor de 15%. De los 20 países que se han propuesto metas, hay 13 que han adoptado proporciones iguales o mayores que la meta regional de 80% de niños vacunados con la serie completa de dosis; los siete países restantes se han fijado metas más modestas, que van del 31% al 79%. El cumplimiento de la meta regional es improbable si no se intensifican los programas de vacunación con DPT.

4. TETANOS

**METAS REGIONALES:** Reducir la tasa de mortalidad a 0.5 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de 5 años con la serie completa de dosis de vacuna DPT. Tratar de vacunar con toxoide tetánico al 60% de las embarazadas en las áreas tetánicas.

En 1971 se estimaban tasas de mortalidad por tétanos de 0.0, 3.9 y 4.9 por 100,000 habitantes respectivamente para América del Norte, Mesoamérica y América del Sur. Según la información suministrada en los formularios de evaluación, solamente tres países mostraban en 1971 tasas de mortalidad inferiores a la meta regional para 1980. Los países restantes informaron tasas que van de 1.3 a 18.6 por 100,000, con una mediana de 4.9 por 100,000. Dieciocho países se han propuesto la reducción de sus tasas para 1980, diez de ellos a niveles iguales o inferiores a la meta regional; los ocho restantes se proponen llegar a tasas que van de 0.8 a 7.8 por 100,000.

La vacunación antitetánica de niños menores de 5 años, según lo señalan 20 países, muestran cifras que van de 0% a 72% de niños vacunados con serie completa de dosis, con una mediana de 15%. Trece de estos países se fijaron metas de vacunación de niños, coincidentes con o superiores a la meta regional de 80%, mientras que los siete restantes optaron por metas inferiores, que van de 31% a 79%.

La información acerca de la proporción de embarazadas vacunadas en las áreas tetánicas en 1971 es muy escasa. Solo 9 países informaron proporciones que van de 0% a 37%. Sin embargo 14 países se proponen la vacunación de este tipo, en proporciones que van del 20 al 90%. Nueve de ellos coinciden con o sobrepasan la meta regional de 60 por ciento.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

	5. Difteria					6. Poliomielitis						
	Se considera problema		Número de casos por 100,000 habitantes		Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados con la serie completa de dosis de vacuna		Se considera problema		Número de casos por 100,000 habitantes		Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados con la serie completa de dosis de vacuna	
	Sí	No	1971	1980	1971	1980	Sí	No	1971	1980	1971	1980
Barbados	x		8.5	0	72	100	x	x	0	0	74	100
Bolivia	x		1.4	1	7	40	x		0.7	0.1	3	40
Brasil	x		11.0		16	42	x		12.1	0.5	40	80
Canadá	x		0.2			80	x		0.01			80
Colombia	x		2.9	1	50	80	x		2.31	0.1	9	80
Costa Rica	x		5.7	1.7	15	75	x		1.25		71	75
Chile	x		4.7	2.5	76	90	x	x	0.6	0.0	53	90
Ecuador	x		0.8	1.0	12	79	x		1.2	0	37	80
El Salvador	x		7.8		14		x		1.8		11	
Estados Unidos	x		0.145	0.122	71	80	x		0.012	0.002	58	70
Guatemala	x		0.4	1.0	26	80	x	x	5.6	0.1	7	80
Guyana	x		5.0	1.0			x	x	0	0.1		
Honduras	x		0.7	0.2	12	80	x		1.2	1.0	12	80
Jamaica	x		2.0		12	60	x		0	0	18	80
México	x		0.32	0.03	15	80	x		2.0	0.1	39	80
Nicaragua	x		0.7	0.35	6	80	x		2.5	0.75	8	95
Panamá	x		1.5	0.0	35	80	x		5.1	0.0	68	80
Paraguay	x		5.8	1.0	8	80	x		11.1	0.3	22	80
Perú	x		0.4	0.6	10	40	x		1.0	0.1	21	65
Rep. Dominicana	x		6.6	1.0	18	80	x		2.4	0.1	49	
Trinidad-Tabago	x		6.3	0.0	16	80	x		4.5	0.0	1	75-80
Venezuela	x		0.8	0.1	18	31	x		3.7	0.1	50	43

<sup>1</sup> Año 1974. <sup>2</sup> Año 1970. <sup>3</sup> Período 1969-71. <sup>4</sup> Mantenimiento de la tendencia. <sup>5</sup> Menores de 6 años. <sup>6</sup> Menores de 7 años. <sup>7</sup> Menores de 1 año. <sup>8</sup> 39 casos en 1971. <sup>9</sup> Año 1972. <sup>10</sup> Hasta 2 años de edad.

5. DIFTERIA

**METAS REGIONALES:** Reducir la tasa de morbilidad por difteria a 1 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de 5 años con la serie completa de dosis de vacuna.

La morbilidad por difteria en 1971 mostraba tasas de 0.1, 1.0 y 3.9 por 100,000 para las subregiones de la América del Norte, Mesoamérica y América del Sur respectivamente. Según los formularios de evaluación del Plan Deconal, las tasas en los 22 países informantes estaban comprendidas entre 0.1 y 11.0 por 100,000 con una mediana de 1.8 casos por 100,000 habitantes. Dieciséis países se propusieron metas de reducción de la morbilidad a tasas iguales o inferiores a la meta regional y dos países adoptaron la reducción a tasas más elevadas que 1 por 100,000.

La proporción de niños menores de 5 años vacunados con dosis completas de vacuna presenta una considerable variación en 1971, con valores que van de 6% a 76%, con una mediana de alrededor del 15%. Trece países se proponen alcanzar niveles de vacunación del 80% o más en 1980; dos países se proponen metas de 75 a 79% y otros cinco países adoptaron metas entre el 31% y el 60%.

El cumplimiento de la meta regional, a juzgar por indicadores recientes, requerirá de un esfuerzo en los países para intensificar sus programas de vacunación con DPT.

6. POLIOMIELITIS

**METAS REGIONALES:** Reducción de la tasa de morbilidad a 0.1 por 100,000 habitantes. Vacunar al 80% de los menores de 5 años con la serie completa de dosis de vacuna.

La incidencia notificada de la poliomielitis, luego de aumentos registrados durante 1970, declinó sostenidamente durante el período 1971-1973 hasta alcanzar los niveles más bajos históricamente observados en la Región (menos de un caso por 100,000 habitantes). El promedio anual de casos en el cuatrienio 1969-1972 para la América del Norte fue de sólo 29, mientras que en Mesoamérica se registraron 1,454 y en la América del Sur 3,247. Estas dos últimas cifras incluyen varios brotes, en los cuales un elevado porcentaje de los casos correspondió a niños menores de 3 años de edad. Las tasas de incidencia proporcionadas por los países para el año 1971 en el cuestionario de evaluación varían entre 0 y 11.1 por 100,000 con una mediana de alrededor de 1.5 por 100,000. Dieciséis países (cuatro de cada cinco) se han propuesto como meta para 1980 alcanzar la meta regional o menos, mientras que otros cuatro países se han fijado metas situadas entre 0.3 y 1.0 por 100,000.

La proporción de niños vacunados en el año 1971 presentaba grandes variaciones, sin embargo hay indicaciones recientes de que se están haciendo grandes progresos hacia el logro de la meta regional. Solamente cuatro países se proponen metas de vacunación inferiores al 80% adoptado como meta regional y de desarrollarse los programas tal como están propuestos las metas regionales serán logradas.

8. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

7. Tuberculosis														
Se considera problema	Defunciones por 100.000 habitantes		Casos nuevos por 100.000 habitantes		Porcentaje de niños menores de 5 años vacunados con BCG		Porcentaje de casos nuevos que inician tratamiento		Porcentaje de casos nuevos que inician tratamiento ambulatorio		Baciloscopias para diagnóstico de TBCx100 consultantes de 1ª vez mayores de 15 años		Camas para tuberculosos (como porcentaje del total de camas del país)	
	Sí	No	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	x		4.7		11	8	1.9						1.0	0
Bolivia	x		120	60	300	200	20	50	70	95	50	80	1.8	6
Brasil	x		36	15	118	2	60		80		90	100		25.8
Canadá	x		2.1		18	2		0	98	100	60	90	81	1.7
Colombia	x		14	4	50	38	65	80	92	100	92	100	3.9	8
Costa Rica	x		6.5		23		82	80	95	100	18	80	80	8.2
Chile	x		23	1	86		77	90	79	90	100	90	6	4.9
Ecuador	x		19	8.5	59	30	1.5	80	60	100	40	90		5.5
El Salvador	x		10		124		12		28		16			21.9
Estados Unidos	x		2.2	1.4	17	10			95-100	95-100				1.4
Guatemala	x		20	8	63	50	70	80	100	100	68	80		21.1
Guyana	x				25	12.5								8.8
Honduras	x		6.7	4.7	69	69	81	80	100	100	58	90	48	14.1
Jamaica	x		3.6		14	20	5	80	100	100				10
México	x		19	8.9	36	20	80	74	80					
Nicaragua	x		5.9		72	10	0.6	80	100	100			3.7	15
Panamá	x		16	6	107	30	46	80	49	90	95	95	90	0.8
Paraguay	x		25	12	142	70	11	80	100	100	95	90	80	16
Perú	x		27	10	145	80	27	60	58	100	51	90	2	3.9
Rep. Dominicana	x		5.7	2.8	32		7	80	65	90	70	90		8.0
Trinidad-Tabago	x		5.4	2.7	13	3	2	10	100	100	50	80		2.6
Venezuela	x		9.9	5.8	48	30			100	100	47	80		7.5

1 En 21 capitales de Estado. 2 Año 1970. 3 Mantenimiento de la tendencia. 4 Año 1974. 5 Reducción de la mortalidad de menores de 15 años en un 80%. 6 Mayores de 15 años con síntomas respiratorios. 7 Reducción en un 8% anual. 8 Menores de 15 años. 9 196 casos en 1971 y 50% de reducción en 1980. 10 Año 1972. 11 Aproximadamente.

7. TUBERCULOSIS

**METAS REGIONALES:** Reducir la mortalidad por tuberculosis entre un 50% y un 65%. 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 el examen bacilosκόpic del 50 al 75% de las personas con síntomas respiratorios de más de cuatro semanas de duración. Todas estas actividades deberán estar integradas en servicios generales de salud adecuadamente calificados.

A pesar de la apreciable reducción lograda tanto en la mortalidad como en la morbilidad durante la década anterior, la tuberculosis sigue siendo un problema de salud importante en la Región. Así lo consideran también 19 de los 22 países que participaron en la evaluación del Plan Decenal. Las tasas estimadas de mortalidad por 100,000 habitantes en 1971 fueron de 2.2 para la América del Norte, 14.4 para Mesoamérica y 20.8 para la América del Sur. Durante ese mismo año el número de casos notificados superó los 118,000 arrojando tasas por 100,000 habitantes de 17.2 para la América del Norte, 41.9 para Mesoamérica y 69.5 para la América del Sur.

La mortalidad informada por los 22 países en 1971 se sitúa entre un valor mínimo de 2.1 por 100,000 y un máximo de 120 por 100,000, con una mediana situada alrededor de 10 por 100,000. Diecinueve países se fijaron metas de reducción de estas tasas durante el decenio en proporciones que van del 10% al 96% y cuatro de cada cinco se proponen reducciones iguales o mayores que la meta regional de 50% a 65%.

Las tasas de incidencia por 100,000 habitantes presentan discrepancias importantes con las de los casos notificados que figuran en publicaciones oficiales. Ello es explicable teniendo en cuenta que varios países han tratado de hacer estimaciones más ajustadas a los niveles reales de incidencia, o que las fuentes de la información no son las mismas. En general, las discrepancias sirven solamente para señalar deficiencias en los sistemas de información existentes. Por otro lado, cualesquiera que sea la incidencia informada, los países se han propuesto tasas de reducción plausibles para la década.

Doce de 18 países que informaron se han propuesto metas de vacunación con BCG del 80% de niños menores de 15 años, coincidiendo con la meta regional propuesta; uno espera alcanzar niveles mayores, tres menores y dos no tienen la política de vacunación con BCG.

Casi todos los países se proponen que todos los casos nuevos de tuberculosis inicien tratamiento utilizando principalmente técnicas y actividades de atención médica ambulatoria. La proporción de los casos nuevos así tratados en 1971 presenta variaciones desde el 16% hasta el 95% con una mediana de 58% en quince de los países que brindaron información.

La información acerca de baciloscopias a personas con síntomas respiratorios de más de cuatro semanas de duración no es fácilmente obtenible, por lo cual se seleccionó un indicador que requería el número de baciloscopias por 100 consultantes (por todas las causas) de primera vez, mayores de 15 años, que tampoco ha sido conseguido por la mayor parte de países.

La reducción de la proporción de camas dedicadas al tratamiento de la tuberculosis es un indicador del énfasis que se le otorga a la atención ambulatoria y de la mejor utilización de las camas disponibles para la atención general de pacientes. Catorce de 15 países que informaron se proponen hacer reducciones importantes de dicha proporción de camas.



B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

	8. Enfermedades Entéricas						9. Enfermedades Venéreas								
	Se considera problema		Defunciones por 100,000 habitantes			Defunciones por enfermedades diarreicas de niños 0-4 años por 100,000 niños de esa edad		Se considera problema		Casos de sífilis por 100,000 habitantes		Casos de blenorragia por 100,000 habitantes		Contactos investigados por 100 declarados	
	Si	No	1971	1980	% de reducción	1971	1980	Si	No	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	x		3.0	4.0		11.5	22	x		174	217	527	517	..	
Bolivia	x		..			..		x		50		91			
Brasil	x		94 /1			..		x		..		..			
Canadá	x		1.3	.. /2	.. /2	5.3	.. /2	x		12	.. /2	159	.. /2	..	
Colombia	x		77 /3	39	50	381 /2		x		69	80	179		..	
Costa Rica	x		69 /4	34	50	355	180	x		83	.. /5	179	.. /5	..	
Chile	x		40			3.5		x		12	13	..	.. /5	15 /6	20
Ecuador	x		121	60	50			x		24	16	74	40	20	80
El Salvador	x		123			482		x		262		235		33	
Estados Unidos	x		13	7	50	6.5	3	x		12	7.5	308	340	73	80
Guatemala	x		259	194		821	616	x		29	10	73	30	0	10
Guyana	x		13 /7		50			x		..	.. /5				
Honduras	x		103	62	60	332	199	x		95	60	188	119		
Jamaica	x		36			192		x		140		1340			
México	x		140	69	49	312	156	x		24	13	26	19	30	55
Nicaragua	x		193 /4	96	50	862 /4	430	x		84 /3	42	84 /3	42	0	
Panamá	x		40	19	48	172	100	x		59	45	141	99		80
Paraguay	x		116	60	52	603	250	x		157	60	60	30	10	20
Perú	x		64	30	47	320	200	x		26	15	50	20	..	
Rep. Dominicana	x		51	17	30	274		x		169	.. /5	138	.. /5	..	
Trinidad-Tabago	x		27	13	50	22	10	x		52	58	646	250	97	100
Venezuela	x		48	30	62	280	150	x		110	187	334	298	2	2

/1 En 21 capitales de Estado. /2 Mantenimiento de la tendencia. /3 Año 1972. /4 Año 1970. /5 Reducción. /6 Año 1974. /7 Cien casos en 1971.

8. ENFERMEDADES ENTERICAS

**META REGIONAL:** Reducir las actuales tasas de mortalidad por infecciones entéricas por lo menos en un 50% particularmente en la infancia y en la niñez.

A juzgar por la información existente y la misma proporcionada por los países para la evaluación del Plan Decenal, las enfermedades entéricas continúan siendo un grupo de afecciones de gran trascendencia, especialmente en cuanto hace a su incidencia sobre la mortalidad en la niñez. Salvo un país, todos los demás le asignan importancia a este problema.

Las defunciones por este grupo de enfermedades según lo informado por 21 países alcanzaba tasas comprendidas entre 1.3 y 259 por 100,000 habitantes con una mediana de 64 por 100,000. Trece países se han fijado metas de reducción de alrededor del 50%, coincidente con la meta regional; dos se fijaron metas menores y los países restantes no indicaron metas.

En cuanto a la mortalidad de menores de 5 años, las tasas por 100,000 niños de esa edad anotadas por 18 países cubren un intervalo comprendido entre 3.5 y más de 800, con una mediana de alrededor de 300 por 100,000 niños. La mayor parte de los países se señalan metas con importantes reducciones en estas tasas, coincidiendo con el énfasis particular en la infancia y en la niñez que señala la meta regional.

9. ENFERMEDADES VENEREAS

**META REGIONAL:** Disminuir la incidencia de las enfermedades venéreas, sobre todo blenorragia y sífilis.

Todos los países coinciden en reconocer a las enfermedades venéreas como problema nacional. En el lapso 1969-1972 fueron notificados en la Región un promedio anual de 185,718 casos de sífilis cuya distribución por subregiones muestra tasas anuales medias de 42.1 por 100,000 habitantes para la América del Norte, 49.8 por 100,000 para Mesoamérica y 57.4 por 100,000 para la América del Sur. La disminución de dichas tasas durante el decenio anterior fue constante y significativa en la América del Norte; en Mesoamérica fue abrupta hasta 1968 y leve de allí hasta 1972. En cambio, en la América del Sur se observó poco cambio.

Las tasas por 100,000 habitantes que informan 21 países varían entre 12 y 262 casos de sífilis y entre 26 y 1,340 casos de blenorragia en el año 1971. Casi todos ellos se han propuesto metas de reducción de las tasas, coincidiendo con la meta regional. Se prevé, sin embargo, que se ha de requerir un mayor esfuerzo para mejorar los servicios clínicos (diagnóstico, tratamiento, búsqueda de casos, etc.) y los sistemas de registro y notificación que permitan definir la situación real si se quiere considerar la reducción de los casos.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

	10. Frambesia				11. Mal de Pinto				12. Lepra									
	Se considera problema		Número de casos		Se considera problema		Número de casos		Se considera problema		Casos nuevos por 100.000 habitantes		Casos registrados por 100.000 habitantes		Porcentaje de casos infectantes bajo tratamiento		Porcentaje de contactos bajo vigilancia y tratamiento	
	Si	No	1971	1980	Si	No	1971	1980	Si	No	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	x	0	0		x	0			x	0	0.4			100	100			
Bolivia	x	0	0	x					x		0.5		5					
Brasil									x		5.9 <sup>1</sup>		136.3		61			
Canadá	x	0	0	x	0				x	0.04		<sup>2</sup>		<sup>2</sup>		100		
Colombia	x	18	0	x					x			1.59	1.3					
Costa Rica	x	0	0	x	0				x	1.04		<sup>2</sup>	0.29	<sup>2</sup>	100	100	71	80
Chile	x			x					x									
Ecuador	x	838 <sup>4</sup>	0	x					x	4	1.9	30	25	70	100	40	75	
El Salvador	x			x					x	0.08								
Estados Unidos	x			x					x					100	100	50-60	75	
Guatemala	x			x					x		6.3	3.5	11.3	25	75	0	75	
Guyana	x			x					x	7.6	2.0	120	120			Min.	75	
Honduras	x			x					x	6.3	3.8			100 <sup>4</sup>	100	100 <sup>4</sup>	100	
Jamaica	x			x					x	0.8	83.2	20.5	85.5	38	80		60	
México	x			x	503	0	x		x	1.49	0.6	27.3	21.0	75	90	53	80	
Nicaragua	x			x					x									
Panamá	x			x					x	0.14	<sup>2</sup>	11.0	<sup>2</sup>	100	100	92	100	
Paraguay	x			x					x	9.6	8.0	1.8	2.0	57	65	30	50	
Perú	x	23	0	x	138	50	x		x	2.35	1.55	81 <sup>2</sup>	60 <sup>2</sup>	74	80	28	65	
Rep. Dominicana	x	0	0	x					x	7.7	<sup>2</sup>	41.4	<sup>2</sup>	93	100	54	75	
Trinidad-Tabago	x	25 <sup>6</sup>	25 <sup>6</sup>	x					x	6.39	7.1	120	91	80	95		75	
Venezuela	x	0	0	x	0	0	x		x	4.1	3.5	170	169	87 <sup>4</sup>	100	47	75	

<sup>1</sup> En 21 capitales de Estado. <sup>2</sup> Mantenimiento de la tendencia. <sup>3</sup> Reducción. <sup>4</sup> Año 1974. <sup>5</sup> Prevalencia de áreas leprogenas. <sup>6</sup> 8610 casos latentes.

10. FRAMBESIA

META REGIONAL: *Eradicación*

La información disponible para el año 1971 indica que la frambesia sigue siendo epidémica en las islas del Caribe y en partes de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Surinam y Perú. Esta enfermedad parece haber perdido importancia como problema de salud, ya que es reconocida como tal solamente por dos países. Los que se fijaron metas para 1980 se proponen erradicarla. Para tal propósito será necesario que se preste una adecuada atención clínica y epidemiológica, así como un mejor empleo de los servicios de laboratorio para determinar el verdadero estado seroepidemiológico de la enfermedad.

11. MAL DE PINTO

META REGIONAL: *Control y si es posible, erradicación*

Cuatro países consideran al mal de Pinto como un problema de salud, a pesar de que solamente dos países acaparan el total de 641 casos notificados en 1971. De éstos, uno de ellos se propone la erradicación y el otro la disminución en casi dos tercios del número de casos para 1980.

12. LEPRA

META REGIONAL: *Reducir la incidencia y prevalencia de la lepra con miras a la disminución consiguiente de las incapacidades resultantes.*

La lepra continúa siendo un problema en la Región. Había en 1971 un total de 195,234 casos registrados en 31 países y territorios y fueron notificados 8,275 casos en 25 de ellos. El 54% de estos casos eran lepromatosos y se estimaba que el 71.7% de los casos registrados estaban bajo control. El número de contactos llegaba a 639,863, de los cuales el 36.9% estaban sometidos a vigilancia.

De los 22 países que informaron 14 consideran a la lepra como un problema nacional. La mayoría de ellos se plantean como meta la reducción de la incidencia aunque en proporciones muy diversas. Asimismo la mayoría se ha fijado metas de reducción de la prevalencia, aunque algunos, al indicar un incremento para 1980 están significando realmente que esperan completar mejor sus registros de enfermos que eran deficientes en 1971.

Quince países dieron una estimación de la proporción de casos infectantes que se hallaba bajo tratamiento en 1971, que varía entre un 25% y el 100%, con una mediana del 80 por ciento. También 15 países se fijaron metas para esta proporción en 1980, que varía del 65% al 100% con un valor mediano de 100 por ciento. El porcentaje de contactos bajo vigilancia presenta una gran variabilidad entre los 12 países que informaron en 1971; en cambio 14 países se fijaron metas para 1980 que van del 50% al 100%, con una mediana y modo de 75 por ciento.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

	13. Tifus				14. Esquistosomiasis				15. Oncocercosis			
	Se considera problema		Número de casos		Se considera problema		Casos conocidos por 100.000 habitantes		Se considera problema		Casos nuevos por 100.000 habitantes	
	Si	No	1971	1980	Si	No	1971	1980	Si	No	1971	1980
Barbados	x		0	0		x	0	0		x	0	0
Bolivia	x		14	0		x				x		
Brasil		x			x		.. /1			x		
Canadá		x	0	.. /2		x	0	.. /2		x	0	.. /2
Colombia	..	..	0	0	..	..			..	..		
Costa Rica		x	0	0		x	0	0		x	0	0
Chile		x				x				x		
Ecuador	x		121 /3	.. /4	x		.. /4		x		..	.. /4
El Salvador		x				x				x		
Estados Unidos		x	0	0		x	0	0		x	0	0
Guatemala		x	13	0		x			x		236	199
Guyana		x				x				x		
Honduras		x				x				x		
Jamaica		x				x				x		
México		x	0	0		x	0	0	x		631	180
Nicaragua		x				x				x		
Panamá		x				x				x		
Paraguay		x				x				x		
Perú		x	79	1		x				x		
Rep. Dominicana		x	0	0	x		13	.. /5		x	0	0
Trinidad-Tabago		x				x				x		
Venezuela		x	0	0	x		10 /6	6,8	x		16,5	17,8

/1 Se estiman 6 millones de casos. /2 Mantenimiento de la situación. /3 Cifra en revisión. /4 Disminución en un 20%. /5 Reducción. /6 Prevalencia elevada por haberse investigado en 1971 localidades muy infectadas.

13. TIFUS

META REGIONAL: *Disminución de la incidencia*

El tifus transmitido por piojos sigue siendo una enfermedad endémica importante en los altiplanos de Bolivia, Ecuador y Perú, así como de algunas zonas de Mesoamérica. Sin embargo, de cuatro países que informaron casos en 1971 sólo dos lo consideran como problema. De los cuatro países, dos se proponen la erradicación para 1980, uno su disminución en un 20% y el otro su disminución al mínimo.

14. ESQUISTOSOMIASIS

META REGIONAL: *Disminución de la incidencia*

Cuatro países le asignan importancia al problema de la esquistosomiasis. Tres de ellos informan la presencia de casos en 1971 -registrados o estimados- mientras que uno se propone realizar encuestas de prevalencia previas al programa de control.

15. ONCOCERCOSIS

META REGIONAL: *Disminución de la incidencia*

La oncocercosis es endémica en tres países. Los tres le asignan importancia al problema y dos de ellos se proponen disminuir la incidencia en el decenio. Un cuarto país, además, se propone investigar la prevalencia y hacer programas de control.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

	16. Enferm. de Chagas				17. Fiebre Amarilla Selvática				18. Peste					
	Se considera problema		Prevalencia: Número de casos conocidos por 100.000 habitantes		Se considera problema		Número de casos		Existencia de programas de vacunación de la población expuesta		Se considera problema		Número de casos	
	Sí	No	1971	1980	Sí	No	1971	1980	1971	1980	Sí	No	1971	1980
Barbados	x		0	0		x	0	0				x	0	0
Bolivia	x		..		x		8		x	x	x		15	
Brasil	x		.. /1		x		11		x	x	x		146	
Canadá		x	0	.. /2		x	0	.. /2	-	-		x	0	.. /2
Colombia					x		2	0	x	x	..	..	0	0
Costa Rica		x	.. /3	.. /3	x		0	0	-	-	..	..	0	0
Chile		x	..	.. /4		x						x		
Ecuador	x		..	..	x		3	3	-	x	x		27	0
El Salvador	x		3,71		x		0	0	-	-		x		
Estados Unidos		x	0	0	x		0	0	x	x		x	2	.. /5
Guatemala	x		28	20		x						x		
Guyana		x				x						x		
Honduras	x					x						x		
Jamaica		x			x		0	0	-	x		x	0	0
México		x	0	0		x	0	0	-	.. /6		x	0	0
Nicaragua		x				x						x		
Panamá		x			..	..			.. /6	.. /6		x		
Paraguay	x		1,4	1	x		0	0	-	x		x		
Perú	x /7		4	4	x		35	3	x	x	x		53	8
Rep. Dominicana		x	0	0		x			-	-		x	0	0
Trinidad-Tabago		x				x	0	0	-	-		x		
Venezuela	x		2825	.. /8 2253	.. /8	x	0	.. /9	0	x	x	x	0	0

/1 Se estiman 3 millones de casos. /2 Mantenimiento de la situación. /3 Requiere mayor investigación.  
 /4 Disminución en un 20%. /5 Control y vigilancia. /6 Constante. /7 En estudio. /8 Cifras estimadas según encuestas realizadas. /9 28 muertes registradas en los años 1972 y 1973.

16. ENFERMEDAD DE CHAGAS

META REGIONAL: Disminución de la incidencia y realización de estudios para conocer mejor su frecuencia y distribución. Estimular programas para su control.

En la mayoría de los países de Mesoamérica y América del Sur se registran casos de la Enfermedad de Chagas, la que se encuentra ampliamente distribuida en extensas zonas rurales. Se calcula que el número de personas infectadas asciende a 7,000,000 en la Región. Es difícil presentar un panorama preciso de la epidemiología de la enfermedad, ya que los datos en prevalencia y de morbilidad son incompletos y fragmentarios, como puede apreciarse de las respuestas dadas por los 22 países al formulario de evaluación. Nueve países consideran que la Enfermedad de Chagas constituye un problema importante de salud. Se conoce la existencia de importantes programas de investigación epidemiológica por lo menos en 12 países de la Región y campañas de control en 6 países.

17. FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA

META REGIONAL: Reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad causadas por la Fiebre Amarilla Selvática.

Desde el año 1954 se ha observado la aparición de casos de Fiebre Amarilla sólo en su forma Selvática en 9 países de la Región. Según lo informado por los 22 países, en sólo 8 se considera la Fiebre Amarilla Selvática como un problema importante. Cinco países relatan la aparición de casos durante el año 1971 y todos ellos se proponen reducir al mínimo el problema para 1980, mediante el desarrollo y activación de los programas de vacunación de la población expuesta en las áreas endémicas.

18. PESTE

META REGIONAL: Mantener bajo control las áreas enzooticas de peste.

La zona endémica de peste en las Américas está limitada al tercio occidental de los Estados Unidos, región fronteriza entre Ecuador y Perú y sudeste de Bolivia y parte noreste de Brasil. Es en estos países que se informa casos en 1971 y en 4 de ellos se le asigna importancia como problema de salud. Todos ellos se proponen reducir la incidencia para 1980 mediante programas de control de las áreas enzooticas.

B. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (cont.)

19. Malaria												
Se considera problema	Casos por 100.000 habitantes		Población residente en áreas originalmente maláricas									
			En las que ya se había logrado la erradicación en 1971		Con buenas perspectivas de erradicación con los recursos disponibles		Donde no se ha logrado progresos satisfactorios por problemas financieros		Donde el progreso depende de la solución de serios problemas operativos y técnicos			
			Miles de habitantes en 1971	% de esta población en mantenimiento de la erradicación en 1980	Miles de habitantes en 1971	% de esta población para la que se erradicará en 1980	Miles de habitantes en 1971	% con la transmisión interrumpida en 1980	% con la transmisión focalizada en 1980	Miles de habitantes	Casos por 100.000 habitantes	
Sí	No	1971	1980							1971	1980	
Barbados	x	-	0	-	-	-	0	-	-	0	-	-
Bolivia <sup>2</sup>	x	494	49	0 <sup>2</sup>	-	-	100	973 <sup>2</sup>	-	-	662 <sup>2</sup>	-
Brasil	x	189	50	19931	100	12070	100	0	-	-	8165	654
Canadá	x	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230
Colombia	x	175	86	0	-	8650	54	9500	19	81	664	1639
Costa Rica	x	45	14 <sup>4</sup>	0	0	568	100	0	-	-	0	-
Chile	x	-	-	169 <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	x	274	17	0	-	1325	100	1810	100	-	214	1798
El Salvador <sup>3</sup>	x	1271	-	-	-	0 <sup>2</sup>	-	2329 <sup>2</sup>	-	100 <sup>2</sup>	807	200
Estados Unidos	x	1 <sup>4</sup>	-	56471	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	x	338	0	0	-	1374	100	0	-	-	1062	-
Guyana	x	4 <sup>4</sup>	-	736	100	0	-	0	-	-	0	-
Honduras	x	1981	100	0	-	413	100	1534	50	29	195	8985
Jamaica	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1333
México <sup>2</sup>	x	85 <sup>4</sup>	-	0	-	11260 <sup>2</sup>	-	8894 <sup>5</sup>	-	-	1093 <sup>2</sup>	-
Nicaragua	x	13	4	0	-	78	100	545	0	80	1289	12.9 <sup>2</sup>
Panamá	x	70 <sup>4</sup>	-	0	-	1420	100	0	-	-	0	4.0 <sup>2</sup>
Paraguay	x	20	10	0	-	2021	100	0	-	-	0	-
Perú	x	84	9	1399	100	2354	100	1100	80	20	90	1352
Rep. Dominicana	x	7	0	3593	100	390	100	0	-	-	0	-
Trinidad-Tabago	x	0 <sup>4</sup>	-	1018	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	x	214 <sup>4</sup>	0	7489	100	0	-	0	-	-	473	4.0 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Casos importados. <sup>2</sup> Año 1974. <sup>3</sup> Incidencia parasitaria anual por 1000 habitantes. <sup>4</sup> Fuente: "Las condiciones de salud en las Américas 1969-72 OPS. <sup>5</sup> Fuente: OPS, Informe de la División de Control de Enfermedades para el Informe del Director, 1971.

19. MALARIA

**METAS REGIONALES:** Evitar la reintroducción de la malaria en las áreas con 81.1 millones de habitantes, en donde ha sido erradicada. Alcanzar la erradicación en áreas con 74.5 millones de habitantes donde existen buenas perspectivas de lograrla con los recursos disponibles. 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. Reducir la transmisión al nivel más bajo posible en áreas con 17.3 millones de habitantes, en donde el progreso depende de la solución de serios problemas operativos y técnicos.

De 34 países del territorio de las Américas con zonas originalmente maláricas, 12 habían logrado la erradicación en 1971 y 2 se hallaban en la fase de consolidación en todo su territorio. Las 20 unidades restantes estaban aplicando en diversas medidas la fase de ataque en las áreas aún afectadas. Las campañas antimaláricas han logrado disminuir considerablemente la morbilidad y la malaria no es ya una causa importante de mortalidad en el hemisferio.

Según las respuestas al cuestionario de evaluación, 15 países de los 22 que respondieron consideran a la malaria como un problema importante y en 17 de ellos fueron notificados casos durante 1971.

El 43.8% de la población que habitaba en zonas originalmente maláricas - o sea alrededor de 81 millones de habitantes - radicaba en áreas que habían alcanzado en 1971 la fase de mantenimiento del programa; 23.5% - o sea alrededor de 43.6 millones de habitantes vivían en áreas en fase de consolidación; y el 32.6% - o sea 60.4 millones de habitantes - vivían en áreas que se encontraban en la fase de ataque. Sólo el 0.1% - 146.000 personas - habitaba en zonas que todavía estaban en la fase preparatoria.

Según lo informado por los países para la Evaluación del Plan Decenal se pretende que toda la población que habita en áreas donde se logró ya la erradicación en 1971 se encuentre en fase de mantenimiento de dicha erradicación para el año 1980. Se espera también, prácticamente en todos los países con la población habitando en áreas donde existen buenas perspectivas de erradicación con los recursos disponibles, haya logrado dicha erradicación en 1980. Aún en las áreas donde no se ha logrado progresos satisfactorios por problemas financieros, se habrá interrumpido o focalizado la transmisión para 1980, para el 100% de la población en 4 países y para el 80% en otros dos. Finalmente, hay casi 18 millones de habitantes que residen en áreas donde el programa depende de la solución de serios problemas operativos y técnicos en la mitad de los 22 países informantes. Aún en estas áreas todos los países se proponen obtener reducciones importantes de la incidencia para el año 1980.

8. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (concl.)

20. Aedes Aegypti										
Se considera problema	Area originalmente infestada									
	Miles de kilómetros cuadrados	Area en mantenimiento (%)		Area en consolidación (%)		Area en ataque (%)		Area en fase preparatoria (%)		
		Sí	No	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971
Barbados	x		0,2*					100*		
Bolivia	x		600							
Brasil	x		5359*	100	100	-	-	-	-	-
Canadá	x									
Colombia	x		280	0	60	0	40	20	0	10
Costa Rica	x		20	-	100	-	-	100	-	-
Chile	x		100*							
Ecuador	x		68	100	100					
El Salvador	x		19					* /1		
Estados Unidos	x		1537*	100	100					
Guatemala	x		37	-	100	100	-	-	-	-
Guyana	x		13	-	100	-	-	0,12	-	-
Honduras	x		65	-	-	-	95	1	5	-
Jamaica	x		11	-	25	-	75	-	-	-
México	x		1000	98	100	-	-	2	-	-
Nicaragua										
Panamá	x		56*			100*				
Paraguay	x		200*	100	100	-	-	-	-	-
Perú	x		638	100	100	-	-	-	-	-
Rep. Dominicana	x		42*	0*		0*		0*		0*
Trinidad-Tabago	x		3*	100	100	-	-	-	-	-
Venezuela	x		710*					* /2		

\* Fuente: Informe Anual del Director, OPS, 1971.

/1 Reinfestado; fase de ataque limitada. /2 Infestado; fase de ataque limitada.

20. AEDES AEGYPTI

META REGIONAL: Erradicar el Aedes Aegypti en los países y territorios aún infestados y evitar su penetración en aquellos de donde ha sido eliminado.

Según la información disponible en el año 1971, el estado de los programas de erradicación del Aedes Aegypti era el siguiente. Del total de los 46 países y territorios del área inicialmente infestada, 32 o el 78% del total tenían programas en marcha; de los 14 restantes, seis estaban organizando sus programas, 7 no contaban con actividades y de uno no se disponía de información.

El estado del progreso de los programas activos era como sigue: Seis países y territorios habían alcanzado la fase de mantenimiento y continuaban con una vigilancia adecuada. Otros 4 también habían alcanzado esta fase, pero sus actividades de vigilancia no eran consideradas suficientes. Dos unidades políticas estaban en la fase de consolidación y en ambos casos la verificación se consideraba adecuada. Ocho países y territorios, incluyendo dos con focos de reinfestación, estaban en la fase de ataque y estaban recibiendo una cobertura adecuada en sus programas. Otros once, también en esta fase, no tenían todavía suficiente cobertura. Tres unidades políticas estaban aún en la fase preparatoria. De estas, dos con una cobertura adecuada, y una, que necesitaba intensificar sus actividades.

C. SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

	1.1 Mortalidad Infantil		1.2 Mortalidad 1-4 años			1.3 Mortalidad Materna			
	Defunciones de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos		Defunciones de niños de 1-4 años por 1000 niños de esa edad		Defunciones maternas por 1000 nacidos vivos		Porcentaje de reducción en el período 1971-80		
	1971	1980	1971	1980	1971	1980			
Barbados	29.2	32.4	10 <sup>25</sup>	1.2	1.2	0	1.4	1.0	30
Bolivia	154.6	30.0	80	33.9	23.8	30	4.8	3.8	21
Brasil	105	70	33	60	30	50	3.0	1.8	40
Canadá	17.5	13.5	23	0.83	0.71	14	0.18	0.06	67
Colombia	67						2.3		
Costa Rica	56.5	42-49	30-40	4.3	1.9-2.4	50-60	1.0		<sup>24</sup>
Chile	70.5	40.0	46	2.9	1.8	38	1.6	0.91	43
Ecuador	78.5	47.1	40	15.7	6.3	60	2.0	1.2	40
El Salvador	52.4			8.7			1.0		
Estados Unidos	19.1	14.5 <sup>21</sup>	24 <sup>22</sup>	0.8 <sup>21</sup>	0.7	12 <sup>22</sup>	0.2	0.1 <sup>21</sup>	50 <sup>22</sup>
Guatemala	89	71.2	20	24	12	50	2	1.6	20
Guyana	33.6		25	3.2			0.7		40
Honduras	117.6	85	28	20.7	10.4	50	2.7	1.6	40
Jamaica	27.1		40	19.6		60	1.5		30
México	66	44.4	33	10.1	5.6	45	1.38	0.93	33
Nicaragua	50.8 <sup>23</sup>		30	9.7 <sup>23</sup>		40	1.6 <sup>23</sup>		30
Panamá	37.6	18.8	50	7.4	4.4	40	1.1	0.5	55
Paraguay	94.2	66.0	30	7.2	2.9	60	5.6	3.4	40
Perú	53.0	50.6	5	6.3	5.5	13	1.0	1.0	0
Rep. Dominicana	48.8	37.5	23	6.0	3.6	40	1.0	0.7	30
Trinidad-Tabago	29	20	31	2.1	1.0	50	1.4	1.0	30
Venezuela	48.7	42.4	13	5.0	4.2	16	0.9	0.7	20

<sup>21</sup> Previsión para 1977. <sup>22</sup> Período 1971-1977. <sup>23</sup> Año 1970. <sup>24</sup> Reducción SAE. <sup>25</sup> Estimada sobre una tasa promedio 1970-1972 de 36.1 por 1.000 ya que la tasa de 1971 fue anormalmente baja.

1.1 MORTALIDAD INFANTIL

META REGIONAL: Reducir en un 40% la mortalidad de menores de un año, con rangos de 30% a 50 por ciento.

La mortalidad infantil permaneció en niveles relativamente elevados durante el decenio anterior en la mayor parte de países de la Región, aparte del hecho conocido de que en este grupo de edad se presentan deficiencias notables en el registro de las defunciones, lo que implicaría una subestimación de los valores reales. En la América del Norte, donde la mortalidad infantil se mantuvo prácticamente estacionaria durante el decenio de 1950 y principios del de 1960 a un nivel de alrededor de 25 por mil nacidos vivos, se inició un descenso sostenido que redujo la tasa de un 26.2 a un 19.0 por 1,000 nacidos vivos entre 1960 y 1971 (un 27 por ciento). Para Mesoamérica las tasas registradas en 1960 y 1971 fueron respectivamente de 70.4 y 57.7 por 1,000 nacidos vivos (reducción de un 18 por ciento). Para la América del Sur las cifras respectivas para 1960 y 1971 fueron de 84.9 y 64.7 por 1,000 nacidos vivos, (es decir, una reducción del 24 por ciento).

La meta regional propuesta ha de requerir de un esfuerzo considerable de los países, mas aún teniendo presente que los niveles reales de la mortalidad infantil pueden ser superiores a los registrados. Sin embargo, a pesar de la magnitud del problema, de los 20 países que mencionaron metas de disminución, 9 se situaron por debajo de la meta regional y otros 5 en los niveles inferiores del intervalo de 30%-50%.

1.2 MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1-4 AÑOS

META REGIONAL: Reducción de la mortalidad en niños de 1-4 años en un 60% con rangos de 50% a 70 por ciento.

Durante el decenio anterior se tuvo mayor éxito en la reducción de la mortalidad en el grupo de edad de 1-4 años que en la mortalidad infantil. En efecto, en la América del Norte, entre 1960 y 1972 se redujo la mortalidad de 1.1 a 0.8 defunciones por 1,000 habitantes (alrededor del 27%). En Mesoamérica bajó de 12.2 a 8.2 por 1,000 (reducción del 33%) y en la América del Sur, de 11.8 a 6.5 por 1,000 (45%). La meta regional espera superar estos logros; sin embargo, de los 19 países que se propusieron metas para 1980, solamente 8 adoptaron la meta regional, y la mediana de reducción esperada es de 45 por ciento. En estas condiciones difícilmente podrá alcanzarse la meta regional propuesta.

1.3 MORTALIDAD MATERNA

META REGIONAL: Reducir la mortalidad materna en un 40% con rangos de 30% a 50 por ciento.

El número de defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos descendió entre 1960 y 1971 de 3.8 a 1.9 en la América del Norte, de 18.2 a 13.3 en Mesoamérica, y de 20.0 a 17.1 en la América del Sur, correspondiendo a reducciones del 50%, 27% y 14.5% respectivamente. La meta regional, de 30 a 50 por ciento, supera ampliamente estas reducciones y 4 de cada 5 países han adoptado la meta regional.

C. SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR (cont.)

2. Cobertura de Servicios									
2.1 Porcentaje de gestantes con atención prenatal		2.2 Porcentaje de partos aten- didos en hospitales		2.3 Porcentaje de puérperas bajo control		2.4 Porcentaje de niños menores de 1 año bajo control		2.5 Porcentaje de niños de 1 a 4 años bajo control	
1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	81.5	98.6	91.3	99	42.4	54.8			
Bolivia	3.1	50		60		30	18.5	60	6.7
Brasil		50		50		20		60	50
Canadá	80	95	99.6	99.7			80	90	80
Colombia	37	70			8	24	60	49	90
Costa Rica	53.2	75	74.2	85	4	40	16	90	16
Chile	56	80	87.2	90	54	24	80	90	70
Ecuador	31.3	60	22.2	30	8.7	60	41.5	90	10.6
El Salvador	13.6		26.6		3.3		31.1		5.1
Estados Unidos	98.4	98.7	99.1	99.5	86.7	23			87.0
Guatemala	15	50	15	30	5	50	15	60	15
Guyana	51	90					27		27
Honduras	26.8	50	20	40	2.1	8	46.8	70	19.6
Jamaica	55	60	50	80			44		
México	30	65	45	75	25	65	30	60	20
Nicaragua	19.1	60	31.1	50			30.0	70	10.6
Panamá	28.6	60	62.8	80	7.4	30	23.5	65	7.0
Paraguay	43.5	60	34.4	60	5.9	20	34.1	62	10.5
Perú	20	60	21	60	5	30	38	75	16
Rep. Dominicana	25	50	49	60	5	50	20	50	15
Trinidad-Tabago	80	100	80	85	20	21	60	42	90
Venezuela	27.8	55.4	95.6	100	21.1	50	28.3	60	2.8

1 Año 1974. 2 Previsión para 1977. 3 Sólo hijos legítimos. 4 Menores de 2 años. 5 De 2 a 6 años.

2. COBERTURA DE SERVICIOS

METAS REGIONALES: Alcanzar una cobertura de 80% de atención pre-natal, de 60 a 90% de atención adecuada del parto y de 60% de atención en el post-parto. Alcanzar una cobertura de 90% de atención de los niños menores de 1 año, de 50 a 70% de los de 1 a 4 años y de 50% de los de 5 años.

2.1 Atención Pre-natal

El alcance de los programas de salud materno-infantil en 1971 era limitado y las actividades desarrolladas en general no tenían una continuidad y eficiencia deseables. La proporción de gestantes con atención pre-natal en 21 países que informaron variaba de 3.1 a 98.4%, con una mediana de alrededor de 31 por ciento. Seis países se fijaron la elevación de la cobertura de atención pre-natal a entre 50 y 55% y todos los restantes adoptaron metas iguales o superiores a la meta regional.

2.2 Atención del Parto

La atención hospitalaria del parto se ha seleccionado como un indicador de atención adecuada de éste. Las cifras proporcionadas por 18 países señalan una variabilidad de entre 15 y 99.6% de partos atendidos en hospitales, con una mediana de 47 por ciento. Todos los países se han propuesto metas de incremento de esta proporción y las 4/5 partes de ellos han adoptado la meta regional de entre un 60 y un 90 por ciento.

2.3 Atención Post-parto

La proporción de puérperas bajo control en 1971 presenta una gran variabilidad en los países de la Región. En 16 países que brindaron información dicha proporción varía entre el 2.1 y el 86.7 por ciento. Casi dos tercios del número de países presenta cifras que están por debajo del 10% de puérperas bajo control. Todos los países se fijan metas de aumento de esta proporción, pero solamente 1 de cada 3 han adoptado la meta regional o niveles superiores.

2.4 Atención de Niños Menores de 1 Año

La proporción de niños menores de 1 año bajo control en 18 países informantes varía en 1971 entre el 15 y el 80% con una mediana de alrededor de 30 por ciento. Todos los países se proponen metas de incremento de estos porcentajes; solamente uno de cada 3 se propone una meta coincidente con la regional.

2.5 Atención de Niños de 1 a 4 Años

Según la respuesta dada por 18 países, la proporción de niños de 1 a 4 años que se encontraba bajo control en 1971, variaba entre el 5.1 y el 87% con una mediana de alrededor de 15 por ciento. Las metas de incremento de dicha proporción son coincidentes con la meta regional en 2 de cada 3 países.



C. SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR (concl.)

3. Política y Coordinación Intersectorial												
3.1 Política intersectorial de protección a la familia, a la maternidad y a la infancia					3.2 Coordinación intersectorial para la realización de programas específicos				3.3 Información y servicios sobre problemas relacionados con la fertilidad y la esterilidad			
Definida	No bien definida	No existe	En estudio	No informada	Adecuada	Parcial	Es casa	No informada	Se ofrecen	No se ofrecen	Iniciación o intensificación prevista	No informada
Barbados	x					x			x			
Bolivia			x			x			x			
Brasil			x			x						x
Canadá	x				x				x			
Colombia	x					x			x			
Costa Rica	x					x			x			
Chile	x					x			x			
Ecuador	x						x		x			
El Salvador				x				x				x
Estados Unidos				x				x				x
Guatemala			x			x			x			x
Guyana	x					x				x		
Honduras				x			x		x	x		
Jamaica				x					x			x
México	x				x			x	x			
Nicaragua	x					x			x			
Panamá	x					x			x			
Paraguay	x					x			x			
Perú		x		x			x		x	x		
Rep. Dominicana		x						x	x			
Trinidad-Tabago		x				x			x			
Venezuela		x						x			x	

3. POLITICA Y COORDINACION INTERSECTORIAL

**METAS REGIONALES:** 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 civiles y jurídicos, que aseguren su protección económico-laboral. Proporcionar información y servicios adecuados relacionados con la fertilidad y esterilidad, cuando las políticas nacionales así lo permitan.

3.1 Política Intersectorial

Las acciones en el campo de la protección de la familia, la maternidad y la infancia requieren de una política nacional que necesariamente debe ser intersectorial. Según lo manifestado por los 22 países informantes, solamente 4 de ellos tenían definida adecuadamente dicha política en 1971; en 10 países no estaba bien definida y en 4 se encontraba en estudio.

3.2 Coordinación Intersectorial

Las acciones en salud materno-infantil y bienestar familiar han de requerir además de la política formulada de mecanismos de implementación que serán tanto más escasos cuanto mayor sea la coordinación entre los sectores interesados dentro del marco de programas específicos. Aún si no existiera la política claramente establecida, la coordinación intersectorial fluida puede llegar a obtener logros importantes. La situación en 1971 según lo manifestado por 19 países era en su mayor parte de una coordinación intersectorial parcial. Solamente en 3 países la consideraban adecuada y en otros 4 era muy escasa.

3.3 Información y Servicios sobre Problemas de Fertilidad y Esterilidad

Según las recomendaciones del Plan Decenal los países tendrían que establecer planes y medidas que tiendan a la protección integral de la familia incluyendo, cuando las políticas nacionales así lo permitan, información y servicios adecuados relacionados con la fertilidad y esterilidad. Según la respuesta de 18 países tales servicios se estaban ofreciendo ya en 1971 en 15 países y en 1 de ellos se preveía su iniciación o intensificación.

D. NUTRICION

1. Desnutrición Proteico-Calórica						2. Anemias nutricionales			3. Bocio endémico				
Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición proteico-calórica de II Grado			Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición proteico-calórica de III Grado			Porcentaje de mujeres embarazadas con anemias nutricionales			Prevalencia del bocio (%)		Prevalencia del cretinismo (Por 100.000 habitantes)		
1971	1980	% de reducción	1971	1980	% de reducción	1971	1980	% de reducción	1971	1980	% de reducción	1971	1980

Barbados	39.3 <sup>/1</sup>			49 <sup>/1</sup>									
Bolivia	8.9	3		1.5	0.6			30		25			
Brasil	22			11									
Canadá	0	0		0	0	0.3			0	0		0	
Colombia	19.3		30	1.7		30							
Costa Rica	12.2 <sup>/2</sup>	8.5	30	1.5 <sup>/3</sup>	0.2	85	33 <sup>/3</sup>	30	18 <sup>/2</sup>		10		
Chile	2.6 <sup>/4</sup>	2.1	20	0.8 <sup>/4</sup>	0.4	50							
Ecuador	9.6	8.5	11	1.2	0.7	40			22.9	15.0	34		
El Salvador	22.6			3.0					48				
Estados Unidos	2.0			0.1			30	10				0.1%	
Guatemala	26		30	6		50	46	25	5	5			
Guyana	.. <sup>/5</sup>			.. <sup>/5</sup>			50						
Honduras	27.2	20.4	25	2.3	0.5	80	45	36	20	17	10	40	
Jamaica	9	4	56	1.4	0.5	64	45	20	56	.. <sup>/6</sup>			.. <sup>/6</sup>
México	7			2.5	1.5	40	33	16		10	5		440
Nicaragua	22.8 <sup>/2</sup>		10	3.1 <sup>/2</sup>		75	70 <sup>/2</sup>	30	32		60		
Panamá	10.8 <sup>/7</sup>		30	1.1		75	..		16.5	5			0
Paraguay	8.1	5	40	2.5	1.5	40	..		13.9	5	64		0
Perú	13.1	9.2	30	0.9	0.3	68	14 <sup>/4</sup>	10	22	16		2.6	1.5
Rep. Dominicana	22		40	4		100	..		9.1				
Trinidad-Tabago	.. <sup>/8</sup>			.. <sup>/8</sup>			26	18	30	10	10	0	0
Venezuela	14.5			0.9					13.5			0	0

<sup>/1</sup> Porcentaje de 92 niños admitidos en el Instituto Nacional de Nutrición. <sup>/2</sup> No constituye problema por la yodización de la sal. <sup>/3</sup> Año 1966. <sup>/4</sup> Año 1974. <sup>/5</sup> 12.5% de II y III Grado. <sup>/6</sup> No hay problemas clínicos. <sup>/7</sup> Año 1967. <sup>/8</sup> 1.5 para grados II y III en 1974; se propone reducción de un 50% para 1980. <sup>/9</sup> 7 casos, cifra absoluta.

1. DESNUTRICIÓN PROTETICOALORICA

**METAS REGIONALES:** Reducción de la desnutrición proteicoalórica de segundo grado en niños menores de cinco años en un 30%, con valores situados entre el 10% y el 50%. Reducción de la desnutrición proteicoalórica de tercer grado en menores de cinco años en un 85% con valores entre el 75 y el 95 por ciento.

Trece países se fijaron metas de reducción de la desnutrición proteicoalórica de segundo grado coincidentes con la meta regional. Catorce países se fijaron metas de reducción de la desnutrición proteicoalórica de tercer grado, cinco de ellos en proporciones coincidentes con las metas regionales y el resto en proporciones inferiores que van del 30 al 68%. Para el cumplimiento de estas metas se requerirá intensificar programas intersectoriales que incrementen la producción, disponibilidad, consumo y utilización de alimentos básicos, e integrar las actividades de nutrición como componente prioritario de los servicios de salud. Asimismo, se debe lograr la producción industrial de alimentos infantiles de alto valor nutricional.

2. ANEMIAS NUTRICIONALES

**META REGIONAL:** Reducción en un 30 por ciento.

La información acerca de las anemias nutricionales en embarazadas es deficiente. Sólo once países proporcionaron cifras para 1971, con porcentajes que van del 0.3 al 70%, con una mediana de 33 por ciento. Siete países se fijaron metas de reducción, siendo dos de ellas inferiores a la meta regional. La reducción de este problema ha de requerir programas específicos de fortificación de alimentos con sales de hierro, tal como se está realizando en algunos países, y la suplementación de hierro y folatos a los grupos vulnerables atendidos por los servicios de salud.

3. BOCIO ENDEMICO

**METAS REGIONALES:** Reducción a una prevalencia inferior al 10 por ciento. Eliminación del cretinismo.

De 18 países informantes, cinco mostraban en 1971 prevalencias inferiores al 10%; doce la localizaban entre el 10 y el 48% y uno manifestó que no se presentaban problemas clínicos. Sólo cinco países se plantearon metas de reducción para 1980, con valores que van del 10 al 64 por ciento.

La información con respecto al cretinismo es muy escasa. Solamente dos países se plantean su eliminación y uno la reducción en más de un 50% para 1980.

Los programas de yodización de la sal deberán incrementar su cobertura y tendrá que mejorarse el control de calidad del proceso industrial. En aquellos países con alta prevalencia de bocio y cretinismo endémico, donde por razones geográficas no se consume la sal yodada, podría utilizarse inyecciones de aceite yodado tal como se hace en algunos países del Area Andina.

D. NUTRICION (cont.)

4. Hipovitaminosis A			5. Política nacional de alimentación y nutrición biológicamente orientada				6. Programas de suplementación alimentaria: cobertura de los grupos más vulnerables			
Prevalencia de hipovitaminosis A (%)			Existe	No existe	En estudio	Se propone como meta	Si, suficiente	Si, pero insuficiente	No hay programas	Se proponen como meta
1971	1980	% de reducción								
Barbados					x	x		x		x
Bolivia					x			x		
Brasil					x			x		
Canadá					x			x		
Colombia	0.1				x			x		
Costa Rica					x			x		
Chile	51 /1				x			x		
Ecuador				x				x		
El Salvador					x			x		
Estados Unidos	22.5				x			x		
Guatemala	1.0				x			x		
Guyana	19	75			x			x		
Honduras	43.9				x			x		
Jamaica	21			x				x		
México				x				x		
Nicaragua				x				x		
Panamá					x			x		
Paraguay	24.2	18	25	x			x /2	x		
Perú				x				x		
Rep. Dominicana					x			x		
Trinidad-Tabago					x			x		
Venezuela	73				x			x		

/1 Año 1966. /2 Reforma propuesta. /3 No existen trastornos graves.

4. HIPOVITAMINOSIS A

META REGIONAL: Reducción de un 30% para la Región y entre 10 y 50% para los países.

Solamente ocho países dieron alguna indicación de la prevalencia de hipovitaminosis A al iniciarse la década, con valores que van de 0.1 a 51%, y una mediana de 22 por ciento. Tan sólo dos países se plantearon metas de reducción de 25 y 75% respectivamente. La fortificación del azúcar con vitamina A se ha iniciado en algunos países y otros estudian su posible implantación.

5. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN BIOLÓGICAMENTE ORIENTADA

META REGIONAL: Adopción por cada país de una política nacional de alimentación y nutrición biológicamente orientada y desarrollo, dentro de este marco, de programas intersectoriales coordinados.

Seis países manifiestan que cuentan ya con una política biológicamente orientada; en trece países dicha política se encuentra en estudio y en los otros tres no existe. La organización de grupos técnicos multidisciplinarios en las unidades de planificación nacional de algunos países ha permitido la formulación de políticas y planes de alimentación y nutrición de alcance intersectorial para mejorar la disponibilidad y consumo de alimentos y la óptima utilización de nutrientes mediante programas de prevención y control de enfermedades infecciosas agudas.

6. PROGRAMAS DE SUPLEMENTACION ALIMENTARIA

Existen programas de suplementación alimentaria orientados a la cobertura de los grupos más vulnerables en los 22 países informantes; sin embargo, solamente dos de estos países manifiestan que tales programas son suficientes, mientras que los 20 restantes consideran que la cobertura es insuficiente. Algunos países están haciendo esfuerzos por mejorar dicha cobertura, utilizando mezclas alimenticias de alto valor nutricional y la producción local.

Se hace necesario intensificar la coordinación de los organismos internacionales y bilaterales de asistencia alimentaria para hacer más efectiva su cooperación con los países. En particular, el recurso del Programa Mundial de Alimentos (PMA) puede utilizarse en actividades de este tipo.

D. NUTRICION (concl.)

7. Programas de yodación de la sal y aceite yodado			8. Unidades técnicas de nutrición						
Si existen	No existen	En estudio	8.1 A nivel central			8.2 A niveles intermedios			
			Existe	No existen	Debe ser fortalecida	Existe en todos	Existe en algunos	No existen	Deben ser ampliadas y fortalecidas
Barbados	x		x						x
Bolivia		x	x				x		
Brasil	x		x		x		x		x
Canadá	x		x		x		x		x
Colombia	x		x		x		x		x
Costa Rica		x	x				x		
Chile	x		x				x		
Ecuador	x		x				x		
El Salvador	x		x		x		x		x
Estados Unidos	x				x				x
Guatemala	x				x				x
Guyana		x			x				x
Honduras	x		x		x		x		x
Jamaica		x	x		x				x
México	x		x				x		x
Nicaragua		x	x				x		
Panamá	x		x				x		x
Paraguay	x		x		x				x
Perú	x		x					x	
Rep. Dominicana	x		x					x	
Trinidad-Tabago		x			x				x
Venezuela	x		x		x		x		x

7. PROGRAMAS DE YODACION DE LA SAL Y DEL ACEITE

Estos programas existen en 17 de los 22 países informantes y en otros tres se encuentran en estudio. Sería conveniente revisar la legislación sobre esta materia, actualizar los reglamentos y mejorar los controles de calidad en aquellos países con programas en ejecución.

8. UNIDADES TECNICAS DE NUTRICION

META REGIONAL: Organización de unidades a nivel central y en los niveles intermedios o regionales.

Unidades técnicas a un nivel central existen en 18 de los 22 países informantes, pero en 12 de ellos tales unidades deben ser fortalecidas. Solamente 5 países manifiestan contar con unidades en todos sus niveles intermedios de operación, mientras que otros 8 países tienen tales unidades en algunos de sus niveles. Casi todos los países manifiestan la necesidad de ampliar y fortalecer dichas unidades.

Las unidades existentes requerirán de una mayor tecnificación mediante la capacitación de personal especializado en nutrición y dietética. Así podrá lograrse la incorporación de las actividades de nutrición en los servicios generales de salud y en especial en aquellos de atención maternoinfantil.

E. OTRAS AREAS

1. Enfermedades crónicas		2. Cáncer												
		Se fijaron metas en esta área		Se fijaron metas en esta área		2.1 Programas de detección de cáncer uterino				2.2 Programas de detección de cáncer de mama			2.3 Registro de tumores	
						Exis- ten	No exis- ten	En pro- yecto	Exámenes ci- tológicos a- nuales por 100 mujeres mayores de 20 años	Exis- ten	No exis- ten	En pro- yecto	Exámenes rea- lizados anual- mente por 100 mujeres de 20 años y más	Porcentaje de hospit. espe- cializ. y ge- néricos de más de 200 camas que tie- nen registro
Si	No	Si	No				1971	1980			1971	1980		
Barbados	x		x		x		10.2			x			25	25
Bolivia		x		x		x				x			0	
Brasil		x		x		x				x			2	
Canadá		x		x		x				x				
Colombia		x		x		x		5		x			20	100
Costa Rica		x		x		x		5.8	15	x		0.7	20	100
Chile		x		x		x		8.5			x		24	2.8
Ecuador		x		x		x		1.4	25		x			
El Salvador				x		x		4.9			x			
Estados Unidos		x		x		x				x				74
Guatemala			x		x									
Guyana		x		x							x			
Honduras		x		x		x					x			
Jamaica		x		x		x					x			
México		x		x		x			62	x			62	100
Nicaragua		x		x		x		3			x			
Panamá		x		x		x		5	25			x	25	43
Paraguay		x		x		x				x				
Perú		x		x		x		4	64		x		6	10
Rep. Dominicana		x		x		x				x			0	
Trinidad-Tabago		x		x		x		0	5		x			
Venezuela		x		x		x		6	15	x		2	10	80

1/ Año 1974. 2/ Año 1972. 3/ El registro es central en cada provincia. 4/ De 800 a 900 hospitales llevan un registro.

1. ENFERMEDADES CRÓNICAS

**METAS REGIONALES:** *Disminuir la incidencia de afecciones crónicas susceptibles de ser prevenidas. Estimular el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los padecimientos crónicos. Atender toda la demanda espontánea de servicios de este tipo de enfermedad, incluyendo en lo posible las áreas suburbanas y rurales. Realizar investigaciones epidemiológicas que permitan conocer mejor el problema con el fin de planificar adecuadamente los recursos para los programas de control.*

En relación con las enfermedades crónicas en general se investigó únicamente si los países se habían fijado metas en esta área para el año 1980. De los 22 países que respondieron, 13 manifestaron haberse fijado metas de alguna naturaleza para el abordaje de las enfermedades crónicas. Se sabe que en este sentido algunos países están desarrollando actividades muy importantes. Todo parece indicar que los países están conscientes de la creciente importancia que las enfermedades crónicas están adquiriendo dentro de los problemas de salud.

2. CANCER

**METAS REGIONALES:** *Disminuir las tasas de letalidad por cáncer del cuello y del cuerpo del útero, de las mamas, la laringe y otras neoplasias cuyo diagnóstico precoz y tratamiento oportuno hacen posible esa reducción. Realizar investigaciones epidemiológicas orientadas a la identificación de agentes causales de los diversos tipos de cáncer, y en especial a los factores ambientales, alimentarios y genéticos relacionados con el cáncer gastrointestinal.*

En relación con el cáncer, 14 países se han fijado metas para realizar diversos tipos de actividades en el control del cáncer. En particular se focalizó en dos indicadores de esfuerzos relacionados con la existencia o no de programas de detección de cáncer uterino y de mama, por tratarse, especialmente el primero, de programas efectivos de control. Puede observarse en ambos casos el interés expresado por los países en programas de detección de cáncer uterino. Solamente tres países no tienen este tipo de programas, mientras que en los demás existen o se encuentran en proyecto.

Los programas de detección de cáncer de mama existen solamente en siete países y en dos se encuentran en proyecto.

También se pone de manifiesto la deficiencia en la información respecto de la cobertura de estos programas que deben ser reforzados estadísticamente. Con respecto a la existencia de registro de tumores se pensó que un indicador apropiado podría ser el número de hospitales especializados en oncología y generales de más de 200 camas que disponen de un registro de tumores. El porcentaje máximo de dichos hospitales con registro es de 25% y varios países se proponen lograr una mayor cobertura en 1980.

E. OTRAS AREAS (conclusión)

3. Enfermedades mentales					4. Alcohólicismo		5. Uso de drogas que causan dependencia		6. Salud dental											
Se ha fijado metas		Camas psiquiátricas por 1000 habitantes		Porcentaje de camas psiquiátricas en hospitales generales		Se ha fijado metas en esta área		Se ha fijado metas en esta área		Se ha fijado metas		Programas de integración de la salud dental en consonancia con los distintos niveles de atención			Ampliación de la cobertura con énfasis en la atención de los niños		Ciudades de 50.000 habitantes o más			
Si	No	1971	1980	1971	1980	Si	No	Si	No	Si	No	Definidos	No bien definidos	Previsivos	No previsivos	Previsivos	Número	Número de ellas con el agua fluorurada		
																	1971	1980	1971	1980

Barbados	x		2.7		0			x		x	x	x					x	0	0	0	0
Bolivia	x		0.1	0.0	0.01	0.05		x		x	x	x					x	5	7	0	0
Brasil	x		0.87					x		x	x	x					x	121	130	17	99
Canadá																					
Colombia	x		0.2	0.7	1.5	2.5		x		x	x	x					x	46			2
Costa Rica	x		0.78	0.77	1.2	1.2		x		x	x	x		x			x	1	1	0	1
Chile	x		0.45		1.2			x		x	x	x					x	14	22	50*	109*
Ecuador	x		0.09	0.15	4.3	4.9		x		x	x	x					x				
El Salvador	x		0.19					x		x	x	x					x	3	5		
Estados Unidos	x		2.26		5			x		x	x	x					x	515		257	295
Guatemala	x		0.01	0.01				x		x	x	x					x	4	4	0	
Guyana	x		0.64					x		x	x	x					x				
Honduras	x		0.08	0.2	0	7		x		x	x	x					x	2	8	0	3
Jamaica	x		1.6	0.5		4		x		x	x	x					x	1			0
México	x		0.16	0.20	0	5		x		x	x	x					x		100		3
Nicaragua	x		0.2	0.2	0	0		x		x	x	x					x	6			1
Panamá	x		0.7	0.7	0.1	10		x		x	x	x					x	2	3	2	3
Paraguay	x							x		x	x	x					x	1			1
Perú	x		0.15	0.18	2.1	3.0		x		x	x	x					x	13	17	0	6
Rep. Dominicana	x		0.17		0			x		x	x	x					x	2			0
Trinidad-Tabago	x		1.45	0.4	1.0	10		x		x	x	x					x	3	6		
Venezuela	x		0.49	0.55	0	5		x		x	x	x					x	15			46

\* Incluye ciudades de todo tamaño.

/1 Año 1974. /2 La atención se presta en camas indiferenciadas.

3. ENFERMEDADES MENTALES

**METAS REGIONALES:** Mejorar 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 por ciento de la población.

Siete de cada diez países le dan importancia al campo de las enfermedades mentales como para haber fijado metas de alguna naturaleza al respecto. Al iniciarse la década se estimaba que había en la región 625.000 camas en hospitales psiquiátricos, de las cuales 475.000 correspondían a la América del Norte. Las tasas de camas por 1.000 habitantes en 1971 presentan una variación muy grande que va de 0.01 a 2.7, con una mediana cercana a 0.3 camas por 1.000 habitantes.

Entre 1971 y 1974 había sólo tres países que contaban con un número apreciable de camas psiquiátricas en hospitales generales. Se observa que la mayor parte de los países se proponen incrementar esa proporción y que ocho de ellos pretenden llegar a tener cuando menos una proporción del 5 por ciento. Aunque no se investigó acerca de los servicios ambulatorios se sabe que en doce países existen servicios psiquiátricos ambulatorios por lo menos en la capital y en las capitales provinciales y sería de esperar que para 1980 todos los países tuvieran ese mínimo de cobertura. Tampoco se recogieron en la encuesta datos acerca de psiquiatría infantil. Estos existen en escala nacional en sólo dos países, mientras que en otros trece países se dispone de consultorios externos de psiquiatría infantil que atienden las necesidades de una fracción de la población infantil de las áreas metropolitanas.

En cuanto a actividades de prevención, se sabe que en nueve países se efectúan algunas de estas actividades, aunque en sólo dos de ellos el volumen de los mismos tiene cierta importancia.

4. ALCOHOLISMO

**METAS REGIONALES:** Disminuir la tendencia al aumento del alcoholismo y la farmacodependencia, ofreciendo servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación que cubran toda la población.

A pesar de que en 1974 catorce países expresaron haber fijado metas en esta área sólo cuatro de ellos poseían programas nacionales de control de alcoholismo con servicios de asistencia, prevención y rehabilitación.

#### 5. USO DE DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA

**METAS REGIONALES:** *Disminuir la tendencia al aumento del alcoholismo y la farmacodependencia, ofreciendo servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación que cubran toda la población.*

Quando menos en dieciocho países existen dependencias oficiales que se ocupan del control de la farmacodependencia. Sólo once países se fijaron metas en relación con este problema, aunque se sabe que sólo en dos países de la región se reconoce con cierta exactitud la magnitud de distribución del problema y se proveen servicios médicos a nivel nacional.

#### 6. SALUD DENTAL

El Plan Decenal requiere que cada país establezca sus prioridades y metas con relación a la salud dental de acuerdo con las políticas nacionales y según su disponibilidad de recursos. Recomienda que se disminuya la morbilidad dental, especialmente de la caries; aumentar la cobertura de la atención dando prioridad a la atención de los niños, lograr la fluoruración en las ciudades de más de 50,000 habitantes, intensificar las actividades de educación dental, adiestrar personal, sobre todo de nivel intermedio y auxiliar.

No se dispone de un mapa epidemiológico dental de los países de la Región, pero existen suficientes pruebas de la magnitud del problema de las enfermedades dentales, sobre todo de las caries, por varios estudios que se han efectuado en algunos países. A este problema se agrega la escasa disponibilidad de personal de odontología. Sólo 3 países de la América Latina y del Caribe contaban en 1971 con más de 3.5 odontólogos por 10,000 habitantes y más de 12 no alcanzaban ni siquiera a un odontólogo por 10,000 habitantes, con una mediana para la Región de 1.9 odontólogo por 10,000 habitantes, con el agregado de la gran concentración de los profesionales en las ciudades y la consiguiente desatención de las áreas rurales. La escasez de personal auxiliar de odontología es aún mayor, anotándose una relación de un auxiliar por cada 3 odontólogos. Finalmente, solamente dos países en la América Latina proporcionan agua fluorurada a más del 30% de su población; otros 2 la ofrecen a entre el 15% y el 30% y el resto a menos del 13%.

Frente a esta situación, según la respuesta de 21 países, 19 de ellos declararon haberse fijado metas a cumplir en materia de salud dental durante el decenio. La mayoría de ellos se propone realizar la integración de la salud dental en consonancia con los niveles fijados de atención a las personas. Para tal propósito 14 países (2 de cada 3) aseguran que cuentan con programas ya definidos. Del tercio restante de países, en 4 los programas de integración no están bien definidos y en los otros 3 se ha previsto la integración.

Sólo un país no ha previsto la ampliación de la cobertura de la atención dental dando prioridad a la atención de los niños. Los 20 países restantes declaran haber previsto dicha ampliación, aunque no se especifique la forma en que ha de hacerse ni la magnitud de la cobertura a lograr.

Hay indicación de que el número de ciudades de 50,000 habitantes o más que contarán con agua fluorurada en el año 1980, ha de incrementarse significativamente en relación con las que había en 1971, aunque la información que brindan los países en la encuesta de evaluación es escasa. Si se quisiera cumplir con la recomendación del Plan Decenal, sin embargo, el esfuerzo de los países en este sentido debe ser mucho mayor.

II. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

1. POLITICA NACIONAL DE PRESERVACION Y DESARROLLO DEL MEDIO AMBIENTE

	1.1 Definición de la política			1.2 Formalización de la política	1.3 Cobertura de la política							
	Definición		Grado de participación del sector		Geográfica	Institucional		Programática				
	Definida	En proceso de definición				Importante	Algunas Instituciones	No definida	Todas las áreas	Algunas áreas	No definida	
Barbados	x	x		x			x					x
Bolivia	x		x	x			x					x
Brasil		x			x	x						x
Canadá	x	x			x			x	x			
Colombia	x	x		x	x		x					x
Costa Rica	x	x		x	x		x		x			
Chile		x	x		x	x			x			
Ecuador	x		x		x		x		x			
El Salvador		x	x		x	x						x
Estados Unidos	x		x		x		x					x
Guatemala	x	x		x	x				x			x
Guyana		x	x		x				x			x
Honduras		x	x		x		x					x
Jamaica	x			x	x		x					x
México	x	x		x	x		x					x
Nicaragua	x	x		x	x		x					x
Panamá	x	x		x	x		x					x
Paraguay	x	x		x	x		x					x
Perú	x	x		x	x				x			
Rep. Dominicana	x	x		x	x		x					x
Trinidad-Tabago	x	x		x	x		x					x
Venezuela	x	x		x	x		x					x

1. POLITICA NACIONAL DE PRESERVACION Y DESARROLLO DEL MEDIO AMBIENTE

La necesidad de contar con una amplia política nacional de preservación y desarrollo del medio ambiente se pone en evidencia por el hecho de que la mayor parte de los países de la Región la habían ya definido o se hallaban en proceso de definirla, al iniciarse la década. Es digno de hacer notar que en casi todos los países se considera de importancia la participación que ha tenido o que está teniendo el Sector Salud en el establecimiento de la política mencionada.

El alcance de las políticas es muy variable en lo que se refiere a la cobertura de áreas geográficas o programáticas. Se puede notar, sin embargo, que los aspectos del ambiente que mayor relación guardan con la salud, forman parte en general, de las proposiciones de política y de la legislación existente en la mayor parte de los países de la Región, lo cual constituye un acontecimiento de suma importancia. Es de esperar que al finalizar la década, las políticas nacionales de la mayoría de los países muestren una clara influencia de las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas y que contengan definiciones y pautas para la calidad y la planificación ambiental.







### 3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO

#### 3.1 Diagnóstico del Subsistema

La responsabilidad sectorial e institucional en agua potable, alcantarillado y disposición de excretas en la Región está bien definida. El Sector Salud tiene una responsabilidad parcial en la provisión de agua potable y en la disposición de excretas de las áreas rurales en varios países, pero no tiene responsabilidad en la disposición de desagües urbanos en la mayor parte de ellos. Sin embargo, es de advertir que la planificación de los servicios de agua potable tiene todavía ciertas limitaciones en la Región. A pesar de que varios países han llevado a cabo estudios de financiamiento y de que algunos han efectuado estudios sectoriales, se ha de requerir un mayor esfuerzo de planificación nacional si se desea alcanzar las metas propuestas.

#### 3.2 Definición de la Jurisdicción Sectorial e Institucional

Se reconoce en general, el tipo de participación que le corresponde al Sector Salud en la provisión de agua potable y en la disposición higiénica de los desechos. Sin embargo, no es muy claro el reconocimiento del papel y la responsabilidad del Sector en la definición de las metas de cobertura de población, ni en el establecimiento y vigilancia del cumplimiento de los criterios y normas de cantidad y calidad de agua para las comunidades urbanas y rurales, ni tampoco en la garantía para la provisión de servicios satisfactorios.

#### 3.3 Consideración de Las Metas del Plan Decenal

La mayoría de los países han tomado en cuenta el Plan Decenal de Salud para el establecimiento de sus propias metas nacionales. Dado el nivel de las metas fijadas para la provisión de agua a las poblaciones urbanas, puede esperarse que se cumplan las recomendaciones del Plan Decenal. En cambio, en alcantarillado y agua potable rural, así como en la fijación de las metas regionales para la disposición de excretas, puede haberse pecado de mucho optimismo.

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO (CONT.)

3.4 Abastecimiento de agua											
Población estimada en 1971 (miles)		Población urbana					Población rural				
		Provista de agua con conexiones domiciliarias (%)		Sin servicio de agua potable (%)			Provista con agua potable (%)		Sin servicio de agua (%)		
Urbana	Rural	1971	1980	1971	1980	% de reducción	1971	1980	1971	1980	% de reducción
Barbados	1124 * /1	144 * /1	.	.	0	0	-	.	0	0	0
Bolivia	1650	3300	50	.	50	.	2	18	98	82	.
Brasil	55394	41902	47	79	.	.	.	.	71	50	.
Canadá	16411 *	5157 *	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Colombia	12732 * /1	8631 * /1	76	.	.	.	46 /4	.	.	.	.
Costa Rica	656 *	1142 *	95	95	.	.	56 /4	71	.	.	.
Chile	7489	2237	72	80	28	.	14	50	86	.	.
Ecuador	2140	3528	56	80	.	.	5	24	.	.	.
El Salvador	1376	2143	50 /2	.	.	.	23	45	77	55	.
Estados Unidos	160000 /2	50000 /2	100	100	.	.	92	.	.	.	.
Guatemala	1771 *	3473 *	40	.	.	.	13	33	.	.	.
Guyana	303 * /4	455 * /4	85	95	15	5	70	90	30	10	.
Honduras	813	1903	61	65	39	35	11	33	89	67	.
Jamaica	690 * /7	1171 * /7	94 /6	.	1 /5	.	48 /2	87 /6	52 /2	13 /6	.
México	30186 *	20460 *	64	72	36	28	19	30	81	70	.
Nicaragua	896	981	64	80	0	0	3	35	97	65	.
Panamá	707 *	771 *	90	96	10	.	49	60	51	.	.
Paraguay	855	1644	18	73	82	27	3	37	97	63	.
Perú	7460	6555	20	30	.	.	8	13	.	.	.
Rep. Dominicana	1680	2440	56	70	.	.	11	30	.	.	.
Trinidad-Tabago	344	688	91	96	.	.	90	93	.	.	.
Venezuela	7834	2888	64	80	36	16	53	70	47	17	.

\* Fuente: Demographic Yearbook, 1972 y 1973, Naciones Unidas.  
 /1 Año 1970. /2 Año 1974. /3 Año 1972. /4 70% para Ciudad de Guatemala y 50% para ciudades del interior.  
 /5 Año 1970. /6 Año 1973. /7 Datos provisionales población de-jure el 7/IV/70.

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO (cont.)

3.4 (continuación). Alcantarillado y disposición de excretas											
Población estimada en 1971 (miles)		Población urbana					Población rural				
		Con servicio de alcantarillado (%)		Sin servicio de alcantarillado (%)			Con servicio de eliminación de excretas (%)		Sin servicio de eliminación de excretas (%)		
Urbana	Rural	1971	1980	1971	1980	% de reducción	1971	1980	1971	1980	% de reducción
Barbados	1124 * /1	144 * /1	.	.	.	.	.	.	0	0	.
Bolivia	1650	3300	25	33	75	67	.	1	14	99	86
Brasil	55394	41902	25	50	.	.	.	.	75	50	.
Canadá	16411 *	5157 *	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Colombia	12732 * /1	8631 * /1	.	.	.	.	.	11 /2	.	89 /2	.
Costa Rica	656 *	1142 *	43 /2	70	.	.	.	40	100	.	.
Chile	7489	2237	43	80	57	.	.	14	50	86	.
Ecuador	2140	3528	49	70	.	.	.	5	18	.	.
El Salvador	1376	2143	38 /2	.	62	.	.	17 /2	.	83 /2	.
Estados Unidos	160000	50000	98	.	.	.	.	82	.	.	.
Guatemala	1771 *	3473 *	40	.	.	.	.	6	33	.	.
Guyana	303 * /4	455 * /4	13	23	87	77	.	0	.	100	.
Honduras	813	1903	51	54	49	46	.	9	42	91	68
Jamaica	690 * /5	1171 * /5	28	.	72	.	.	81	.	19	.
México	30186 *	20460 *	36	40	64	60	.	9	27	91	63
Nicaragua	896	981	33	35	67	45	.	7	60	93	40
Panamá	707 *	771 *	68	75	32	.	.	69	75	31	.
Paraguay	855	1644	15	70	85	30	.	23	57	77	53
Perú	7460	6555	12	20	.	.	.	0	1	.	.
Rep. Dominicana	1680	2440	16	40	.	.	.	15	30	.	.
Trinidad-Tabago	344	688	54	70	.	.	.	4	8	.	.
Venezuela	7834	2888	39	75	61	36	.	45	60	55	15

\* Fuente: Demographic Yearbook, 1972 y 1973, Naciones Unidas.  
 /1 Año 1970. /2 Año 1974. /3 70% de la Ciudad de Guatemala y 50% de las ciudades del interior.  
 /4 Año 1973. /5 Datos provisionales, población de-jure el 7/IV/70.

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO (CONCL.)

	3.5 Programación de las inversiones					3.6 Programas de mejoramiento y desarrollo administrativo institucional en operación					3.7 Metas y planes contenidos en planes de desarrollo global y/o regional					
	de programación	En proceso de programación	No se programaron	Programación en proyecto	A nivel nacional	A nivel regional	A nivel institucional	A nivel local	No existen programas	Proyectos en proyecto	SI	En planes globales			En planes regionales	
												No	Parcialmente	SI	No	Parcialmente

Barbados	x				x					x						
Bolivia		x							x	x				x		
Brasil	x			x						x						
Canadá					x								x	x		
Colombia	x			x						x						
Costa Rica	x			x						x						
Chile	x			x						x						
Ecuador	x			x						x						
El Salvador	x					x				x						
Estados Unidos		x		x	x	x	x							x		
Guatemala		x		x						x						
Guyana			x	x						x					x	
Honduras	x			x						x				x		
Jamaica		x				x					x				x	
México	x			x						x				x		
Nicaragua		x				x				x						
Panamá		x				x				x						
Paraguay		x				x	x			x				x		
Perú	x /1			x /2	x					x						
Rep. Dominicana	x					x					x					
Trinidad-Tabago		x				x				x						
Venezuela	x			x	x	x	x			x						

/1 Agua potable. /2 Alcantarillado.

3.4 ABASTECIMIENTO DE AGUA

**METAS REGIONALES:** 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.

Dos de cada tres países que respondieron al cuestionario de evaluación se encontraban en el año 1971 por debajo de la meta regional fijada de 80% para el abastecimiento de agua a las poblaciones urbanas. La proporción de población urbana provista de agua con conexiones domiciliarias variaba entre los países entre el 18 y el 100 por ciento, con una mediana de 64%. Para el año 1980 la meta fijada por el Plan Decenal sería alcanzada solamente por tres países más, que se agregarían a los ocho que ya la habían alcanzado en 1971, culminando en 1980 con solamente la mitad de los países de la Región con la meta cumplida. Esto implicaría que, de no hacerse esfuerzos adicionales, la meta Regional no podrá ser cumplida.

Con respecto a la población rural, habían siete países (uno de cada tres) que en 1971 habían superado la meta regional. Del resto de países solo dos se proponen alcanzarla en 1980.

3.4 (cont.) ALCANTARILLADO Y DISPOSICION DE EXCRETAS

**METAS REGIONALES:** Instalar alcantarillado para servir al 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 excreta para el 50% de la población rural o, como mínimo, reducir en un 30% el número de habitantes que no cuentan con un dispositivo adecuado.

En solo dos países se había superado la meta regional para la población urbana en 1971. De 15 países que se proponen metas para 1980, solo siete, menos de la mitad superarían la meta regional. En el caso de la población rural solo tres países habían alcanzado la meta regional en 1980 y de 14 países que se fijan metas para 1980, solo seis se proponen llegar a niveles iguales o superiores a la meta regional.

3.5 PROGRAMACION DE LAS INVERSIONES

Solamente la mitad de los países manifiestan haber realizado una programación de sus inversiones, las cuales se refieren, en la mayor parte de caso, a las que se realizan en agua potable y alcantarillado.

3.5 DESARROLLO ADMINISTRATIVO

Hay un auspicioso interés en el mejoramiento y desarrollo administrativo de las instituciones abastecedoras de servicios de agua y alcantarillado. Dicho desarrollo y mejoramiento se está programando ya sea a nivel nacional, regional o institucional.

3.6 INCORPORACION DE METAS Y PLANES EN LOS DE DESARROLLO GLOBAL

En casi todos los países, las metas y planes de la salud ambiental, tanto los de inversiones como los de provisión de servicios se han incorporado en los planes globales o regionales de desarrollo, cuando éstos existen.

4. RECOLECCION Y DISPOSICION DE DESECHOS SOLIDOS

4.1 Diagnóstico del subsistema						4.2 Metas adoptadas				4.3 Incorporación de las metas en planes de desarrollo			
Estudio del marco jurídico administrativo			Estudios de pre-inversión y de financiamiento			Ciudades de 20,000 y más habitantes				Las metas y los planes han sido incorporadas en:			
Se estudió	En estudio	En proyecto	Realizados	En marcha	En proyecto	Con sistemas adecuados de recolección y disposición de desechos sólidos				El plan de desarrollo global		En los planes regionales de desarrollo	
						En 1971		En 1980		Si	No	Si	No
						N°	%	N°	%				
						En 1971	En 1980	En 1971	En 1980				

Barbados		x		x						100	x								
Bolivia	x			x		9	11	0	5	0	50		x						x
Brasil																			
Canadá	x			x						100		x							x
Colombia		x		x				0	40	0		x							x
Costa Rica		x			x	6	6	1	6	17	100	x							x
Chile	x					45	52	39	52	86	100		x						x
Ecuador		x			x	20	22	1	15	5	70		x						x
El Salvador						1000	1200												
Estados Unidos	x																		
Guatemala		x			x	6	11	1	8	17	73	x							
Guyana		x			x	1	1			100			x						x
Honduras		x				6	9	0	6	0	70		x						x
Jamaica			x		x	4	5	2		50			x/1						x
México	x		x			182	208	9	125	5	60		x						x
Nicaragua		x			x	7	12	1	12	17	100	x							
Panamá		x			x	5	7	2	4	40	57		x						x
Paraguay						4	9	0	6	0	66								x
Perú	x			x		52	76	1	15	2	20		x						x
Rep. Dominicana	x				x	15	20	9	14	60	70	x							
Trinidad-Tabago	x					15	18							x					x
Venezuela	x				x	63	96	43	46	68	48	x							

1/ No hay Plan de Desarrollo Global.

4. RECOLECCION Y DISPOSICION DE DESECHOS SOLIDOS

4.1 Diagnóstico del Subsistema

Evidentemente es necesario completar los estudios de los marcos jurídicos y administrativos, así como también realizar estudios de pre-inversión y financiamiento en la mayor parte de los países. Estos son fundamentales si se quiere asegurar que las agencias responsables se encuentren en condiciones de proveer los servicios y para procurar su financiamiento dentro del tiempo de vigencia del Plan Decenal.

4.2 Metas Adoptadas

Aún cuando el cuestionario utilizado para la evaluación solicita información acerca del número de ciudades con sistemas adecuados de recolección y disposición de desechos sólidos, es evidente que no habiendo uniformidad en los criterios para calificar como adecuado un sistema, la evaluación no es posible. Se pone de manifiesto la necesidad de contar con tal definición de criterios antes de 1980.

4.3 Incorporación de las Metas en Planes de Desarrollo

Las recomendaciones del Plan Decenal han sido tomadas en cuenta sólo por unos pocos países. Se requiere de mayor información y de estudios detallados de los problemas antes de establecer metas definidas. Debido a la existencia de riesgos potenciales para la salud y a la degradación del ambiente asociada con los desechos sólidos, hay una razón justificada para que el Sector Salud participe en los estudios y promueva la recolección sanitaria, el reciclaje, el tratamiento y la disposición de los desechos sólidos, incluyendo la reducción en cantidad de los desechos producidos siempre que ello sea posible.



7. PROYECTOS DE DESARROLLO REGIONAL

	7.1 El Plan Nacional de Desarrollo contempla la regionalización del país			7.2 Planes de desarrollo regional					7.3 Participación del sector salud en los planes de desarrollo regional							
	SI	No	# de regiones	Número de planes		En los planes en ejecución			En los planes en programación							
			Existen	En ejecución	En programación	En proyecto	Ninguna	Escasa o mínima	Parcial	Activa	Integrada	Ninguna	Escasa o mínima	Parcial	Activa	Integrada
Barbados	x		x													x
Bolivia	x		x		1											x
Brasil	x		x		5				x							x
Canadá			x													
Colombia																
Costa Rica		x														
Chile	x													x		
Ecuador	x		x													
El Salvador	x		x		1				x	x						x
Estados Unidos	x		x		46	150										x/2
Guatemala																
Guyana	x															
Honduras	x		x													
Jamaica		x/2		x												
México	x															
Nicaragua	x		x		5											x
Panamá	x		x		4	2			x							x
Paraguay	x		x		2						x					
Perú	x		x		1	6	3		x							x
Rep. Dominicana	x		x		3					x						x
Trinidad-Tabago	x		x		3	6						x				
Venezuela	x		x		8			x								x

/1 In the U.S. Safe Drinking Water Act. /2 No hay Plan Nacional de Desarrollo.

7. ASPECTOS DE SALUD EN EL DESARROLLO REGIONAL

**META REGIONAL:** *Asegurar la participación activa y sistemática del sector salud en la formulación y ejecución de los planes de desarrollo regional, nacional y multinacional.*

Desde hace ya algunos años los países han estado tratando de encarar el desarrollo nacional en base a proyectos de desarrollo regional, no sólo como un mecanismo para sobreponerse a las agudas crisis generadas por la excesiva y creciente concentración demográfica, económica, política y cultural de las grandes ciudades en detrimento de otras áreas del país, sino también -y en algunos casos esto es más importante- como un procedimiento de mayor eficacia para el logro de un rápido desarrollo integrador de la sociedad nacional, de un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y de una más eficiente explotación de los recursos naturales.

Los programas de desarrollo de cuencas hidrográficas, encarados como proyectos de desarrollo de propósitos múltiples, aparecieron durante la década anterior en la América Latina; en general, se consiguió que en ellos fueran considerados diversos aspectos de salud. Con esta experiencia, y en vista de la importancia que tiene dentro de la programación regional del desarrollo la integración y la coordinación intersectorial, los Ministros de Salud recomendaron que se propiciara una política mediante la cual las autoridades de salud participaran, sobre una base integral, en la definición, formulación, ejecución y evaluación de cada proyecto regional de desarrollo.

De los 19 países, 17 tienen planes nacionales de desarrollo que contemplan la regionalización, la cual desde luego, está siendo encarada de las más diversas maneras dependiendo de las características propias de cada país. A su vez, en 15 de esos países existen ya planes regionales de desarrollo que, en número variable, en 8 países están ya en ejecución, y en 7 en programación o en proyecto.

En la mitad de los países que informaron la existencia de planes en ejecución, la participación del Sector Salud es activa y/o integrada, mientras que en otros 3 países tal participación es mínima o parcial. En la programación de los planes de desarrollo regional se puede apreciar, en cambio, que sólo un país considera escasa o mínima la participación del Sector Salud, otros 2 la juzgan parcial y en 9 ha sido o está siendo activa y/o integrada.



8. SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE INDUSTRIAL

	8.1 Existencia de una política definida de protección de la población trabajadora expuesta a riesgos		8.2 Sectores o instituciones que tienen la responsabilidad de la salud ocupacional y la higiene industrial						8.3 Programas de salud ocupacional			8.4 Evaluación de los riesgos ocupacionales y de la población expuesta				8.5 Población expuesta a riesgos a la que se protege (%)			
			Ministerio de Salud	Ministerio de Trabajo	Seguridad Social	Otros	Funcionamiento de los mecanismos de coordinación												
	Sí	No	En estudio					Adecuado	Deficiente	No existe	Existen	No existen	Previsitos	Se hizo	Parcialmente	No se hizo	En proyecto	1971	1980
Barbados	x			x	x					x									
Bolivia			x	x	x	x	x			x				x				10 <sup>1</sup>	25
Brasil	x							x						x				2 <sup>2</sup>	2 <sup>3</sup>
Canadá	x			x	x		x	x						x					
Colombia	x			x	x	x								x		x		7	50
Costa Rica	x			x	x	x				x			x						
Chile	x			x			x	x					x					10	30
Ecuador	x			x			x		x					x				20 <sup>1</sup>	40
El Salvador	x				x	x							x						
Estados Unidos	x			x	x		x	x						x <sup>4</sup>				70	91
Guatemala			x	x					x							x			
Guyana																			
Honduras	x			x	x					x	x					x			
Jamaica			x	x	x					x			x				x		
México	x							x			x					x			
Nicaragua			x	x	x			x			x	x				x			50
Panamá	x			x					x		x							59	65
Paraguay			x	x	x	x				x			x					0	50
Perú	x			x			x	x					x						
Rep. Dominicana	x			x	x	x			x					x				0	50
Trinidad-Tabago			x	x					x							x			
Venezuela	x			x		x				x								10 <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> Año 1974. <sup>2</sup> 7.3 millones. <sup>3</sup> 19 millones. <sup>4</sup> Función continua en marcha.

8. SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE INDUSTRIAL

8.1 Política de Protección de la Población Expuesta

En tres de cada cuatro países se señala la existencia de una política definida de protección de la población trabajadora expuesta a riesgos, mientras que en los países restantes se afirma que dicha política se encuentra en estudio. Si se considera, por otro lado, que son muy pocos los países en los que se han evaluado los riesgos ocupacionales en su totalidad, ni determinado la población expuesta a ellos, a más de la deficiente coordinación de las instituciones que tienen la responsabilidad de la salud ocupacional, puede concluirse fácilmente que las políticas definidas por los diversos países deben tener coberturas muy dispares, ser muy generales o muy específicas en relación con algunas ocupaciones o riesgos.

8.2 Sectores o Instituciones Responsables

En casi todos los países hay una sobreposición de actividades y de responsabilidades por la salud ocupacional y la higiene industrial. Los Ministerios de Salud y de Trabajo y la Seguridad Social -que puede ser dependiente del último Ministerio mencionado- son las instituciones que mayormente comparten responsabilidades. Sólo una tercera parte de los países afirman que los mecanismos de coordinación entre estas instituciones funcionan adecuadamente; en el resto, dichos mecanismos son deficientes o inexistentes. El logro de una mejor coordinación podría hacer más efectiva la evaluación de los riesgos ocupacionales y la corrección y control de las actividades con riesgos para la salud que se llevan a cabo en la actualidad de manera casi aislada.

8.3 Programas de Salud Ocupacional

En dos de cada tres países se menciona la existencia de programas de salud ocupacional. Se sabe, sin embargo, que la mayor parte de programas se limitan a las áreas de responsabilidad del sector que los lleva a cabo. En consecuencia, hay pocos programas integrales que incluyan la evaluación, la corrección y el control.

8.4 Evaluación de Riesgos Ocupacionales

La evaluación ha sido en general de naturaleza parcial. Allí donde se ha llevado a cabo, ha habido muy poco o ningún seguimiento.

9. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA

9.1 Control de la zoonosis									
9.1.1 Rabia canina						9.1.2 Brucelosis bovina		9.1.3 Tuberculosis bovina	
Incidencia (por 100.000 perros)		Porcentaje de perros vacunados (en ciudades importantes)		Porcentaje de perros sin dueño (en ciudades importantes)		Prevalencia (%)		Prevalencia (%)	
1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980	1971	1980
Barbados	-	..	..	..	..	-	-	14.6/1	
Bolivia	171.6	10	80	..	..	3	1	2	
Brasil	28.8	48	..	..	..	5.87	..	3.07	
Canadá	/2	/3	..	..	..	0.02	0	0.02	0
Colombia	9	3	..	..	7	2	..	..	
Costa Rica	5.6	0	..	80	30	(control)	2.3	(Reducción)	0.8
Chile	2.1	0	..	80	15	3	15	8	12
Ecuador	700	0	28	80	..	..	2.7	2	..
El Salvador									
Estados Unidos	0	0	50	70	15	5	1	0	0.1
Guatemala									
Guyana	0	0	0	0	80	0	2	0	6
Honduras	0	0	/4	4	/5	20	3.6	1.5	1.2
Jamaica	0	0	0	0	..	0	1	0.02	1
México									0.02
Nicaragua									
Panamá	62	/7	0	61	80	-	1.25	0	0.2
Paraguay									
Perú	69	6	54	80	20	10	4.08	1	2.84
Rep. Dominicana	29.9	11	0.75	80	..	..	12	1	3
Trinidad-Tabago	0	0	0	0	..	..	0	0	0.1
Venezuela	36.6	3.6	40	90	5	1	6	1	0.46

/1 De 320 bovinos examinados. /2 109 casos en una población canina estimada en 10 millones. /3 Alta proporción. /4 Control y/o erradicación. /5 En todo el país. /6 Establecer el programa en 1974, tres áreas modificadas de baja prevalencia en 1977 y una en 1980. /7 Provincia de Chiriquí; menor en el resto. /8 Erradicación.

9.1.1 Rabia canina

**METAS REGIONALES:** Erradicación de las ciudades más importantes de la Región. Vacunación del 80% de la población canina de las ciudades más importantes. Eliminación de los perros sin dueño

La rabia continúa siendo una enfermedad común en las Américas. Aunque en la América del Norte el problema se manifiesta como selvática o rural, con raros y accidentales casos humanos, el problema en la América Latina es de tipo urbano, siendo principalmente los caninos la fuente de infección humana. En el cuatrienio 1969-1972 fueron notificados un promedio de 283 casos humanos por año -apenas un 7% de disminución respecto del promedio anual notificado durante el cuatrienio precedente- el 75% de los cuales se registraron en 3 países. En el año 1971 fueron notificados 23,052 casos de rabia animal en la América Latina. Casi el 90% de estos casos fueron caninos o felinos.

De los 22 países participantes en la evaluación del Plan Decenal, 15 informan acerca de la situación de la rabia canina, dando cifras de incidencia que van de 0 a 700 casos por 100,000 perros en el año 1971, con una mediana de 9 por 100,000. La mayoría (13) de países se han propuesto metas de reducción de las tasas para 1980, adoptando 9 de ellos explícitamente la meta regional de erradicación en las ciudades importantes. Las cifras de vacunación de perros en dichas ciudades indican que ningún país había alcanzado aún en 1971 un 80% de perros vacunados, que es la meta regional para 1980. Sin embargo, casi dos tercios de los países que informaron han optado por dicha proporción como meta nacional. Con relación a la existencia de perros sin dueño en las ciudades importantes, se obtuvo información solamente de 8 países que estiman proporciones que varían entre el 5% y el 60%. Estos países se proponen la reducción de tales porcentajes hasta cifras que van del 0% al 10%.

9.1.2 Brucelosis bovina

**META REGIONAL:** Erradicación en países que tienen 1% o menos de prevalencia y su reducción a prevalencias menores de 2% en el resto de países que tienen el problema

Dieciséis países de las Américas notificaron durante el cuatrienio 1969-1972 un promedio anual de 3,204 casos humanos de brucelosis, concentrándose el 91% de ellos en tres países. En el cuatrienio inmediatamente precedente el promedio anual de casos en la Región fue de 4,596 o sea que en ese lapso se obtuvo una reducción importante, que en los tres países de mayor incidencia alcanzó a entre el 15% y el 45%.

En cuanto a la brucelosis bovina, según las cifras dadas por 15 países que informaron acerca de la prevalencia en 1971, ésta va del 0% al 15% con una mediana de 2.7%. Trece de estos países se fijaron metas de reducción, 11 de ellos coincidiendo con las metas del Plan Decenal.

9.1.3 Tuberculosis bovina

**META REGIONAL:** Erradicación en países que tienen una prevalencia del 1% o menos y su reducción a prevalencias menores del 1% en el resto de países que tienen el problema

Quince de los 22 países que informaron en la evaluación del Plan Decenal acusaron la presencia del problema con cifras de prevalencia que van del 0.1% al 14.6% de los bóvidos, con una mediana de 1.2 por ciento. De estos países, 12 se fijaron metas de disminución y 10 de ellos adoptaron la recomendación del Plan Decenal.

9. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA (cont.)

9.1 Control de la zoonosis (cont.)											
9.1.4 Hidatidosis				9.1.5 Leptospirosis				9.1.6 Encefalitis equina			
Prevalencia (%)		Mataderos controlados (%)		Existencia del problema en animales en 1971			Meta para 1980	Incidencia por 1000 equinos		Equinos vacunados (%)	
1971	1980	1971	1980	Si	No	Se desconoce		1971	1980	1971	1980
Barbados	-			x			Presencia	-			
Bolivia	..		33 70	..	..	..		..			
Brasil	16.44		40 100	x							
Canadá			80 100	x							
Colombia	..			..	..	..		..		..	80
Costa Rica	0	0	19		x		No	2.6/1		82	80
Chile		52	40 51		x	x		-		-	
Ecuador	..		30 100			x		4.1/2	1.2	3	80
El Salvador											
Estados Unidos	1	0	100 100	x			Presencia	0.03	0.0	1.3	0
Guatemala											
Guyana	0	0	30 100	x			No	0	0	0	0
Honduras	/3				/4						
Jamaica	0	0	100 100	x			Reducción	0	0	3	0
México											
Nicaragua	..			..	..	..					
Panamá	/5		84/6	x			Investigación	17.1/7	0	37.6/7	80
Paraguay											
Perú	15.2		.. 100	x			Estudio	0	0	60	80
Rep. Dominicana	..					x		..		..	
Trinidad-Tabago	0	0	0 100			x	Investigación	0	0	0	
Venezuela	0	0	25 100			x				17.6/4	

/1 Mortalidad. /2 Año 1974. /3 Un caso humano. /4 14 casos humanos 30 brotes. /5 No hay crianza de ovinos. /6 Matanza inspeccionada en 1974. /7 Año 1973.

9.1.4 Hidatidosis

**METAS REGIONALES:** Reducir la prevalencia. Controlar el 100% de mataderos y lugares públicos y privados en los que se faena animales para consumo

La hidatidosis sigue siendo un problema que prevalece principalmente en la América del Sur. Entre 1969 y 1972 fueron notificados 1,579 casos humanos en las Américas, cifra muy similar a la del cuatrienio anterior, y ocurridos en un 93% en los 3 países del Cono Sur.

Solamente 7 de los 22 países participantes en la evaluación dieron alguna información para 1971 de prevalencia en animales; 4 de ellos la consideran inexistente, uno la estima en 1% y los otros 2 por encima del 15 por ciento. De 7 países que se fijaron metas para 1980, 6 se proponen reducir la prevalencia a cero.

Doce países informaron acerca del porcentaje de mataderos controlados en 1971, en cifras que van desde el 0 al 100 por ciento, con una mediana de alrededor del 35 por ciento. Once países se han propuesto aumentar el control de los mataderos para 1980 y 9 de ellos se proponen la meta regional de alcanzar al 100 por ciento.

9.1.5 Leptospirosis

**META REGIONAL:** Evaluación de la naturaleza del problema

Los casos humanos de leptospirosis notificados durante el período 1969-1972 alcanzaron en promedio a 118 por año, registrándose la mitad de ellos en la América del Norte, el 40% en las islas del Caribe, un 7% en Panamá y poco más del 2% en la América del Sur. En cuanto al problema en animales, en 8 de 14 países se sabe de su existencia, en 5 se desconoce si existe o no, y en uno no existe. Sólo 3 países se han propuesto la meta regional de investigar el problema.

9.1.6 Encefalitis equina

**META REGIONAL:** Reducción de la incidencia y vacunación del 80% de equinos

Solamente 8 países proporcionaron estimaciones de la incidencia al iniciarse el período del Plan Decenal. En 4 de ellos se consideraba inexistente; en uno la incidencia era muy cercana a cero y en los otros 3 sobrepasaba los 2.5 casos por 1,000 equinos. Seis países se fijaron metas de erradicación para 1980, y uno de reducción de 4.1 a 1.2 por 1,000. Cinco países adoptaron la meta de vacunación del 80% de equinos recomendada por el Plan Decenal y en otros 3 países no se propone la vacunación.

9. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA (cont.)

9.1 Control de la zoonosis (concl.)									
9.1.7 Fiebre aftosa									
Incidencia en bovinos /ooo		Fase del programa						Porcentaje de areas libres de aftosa	
		En 1971			En 1980				
1971	1980	Ataque	Consolidación	Evaluación	Ataque	Consolidación	Evaluación	1971	1980
Barbados									
Bolivia									
Brasil	199	-	x					0	
Canada	0	0						100	100
Colombia	6.1	-	x					..	..
Costa Rica	0	0			x			x	100
Chile	18.4	0	x					x	17
Ecuador	180	0	..	..	..			x	0
El Salvador									100
Estados Unidos	0	0			x			x	100
Guatemala									100
Guyana	0	0	x					x	80
Honduras									100
Jamaica	0	0							100
México									100
Nicaragua	0	0			x			x	100
Panamá	0	0			x			x	100
Paraguay			x					..	..
Perú		25						x	0
Rep. Dominicana									100
Trinidad-Tabago	0	0			x			x	100
Venezuela	700	1	x		1/1			x	8

1/1 Cuarentena.

9.1.7 Fiebre aftosa

META REGIONAL: Erradicación. Alcanzar la fase de evaluación del programa de erradicación y llegar al 100 por ciento de áreas libres de aftosa

Sólo 5 países acusaron incidencia de fiebre aftosa en bovinos, en cifras que se sitúan entre 6.1 y 700 casos por 1,000 bovinos. Los países que se hallaban libres de aftosa en 1971 se proponen mantenerse en esta condición para 1980, haciendo un total de 12 países de los 19 que informaron. De los 7 países restantes, 5 se proponen reducir la incidencia a cero para 1980, y los otros dos, a 25 y 1 por 1,000, respectivamente. Seis países se hallaban en la fase de ataque del programa y 5 en la de evaluación. Para 1980, fuera de un país que entraría en consolidación, los demás pasarían a la fase de evaluación. Fuera de este país, que espera tener el 50% de sus áreas libres de aftosa en 1980, todos los demás completarían el 100 por ciento.

9. SALUD ANIMAL Y SALUD PUBLICA VETERINARIA (concl.)

	9.2 Unidades de salud pública veterinaria en los ministerios de salud						9.3 Programas de control de zoonosis en el ministerio de salud			9.4 Coordinación entre ministerios de agricultura y salud			9.5 Programas de vigilancia epidemiológica de las zoonosis		
	Programas						Fondos destinados por el Ministerio para estos programas (Miles de dólares)	Inversión de otros sectores para control de zoonosis (Miles de dólares)	Adecuada	Debe mejorarse	No existe	Adecuados	Deben mejorarse	Mejoramiento previsto	Inadecuados
	Existen	No existen	A nivel nacional	A nivel regional	A nivel local	Existen									
Barbados		x								x			x		
Bolivia	x									x			x		
Brasil	x									x			x		
Canadá	x		x							x			x		x
Colombia	x		x			x				x			x		
Costa Rica	x		x			x				x			x		
Chile	x		x	x			x	70800		x			x		
Ecuador	x		x			x				x			x	x	
El Salvador	x		x			x				x			x		
Estados Unidos	x		x	x	x	x		793000		x			x		
Guatemala	x		x			x				x			x		
Guyana	x		x				x			x			x		
Honduras	x		x	x		x		18		x			x		
Jamaica	x		x			x		12.6	150	x			x	x	
México															
Nicaragua	x					x <sup>1</sup>				x			x		
Panamá	x					x				x					x
Paraguay						x				x			x		
Perú	x		x			x				x			x		
Rep. Dominicana	x			x		x			4600		x				x
Trinidad-Tabago	x		x			x		12	52 <sup>2</sup>	x					x
Venezuela	x		x	x	x	x		186	-	x			x		

<sup>1</sup> Sólo rabia. <sup>2</sup> Año 1974.

El Plan Decenal de Salud recomienda promover, reforzar y consolidar 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 de Agricultura de los países. Para ello se considera necesario crear o reforzar las unidades respectivas dentro de las infraestructuras ministeriales. Con ello se podrían establecer y consolidar los programas de control de zoonosis y fiebre aftosa, reforzar la investigación epidemiológica operativa y la notificación de enfermedades y desarrollar programas integrados de control e higiene de los alimentos de origen animal.

9.2 Unidades de Salud Pública Veterinaria en los Ministerios de Salud

Diecinueve países informaron acerca de la existencia de unidades de este tipo en los Ministerios de Salud. Solamente en 4 se declara que ellos no existen. Los programas de salud pública veterinaria cubren en 13 países un ámbito nacional. Programas regionales se llevan a cabo en 6 países (en 2 son exclusivamente regionales) y programas locales se desarrollan en 3 países.

A pesar de esta situación, aparentemente descabida, se conoce que con excepción de pocos países, las actividades de salud animal y de salud pública veterinaria son limitadas y más bien de carácter regional. Los planes nacionales para el control de las zoonosis adolecen de una falta de adecuada infraestructura y de servicios complementarios. Hay escasez de personal profesional calificado en varias de las disciplinas concurrentes.

9.3 Programas de Control de Zoonosis en el Ministerio de Salud

Según la información proporcionada por 21 países, existen en 14 de ellos programas de control de zoonosis en los Ministerios de Salud. En 4 no existen y en 3 se hallan en proyecto. En muchos casos estos programas se restringen a algunas zoonosis, y muy especialmente al control de la rabia.

9.4 Coordinación entre los Ministerios de Salud y Agricultura

Solamente en uno de los 19 países que informaron se establece que dicha coordinación no existe, y en otros 2 se considera que ella es adecuada. En los otros 16 países se manifiesta que la coordinación entre estos 2 Ministerios tendrá que mejorarse.

9.5 Vigilancia Epidemiológica de las Zoonosis

Veintiún países dieron información respecto de los programas de vigilancia de las zoonosis. Solamente uno considera que cuenta con un programa adecuado; 4 lo consideran inadecuado y los 16 restantes estiman que deben mejorarse, existiendo en 2 de ellos previsiones para perfeccionarlo.

10. CONTROL DEL EMPLEO DE PLAGUICIDAS

	Se han propuesto metas en este campo		Volumen de plaguicidas producidos e importados anualmente (toneladas)	10.1 Legislación nacional sobre el control del uso de plaguicidas			10.2 Laboratorios de análisis de plaguicidas				10.3 Programas de control del uso de plaguicidas		
	Sí	No		Ade-cuada	Insufi-ciente	En es-tudio	Ade-cuados	Deben mejo-rarse	No exis-ten	En pro-yecto	En eje-cución	No exis-ten	En pro-yecto
Barbados	x			x							x		
Bolivia		x				x						x	
Brasil	x		180000 <sup>/1</sup>	x						x			x
Canadá		x	<sup>/2</sup>	x			x				x		
Colombia													
Costa Rica	x		<sup>/3</sup>		x			x					x
Chile		x	7000		x	x			x	x		x	x
Ecuador		x				x				x			x
El Salvador		x	15.5	x			x				x		
Estados Unidos	x		696000	x				x			x		
Guatemala					x			x				x	
Guyana	x					x			x				x
Honduras		x							x			x	
Jamaica	x			x				x			x		
México													
Nicaragua		x				x		x					x
Panamá	x				x			x			x		
Paraguay		x				x			x				x
Perú		x				x			x			x	
Rep. Dominicana		x		x			x					x	
Trinidad-Tabago	x		1.0		x			x			x		
Venezuela			14	x				x			x		

<sup>/1</sup> Año 1974. <sup>/2</sup> Consigna valor monetario (96.000.000 de dólares). <sup>/3</sup> 957.5 T. de productos técnicos y 6.628 T. de formulaciones en 1972.

10. CONTROL DEL EMPLEO DE PLAGUICIDAS

A juzgar por la información existente, en todos los países del Hemisferio se emplean enormes cantidades de plaguicidas de todas clases, cuyo uso indiscriminado se ha constituido en una gran preocupación para quienes tienen que velar por la salud de los países. Se ha informado de un número de muertes e intoxicaciones por plaguicidas, que se clasifican como ocupacionales, accidentales y suicidios. El Plan Decenal tiene una recomendación conducente a:

"Conseguir durante la década, en cada uno de los países de la América Latina y el Caribe reducir las intoxicaciones y las defunciones humanas debidas al uso indiscriminado de plaguicidas."

El Plan sugiere, además, la realización de una serie de acciones orientadas a tal fin, entre las que se destacan las destinadas a obtener una legislación adecuada, a contar con laboratorios de análisis y a organizar y desarrollar programas específicos de control.

Es evidente que los países recién están comenzando a prestarle atención a este problema, ya que 8 de 19 países se han propuesto metas para la acción. Por otro lado, puede observarse que son muy pocos los países que cuentan con información acerca del volumen de plaguicidas que se emplean anualmente, dato que, por burdo que sea, es una primera indicación de la extensión de su uso.

Según la respuesta de 19 países, es opinión de 8 de ellos que la legislación nacional de que disponen para el control del uso de plaguicidas es adecuada. Los otros 12 países, en cambio, la consideran insuficiente, hallándose en estudio en 6 de ellos.

Los laboratorios requeridos para el análisis de los plaguicidas se consideran adecuados solamente en 3 países, mientras que en 6 de ellos simplemente no existen. En la mitad de los países existen laboratorios que deberán ser mejorados. Tres países mencionan la existencia de proyectos destinados a organizarlos o mejorarlos.

Existen programas de control del uso de plaguicidas en 2 de cada 5 países. En más de la mitad de los países donde no existen programas, estos se hallan en proyecto.

En el estado en que se encuentran las cosas, será necesario que los sectores salud y agricultura de los países se informen mejor acerca de la seriedad del problema y de la magnitud de las pérdidas humanas y el daño a la salud y que se establezca una mayor coordinación entre ellos para llevar a cabo procedimientos de control. No se ha avanzado mucho en cuanto al logro de una legislación efectiva, debido principalmente a las deficiencias de los servicios de laboratorio para la vigilancia que puede permitir la aplicación de ella, aunque varios laboratorios están efectuando análisis de algunos especímenes, principalmente en casos de intoxicación humana y de algunos alimentos. Se ha de requerir un mayor adiestramiento de analistas de laboratorio. Es necesario también organizar y difundir información relacionada con la agricultura y salud, epidemiologías, tratamiento de casos y procedimientos de laboratorio para el diagnóstico y el análisis.

11. CONTROL DE CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

	Se han propuesto metas en este campo		11.1 Legislación nacional sobre la calidad de los alimentos			11.2 Laboratorio bromatológico			Programas de control			
	Sí	No	Ade-cuada	Insufi-ciente	En pro-yecto	Ade-cuada	Insufi-ciente	En pro-yecto	Productos ali-menticios que se registran y se controlan (promedio anual de los últimos tres años)	En ejecu-ción	No exis-ten	En pro-yec-to
Barbados	x			x			x				x	
Bolivia		x		x			x			x		
Brasil	x		x				x	2150		x		
Canadá	x		x			x				x		
Colombia	x			x			x			x		
Costa Rica	x		x				x	300 /2		x		
Chile	x			x			x				x	
Ecuador	x			x		x		962236		x		
El Salvador	x			x			x	408		x		
Estados Unidos	x		x			x				x		
Guatemala	x			x			x	1032		x		
Guyana	x				x		x					x
Honduras	x		x			x		242		x		
Jamaica			x				x	193		x		
México	x		x				x	2923		x		
Nicaragua	x			x			x			x /1		
Panamá	x			x		x		1000		x		
Paraguay		x		x			x			x		
Perú		x					x				x	
Rep. Dominicana	x			x			x	446		x		
Trinidad-Tabago			x				x	0		x		
Venezuela	x			x			x	524		x		

/1 Ministerio de Economía. /2 Registradas: 300; Muestras examinadas: 3.000.

11. CONTROL DE CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

Los niveles de producción de alimentos en los países latinoamericanos durante la década precedente eran bajos y permanecieron prácticamente estacionarios, mientras que las importaciones aumentaron constantemente. La situación se agrava debido a la descomposición y contaminación que causan la destrucción y el desperdicio de una gran cantidad de alimentos destinados al consumo directo debido a las condiciones deficientes o inadecuadas del transporte, elaboración, almacenamiento o distribución comercial.

La legislación y las medidas de control de la calidad y la higiene de los alimentos no ha marchado de acuerdo con el rápido desarrollo tecnológico de la industria, agravando así los riesgos de contaminación y los posibles efectos nocivos de los aditivos alimentarios y de los residuos tóxicos, con el resultado de daños de diversa gravedad que acusan millones de personas consumidoras.

Esta situación fue analizada convenientemente y las acciones para enfrentarla se condensaron en una meta regional del Plan Decenal y recomendaciones de acciones destinadas a alcanzarla:

**META REGIONAL:** *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.*

El interés que los países le otorgan a este campo se pone en evidencia por el hecho de que la mayoría de ellos se han propuesto metas nacionales a alcanzar en el decenio. Presumiblemente, para alcanzarlas deberán superar situaciones muy variadas, entre las que son importantes de mencionar la disponibilidad de una legislación adecuada, de facilidades de laboratorio para los análisis y la organización de programas específicos de control de los alimentos.

En dos de cada cinco países se considera que la legislación nacional sobre la calidad de los alimentos es adecuada y de los demás países (13) en solamente uno se está elaborando un proyecto de legislación. Aún si la legislación fuera adecuada en todos los países, la posibilidad de su aplicación se vería restringida porque las facilidades de laboratorio no son suficientes para brindar el apoyo necesario con resultados de los análisis que tendrían que efectuarse. Solamente 5 países (algo más de 1 de cada 5) consideran que los laboratorios de que disponen para el control de los alimentos son adecuados.

A pesar de esta situación, en 18 países (más de 4 de cada 5) tienen programas de control en ejecución. Es plausible pensar que muchos de estos programas se limitan a registrar los productos nuevos y a otorgar las licencias para su expendio sin mediar un análisis adecuado de ellos.

Hay indicios de que esta situación tiene una tendencia a mejorar. Los programas de protección de los alimentos están recibiendo una mayor atención de los Ministerios de Salud y Agricultura, se está adiestrando un mayor número de inspectores de alimentos y estableciendo en los Ministerios unidades de higiene de los alimentos a cargo de veterinarios.

12. CONTROL DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

	Se han propuesto metas en este campo		12.1 Organismo unificado de control de drogas			12.2 Legislación			12.3 Laboratorios para análisis y evaluación de drogas			12.4 Sistema de evaluación y registro		
	Sí	No	Exis- te	No exis- te	En pro- yecto	Ade- cuada	Insufi- ciente	En pro- yecto	Sufi- cientes	Insufi- cientes	En pro- yecto	Ade- cuado	Inade- cuado	En pro- yecto
Barbados	x			x		x				x		x		
Bolivia		x			x			x						x
Brasil	x		x					x		x				x
Canadá	x		x			x			x			x		
Colombia														
Costa Rica	x		x			x				x				x
Chile	x		x			x			x			x		
Ecuador	x		x					x		x				x
El Salvador														
Estados Unidos	x		x			x			x			x		
Guatemala			x					x		x				x
Guyana	x				x	x				x				x
Honduras	x		x					x		x		x		
Jamaica		x		x				x		x				x
México	x		x			x				x		x		
Nicaragua	x		x					x		x				
Panamá			x			x			x					x
Paraguay						x			x			x		
Perú		x		x				x		x		x		
Rep. Dominicana	x		x			x				x				x
Trinidad-Tabago	x		x			x				x				x
Venezuela	x		x			x			x			x		

12. CONTROL DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Según estimaciones hechas en un estudio realizado en 1970, los países de la América Latina y el Caribe gastaban aproximadamente 2,000 millones de dólares en medicamentos a precios al por menor, y que este gasto ha de ascender a 5,000 millones en 1980. Aparte de la importancia económica de la industria, la gran profusión de nuevos medicamentos que ha proporcionado grandes beneficios, ha creado también problemas complejos que deben ser evaluados y controlados. En general, en la América Latina y el área del Caribe, los recursos reales y monetarios destinados al control de la calidad de los medicamentos son insuficientes y tampoco hay una programación adecuada de las acciones para tal fin. El análisis de la situación efectuado por los Ministros de Salud de las Américas culminó con una serie de recomendaciones para el cumplimiento de la meta regional fijada:

**META REGIONAL:** Realizar programas en todos los países para controlar la calidad de los medicamentos de producción nacional e importados.

La mayoría de los países (5 de cada 6) se han propuesto metas para el desarrollo de este campo.

Una recomendación del Plan Decenal es que para conducción de los programas de control de los medicamentos se establezca en cada país un organismo unificado o un sistema eficaz de coordinación. En 15 países (3 de cada 4) se manifiesta que tales organismos existen; sin embargo, las limitaciones de los recursos para el análisis y evaluación, así como para las actividades en terreno probablemente hacen inoperantes a la mayoría de ellas.

En 11 países -más de la mitad de los que informaron- existe una legislación que presumiblemente es adecuada para respaldar las actividades del control, pero que, nuevamente por falta de recursos técnicos, no tiene factibilidad en su aplicación. Las facilidades de laboratorio para el análisis y evaluación de drogas son insuficientes en la mayor parte de países (7 de cada 10). Los sistemas de evaluación y de registro de las drogas y medicamentos los consideran adecuados la mitad de los países.



19. CONTROL DE LOS ACCIDENTES

	Defunciones por accidentes de todo tipo por 100.000 habitantes		Defunciones por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes		Programa nacional de control de accidentes de tránsito						
	1971	1980	1971	1980	Existe	No existe	En proyecto	Coordinación intersectorial			
								Adecuada	Insuficiente	En proyecto	
Barbados	33.8		18.6			x				x	
Bolivia			47.4			x				x	
Brasil	56.9					x				x	
Canadá	71.1		26.5			x				x	
Colombia	45		7.1		x					x	
Costa Rica	28.7		16.7		x					x	
Chile	30.9		20.8		x					x	
Ecuador	50.0	65.0	20.0	20.0			x				x
El Salvador	74.5		12.7								
Estados Unidos	55.0		25.9		x						
Guatemala	37.3		8.2								
Guyana						x				x	
Honduras	*70.6/1					x					
Jamaica	*25.8/2		6.9/2			x				x	
México	47.8	45.4	6.5	5.0	x			x			x
Nicaragua	89.2		13.6				x				
Panamá	50.8		15.3			x				x	
Paraguay	32.9	39.0	13.5	16.0			x				
Perú	34.4	25.2	9.2	6.8			x			x	
Rep. Dominicana	18.3		8.6		x					x	
Trinidad-Tabago	38.7		17.5		x			x			
Venezuela	46.8	57.5	24.5	34.5		x	x			x	

\* Fuente: "Las condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972", OPS  
 /1 Años 1971-1972 /2 Años 1970-1971

13. CONTROL DE LOS ACCIDENTES

**META REGIONAL:** Reducir la proporción de accidentes de tránsito y en la industria, así como los que ocurren en el hogar y en lugares de recreación y de turismo, y, como consecuencia, disminuir las defunciones y estados de invalidez.

Los accidentes de todo tipo eran en 1971 una de las 5 primeras causas de muerte en la mayoría de los países de la Región, y la primera causa en algunos grupos de edad. Las tasas de mortalidad de 20 países que informaron, oscilan entre 18.3 y 90.9 defunciones por 100,000 habitantes, con una mediana de 47 por 100,000. Las defunciones por accidentes de tránsito, en particular, están aumentando en la Región y representan en ciertos países casi el 40% de las defunciones por todos los accidentes, figurando entre las primeras 10 causas de defunción. A más de ello, de acuerdo con las tasas de los diversos países, hay entre 10 y 35 individuos que sufren daños de salud con incapacidad temporal o definitiva por cada muerte por accidente de tránsito.

Esta información y otra adicional fue analizada por los Ministros de Salud, que incorporaron el tratamiento del tema dentro del Plan Decenal para llamar la atención sobre la materia, ensayando una serie de recomendaciones cuyo cumplimiento, dada la naturaleza del tema, será posible sólo mediando una estrecha coordinación intersectorial y un esfuerzo de la comunidad orientado en forma inmediata a la prestación de servicios médicos de urgencia y rehabilitación médica, y en forma mediata a los cambios en estilos de vida.

Solamente 5 países se propusieron tasas para 1980 y sólo 2 de ellos presumen que han de lograr reducciones en la mortalidad por accidentes de todo tipo y de tránsito en particular.

De cada 3 países, sólo uno cuenta con un programa nacional de prevención de accidentes de tránsito. Al mismo tiempo, sin embargo, la necesaria coordinación intersectorial que garantice la operación de un programa de esta naturaleza se considera adecuada tan sólo en dos países.

III. SERVICIOS INTERMEDIOS

A. ENFERMERIA

	1. Sistema de enfermería															
	1.1 Definición de las funciones de enfermería para distintos niveles de atención				1.2 Definición de normas técnicas para distintos niveles de atención				1.3 Definición del tipo y la cantidad de personal de enfermería requerido				1.4 Identificación y diseño del sistema de información para el control			
	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Completo	Parcial	No se hizo	En proyecto
Barbados		x							x							
Bolivia	x					x			x				x			x
Brasil			x				x			x					x	
Canadá		x				x				x						
Colombia	x				x			x					x			
Costa Rica		x				x				x					x	
Chile	x					x			x				x			x
Ecuador	x					x			x						x	
El Salvador	x					x			x						x	
Estados Unidos		x				x				x					x	
Guatemala	x				x					x					x	
Guyana		x				x				x					x	
Honduras		x				x				x					x	
Jamaica		x				x				x					x	
México		x				x				x					x	
Nicaragua	x				x				x						x	
Panamá		x		x		x		x		x		x		x		x
Paraguay	x				x				x						x	
Perú		x				x			x						x	x
Rep. Dominicana	x					x				x					x	
Trinidad-Tabago		x				x				x					x	
Venezuela	x			x	x			x	x			x	x		x	x

△ Revisión.

**META REGIONAL:** Organizar la enfermería en el 60% de los países por lo menos, como un sistema en el que se defina el nivel de atención de enfermería y el personal requerido para alcanzar las metas de salud del país.  
 Proporcionar a la población una atención de enfermería libre de riesgos para el paciente en el 60% de los hospitales de 100 camas o más, y el 60% de los servicios de salud de la comunidad.

Las metas y recomendaciones en enfermería están focalizadas en la adopción de una política de promoción de las actividades de enfermería, en la definición de un sistema adecuado de enfermería, en el mejoramiento de la calidad y la extensión de la cobertura de los servicios, en la investigación, el perfeccionamiento de la información para la evaluación y el control, y la formación y capacitación de personal (en metas que son objeto de tratamiento y evaluación en la sección de recursos humanos).

1, SISTEMA DE ENFERMERIA

Menos de la mitad de los países manifiestan que se cuenta con una definición de las funciones de enfermería para distintos niveles de atención y del tipo y cantidad de personal de enfermería requerido. El resto de los países ha llegado solamente a una definición parcial de dichas funciones o de sus necesidades de personal, o no han llegado a tal definición. Asimismo, las normas técnicas para los distintos niveles de atención han sido definidas en menos de un tercio de los países. La identificación y diseño del sistema de información para el control de las actividades se ha efectuado sólo parcialmente o no se ha efectuado en la gran mayoría de los países.

Es, pues, evidente que al iniciarse el período de vigencia del Plan Decenal no se habían siquiera definido los componentes de los sistemas de enfermería existentes ni el grado de articulación entre ellos y con el sistema de salud en general, en más de la mitad de los países. Esta situación es reveladora de serias deficiencias en los sistemas de enfermería existentes en la Región.

A. ENFERMERIA (CONT.)

	2. Calidad de los servicios de enfermería															
	2.1 Definición de las normas de atención de enfermería							2.2 Estructuración administrativa de los servicios de enfermería								
	2.1.1 En las instituciones o unidades de atención				2.1.2 En los servicios a la comunidad			2.2.1 En las instituciones o unidades de atención			2.2.2 En los servicios a la comunidad					
	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Definidas	Parcialmente definidas	No definidas	En proyecto	Estructurados	Parcialmente estructurados	No estructurados	En proyecto	Estructurados	Parcialmente estructurados	No estructurados	En proyecto
Barbados	x				x				x				x			
Bolivia		x				x			x				x			
Brasil		x				x				x				x		
Canadá		x				x			x				x			
Colombia		x				x			x				x			
Costa Rica		x				x			x				x			
Chile		x				x			x				x			
Ecuador		x				x			x				x			
El Salvador	x				x				x				x			
Estados Unidos		x				x			x				x			
Guatemala		x				x			x				x			
Guyana		x				x			x				x			
Honduras		x				x			x					x		
Jamaica		x				x			x				x			x
México		x				x			x				x			
Nicaragua	x					x			x				x			
Panamá		x				x			x				x			x
Paraguay		x				x			x				x			
Perú		x				x			x				x			x
Rep. Dominicana		x				x			x				x			
Trinidad-Tabago		x				x			x				x			
Venezuela	x			x	x/1			x/1	x			x/1	x			x/1

/1 Revisión.

2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

Uno de los medios que facilitan la provisión de un nivel de atención libre de riesgos para las personas a las que se atiende, es el establecimiento de normas que definan no sólo el contenido mismo de la atención, sino también el nivel de calidad esperado. Eran pocos los países que al iniciarse el decenio habían definido tales normas, tanto para la atención institucional de las personas como para los servicios a la comunidad.

Al mismo tiempo se observa que casi 2 de cada 3 países manifestaron haber estructurado administrativamente los servicios de enfermería, tanto en instituciones o unidades de atención como en la comunidad. Esto frente a la ya mencionada falta de definición de normas de atención, deja margen para dudar de lo apropiada que puede ser la organización de enfermería, así como los objetivos mismos de ésta.

A. ENFERMERIA (CONCL.)

3. Cobertura de los servicios de enfermería									
3.1 Preparación de manuales técnico-administrativos para uso de los auxiliares				3.2 Porcentaje de los auxiliares con adiestramiento		3.3 Actividades de supervisión estructuradas y en operación			
Existen manuales	Incompletos o en preparación	No existen	En proyecto	1971	1980	Si	Parcialmente o deficientes	No se cumplen	En proyecto
		x		61.3		x			
x				9.7	50		x		
x							x		
x				100		..	..	..	..
	x			45	70		x		
x				87	100	x			
x				85	90		x		
	x			77.2 /1	100			x	
	x			80	92	x			
x				..	..	x			
x				63	80	x			
		x		5.5	100		x		
	x			60	100		x		
	x			..	..		x		
x				26	60	x			
x				76 /2	100	x			
	x		x	50	100		x		x
x				82 /2	100	x			
	x			31	90			x	
x				33	100	x	x /2		
	x			85	100	x			
x				60	80	x			

/1 Año 1973. /2 Año 1969. /3 Implementación parcial.

3. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

Sólo en algo más de la mitad de los países se dispone de manuales técnico-administrativos para el uso por el personal auxiliar de enfermería. Del resto de países, en 2 tales manuales no existen y en los demás se encuentran incompletos o en preparación.

La proporción de personal auxiliar de enfermería con adiestramiento, sin especificar la calidad de éste, varía en los 19 países que informaron entre el 5.5% y el 100% con una mediana situada alrededor del 60 por ciento. Existe la intención en 17 países de elevar dichas proporciones para 1980, 10 de ellos al 100% y los 7 restantes en proporciones que van del 50% al 92 por ciento.

Las actividades de supervisión están estructuradas y en operación en la mitad de los países y son parciales o deficientes en el resto.

El alto porcentaje de personal auxiliar sin adiestramiento conjuntamente con la falta de normas, manuales y de un sistema de supervisión continua, arroja dudas acerca de lo apropiada y pertinente que puede ser la atención que se provee en relación con lo que el sistema requeriría y, lo que es más importante, acerca de si tal atención está libre de riesgos para las personas que la reciben.

B. LABORATORIOS

	Se han establecido metas nacionales para la organización, funcionamiento y desarrollo de un sistema de laboratorio y banco de sangre		1. Definición de los tipos de exámenes a realizar por los diferentes niveles de atención			2. Elaboración de normas de equipamiento, personal y funcionamiento para los laboratorios según niveles de atención			3. Normas de funcionamiento de redes regionales y nacionales de consulta y referencia		
	Sí	No	Fueron definidos	No fueron definidos	En proyecto	Elaboradas	No elaboradas	En proyecto	Existen	No existen	En proyecto
Barbados		X	X			X				X	
Bolivia	X				X			X			X
Brasil	X				X			X			X
Canadá	X		X			X			X		
Colombia	X		X					X			X
Costa Rica	X				X			X			
Chile	X		X			X				X	
Ecuador	X		X			X			X		
El Salvador		X					X			X	
Estados Unidos	X			X		X			X		
Guatemala	X			X		X			X		
Guyana		X	X				X			X	
Honduras	X		X			X			X		X
Jamaica	X		X			X			X <sup>1</sup>		
México											
Nicaragua	X		X					X		X	
Panamá	X		X			X			X		
Paraguay	X		X			X			X		
Perú		X			X			X			X
Rep. Dominicana	X		X				X		X		
Trinidad-Tabago		X	X			X			X		
Venezuela	X		X			X			X		

<sup>1</sup> Parcialmente.

B. LABORATORIOS DE SALUD

Según estimaciones realizadas al iniciarse la década, en Mesoamérica y la América del Sur, solamente un 10% de las unidades de atención ambulatoria sin camas cuentan con servicio de laboratorio, mientras que entre un 70 y un 95% de los establecimientos con camas de internación disponen de algún tipo de laboratorio. Aparte de la escasa cobertura de los servicios, los laboratorios existentes funcionan sin mayores conexiones entre sí, lo que no les permite utilizar servicios complementarios de mayor especialización o servicios de referencia. Se observa a menudo la congestión de laboratorios centrales con análisis de rutina que hubieran podido ser efectuados por una red de laboratorios auxiliares que no existe. Los recursos de laboratorio disponibles no son suficientes para apoyar los programas de control de enfermedades -principalmente las transmisibles- y los de atención médica, más que nada en las áreas rurales, ya que en la mayoría de los países, ellos se concentran en las áreas metropolitanas, con escaso número de laboratorios a nivel intermedio periférico.

Los laboratorios para el control del agua, los alimentos, los productos biológicos y medicamentos, para el análisis de la contaminación ambiental, etc., requieren de un fuerte impulso para su desarrollo, sobreponiéndose a la escasez de personal, materiales, equipo, locales, etc. Fuera de los problemas intrínsecos de que adolecen los laboratorios, uno fundamental parece estar asociado con la carencia de una política definida de desarrollo de los servicios de laboratorio, orientada a la creación y funcionamiento de un sistema nacional, congruente con la organización de un sistema con niveles de atención de la salud escalonados según su complejidad.

Vaintiún países dieron respuesta al cuestionario de evaluación. Dieciseis de ellos (casi 4 de cada 5) se han fijado metas nacionales para el decenio en relación con la organización, funcionamiento y desarrollo de un sistema de laboratorios y de bancos de sangre.

La definición del tipo de exámenes de laboratorio a ser realizados por cada uno de los diferentes niveles de atención se ha efectuado en 14 países (7 de cada 10). En 2 países no se ha hecho tal definición y en 4 se proyecta hacerlo.

Las normas de equipamiento, personal y funcionamiento de los laboratorios para los diversos niveles de atención han sido elaboradas ya en 12 países (casi 6 de cada 10). En 6 de los países restantes se tiene el proyecto de elaborar dichas normas.

Existen normas de funcionamiento de redes nacionales y regionales de consulta y referencia en 11 países (casi la mitad) y en 4 de los demás se proyecta elaborarlas.

B. LABORATORIOS (CONCL.)

4. Porcentaje de las unidades con atención de médico permanente dotadas de servicio de laboratorio		5. Organización de redes de bancos de sangres, según niveles de atención con bancos centrales de referencia y consistente con la regionalización de los servicios				6. Desarrollo de las facilidades para la elaboración y el control de productos biológicos de uso humano y veterinario				
1971	1980	Organizadas	En operación parcial	No existe	En proyecto	Planes en operación	No previsto	En proyecto	Se contempla el abastecimiento a otros países	
									Si	No
Barbados	25			x					x	
Bolivia				x		x			x	
Brasil				x				x	x	
Canadá		x				x				
Colombia						x				
Costa Rica	48	100	x			x			x	
Chile	30	35	x			x			x	
Ecuador	10.9	45		x		x			x	
El Salvador	45			x		x				x
Estados Unidos		x				x				△1
Guatemala	7.7	100		x		x			x	
Guyana				x			x			
Honduras	40	90		x			x			
Jamaica			x				x			x
México										
Nicaragua	100			x			x			
Panamá	60	100	x		x		x			
Paraguay	35	100								
Perú	55	90			x	x			x	
Rep. Dominicana	90	100		x		x				
Trinidad-Tabago	35	40		x				x		x
Venezuela	90	100		x		x				x

△1 Actividad del sector privado.

Solamente 14 países pudieron informar acerca de la proporción de las unidades de atención con médico permanente que cuentan con servicio de laboratorio. Dicha proporción oscila entre el 7.7% y el 100%, con un valor mediano situado alrededor del 40 por ciento. Siete de esos países (la mitad) se proponen que el 100% de las unidades con médico permanente en 1980 tengan servicio de laboratorio. Los otros países fluctúan entre un 35 y un 90 por ciento.

En cuanto a los bancos de sangre, solamente 4 países (1 de cada 5) declaran contar con una organización de redes de bancos de sangre, según niveles de atención, con bancos centrales de referencia y consistente con la regionalización de los servicios de salud. Otros 7 países (casi 2 de cada 5) cuentan con una organización parcial de tales redes. En el resto (8 países) es inexistente.

C. REHABILITACION MEDICA

D. EDUCACION PARA LA SALUD

	Se fijaron metas en este campo		Inclusión de los servicios básicos de rehabilitación en los programas de atención médica		Estrategias propuestas											
	Si	No	Si	No	Se fijaron metas en este campo	Definición de una política nacional	Incorporación en el caso de planificación	Fortalecimiento de los niveles periféricos	Adiestramiento de los especialistas	Adiestramiento de personal de salud	Adiestramiento de profesores y profesoras	Inclusión de programas de actividades	Inclusión en currículos de cursos, colegios, etc.	Incorporación en programas de Participación de la comunidad	Publicaciones y divulgación	
Barbados	x		x													
Bolivia	x															
Brasil			x													
Canadá			x	x												
Colombia	x		x													
Costa Rica	x			x												
Chile	x		x													
Ecuador	x			x												
El Salvador																
Estados Unidos	x															
Guatemala			x													
Guyana			x													
Honduras			x													
Jamaica			x													
México	x		x													
Nicaragua	x		x													
Panamá	x			x												
Paraguay			x													
Perú	x		x													
Rep. Dominicana			x													
Trinidad-Tabago			x													
Venezuela	x		x													

/1 Incluye también como estrategias la coordinación de grupos públicos y privados, el énfasis en grupos de población con necesidades especiales y la investigación y evaluación de métodos de educación sanitaria.

C. REHABILITACION MEDICA

**META REGIONAL:** Incluir en todos los programas de atención médica, servicios básicos de rehabilitación para asegurar que los incapacitados de la población puedan reintegrarse a una vida lo más normal posible.

Se calcula que para el inicio de la década había en la América Latina y el Caribe 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 general, las incapacidades son de orden locomotor, sensorial o cardiopulmonar, e incluyen problemas tales como parálisis, amputaciones, defectos del habla, auditivos o visuales, y una actividad mermada por trastornos cardíacos o pulmonares.

Hay tecnología disponible como para mejorar notablemente el bienestar de los incapacitados, pero su aplicación está restringida debido a los escasos recursos existentes, tanto de personal dedicado a ello, como de financiamiento para equipo, materiales y otras facilidades, que no se proveen por falta de políticas nacionales que le otorguen la importancia que merece este campo. Sin embargo, varios países están orientados, desde la formulación misma del Plan Decenal, hacia el cumplimiento de las metas de éste. Diez de ellos han fijado sus propias metas nacionales en rehabilitación médica, y los servicios básicos de ésta se hallan incluidos ya en los programas de atención médica de casi uno de cada tres países, aunque tal inclusión es escasa o inexistente en la mitad de ellos.

A poco de iniciarse el Plan Decenal se han producido algunos cambios en conceptos que tendrán que ser considerados en cualquier evaluación futura de dicho Plan. Por ejemplo, se nota una creciente preocupación por un gran número de incapacitados que nunca podrían tener acceso a servicios sofisticados, pero que podrían ser beneficiados con cierto tipo simple de servicios brindados en su hogar o cerca de éste por personal adiestrado por el núcleo de especialistas existentes en la actualidad, los que a su vez seguirían brindando servicios de más alta especialización. Tanto el tipo de servicios a ser brindados como de personal que pueda ofrecerlos sin riesgos, están siendo objeto de investigación.

D. EDUCACION PARA LA SALUD

**META REGIONAL:** 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.

Todos los países de la Región, salvo dos, contaban al iniciarse la década con servicios de educación para la salud dentro de la estructura institucional del sector. Sin embargo, debido a las limitaciones de los recursos asignados a estos servicios, el nivel operativo se ha visto notablemente restringido, tanto en su cobertura como en la continuidad de las acciones en la comunidad. Por las mismas razones se podía observar cierta debilidad en las actividades de planificación y programación de la educación para la salud y agregado a ello, una deficiente coordinación con los sistemas educativos en general y con otros sectores e instituciones que actúan en la comunidad. Como consecuencia, en términos generales se puede decir que la comunidad no siempre está bien informada ni preparada para actuar en la forma que sería de esperar en el cuidado de su propia salud, ni está motivada para movilizar sus recursos en apoyo de las acciones que desarrollan las unidades de atención de la salud.

En respuesta al cuestionario de evaluación, 13 de 20 países manifiestan haberse fijado metas para el desarrollo del campo de la educación para la salud durante el decenio. Las estrategias más comúnmente adoptadas para el logro de las metas, coincidiendo con las recomendaciones hechas por los Ministros de Salud, son las del fortalecimiento de los niveles periféricos, la integración de las acciones con las de los programas de salud, el adiestramiento, tanto especializado como del personal de salud en general y de los maestros de las escuelas e instituciones educacionales, el fortalecimiento de las unidades centrales, la divulgación de material educativo y el mejor uso de los medios de información masiva, y algo muy importante, la integración e incorporación al proceso de participación de la comunidad en el desarrollo.

E. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Se ha fijado metas para la organización, funcionamiento y desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica		1. Sistema Nacional de Vigilancia								
		1.1 Sistema de vigilancia a nivel central, dentro de la estructura administrativa				1.2 Unidades regionales de vigilancia				
		Si	No	Existe	En organización	No existe	En proyecto	En todas las regiones	En algunas regiones	No existen
Barbados	x			x					x	
Bolivia		x				x		x		
Brasil	x			x				x		
Canadá		x		x			x			
Colombia										
Costa Rica	x		x							x
Chile	x		x							x
Ecuador	x			x						x
El Salvador	x		x				x			
Estados Unidos	x		x				x			
Guatemala	x		x						x	
Guyana	x			x						
Honduras	x		x				x			
Jamaica	x		x				x			
México	x		x					x		
Nicaragua	x		x							x
Panamá	x				x	x	x			x
Paraguay		x	x				x			
Perú	x			x						x
Rep. Dominicana	x			x			x			x
Trinidad-Tabago	x		x				x			
Venezuela	x		x					x		

E. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**META REGIONAL:** *Crear y mantener 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.*

El propósito de los programas de vigilancia epidemiológica es el de disponer en cualquier momento que se requiera de conocimiento acerca de la situación actual y de la evolución epidemiológica de las enfermedades, así como de los factores que las condicionan, con el objeto de anticipar situaciones nuevas, prever cambios en la evolución, recomendar y evaluar medidas de control y brindar bases de información para la planificación y programación en salud.

Pese a que varios países de la Región señalan la existencia de sistemas de vigilancia epidemiológica generales o específicos para algunas enfermedades, la información disponible sobre la evolución de las enfermedades transmisibles y de los factores que las condicionan, al iniciarse la década, era muy deficiente en su mayor parte, revelando que la vigilancia epidemiológica realmente dejaba mucho que desear, siendo la situación similar en el campo de las enfermedades crónicas.

El Plan Decenal le da gran relieve al problema de la vigilancia epidemiológica, que aparece no solamente representado en la meta regional mencionada, sino como requisito de acción para las áreas programáticas individuales, incluyendo todas las enfermedades transmisibles y las crónicas. Al mismo tiempo, incorpora recomendaciones para el desarrollo y perfeccionamiento de los mecanismos de apoyo a los sistemas de vigilancia, incluyendo el reforzamiento y perfeccionamiento de los sistemas de información en salud, de los servicios de laboratorio, del adiestramiento de recursos humanos, de la participación de la comunidad, etc.

Según la información de 21 países obtenida para la evaluación del Plan Decenal, 18 de ellos se han fijado metas para la organización, funcionamiento y desarrollo de sus sistemas de vigilancia epidemiológica durante el decenio. En 12 de ellos (casi 3 de cada 5) existía una unidad de vigilancia a nivel central, dentro de la estructura administrativa nacional, encargada de la organización del sistema nacional, de dar las normas para su funcionamiento, de apoyar y supervisar a las unidades regionales y de proporcionar a las unidades ejecutivas los criterios necesarios para la acción inmediata, tanto a nivel nacional como local.

Existen unidades regionales de vigilancia epidemiológica en todas las regiones de 9 países, sólo en algunas regiones de 5 países, y en ninguna región de 7 países. Se tiene el proyecto de organizar o extender el número de unidades regionales en 8 países.



E. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (cont.)

1. Sistema nacional de vigilancia (concl.)										
1.3 Normas técnicas de funcionamiento				1.4 Sistema de información				1.5 Cobertura geográfica		
Ade-cuadas	Defi-cientes	En re-visión	En pro-yecto	Efi-ciente	Defi-ciente	En re-visión	En pro-yecto	Todo el país	Parte del país	En es-tudio
Barbados			x			x		x		
Bolivia		x			x				x	
Brasil		x				x			x	
Canadá		x				x		x		
Colombia										
Costa Rica		x				x		x		
Chile		x				x				x
Ecuador			x			x			x	
El Salvador	x			x				x		
Estados Unidos	x			x				x		
Guatemala	x				x			x		
Guyana			x			x			x	
Honduras	x			x				x		
Jamaica		x				x		x		
México		x				x		x		
Nicaragua		x				x		x		
Panamá		x				x		x		
Paraguay		x				x		x		
Perú			x		x				x	
Rep. Dominicana		x			x			x		
Trinidad-Tabago		x				x		x		
Venezuela		x				x		x		

Solamente 4 países consideran que las normas técnicas a que se sujeta el funcionamiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica son adecuadas. En los países restantes excepto uno, dichas normas se encuentran en revisión, o su elaboración está en proyecto. Esta situación, al tiempo que indica la situación de precariedad en que han estado funcionando los sistemas, muestra también el propósito de los países de introducir mejoras en ellos, atendiendo a las recomendaciones del Plan Decenal.

Un sistema de vigilancia epidemiológica esencialmente está constituido por un flujo permanente de información. Aún si el sistema contara con un conjunto de técnicas de análisis y de operación perfectas, la eficacia y eficiencia de su funcionamiento dependerán casi en su totalidad de cuán eficaz sea el sistema de información que lo alimenta. Solamente 3 países consideran que su sistema de información es eficiente; en otros 4 se estima deficiente, y en la mayoría (2 de cada 3) se halla en revisión.

En cuanto a la cobertura geográfica del sistema de vigilancia epidemiológica, en la mayoría, 15 países (más de 2 de cada 3) tiene una cobertura total, mientras que en 5 países solamente cubre parte del país (en algunos de éstos las áreas llamadas de registro). En un país la cobertura geográfica se halla en estudio.

IV. EL PROCESO DE PLANIFICACION Y EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

1. EL SISTEMA DE SALUD

Se han fijado metas respecto a la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud		1.1 Definición del sistema					1.2 Componentes del sistema			1.3 Tipo de sistema		1.4 Formalización del sistema	
		Definido	En proceso de definición	No definido	Todo el sector	Todo el subsector público	Parte del subsector público	No definido	Único	Coordinado	No definido	Formalizado	En proceso de formalización
Si	No												

Barbados	x /1			x		x				x			x
Bolivia		x							x		x		
Brasil			x										
Canadá	x		x			x				x		x	
Colombia	x		x			x					x		x
Costa Rica	x			x		x				x		x	
Chile		x /2		x		x				x			x
Ecuador	x			x		x				x		x	
El Salvador	x		x			x				x		x	
Estados Unidos	x		x				x			x			x
Guatemala	x		x			x				x		x	
Guyana	x		x			x				x		x	
Honduras	x		x				x						x
Jamaica		x		x			x			x		x	
México	x		x			x				x		x	
Nicaragua	x			x			x			x		x	
Panamá	x			x				x				x	
Paraguay		x		x				x		x		x	
Perú	x		x			x				x		x	
Rep. Dominicana	x		x									x	
Trinidad-Tabago	x		x			x				x		x	
Venezuela	x		x					x		x		x	

/1 Parcialmente. /2 En proceso.

**META REGIONAL:** *Implantar y desarrollar en cada país de la Región un sistema adecuado a sus propias características nacionales en función de una política sectorial.*

El sistema de servicios de salud de un país está constituido por los elementos -personas, facilidades físicas y otros recursos, organizados formal o informalmente, destinados específicamente a la realización de ciertas acciones sobre las personas o sobre su ambiente (servicios de salud), destinadas a promover, proteger y restablecer la salud de la población.

Todo país cuenta con un sistema de servicios de salud de diversos grados de complejidad y de integración; con variadas configuraciones en su organización formal e informal; con un mayor o menor número de instituciones componentes, públicas o privadas; operando con distintos componentes tecnológicos; obteniendo en su desempeño diversos niveles de cobertura, de eficacia, de eficiencia, etc. El estado actual de estos sistemas es resultado del decantamiento de la operación, a lo largo de muchos años, de variadas orientaciones dadas por las políticas de salud contingentes que, según lo expresado por los Ministros de Salud, era necesario revisar, reajustar o reformular, con el propósito de fijar objetivos congruentes con los objetivos nacionales del desarrollo general. Estos objetivos no solamente se refieren al estado de salud que se desea alcanzar, sino que al mismo tiempo indican la configuración y características funcionales del sistema de servicios de salud que se requiere para que se alcancen los objetivos propuestos en salud.

Resulta fácil entender por qué se propuso la meta regional expresada acerca de la implantación y desarrollo de un sistema de servicios de salud y como es que 18 de los 22 países participantes en la evaluación (4 de cada 5) se han fijado metas de alguna naturaleza acerca de la organización y funcionamiento de su sistema de salud.

Los sistemas nacionales han de requerir de una serie de modificaciones y adecuaciones, que no podrían efectuarse si no se contara con un análisis del sistema actual que permita hacer proposiciones factibles y viables. Es por lo tanto una condición previa el tener al sistema bien definido, entendiéndose por ello la determinación de los elementos y componentes que lo constituyen, de las relaciones que los vinculan y de los factores del ambiente que lo influye. Según las respuestas de 21 países, hasta el año 1974, 13 (casi 3 de cada 5) tenían ya definido el sistema, mientras que los 8 restantes se hallaban en proceso de definirlo. Desde luego no se cuenta a partir de las respuestas, con el grado de definición al que se llegó en cada caso, ni el procedimiento empleado para hacerlo.

De los 21 países que habían definido el sistema o que se hallaban en proceso de definirlo, solamente 5 (algo más de 1 de cada 5) lo concebían conformado por todas las instituciones del sector salud (público y privado). Otros 10 países (algo más de 2 de cada 5) lo consideran constituido por todas las instituciones que conforman el subsector público solamente, lo cual les da diversos grados de cobertura institucional, según la importancia que tenga el subsector privado. Por último hay 6 países (más de de cada 5) que consideran al subsistema constituido por una parte del subsector público (el Ministerio de Salud solamente o con el Seguro Social).

En cuanto al tipo de sistema, 6 países declaran que su sistema es "único", es decir, con dependencia técnica y administrativa de un sólo comando central. Tres de éstos definen su sistema como conformado por el subsector público y los otros 3 por sólo parte de dicho subsector. En los 14 países restantes (2 de cada 3), en cambio, el sistema se define como de tipo "coordinado".

Sólo 9 países (poco más de 2 de cada 5) tienen formalizado su sistema de salud, es decir, sancionado por ley o por algún tipo de disposición formal o reglamentaria que lo hace mandatorio para todos. En otros 8 países se halla en proceso de formalización.

2. POLITICA DE SALUD

	Se establecieron metas en relación a las políticas de salud		2.1 Definición				2.2 Formalización				2.3 Prioridades		2.4 Plazo		2.5 Cobertura				
	Sí	No	Definida	En proceso de definición	No definida	Declarativa	Por ley	Declarativa	Por ley	No formalizada	Establecida	No establecida	Todo el país	Parte del país	Mirra	Político-administrativa	Institucional	Programática	Poblacional
Barbados	x		x			x			x			1973-77	x		x	x			x
Bolivia	x		x		x				x			1973-78	x			x	x		x
Brasil	x		x			x								x					x
Canadá	x		x			x			x			1975-78	x		x				x
Colombia	x		x		x				x			1975-78	x		x	x			x
Costa Rica	x		x		x				x			1974-80	x		x	x			x
Chile		x	x			x			x				x		x	x			x
Ecuador	x		x		x				x			1973-77	x			x	x		x
El Salvador	x		x						x			1973-77	x		x	x			x
Estados Unidos	x		x		x				x			1977-81	x		x	x			x
Guatemala	x		x		x				x			1974-80	x		x	x			x
Guyana	x		x						x	x		1971-80	x		x	x			x
Honduras	x		x		x				x			1974-80	x		x	x			x
Jamaica	x		x			x			x			1974-80	x		x	x			x
México	x		x		x				x			1974-83	x			x			x
Nicaragua	x		x		x				x			1976-80	x		x	x			x
Panamá	x		x			x			x			1972-81	x			x	x		x
Paraguay	x		x			x			x			1976-80	x			x	x		x
Perú	x		x			x			x			1975-78	x		x	x			x
Rep. Dominicana	x		x		x				x			1973-80	x		x	x			x
Trinidad-Tabago	x		x		x				x			1967-76	x		x	x			x
Venezuela	x		x		x				x			1975-80	x			x	x		x

**META REGIONAL:** Definición en cada país de la política de salud consistente con el desarrollo económico social, en la que se especifiquen claramente los objetivos y los cambios estructurales necesarios para alcanzarlos.

Veintiún países manifestaron haber establecido metas en relación con la formulación de sus políticas de salud. Este hecho significa un masivo reconocimiento de la importancia que tiene la formulación de una política de salud y el interés que los países le dan al cumplimiento de esta meta del Plan Decenal de Salud.

2.1 Definición de la política

Dieciséis países habían definido su política en el año 1974 mientras que los seis restantes de los 22 que informan estaban en proceso de definirla.

2.2 Formalización

En 16 países se había formalizado la política en forma declarativa y en 4 por ley nacional; en 6 países se encontraba la política en proceso de formalización y en uno no se había formalizado.

2.3 Prioridades

Veintiún países establecen prioridades en su política de salud, haya sido ésta definida o no.

2.4 Plazos

Según lo declarado por 20 países los plazos fijados por sus políticas se encuentran entre 4 y 10 años. Solamente 3 países la habían iniciado entre 1967 y 1972; el año 1973 cinco países iniciaron el plazo de su política y otros 5 durante el año 1974. Los 7 países restantes manifestaron la iniciación de su plazo entre 1975 y 1977.

2.5 Cobertura

Veinte países manifiestan que la cobertura político-administrativa de la política de salud se refiere a todo el país. En 2 países, en cambio, la cobertura de ciertos aspectos de la política es nacional y de ciertos otros aspectos es parcial.

En 11 países la cobertura de la política de salud es tal que cubre todas las instituciones del sector salud; en otros 10, en cambio, el ámbito de la política es solamente institucional, es decir, que se refiere sólo a una o a algunas de las instituciones del sector salud.

En 18 países la política se refiere a todas las áreas programáticas del sector, mientras que en 4 países solamente tiene una cobertura limitada a algunas áreas programáticas.

En 8 países la política no tiene referencia a la cobertura de algunos grupos prioritarios; en cambio en los 14 países restantes la política especifica la atención prioritaria a ciertos grupos de población.

3. ESTRATEGIAS

	Se ha establecido metas para la formulación e implantación de las estrategias		3.1 Formulación de las estrategias		3.2 Cobertura de las estrategias		3.3 Programación de las estrategias		3.4 Componentes de la programación de las estrategias				
	Si	No	Formuladas	En proceso de formulación	Todas las áreas de la política	Algunas áreas de la política	Se programaron	Programación parcial o en proceso	No se programaron	3.4.1 Análisis de Factibilidad			
										Efectuado		Previsto	
Barbados	x	/1		x	x		x					x	
Bolivia	x		x		x		x			x			
Brasil													
Canadá		x		x	x				x		x		
Colombia	x			x	x		x			x			
Costa Rica	x		x		x				x				
Chile		x		x				x	x				
Ecuador	x		x		x		x			x		x	
El Salvador	x		x		x				x				
Estados Unidos	x		x		x		x			x		x	
Guatemala	x		x		x								
Guyana	x		x		x					x		x	
Honduras	x		x		x					x			
Jamaica		x		x	x		x			x		x	
México	x		x		x		x			x			
Nicaragua	x		x		x								
Panamá	x		x		x					x			
Paraguay	x			x	x							x	
Perú	x		x		x					x			
Rep. Dominicana	x		x		x							x	
Trinidad-Tabago	x		x				x					x	
Venezuela	x		x				x			x		x	

/1 Parcialmente.

En 18 de 21 países que informan se han establecido metas para la formulación e implementación de las estrategias.

3.1 Formulación de las estrategias

Según lo declarado por 15 de 21 países, las estrategias en salud han sido ya formuladas mientras que en los 6 restantes se hallan en proceso de formulación.

3.2 Cobertura de las estrategias

En 13 de 20 países que respondieron, las estrategias han sido diseñadas para cubrir todas las áreas enunciadas por la política. En los otros 7, la cobertura alcanza solamente algunas de dichas áreas.

3.3 Programación de las estrategias

Según informan, 10 de 21 países han programado ya sus estrategias, 9 se hallan en proceso de programación o las han programado parcialmente y 2 no las han programado pero proyectan hacerlo.

3.4 Componentes de la programación de las estrategias

3.4.1 Análisis de factibilidad

Siete de 18 países declaran haber efectuado ya el análisis de factibilidad de todas sus estrategias, 9 lo han hecho en solamente algunas de ellas y 2 no han efectuado análisis de factibilidad. Salvo uno de los países mencionados, todo el resto tiene previsto realizar el análisis de factibilidad de todas o de algunas de sus estrategias.

3. ESTRATEGIAS (continuación)

3.4 Componentes de la Programación de las Estrategias (conclusión)													
3.4.2 Análisis de consistencia interna		3.4.3 Análisis de consistencia con la política		3.4.4 Ajuste de las estrategias		3.4.5 Consolidación de las estrategias y técnicas y apertura de programas		3.4.6 Formulación de normas técnicas y administrativas		3.4.7 Ajuste con los niveles ejecutivos			
Efectuado	Pre-visto	Efectuado	Pre-visto	Efectuado	Pre-visto	Efectuado	Pre-visto	Efectuado	Pre-visto	Efectuado	Pre-visto		
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		

Barbados													
Bolivia		x											
Brasil													
Canadá													
Colombia													
Costa Rica													
Chile													
Ecuador													
El Salvador													
Estados Unidos													
Guatemala													
Guyana													
Honduras													
Jamaica													
México													
Nicaragua													
Panamá													
Paraguay													
Perú													
Rep. Dominicana													
Trinidad-Tabago													
Venezuela													

3.4.2 Análisis de consistencia interna

Doce países informan haber realizado el análisis de consistencia interna de sus estrategias. Cuatro de los que no lo hicieron se proponen realizar en el futuro dicho análisis.

3.4.3 Análisis de consistencia con la política

Trece países informan haber efectuado el análisis de consistencia de las estrategias con la política. De los 7 países restantes que informaron no haber efectuado el análisis, sólo 3 tienen previsto hacerlo.

3.4.4 Ajuste de las estrategias

De los 20 países que informaron, sólo 7 manifiestan haber realizado el ajuste de sus estrategias y 8 de los 13 que no lo hicieron tienen previsto efectuarlo.

3.4.5 Consolidación de las estrategias y apertura de programas

En 13 de los 20 países informantes se ha efectuado la consolidación de las estrategias y la apertura de programas; los 7 restantes tienen previsto efectuarla.

3.4.6 Formulación de normas técnicas y administrativas

De 21 países, 11 informan haber formulado las normas técnicas y administrativas para el funcionamiento del sistema y 9 se proponen hacerlo.

3.4.7 Ajuste con los niveles ejecutivos

La etapa del ajuste de las estrategias con los niveles ejecutivos se ha llevado a efecto en 10 de 21 países que informaron, mientras que en otros 10 se tiene previsto realizar tal ajuste.

3. ESTRATEGIAS (continuación)

3.5 Contenido de la Programación de las Estrategias																	
3.5.1 Programación de servicios a las personas			3.5.2 Programación de servicios al medio ambiente			3.5.3 Programación de la participación de la comunidad			3.5.4 Programación de las inversiones			3.5.5 Programación de los recursos humanos			3.5.6 Programación de la adecuación administrativa		
Si	No	Pre-vis-ta	Si	No	Pre-vis-ta	Si	No	Pre-vis-ta	Si	No	Pre-vis-ta	Si	No	Pre-vis-ta	Si	No	Pre-vis-ta

Barbados	x				x							x					x
Bolivia			x						x	x					x		
Brasil																	x
Canadá	x	x		x					x					x			
Colombia	x		x						x			x	x			x	
Costa Rica	x		x			x			x			x			x		
Chile		x			x				x			x			x		x
Ecuador	x		x			x			x			x			x		
El Salvador	x		x			x			x			x			x		
Estados Unidos	x		x			x			x			x			x		
Guatemala	x		x			x			x			x			x	x	
Guyana	x	x		x	x		x	x	x	x		x	x		x	x	x
Honduras	x		x			x			x			x			x		
Jamaica	x	x		x	x		x	x									
México	x		x			x						x					x
Nicaragua	x		x			x			x			x			x		
Panamá	x		x			x			x			x	x		x	x	
Paraguay	x				x	x			x			x			x		
Perú	x		x					x	x			x			x	x	
Rep. Dominicana	x		x					x				x			x		
Trinidad-Tabago	x	x	x		x	x			x			x	x		x	x	x
Venezuela	x				x				x	x		x					x

3.5 Contenido de la programación de las estrategias

3.5.1 Programación de servicios a las personas

Quince de 21 países han efectuado la programación de servicios a las personas; 4 de los restantes prevén realizarla en el futuro.

3.5.2 Programación de servicios al medio ambiente

Esta programación se ha efectuado en 14 de 21 países, y en 6 de los restantes se prevé su realización.

3.5.3 Programación de la participación de la comunidad

Esta programación se ha efectuado en 10 de los 21 países informantes. En 7 de los 11 que no la efectuaron está prevista.

3.5.4 Programación de las inversiones

De los 20 países que informan, 11 manifiestan haber efectuado la programación de sus inversiones, la cual está prevista en 5 de los 8 que no la han efectuado aún.

3.5.5 Programación de los recursos humanos

Nueve de los 20 países informan haber hecho la programación de los recursos humanos y 9 de los 11 restantes manifiestan tener dicha programación en proyecto.

3.5.6 Programación de la adecuación administrativa

En 10 de los 20 países informantes se ha efectuado la programación de la adecuación administrativa y en 8 de los 10 restantes se encuentra en proyecto.

3. ESTRATEGIAS (conclusión).

3.5 Contenido de la Programac. de Las Estrategias (concl.)													3.6 Programación del Corto Plazo				
3.5.7 Programación del financiamiento				3.5.8 Programación del sistema de información-evaluación-control				3.5.9 Programación de las investigaciones				3.5.10 Programación de otras áreas	Participación del nivel local				
SI	No	Pre- vista		SI	No	Pre- vista		SI	No	Pre- vista		Se hizo	No se hizo	Parcial	SI	No	Parcial

Barbados	x				x			x				x					x	
Bolivia	x				x			x	x						x	x		
Brasil																		
Canadá		x			x	x		x	x				x	x				x
Colombia			x	x				x	x									
Costa Rica	x			x				x										
Chile																		
Ecuador		x																
El Salvador	x			x				x										
Estados Unidos			x	x														
Guatemala			x															
Guyana		x																
Honduras					x	x		x										
Jamaica	x							x										
México		x																
Nicaragua																		
Panamá	x																	
Paraguay	x																	
Perú	x																	
Rep. Dominicana	x																	
Trinidad-Tabago		x	x					x	x									
Venezuela	x																	

3.5.7 Programación del financiamiento

Esta programación se ha efectuado en 11 de los 20 países y en 5 de los 9 restantes se tiene prevista.

3.5.8 Programación del sistema de información-evaluación-control

De 21 países, 9 informan haber llevado a cabo la programación de dicho sistema y 10 de los 12 restantes se proponen efectuarla.

3.5.9 Programación de las investigaciones

Solamente en 5 de 21 países se tienen programadas las investigaciones, mientras que 7 de los 16 restantes manifiestan haber previsto dichas programaciones.

3.5.10 Programación de otras áreas

Sólo 6 de 19 países manifiestan haber hecho programación de otras áreas y uno tiene prevista dicha programación.

3.6 Programación del corto plazo

En 16 de 21 países se informa haber llevado a efecto la programación del corto plazo y los 5 restantes manifiestan tener prevista dicha programación.

En 18 de 19 países se manifiesta que los niveles locales han participado en la programación del corto plazo aunque en 7 de ellos dicha participación ha sido solamente parcial.

4. ADMINISTRACIÓN

Se fijaron metas para la adecuación administrativa y para el funcionamiento de los servicios administrativos	4.1 Reforma Administrativa										4.2 Macroadecuación Administrativa								
	Existe un proceso de Reforma Administrativa										Se ha hecho un diagnóstico sectorial			Se ha hecho el análisis de las instituciones más importantes del Sector			Proposiciones consideradas para la macroadecuación.		
	DEL SECTOR PÚBLICO					DEL SECTOR SALUD					Ministerio	Seguro Social	Otras	SI	No	Macroadecuación en proyecto			
	SI	No	En estudio	SI	No	En proyecto	SI	No	En proyecto										

Barbados	x			x	x				x	x		x	x				x
Bolivia	x		x		x				x	x		x	x				x
Brasil	x		x		x				x			x	x	x	x		
Canadá		x	x					x	x								
Colombia	x		x		x				x			x	x	x	x		
Costa Rica	x		x		x				x			x	x	x	x		x
Chile	x		x		x				x			x	x	x	x		
Ecuador	x		x		x				x	x		x					x
El Salvador	x		x		x				x			x					x
Estados Unidos	x		x		x				x			x					x
Guatemala	x		x		x				x			x	x	x	x		x
Guyana	x			x	x				x			x					
Honduras	x		x		x	x			x			x	x				
Jamaica	x		x		x	x			x			x					
México	x		x		x				x			x	x	x	x		x
Nicaragua	x		x						x			x					
Panamá	x		x		x				x			x	x	x	x		x
Paraguay		x	x						x			x	x	x	x		x
Perú	x		x		x				x			x	x				x
Rep. Dominicana	x			x					x			x	x				x
Trinidad-Tabago		x	x		x				x	x							x
Venezuela	x		x		x				x			x	x				x

En 19 de los 22 países que informan acerca de este rubro se han fijado metas para la adecuación administrativa y el funcionamiento de los servicios administrativos.

4.1 Reforma administrativa

En 13 países se declara la existencia de un proceso de reforma administrativa del sector público y en 3 de los 9 restantes tal reforma se encuentra en estudio. En 14 países en que dicho proceso existe o se encuentra en estudio, el sector salud tiene participación.

En 16 países se manifiesta la existencia de un proceso de reforma administrativa del sector salud y en otros 3 tal reforma se encuentra en proyecto.

4.2 Macroadecuación administrativa

Diez de los 22 países informantes declaran haber efectuado el diagnóstico sectorial y en uno se halla en proyecto. En 15 países se ha hecho el análisis de las instituciones más importantes del sector. En 13 de ellos se trata del Ministerio de Salud, en 7, además, se ha incluido al Seguro Social y en 10 países se ha incorporado a otras instituciones.

En 9 de los países en que se llevó a efecto el diagnóstico sectorial, la macroadecuación administrativa tomó en cuenta las proposiciones emergentes de dicho diagnóstico; en otros 6 países, además, se proyecta efectuar la macroadecuación.



4. ADMINISTRACIÓN (cont.)

4.3 Adecuación de la Administración Institucional														
4.3.1 Reestructuración Intrainstitucional						4.3.2 Organización de los Servicios Administrativos según Niveles de Operación					4.3.3 Legislación y Reglamentación Orgánica			
Del Ministerio		Del Seguro Social		De otras instituc.		Del Ministerio		Del Seguro Social		De otras instituc.		Ley Orgánica del Sector	Reglamento Orgánico Instituc.	
SI	No	En proyecto	SI	No	En proyecto	SI	No	En proyecto	SI	No	En proyecto	SI	No	Otros

Barbados	x	x		x	x	x					x		x		x	x
Bolivia		x		x		x			x				x			x
Brasil	x		x		x			x				x			x	x
Canadá		x						x			x					
Colombia	x		x		x					x	x				x	x
Costa Rica		x		x		x		x		x			x		x	x
Chile	x		x		x			x		x			x		x	x
Ecuador	x		x		x			x		x					x	x
El Salvador						x									x	
Estados Unidos	x		x			x		x					x			x
Guatemala	x			x	x	x	x		x	x		x	x		x	x
Guyana		x						x							x	
Honduras	x			x	x					x	x				x	x
Jamaica		x													x	
México	x		x		x			x		x					x	x
Nicaragua		x													x	x
Panamá	x				x				x							
Paraguay		x													x	
Perú		x	x		x				x						x	x
Rep. Dominicana	x		x			x		x		x					x	x
Trinidad-Tabago			x										x		x	
Venezuela			x										x			

4.3 Adecuación de la administración institucional

4.3.1 Reestructuración intrainstitucional

En 11 de los 22 países informantes se manifiesta haber llevado a efecto la reestructuración del Ministerio de Salud y en 9 de los 11 restantes se proyecta efectuar la misma. En cambio, solamente 8 países declaran que se ha efectuado la reestructuración del Seguro Social, habiendo un proyecto para hacerlo en otros 4. Asimismo, 7 países han efectuado la reestructuración de otras instituciones del sector y otros 5 países proyectan hacerlo.

4.3.2 Organización de los servicios administrativos

La organización de los servicios administrativos según niveles de operación del sistema de salud se ha efectuado en los Ministerios de Salud de 15 de los 21 países que informan, habiendo, además, 5 países que se proponen hacerlo. En 8 países se informa de tal organización realizada en las instituciones del Seguro Social, habiendo el proyecto también de efectuarla en 4 de ellas. Por último, 6 países informan tal organización por niveles de operación en otras instituciones del sistema de salud y otros 3 países se proponen realizarla.

4.3.3 Legislación y reglamento orgánico

En 7 de 21 países informantes existe una ley orgánica del sector salud y en 5 del resto de países dicha ley orgánica se encuentra en estudio. La existencia de reglamentos orgánicos institucionales es declarada para los Ministerios de Salud en 12 países, para el Seguro Social en 8, y para otras instituciones del sector en 13 países.

4. ADMINISTRACION (concl.)

4.3 Adecuación de la Administración Institucional (concl.)															
4.3.4 Reestructuración y Adecuación de los Servicios Administrativos (conclusión)										4.3.5 Desarrollo e implantación de manuales de procedimientos administrativos para uso en todos los niveles de la administrac.					
(e) COMUNICACIONES				(f) TRANSPORTES				(g) SERVICIOS GENERALES							
SI	No	En Proceso	En Proyecto	SI	No	En Proceso	En Proyecto	SI	No	En Proceso	En Proyecto	SI	No	En Proceso	En Proyecto

Barbados			x		x				x				x		
Bolivia		x			x					x				x	
Brasil		x				x				x				x	
Canadá	x				x				x				x		
Colombia		x				x			x					x	
Costa Rica			x				x				x				x
Chile		x			x				x					x	
Ecuador			x			x				x				x	
El Salvador			x		x				x				x		
Estados Unidos	x			x				x				x			
Guatemala			x			x				x				x	
Guyana		x				x				x				x	
Honduras		x			x				x					x	
Jamaica		x			x				x					x	
México	x			x					x					x	
Nicaragua			x				x				x				x
Panamá		x				x				x				x	
Paraguay		x			x					x				x	
Perú			x			x				x				x	
Rep. Dominicana			x			x				x				x	
Trinidad-Tabago				x		x				x					x
Venezuela	x			x				x						x	

e) Comunicaciones

Los servicios de comunicaciones se han reestructurado y adecuado en 3 países y en otros 7 se están desarrollando acciones con tal fin. En 5 de los 12 países restantes se tiene el proyecto de actuar sobre este campo.

f) Transportes

Sólo 3 países declaran haber reestructurado y adecuado su servicio de transporte. Se desarrollan actividades a tal fin en 9, y en 2 de los 10 restantes existen proyectos para hacerlo más adelante.

g) Servicios generales

Cuatro países manifiestan que estos servicios han sido reestructurados y adecuados; en otros 7 tal actividad está en proceso y en 3 de los 11 restantes se tiene el proyecto de llevarlos a cabo.

4.3.5 Manuales de procedimientos

Catorce países declaran estar en proceso de desarrollo e implantación de manuales de procedimientos administrativos para uso en todos los niveles de la administración. Solamente dos consideran dicha acción ya efectuada, mientras que otros 4 se proponen hacerlo eventualmente.

4. ADMINISTRACIÓN (cont.)

4.3 Adecuación de la Administración Institucional (cont.)															
4.3.4 Reestructuración y Adecuación de los Servicios Administrativos															
(a) PERSONAL				(b) PRESUPUESTO				(c) CONTABILIDAD				(d) SUMINISTROS			
SI	NO	En Proceso	En Proyecto	SI	NO	En Proceso	En Proyecto	SI	NO	En Proceso	En Proyecto	SI	NO	En Proceso	En Proyecto

Barbados			x	x				x							x
Bolivia	x				x			x						x	
Brasil		x				x			x					x	
Canadá	x					x			x					x	
Colombia		x				x			x					x	
Costa Rica			x				x			x					x
Chile			x	x					x						x
Ecuador		x				x			x					x	x
El Salvador		x			x				x					x	
Estados Unidos	x				x			x					x		
Guatemala		x				x			x					x	
Guyana		x				x			x					x	
Honduras		x				x			x					x	
Jamaica	x				x			x						x	
México	x				x			x						x	
Nicaragua			x				x			x					x
Panamá		x					x			x					x
Paraguay		x			x				x					x	
Perú		x			x				x					x	
Rep. Dominicana		x				x			x					x	
Trinidad-Tabago			x				x			x				x	
Venezuela	x				x			x						x	

4.3.4 Reestructuración y adecuación de los servicios administrativos

Se ha obtenido respuesta con respecto a la situación de los servicios administrativos de 22 países con los siguientes resultados.

a) Personal

En 4 países se ha efectuado la reestructuración y adecuación de los servicios de personal. En 8 se halla en proceso y en 10 no se ha efectuado pero se encuentra en proyecto.

b) Presupuesto

Se han reestructurado y adecuado los servicios en 8 países y tal actividad se halla en proceso en otros 8. De los 6 restantes, 4 se proponen hacerlo.

c) Contabilidad

Los servicios de contabilidad se han reestructurado y adecuado en 7 países y en otros 7 tal actividad se encuentra en proceso. Tres de los 8 restantes tienen en proyecto realizarla.

d) Suministros

En 4 países se ha reestructurado y adecuado el servicio de suministros; en otros 9 tal actividad se halla en proceso y en 3 de los 9 países restantes se proyecta hacerlo.

5. SISTEMAS DE INFORMACION

	Se establecieron metas para la organización y funcionamiento de un sistema de información		5.1 Organización de un Sistema de Información				5.2 Cobertura del Sistema								
							Político-administrativa			Sectorial			Programática		
							Si	No	Organizado	En ejecución	En proyecto	No proyectado	Nacional	Parcial	Mixta
Barbados	x					x		x				x			x
Bolivia		x													
Brasil	x				x		x			x			x		
Canadá		x		x					x			x			x
Colombia	x			x			x			x			x		
Costa Rica	x		x				x			x					x
Chile	x				x		x			x			x		
Ecuador	x			x				x			x				x
El Salvador	x		x				x				x		x		
Estados Unidos /1	x														
Guatemala		x			x			x			x				x
Guyana	x			x				x				x			x
Honduras	x			x			x			x			x		
Jamaica		x			x		x			x			x		
México	x				x		x			x			x		
Nicaragua		x													
Panamá	x		x				x			x			x		
Paraguay		x		x					x			x			
Perú	x			x					x			x			x
Rep. Dominicana	x				x			x			x		x		
Trinidad-Tabago		x			x		x			x			x		
Venezuela	x			x			x			x			x		

/1 Las respuestas se refieren a las actividades del nivel federal y no al país en su totalidad. Dado que aún a nivel federal existen diversas actividades bajo autoridades independientes, las respuestas deben tomarse solo como aproximaciones para los numerales 5.1, 5.2, 5.4, 5.5.8 y 5.5.9.

**META REGIONAL:** *Implantar y desarrollar sistemas de información, evaluación, control y decisión con la profundidad y el detalle que requieren los procesos de administración y planificación.*

La dinámica de la planificación para el desarrollo de los sistemas de salud de los países que se presentó durante el último decenio puso claramente de manifiesto las deficiencias de los sistemas de información que alimentan los procesos gerenciales y administrativos en todas sus etapas, acerca de los cuales el Plan Decenal hace recomendaciones específicas. En efecto, a pesar de que los países han realizado esfuerzos importantes en las dos décadas pasadas por mejorar la producción de los datos, los sistemas de información necesarios para orientar oportunamente los procesos decisivos son inexistentes o presentan deficiencias en su cobertura, en su confiabilidad y, muy especialmente, en su sincronía con el proceso administrativo mismo para que alimenten oportunamente las etapas de evaluación y control, y el proceso decisorio en general. Ciertamente, no puede asegurarse que las deficiencias de tales procesos se deban a la falta de información, ya que independientemente de que ésta exista o no, las decisiones deben ser tomadas; más bien es evidente que la programación de los procesos administrativos de evaluación y control, ha tenido fallas al no incluir convenientemente la operación de sus propios mecanismos para la producción de una información ajustada a los fines de su utilización específica.

A más de los fines inmediatos del uso para propósitos de control administrativo, la información tiene proyecciones de otra naturaleza en un sistema de salud. Debidamente recopilada, almacenada y tratada, ella se transforma en fuente de conocimiento substantivo que alimenta la teoría y el método, agregando a la inteligencia del sistema. Es fácil advertir que los sistemas de información de los países presentan niveles de desarrollo relativamente bajos en este aspecto, si se considera, por ejemplo, que los sistemas de vigilancia y la inteligencia epidemiológica son deficientes, como también lo son los programas de investigación en general y operativa en particular.

5.1 Organización de un sistema de información

Siguiendo las recomendaciones del Plan Decenal, muchos países le están dando importancia al desarrollo de sus sistemas de información. Quince países (más de 2 de cada 3) se han establecido metas nacionales para la organización y funcionamiento de dichos sistemas. Doce países (más de la mitad) manifiestan que cuentan con un sistema de información organizado, operando en 9 de ellos. El resto de países, con excepción de 2, tienen proyectos de organización de dichos sistemas. Esta situación, que podría ser muy alentadora, debe ser relativizada, puesto que es claro que en estas respuestas de los países no está contenida la información respecto de lo que en ellos se concibe como un sistema de esta naturaleza ni acerca de su eficiencia, productividad, etc. Las respuestas pueden ser consideradas solamente como un indicador del interés que se ha despertado en este campo.

5.2 Cobertura del sistema

La cobertura político-administrativa de los sistemas en operación es nacional en la mitad de los países; es sólo parcial en 5 y mixta en 3 (cierta información cubre todo el país y otra solamente parte). En casi la mitad de los países el sistema cubre a todas las instituciones del sector salud; en 5 países sólo cubre algunas instituciones y en 4, la cobertura es mixta (cierta información cubre a todo el sector y otra solamente algunas instituciones). Finalmente, en más de la mitad de los países el sistema cubre la información de todos los programas de salud, mientras que en el resto solamente cubre algunos programas.

5. SISTEMAS DE INFORMACION (cont.)

	5.3 Coordinación de los Sistemas de Información									5.4 Establecimiento de Unidades de Información				
	Intersectorial			Interinstitucional			Interprogramas			A nivel sectorial	A nivel institucional			A nivel de programas
	Si	Parcial	No	Si	Parcial	No	Si	Parcial	No		Ministerio de Salud	Seguro social	Otras	
Barbados		x			x			x		x				x
Bolivia														
Brasil	x							x		x				
Canadá		x			x				x					x
Colombia	x				x			x		x				
Costa Rica		x			x			x		x	x	x	x	
Chile		x			x			x		x				
Ecuador	x				x			x		x				
El Salvador		x			x			x		x	x			
Estados Unidos		x			x			x						
Guatemala		x			x			x			x			
Guyana		x			x			x						
Honduras								x			x			
Jamaica	x							x		x				
México		x			x				x		x	x		
Nicaragua											x	x	x	
Panamá		x			x				x		x	x		
Paraguay		x			x						x			
Perú		x			x				x		x			
Rep. Dominicana			x		x				x		x			
Trinidad-Tabago	x				x			x		x				
Venezuela		x			x			x		x				

5.3 Coordinación de los sistemas de información

Los sistemas de información muestran a menudo sobreposiciones u omisiones que los hace poco eficientes y que pueden ser corregidas o evitadas mediante una buena coordinación entre ellos que facilite el enlace en las etapas de recolección, transmisión, producción, almacenamiento, etc. A juicio de 14 países (casi 3 de cada 4) la coordinación entre los sistemas de distintos sectores es sólo parcial o no existe. Esta es una situación muy deficiente sobre todo, si se considera la cantidad de información que requiere el sector para la planificación y que es común a los varios sectores del desarrollo: información demográfica, económica, social, ambiental, etc., de la cual el sector salud es usuario y productor en parte.

Igualmente indeseable es la situación en cuanto a la coordinación entre los sistemas de información de las instituciones que pertenecen al sector salud. En este caso, 13 países (también 3 de cada 4) consideran que tal coordinación es solamente parcial o que no existe. Dado el tipo de sistema de salud "coordinado" prevalente en la mayor parte de países de la Región, será necesario hacer mucho mayores esfuerzos para la promoción de sistemas de información comunes en ciertos aspectos y coordinados en otros.

Finalmente, 12 países (más de 3 de cada 5) juzgan que la coordinación entre los sistemas de información de los programas de salud es sólo parcial o no existe, lo cual es un indicador de la ineficiencia de la programación misma, así como de la persistencia dentro de los sistemas de salud de cierta verticalidad o tendencia al aislacionismo de determinados programas.

5.4 Establecimiento de unidades de información

La mitad de los países (11) tienen o se proponen establecer unidades de información que operan a nivel sectorial. También en la mitad de los países existen o serían establecidas unidades a nivel institucional, en los Ministerios de Salud. Sólo 4 países mencionan la existencia o la intención de establecer unidades de información en el Seguro Social.

5. SISTEMAS DE INFORMACION

	5.5 Areas de Información que cubre el Sistema											
	5.5.1 Recursos Humanos						5.5.2 Recursos Materiales					
	Disponibilidad		Formación		Utilización		Disponibilidad		Formación		Utilización	
	En operación	En organización	Meta nacional	No prevista	En operación	En organización	Meta nacional	No prevista	En operación	En organización	Meta nacional	No prevista
Barbados	x											
Bolivia												
Brasil												
Canadá		x										
Colombia												
Costa Rica	x											
Chile		x										
Ecuador												
El Salvador		x										
Estados Unidos	x											
Guatemala		x										
Guyana												
Honduras												
Jamaica												
México		x										
Nicaragua												
Panamá		x										
Paraguay												
Perú												
Rep. Dominicana												
Trinidad-Tabago												
Venezuela												

5.5 Areas de información que cubre el sistema

5.5.1 Recursos humanos

Las áreas de información acerca de la disponibilidad y de la utilización de los recursos humanos está siendo organizada, o se contempla como meta nacional para el decenio el organizarla, en 15 países (casi 4 de cada 5). Solamente 3 países manifiestan tener organizada y en operación esta área de información.

Una situación parecida se presenta con respecto a la formación de los recursos humanos. Esta es un área de información que sólo 4 países dicen tener organizada y en operación, mientras que 13 países (más de 3 de cada 5) contemplan su organización como meta nacional para el decenio, o la tienen en proceso de organización.

5.5.2 Recursos materiales

Cinco países (1 de cada 4) tienen organizada y en operación el área de información acerca de la disponibilidad de los recursos materiales, mientras que otros 14 países (casi 3 de cada 4) la están organizando o prevén su organización como meta nacional.

Tanto en el área de la formación como de la utilización de los recursos materiales, la información está siendo organizada o está prevista como meta nacional en 15 países (casi 4 de cada 5), y solamente 3 países manifiestan que estas áreas están en operación.

5. SISTEMAS DE INFORMACION (cont.)

	5.5 Areas de Información que cubre el Sistema (cont.)													
	5.5.3 Recursos Financieros						5.5.4 Producción de Servicios	5.5.5 Vigilancia epidemiológica	5.5.6 Saneamiento Ambiental	5.5.7 Programac. y Control Administrativo				
	Disponibilidad			Utilización										
En operación	En organización	Meta nacional	No prevista	En operación	En organización	Meta nacional	No prevista	En operación	En organización	Meta nacional	No prevista			
Barbados	x			x									x	
Bolivia														
Brasil		x			x	x		x	x				x	
Canadá		x			x			x						x
Colombia	x			x			x		x				x	
Costa Rica	x			x		x		x					x	
Chile					x			x					x	
Ecuador		x			x	x		x					x	
El Salvador	x			x		x		x					x	
Estados Unidos	x			x		x		x					x	
Guatemala	x			x		x		x					x	
Guyana	x			x		x		x					x	
Honduras				x		x		x					x	
Jamaica	x			x		x		x					x	
México	x			x		x		x					x	
Nicaragua		x			x			x	x				x	
Panamá	x			x		x		x					x	
Paraguay					x			x						
Perú	x			x		x		x					x	
Rep. Dominicana	x			x		x		x					x	
Trinidad-Tabago	x			x		x		x					x	
Venezuela	x			x		x		x					x	

5.5.3 Recursos financieros

El área de información acerca de la disponibilidad de los recursos financieros está organizada y en operación en la mitad de los países (9 de 18 que respondieron); en el resto, excepto uno en el que no se ha previsto, el área se encuentra en organización o se prevé su operación como meta nacional.

En cambio, solamente 7 de los 18 países informa que tienen en operación el área de información acerca de la utilización de los recursos financieros. Salvo uno que no la ha previsto, los demás países la están organizando o prevén su organización.

5.5.4 Producción de servicios

El área de información acerca de la producción de servicios se encuentra en operación en 7 de cada 10 países, y en el resto, excepto uno que no la ha previsto, está siendo organizada o se prevé su organización.

5.5.5 Vigilancia epidemiológica

La información para la vigilancia epidemiológica se encuentra organizada y funcionando en 12 países (casi 3 de cada 5) y se está organizando o se prevé su organización en otros 8 (2 de cada 5).

5.5.6 Saneamiento ambiental

Trece países (más de 3 de cada 5) cuentan con sistemas de información operando en el campo del saneamiento ambiental y el resto, salvo una excepción, los están organizando o tienen prevista su organización.

5.5.7 Programación y control administrativo

El área de la información para la programación y el control administrativo está siendo organizada o su organización está prevista en 3 de 4 países (de los 21 que informaron). Aparte de uno que no la ha previsto, solamente en 5 países (1 de cada 4) está funcionando esta área de información.

5. SISTEMAS DE INFORMACION (cont.)

5.5 Areas de Información que cubre el Sistema (cont.)													
5.5.8 Evaluación y Control de Programas Específicos													
Atención médica			Atención maternidad infantil			Nutrición		Inmunizaciones		Malaria		Tuberculosis	
En operación	En organización	Meta nacional	En operación	En organización	Meta nacional	En operación	En organización	Meta nacional	En operación	En organización	Meta nacional	En operación	En organización

Barbados		/1		/1		/1							
Bolivia													
Brasil													
Canadá		x		x			x		x		x		x
Colombia	x								x			x	
Costa Rica													
Chile									x				
Ecuador	x			x		x							x
El Salvador													
Estados Unidos													
Guatemala			x										
Guyana					x				x				
Honduras									x				
Jamaica			x			x							
México													x
Nicaragua		x		x								x	
Panamá										x			
Paraguay													
Perú													
Rep. Dominicana	x		x										
Trinidad-Tabago						x			x				
Venezuela	x		x									x	

/1 No se especifica estado del sistema de información.

5.5.8 Evaluación y control de programas específicos

A juzgar por las escasas respuestas obtenidas, el área de la evaluación y control de programas es una de las áreas críticas en los países. Con la posible excepción de los programas de erradicación de la malaria y de lo que deja insinuar el campo de la planificación familiar donde ellos existen, los programas más comunes y los de mayor envergadura no tienen muy bien definidos sus sistemas de información para la evaluación y el control, lo que equivale a decir que la programación misma deja mucho que desear al no incorporar los mecanismos indispensables para valorar los impactos, controlar las actividades y evaluar el cumplimiento de los objetivos.



5. SISTEMAS DE INFORMACION (concl.)

5.5 Areas de Información que cubre el Sistema (concl.)												5.6 Sistema de informes regular y escalonado para el control de las actividades de las unidades de atención			5.7 Uso de recursos de computación electrónica para el procesamiento de los datos		
5.5.8 Eval. y Cont. de Prog. Específ. (concl.)												5.5.9 Otras Areas					
Cáncer				Planificación familiar				Otros programas									
En operación	En organización	Meta nacional	No previsto	En operación	En organización	Meta nacional	No previsto	En operación	En organización	Meta nacional	No previsto	Existe	No existe	Pre-visto	En operación	No existe	Pre-visto

- Barbados
- Bolivia
- Brasil
- Canadá
- Colombia
- Costa Rica
- Chile
- Ecuador
- El Salvador
- Estados Unidos
- Guatemala
- Guyana
- Honduras
- Jamaica
- México
- Nicaragua
- Panamá
- Paraguay
- Perú
- Rep. Dominicana
- Trinidad-Tabago
- Venezuela

			/1										X				X	
X													X		X			X
	X				X			X					X		X			X
						X			X					X				X
	X								X				X					X
													X					X
													X					X
			X										X					X
													X					X
													X					X
													X					X
													X					X
													X					X
													X					X
													X					X
													X					X
													X					X
X													X					X

/1 No se especifica estado del sistema de información.

5.6 Sistemas de informes

El control de las actividades que realizan las unidades de atención se efectúa en base de la información recolectada por medio de un sistema de informes regular y escalonado. Los informes deben contener las metas fijadas para las actividades y los resultados obtenidos, de cuya comparación y explicación efectuada en cada uno de los diferentes escalones se obtiene la información para las decisiones correctivas del control.

De los 21 países que informaron, en 14 (2 de cada 3) existe tal sistema en operación. Solamente en 3 países el sistema no existe ni está previsto, mientras que en los 4 restantes se prevé su organización.

5.7 Uso de recursos de computación electrónica

El uso de computadores electrónicos para el procesamiento de los datos en los sistemas nacionales de información es aún escaso, aunque está cobrando fuerza como un mecanismo para el desarrollo y perfeccionamiento de los sistemas. De los 21 países que respondieron, solamente 3 (1 de cada 7) usan la computación electrónica para el procesamiento de los datos y en 11 (algo más de la mitad) su uso está previsto. Es posible esperar un desarrollo importante de este campo en los próximos años y que al finalizar la década los sistemas de información de más de las dos terceras partes de los países tengan acceso a la computación electrónica.

ESTADÍSTICAS VITALES											
Sistema de Registro, Recolección, Proceso, Análisis y Análisis de los Datos			Disponibilidad de datos (último año)		Calidad de la Información				Utilización		
Ade- cuado	Defi- ciente	Hay planes para mejorarlo	En publi- cación oficial	En tabu- laciones de uso interno	Ade- cuada	Aceptable solo en algunos rubros im- portantes	Defi- ciente	Se des- conoce (No se ha eva- luado)	Amplia	Res- trin- gida	Escasa
x		1976-80	1972	1973	x				x		
	x	1975		1969				x		x	
	x	1976	1973	1974				x		x	
x			1973	1974	x				x		
	x	1976-80		1972			x			x	
	x		1973	1974	x						
x			1973	1974	x				x		
x			1973	1974	x				x		
	x		1972	1973	x				x		
x	x	Continuos	1974	1975	x				x		
	x	1976	1972	1974			x		x		
	x	1975	1967		x				x		
	x	sí	1973	1973			x		x		
	x		1974		x						x
x			1972	1973	x				x		
	x	1977	1973	1973			x			x	
	x	sí	1974	1974		x			x		
	x	1975-76	1972 /1		x /1				x /1		
	x	1977		1974		x					x
x			1972		x				x		
x		1975	1973		x					x	

/1 Solamente defunciones.

ESTADÍSTICAS VITALES (cont.)												
Integridad de las estadísticas vitales		Subregistro Estimado				Fuente de Información acerca del Subregistro				Porcentaje de defunciones con certificación médica	Planes para mejorar la calidad y la cobertura de las Estadísticas Vitales	
		NACIMIENTOS		DEFUNCIONES		Encues- tas por mues- treo	Otras inves- tiga- ciones	En ba- se de datos de censos	Otras fuentes			Exis- ten
Se conoce	No se conoce	%	Año	%	Año							
x		0,5	1970	-	-			x		100	x	
	x	..		70-75	1969				x	..	x	
	x	..		..	..			x	x	..	x	
x		0	1974	0	1974		x			100		
	x	..		30	..	x		x		60		
	x	7,2 /1	1972	15,1 /2	1962-63		x			72,4		
	x	8,9	1973	..	..		x			78,6	..	..
x		14,6	1971	19,1	1971		x			45,1		
x		3,0	1971	40-45	1971			x		36,3	x	
x		1	1975	1	1975	x				-		
	x	..		..	..					27		
	x	..		..	..					95		
x		9,0	1971-72	43,7	1971-72	x				13	..	..
	x										x	
	x									75	x /3	
	x									/4	x	
x		67	1973	50	1974				x	36,2	x	
x		25	1940-61	42	1940-61		x			56	x	
x		8,6	1969	35,8	1969				x	45,5	x	
	x										x	
x				5,9	1971		x			78	x	

/1 Registro tardío. /2 Los sistemas de registro han mejorado manifiestamente a la fecha. /3 Cambio del sistema. /4 No hay certificado médico.

## 6. ESTADÍSTICAS DE SALUD

### 1 Estadísticas vitales

A pesar de la enorme importancia que tienen los indicadores de salud que provienen de las estadísticas vitales para la evaluación y el estudio de las tendencias en las condiciones de salud de los países, esta área de las estadísticas de salud ha sido la que menos ha progresado en los últimos 20 años.

Este sistema, en la mayoría de los países, depende para su registro y recolección de otras agencias o instituciones fuera del sector salud tales como el registro civil y los institutos nacionales de estadística.

El sector salud ha promovido, dentro de sus limitaciones, el perfeccionamiento de este sistema. De los 22 países de la Región que llenaron el cuestionario, todos informan tener algún sistema de registro, recolección, procesamiento y análisis de datos. Muchos de los países de América Latina (12 con 65% de la población) indican que este sistema es aún deficiente.

Las actividades de planificación y evaluación de los programas de salud así como la creciente demanda de información sobre nacimientos y defunciones por sectores económicos y sociales está obligando a los países a revisar sus sistemas de registro, recolección, procesamiento y análisis. Algunos países han procedido a recoger esta información por encuestas demográficas en base a muestreo. Otros están realizando estudios sobre subregistro a fin de mejorar los sistemas de registro civil. Otros están estudiando estimaciones de estadísticas vitales a través del análisis de los censos de población. Diez países informan que procederán a mejorar este sistema entre 1975 y 1980.

La disponibilidad de estos datos en publicaciones de amplia diseminación señalan, en forma más objetiva, la utilización de esta información. De los 22 países que informan, 3 tienen la información para 1974, 9 para 1973, 6 para 1972. Aunque en forma más restringida por estar disponibles sólo en tabulaciones de uso interno, 6 países tienen la información para el año 1974, 3 para el año 1973 y 1 para el año 1972. Falta, en la mayoría de los países, un adecuado análisis de esta información y su utilización real es muy limitada.

En cuanto a la calidad de la información, 8 países reconocen que ésta aún no es adecuada. Catorce de los 22 países tienen algún conocimiento sobre la integridad de las estadísticas vitales. En cuanto a nacimientos, 8 países señalan subregistros menores de 10%, 2 entre 10 y 25%, y uno con más del 60%.

En defunciones, la situación es mucho más deficiente. Se tiene alguna estimación del subregistro para 13 países. De éstos, 4 informan tener subregistros menores del 10%, 2 entre el 10 y 20% y el resto de los 7 países con porcentajes mayores del 30% (2 países señalan subregistros del 50% o más).

Otro factor que contribuye a la calidad de la información es el porcentaje de defunciones con certificación médica. De los 17 países para los que se tiene información, 6 países informan que menos del 50% de las defunciones tienen certificación médica (un país tiene sólo 27% y otro 13%), siete tienen entre el 50 y 80% y sólo 4 países tienen más del 95% de defunciones con certificación médica. No se conoce esta información para otros 4 países.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES														
	Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos			Cobertura			Disponibilidad de datos		Calidad de la información			Utilización			
	Adecuado	Deficiente	No existe planes para mejorarlo (año)	Todo el sector salud	Parcial	Sólo el sector público	Ultimo año		Adecuada	Aceptable solo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Zeranga
							1973	1974							
Barbados	x		1976-80	x			1973	1974	x			x			
Bolivia	x		1975			x	1970	1974		x				x	
Brasil	x		1976	x			1971	1973		x				x	
Canadá	x		-	x			1975	1975		x			x		
Colombia			1975-77	x				1974		x				x	
Costa Rica	x			x			1973	1974	x				x		
Chile	x				x		1973	1974	x				x		
Ecuador	x		1975-76	x			1975			x				x	
El Salvador	x				x		1974	1975	x					x	
Estados Unidos								1974	x				x		
Guatemala	x		1976			x									
Guyana	x				x			1974		x				x	
Honduras	x					x	1973	1974	x				x		
Jamaica	x			x				1974		x					x
México	x			x			1974	1974		x			x		
Nicaragua	x		1977			x									
Panamá							1973	1974		x			x		
Paraguay	x		81	x			1971		x				x		
Perú	x		1975-76		x			1974		x				x	
Rep. Dominicana	x		1977		x			1974		x				x	
Trinidad-Tabago	x		1975			x		1974		x				x	
Venezuela	x				x		1973			x					x

II Enfermedades transmisibles

Todos los países tienen algún sistema para el registro, recolección, procesamiento o análisis de datos. De los 22 países que contestaron el cuestionario, 7 países informan que el sistema en esta área de estadística es adecuado y 15 indican que el sistema es deficiente (14 países de América Latina con el 90.6% de la población).

Las campañas de control o erradicación de algunas enfermedades y las actividades de vigilancia epidemiológica han contribuido notablemente al mejoramiento de la notificación, análisis y utilización de la información sobre enfermedades transmisibles. Debido a la existencia de múltiples agencias del sector público de salud de carácter autónomo o semiautónomo, la cobertura de las estadísticas de salud se reduce, en muchos países, a los casos diagnosticados en establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud. Y, aún dentro del propio Ministerio de Salud, en muchos casos, la información se refiere sólo a establecimientos de cierta importancia o, por omisión de los informes de actividades de algunos establecimientos de salud, los casos atendidos por éstos no son incluidos en las estadísticas nacionales. De los 22 países para los cuales se tiene información, 5 países indican que su cobertura se limita sólo al Ministerio de Salud, otros 5 señalan que cubren parcialmente algunas otras agencias del sector público. En la mayoría de los países, sólo excepcionalmente se incluyen dentro de las estadísticas de enfermedades transmisibles, los casos diagnosticados por los médicos privados.

En esta área de las estadísticas de salud existen más publicaciones o información que en cualquier otra. Cuatro de los 22 países indican tener publicaciones con datos para el último año (1974) y en otros 13 se señala que ésta información está disponible en tabulaciones de uso interno.

En cuanto a la calidad de la información sólo 7 países informan que ésta es adecuada. En muchos casos la calidad se ve afectada por las limitaciones o la carencia de personal profesional y de servicios de laboratorio que permitan establecer el diagnóstico. En muchos casos ésta información es suministrada por personal auxiliar.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

MORBILIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS															
	Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de Los Datos				Cobertura			Disponibilidad de datos		Calidad de la información		Utilización			
	Adecuado	Deficiente	No existe	Hay planes para mejorar	Solo el sector salud	Solo el sector público		Ultimo año		Aceptable sólo en algunos países	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
						Completo	Parcial	Sólo el Ministerio de Salud	En publicación oficial						
Barbados	x			1976-80			x	1973	1974			x		x	
Bolivia	x			1975			x	1970	1973		x			x	
Brasil		x		1976				1973	1974			x		x	
Canadá		x		-				1971	1973	x				x	
Colombia		x		1975-77	x				1973		x			x	
Costa Rica		x		1975-80			x	1972	1972	x				x	
Chile		x		-		x		1969	1970	x				x	
Ecuador	x			1976				1973		x				x	
El Salvador		x		-			x		1971	x					x
Estados Unidos				-							x			x	
Guatemala	x			1976			x	1974			x			x	
Guyana		x		1975			x		1973		x			x	
Honduras		x		-			x	1973	1974	x				x	
Jamaica		x		-	x			1974			x				x
México	x			-	x			-	-		x			x	
Nicaragua		x		1977			x	1974	1974	x				x	
Panamá				-											
Paraguay		x		si	x			1973	1974	x				x	
Perú		x		1975-76	x			1965	1972	x				x	
Rep. Dominicana		x		1977			x		1974		x				x
Trinidad-Tabago		x		-			x		1973		x				x
Venezuela		x		1977			x	1973		x					x

III Morbilidad de pacientes hospitalizados

Si bien en todos los países la información sobre el diagnóstico del paciente se halla registrada en las historias clínicas, sólo 11 países de los 22 que informan, indican tener algún sistema de procesamiento y análisis de esta información.

En cuanto a cobertura, 8 países señalan que está limitada sólo al Ministerio de Salud. Los otros países señalan distintos grados de cobertura dentro del sector público y 6 países indican una cobertura teórica nacional, es decir, incluyen al sector privado. No se indica, sin embargo, el grado de integridad con que esta información se recoge. Un país utiliza para este propósito el sistema encuestas permanentes que permiten obtener buenas estimaciones de la morbilidad y realizar análisis específicos sobre aspectos más relevantes de los servicios de salud con gran flexibilidad en la utilización de los datos para la administración nacional y evaluación de estos establecimientos de salud.

Una gran limitación para la obtención oportuna de esta información, en muchos de los países, es el gran recargo que estos datos producen en los sistemas de procesamiento de información. Esto, por su parte, limita el análisis adecuado de los datos que, por lo general, no responden a las necesidades de información para la administración o evaluación de estos establecimientos de salud.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

	MORBILIDAD DE PACIENTES AMBULATORIOS															
	Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de Los Datos					Cobertura			Disponibilidad de datos		Calidad de la información		Utilización			
	Adecuado	Deficiente	No existe	Hay planes para mejorarlo	Todo el sector salud	Sólo el sector público			Ultimo año		Aceptable sólo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
						Completo	Parcial	Sólo el Ministerio de Salud	En publicaciones	En tabulaciones de uso interno						
Barbados	x			1976-80				x								x
Bolivia		x		1975					x							x
Brasil		x							x							x
Canadá	x								x							x
Colombia		x		1975-77	x						x					x
Costa Rica	x				x							x				
Chile	x												x			
Ecuador					x											x
El Salvador		x														x
Estados Unidos																
Guatemala	x			1976												x
Guyana		x		1975												x
Honduras	x				x											x
Jamaica		x														x
México		x			x											x
Nicaragua																x
Panamá		x		1977												x
Paraguay																
Perú		x		1975-76												x
Rep. Dominicana		x		1977												x
Trinidad-Tabago		x		1975												x
Venezuela		x		1975												x

IV Morbilidad de pacientes ambulatorios

En la mayoría de los países existen sistemas para el registro de esta información ya sea en tarjetas o en historias clínicas, dentro de los establecimientos de salud. Debido al enorme volumen de esta información y a la falta de precisión de los diagnósticos muy pocos países tienen sistemas de recolección o procesamiento para estos datos. Algunos recogen esta información por muestras periódicas o sistemáticas, en forma permanente y otros sólo ocasionalmente para responder a una necesidad especial de información. Sólo cuatro países indicaron que este sistema de recolección, procesamiento y análisis es adecuado.

La cobertura de esta información es muy restringida. Aún dentro del Ministerio de Salud se limita sólo a los principales establecimientos o a ciertas clínicas. Quince países indican tener datos disponibles: 6 en publicaciones, 9 en tabulaciones de uso interno.

Por lo general, estas tabulaciones, cuando existen, tienen muy poco detalle, no están referidas a la población que atiende el establecimiento o al recurso empleado y no responden a las necesidades de información de los servicios de salud. Tres países informan que la calidad de este dato es adecuado y sólo 4 señalan que se hace uso amplio del mismo.

Se hace necesario estudiar, con urgencia, el uso que se quiere dar a esta información a fin de determinar, con precisión, el tipo de información a recoger, su detalle y frecuencia.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD

RECURSOS HUMANOS																
Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos				Cobertura		Disponibilidad de datos		Calidad de la información			Utilización					
				Sólo el sector público		Ultimo año										
Adecuado	Participante	No existe	Hay planeo para mejorarlo	Todo el sector salud	Completo	Parcial	Sólo el Ministerio de Salud	En publicaciones oficiales	En tabulaciones de uso limitado	Adecuada	Aceptable sólo en algunos rubros	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa

Barbados	x		1976-80	x				1973	1974	x						x
Bolivia		x	1975									x				
Brasil	x		1976													
Canadá	x		1978	x				1973	1974		x				x	
Colombia		x	1975-77					-	-							
Costa Rica	x		1975-80	x				1977	1974	x					x	
Chile	x			x					1974		x				x	
Ecuador		x	1975						1975/1			x				
El Salvador		x				x	1974	1975			x					x
Estados Unidos																
Guatemala	x		1976			x	1974				x	x				
Guyana	x				x				1972		x					x
Honduras	x		sf			x	1973	1974			x			x		
Jamaica		x	1976	x								x				
México	x			x					1974		x	x				x
Nicaragua	x		1977		x		1973				x					x
Panamá																
Paraguay		x	sf													
Perú	x		1975-76			x	1974				x					x
Rep. Dominicana	x		1977		x							x				
Trinidad-Tabago	x					x		1973			x					x
Venezuela	x		1977			x	1973				x					x

1 Censo de Recursos de Salud.

V Recursos Humanos

Existen problemas serios en el registro y recolección de esta información. Ningún país señala tener un sistema adecuado de estadísticas de recursos humanos. En 6 países no existe un sistema especialmente diseñado para la recolección de esta información. Algunos países suman los cargos presupuestados de los diferentes establecimientos o agencias del sector público de salud con la consiguiente duplicación o multiplicación del número de profesionales a nivel nacional. Otros países usan los registros profesionales oficiales o de las asociaciones de profesionales que por lo general no están al día (no se excluyen de estos registros los profesionales que fallecen, dejan la actividad y aquellos que abandonan el país). Además, este tipo de registros sólo existe para personal profesional. No hay registros para personal auxiliar.

Ningún país tiene un sistema de encuestas o de registros periódicos a nivel nacional. La cobertura de los pocos sistemas que existen, en América Latina, cubren sólo el Ministerio de Salud y algunas agencias del sector público. Siete países informan que la cobertura de la información es total. Trece países señalan que la información sobre recursos humanos en salud está disponible, de éstos, 9 en publicaciones y 4 en tabulaciones de uso interno. Sólo 2 países señalan que esta información es adecuada y 5 indican que la utilización de esta información es amplia.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

	ESTABLECIMIENTOS															
	Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos			Cobertura			Disponibilidad de datos		Calidad de la información			Utilización				
	Adecuado	Deficiente	No existe	Hay planes para mejorar	Solo el sector público			Ultimo año		Adecuada	Aceptable sólo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Escasa
					Todo el sector salud	Completo	Parcial	Sólo el Ministerio de Salud	En publicaciones oficiales							
Barbados	x			1976-80												
Bolivia	x			1975			x		1975		x					x
Brasil	x			1976	x			1971	1973	x						x
Canadá	x			1978	x			1975	1975		x					x
Colombia			x	1975-77	x				1974	x						x
Costa Rica	x				x			1973	1974	x						x
Chile	x				x				1974		x					x
Ecuador		x		1975					1975/1			x				
El Salvador		x					x	1975			x					x
Estados Unidos																
Guatemala		x		1976			x		1974	x						x
Guyana	x				x				1974		x					x
Honduras		x		si	x			1973	1974		x					x
Jamaica		x			x							x				
México	x				x				1975		x	x				x
Nicaragua		x		1977		x		1973	1973		x					x
Panamá																
Paraguay		x														
Perú		x		1975-76	x			1972/2	1974/2	x/2						x/2
Rep. Dominicana		x		1977			x		1974		x					
Trinidad-Tabago		x					x		1974		x					x
Venezuela	x				x			1973		x						x

/1 Censo de Recursos de Salud. /2 Sólo establecimiento del Ministerio de Salud.

VI Establecimientos

La información que se recoge sobre los hospitales y camas hospitalarias es más confiable que la información sobre otros recursos de salud, en la mayoría de los países de América Latina. En general, la cobertura de esta información para hospitales es nacional. No así, en cambio, para la información sobre otros establecimientos de salud.

Sólo 3 países indican no tener un sistema de registro o recolección de información sobre establecimientos de salud. Ocho países indican que el sistema es adecuado y de los 13 países que indican tener un sistema deficiente, 9 señalan que existen planes para mejorar el sistema y uno para implantar el sistema en el período 1975-1980.

Doce países señalan que la cobertura de la información es nacional, es decir, que incluye tanto el sector público como privado. Diecinueve países indican tener esta información disponible para el año 1973-1974 en publicaciones (6) o en tabulaciones de uso interno. Sólo un país señala que la información sobre estos datos es de calidad inadecuada y otros dos que desconocen la calidad de la misma. Nueve países indican que se hace amplio uso de esta información.



6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

	SERVICIOS Y ATENCIONES HOSPITALARIAS															
	Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos			Cobertura		Disponibilidad de datos			Calidad de la información			Utilización				
	Adecuado	Deficiente	No existe	Hay planes para mejorarlo	Sólo el sector público		Ultimo año			Adecuada	Aceptable sólo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Nada
					Todo el sector salud	Parcial	Último año	En publicaciones oficiales	En tabulaciones de uso interno							
Barbados	x					x	1973	1974	x							x
Bolivia		x				x		1974		x						x
Brasil		x					1971	1973			x					
Canadá	x						1973	1975	x				x			
Colombia		x				x		1974		x						x
Costa Rica						x		1973	1974	x			x			
Chile	x					x		1973	1974	x						x
Ecuador	x							1975		x			x			
El Salvador	x						x	1974			x					x
Estados Unidos																
Guatemala	x					x		1974		x			x			
Guyana		x				x			1973	x						x
Honduras		x						1973	1974		x					x
Jamaica		x				x		1974			x					x
México		x				x		1970			x					x
Nicaragua		x						1974	1974	x						x
Panamá						x										
Paraguay																
Paraguay	x						x	1973	1974		x					x
Perú		x				x		1975-76			x					x
Rep. Dominicana		x					x		1974		x					
Trinidad-Tabago		x					x		1973		x					x
Venezuela		x					x									

VII Servicios y atenciones hospitalarias

Todos los países tienen algún sistema de información sobre los servicios y las atenciones brindadas por los hospitales. Estos informes son requeridos, por lo general, por la administración nacional para el informe anual de actividades de la institución. En muy pocos países este sistema de estadísticas sirve adecuadamente a las necesidades de información para la administración del establecimiento o para la planificación y evaluación del sistema de salud regional o nacional. Diez países indican que este sistema es adecuado en cuanto al registro, recolección, procesamiento o análisis de esta información. De los 12 países que indican que este sistema es deficiente, 8 tienen planes para mejorarlo en los próximos cinco años.

La cobertura se limita al ministerio de salud pública en 7 países o incluye parcialmente otras agencias del sector público en otros 5 países. Dos países indican tener cobertura total del sector público y otros 8 informan tener cobertura total, incluyendo el sector privado. En relación a la disponibilidad de los datos en publicaciones o en tabulaciones de uso interno, 20 de los 22 países informan que los datos están disponibles para uno de los últimos dos años (1973 ó 1974). No se indica, sin embargo, si estas publicaciones resumen la situación nacional o son publicaciones de cada institución o agencia. Cinco países indican que la calidad de la información es adecuada.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

SERVICIOS Y ATENCIONES EN OTROS ESTABLECIMIENTOS (sin internación)																
Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos				Cobertura				Disponibilidad de datos		Calidad de la información			Utilización			
				Sólo el sector público				Ultimo año								
Adecuado	Deficiente	No existe	Hay planes para mejorarlo	Todo el sector salud	Completo	Parcial	Sólo el Ministerio de Salud	En publicaciones oficiales	En tabulaciones de uso interno	Adecuada	Aceptable sólo en algunos rubros importantes	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida	Ninguna
Barbados			1976-80					1973	1974	x						
Bolivia	x		1976			x		1973		x				x		
Brasil	x		1976	x				1971	1973		x					x
Canadá	x		1978	x					1974		x			x		
Colombia	x		1975-77		x											
Costa Rica	x		1975-80			x		1973	1974		x			x		
Chile	x				x			1973	1974	x				x		
Ecuador	x							1974		x	x					x
El Salvador	x					x		1974								
Estados Unidos																
Guatemala	x								1974		x			x		
Guyana	x		1975		x				1973		x					x
Honduras	x		si			x		1973	1974			x		x		
Jamaica		x										x				
México									1970			x		x		
Nicaragua	x		1977		x											
Panamá																
Paraguay	x															
Perú	x		1975-76			x			1974		x					x
Rep. Dominicana	x		1980		x											
Trinidad-Tabago																
Venezuela	x															

VIII Servicios y atenciones en otros establecimientos (no hospitalarios)

Todos los países tienen algún sistema de registro y recolección sobre los servicios y atenciones en establecimientos de consulta externa. Esta información es utilizada, con mucha frecuencia, en informes anuales de las labores de la administración nacional y de las instituciones de salud. La información, sin embargo, pocas veces responde a las necesidades de administración y evaluación de estos establecimientos o del sistema nacional de salud. Es, por lo general, fragmentaria, limitándose a agencias e instituciones del sector salud y por la falta de estandarización en el registro y procesamiento de la misma, casi imposible de compatibilizarla a nivel nacional. Con frecuencia la información no está relacionada ni a las poblaciones que los establecimientos atienden ni a los recursos utilizados. Cuatro países indican que este sistema es adecuado. De los otros países, diez indican que existen planes para mejorar el sistema en los próximos cinco años.

Doce países informan disponer de datos para uno de los últimos años en publicaciones (7) o en tabulaciones de uso interno. El detalle y contenido de estas publicaciones varía grandemente. Sólo 4 países indican que la calidad de la información es adecuada y 4 informaron que se hace amplio uso de los datos.

6. ESTADISTICAS DE SALUD (cont.)

	SANEAMIENTO AMBIENTAL												
	Sistema de Registro, Recolección, Procesamiento y Análisis de Los Datos			Cobertura			Disponibilidad de datos		Calidad de la información			Utilización	
	Adecuado	Deficiente	No existe	Hay planes para mejorarlo	Todo el sector salud	Completo	Sólo el sector público	Ultimo año	Adecuada	Deficiente	Se desconoce (no se ha evaluado)	Amplia	Restringida Escasa
							En publicaciones oficiales	En tabulaciones de uso interno	En publicaciones oficiales	En tabulaciones de uso interno	Se desprecia sólo importantes		
Barbados	x							1973	1974	x			x
Bolivia		x											x
Brasil	x			1976				1970	1972	x			x
Canadá	x			1978		x			1975				x
Colombia	x			1975-77		x			1974	x			x
Costa Rica	x			1975-80			x	1973	1974	x			x
Chile	x					x		1973	1973		x		x
Ecuador	x	x		1976		x		1974			x		x
El Salvador	x						x	1974			x		x
Estados Unidos													
Guatemala	x	x		1976			x					x	x
Guyana	x					x		1973	1973	x			x
Honduras		x					x	1973	1974		x		x
Jamaica		x				x		1973			x		x
México		x				x		1970	1970	x			x
Nicaragua		x		1977			x	1974			x		x
Panamá													
Paraguay													
Perú	x						x	1973	1974	x			x
Rep. Dominicana		x		1975-76									
Trinidad-Tabago		x		1977		x			1974		x		x
Venezuela													

IX Saneamiento ambiental

La información sobre esta área es escasa y fragmentaria. Las actividades de saneamiento ambiental están dispersas en infinidad de agencias gubernamentales. Agua y alcantarillado, según el tamaño de las localidades puede estar bajo la responsabilidad de los servicios de salud, de los Ministerios de Obras Públicas o de Recursos Hidráulicos, de las municipalidades o de gobiernos estatales o provinciales o de empresas autónomas. Cada una de estas tendrá algún sistema de información propio.

Otras actividades de saneamiento ambiental se hallan igualmente desperdigadas dentro de los servicios de salud o de la administración nacional (recolección y disposición de desechos sólidos; contaminación del agua, aire y suelo; control del ruido y otras tensiones).

Cuatro países indican que el sistema de registro y recolección de información en esta área es adecuado sin indicar el contenido de este sistema. Sólo 3 países indican que la cobertura de esta información es de carácter nacional. Trece países indican disponer de datos para uno de los dos últimos años ya sea en publicaciones (9) o en tabulaciones de uso interno. No se indica, sin embargo, si estas publicaciones se refieren sólo a una actividad de esta área o incluyen sólo una agencia de la administración pública. Cuatro países indican que la calidad de la información es adecuada y 6 que se hace amplio uso de esta información.



6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

6.2 EQUIPO PARA EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS												
Existe en el Ministerio de Salud equipo adecuado para el procesamiento de las Estadísticas de Salud					Hay personal adiestrado en número suficiente para el óptimo aprovechamiento del equipo			Máquinas de calcular suficientes para el análisis		Existen planes para mejorar el equipo en 1975-1980		
Sí	No	TIPO		No se dispone de equipo	Sí	No	Existen planes para su adiestramiento		Sí	No	Sí	No
		Computador electrónico	Electro-mecánico				Sí	No				
Barbados	x			x		x					x	
Bolivia	x				x						x	x
Brasil		x	/1									x
Canadá	x		x			x						x
Colombia		x			x					x		
Costa Rica	x			x		x				x		x
Chile	x			x		x				x		
Ecuador		x			x					x		x
El Salvador		x		x							x	x
Estados Unidos	x	x		x		x				x	x	x
Guatemala		x		x			x				x	
Guyana		x		x			x					
Honduras		x/1		x		x				x	x	
Jamaica	x			x			x			x		
México	x		x	x			x				x	
Nicaragua		x			x						x	x
Panamá												
Paraguay		x		x			x	x				x
Perú		x		x		x		x			x	x
Rep. Dominicana				x						x		x
Trinidad-Tabago		x		x			x	x			x	x
Venezuela		x		x		x		x		x		/2

/1 Acceso a computación electrónica de terceros. /2 Se proyecta contratar computador electrónico en 1975.

X Inversiones en salud y estadísticas administrativas

No existen aún, en la mayoría de los países, sistemas de estadísticas confiables y de cobertura nacional sobre inversiones en salud y sobre estadísticas administrativas.

Se ha hecho necesario analizar los problemas y las necesidades de salud, evaluar los programas de salud existentes y determinar las prioridades que convengan a fin de distribuir los limitados recursos en salud de tal manera que estos sean utilizados con la mayor eficiencia posible. Con este fin será necesario contar, a la brevedad posible, con información sobre presupuestos y gastos del sector salud, por programas, a fin de poder justificar estas inversiones en relación con la magnitud de los problemas, la labor desarrollada y el impacto producido en la comunidad o región.

Algunos países han iniciado el registro y la recolección de esta información, en forma rutinaria dentro de los servicios de salud. Otros están realizando encuestas o estudios especiales para conseguir esta información.

XI Equipo para el procesamiento de datos

Una de las limitaciones más grandes de las unidades de estadística ha sido la falta de equipo o la escasez de éste para el procesamiento de la información. Grandes volúmenes de información se quedan sin ser procesados, por largos períodos y cuando lo son ya han perdido su oportunidad y utilidad.

Ocho de los 22 países que contestaron el cuestionario indican que existe, dentro del Ministerio de Salud, equipo adecuado para el procesamiento de estadísticas de salud. De estos 8 países, 3 tienen computador electrónico y uno tiene acceso a computador electrónico de terceros. Del resto, 10 indican tener algún tipo de equipo pero que este no es adecuado y 4 indican que carecen en absoluto de equipo para el procesamiento de la información.

En cuanto al personal adiestrado, 6 países informan que tienen suficiente número para el óptimo aprovechamiento del equipo y 4 señalan que existen planes para el adiestramiento de este personal en un futuro inmediato.

En relación a equipo de máquinas de calcular para el análisis de la información, sólo 10 países de los 22 informan que tienen suficiente número para este fin.

Diez países informan tener planes para proveer a sus servicios de estadística e información con el equipo de procesamiento y análisis necesario.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

6.3 PERSONAL ESTADÍSTICO EN EL MINISTERIO DE SALUD																	
6.3.1 A Nivel Nacional (Oficina Central)																	
PROFESIONAL				TECNICO				AUXILIAR									
Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario	
		SI	No	Año	Nº			SI	No	Año	Nº			SI	No	Año	Nº
Barbados	1974	-	x	1975	1	1974	1	x	1975	3							
Bolivia	1975	0	x	1980	3	1975	3		1980	5	1975	10			1980	10	
Brasil	1975	11		1975	18	1975	6		1975	6							
Canadá	1975	11				1975	85				1975	94					
Colombia	1975	8		1975	12	1975	4		1975	6	1975	8			1975	10	
Costa Rica /1	1972	5		1980	14	1972	14		1980	29	1972	8			1980	395	
Chile			x					x					x				
Ecuador	1974	1		1977	3	1974	4		1977	10	1974	10			1977	17	
El Salvador	1975	1		1975	1	1975	4		1975	4	1975	5			1975	5	
Estados Unidos																	
Guatemala	1974			1980	2	1974	3		1980	6	1974	20			1980	30	
Guyana	1974	0		1976	1	1974	0		1976	3	1974	1			1976	4	
Honduras	1974			1980	1	1974	6		1980	7	1974	2			1980	5	
Jamaica			x					x					x				
México			x					x					x				
Nicaragua	1975	1		1980	2	1975	1		1980	5	1975	5			1980	9	
Panamá																	
Paraguay	1975			1976		1975	3		1976	6	1975	23			1976	23	
Perú	1975	1		1975	3	1975	2		1975	5			x				
Rep. Dominicana	1974	2		1974	2	1974	3		1974	5	1974	9			1974	12	
Trinidad-Tabago	1975	0		1975	0	1975	3		1975	6	1975	10			1975	19	
Venezuela			x					x					x				

/1 Número mínimo necesario estimado para todos los niveles del sistema.

6.3. PERSONAL ESTADÍSTICO EN EL MINISTERIO DE SALUD (cont.)																	
6.3.2 A Nivel Regional (distrito, provincia, etc.)																	
PROFESIONAL				TECNICO				AUXILIAR									
Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario	
		SI	No	Año	Nº			SI	No	Año	Nº			SI	No	Año	Nº
Barbados																	
Bolivia																	
Brasil																	
Canadá	1975					1975	3				1975	3					
Colombia	1975	4		1975	10	1975	56		1975	60	1975	21			1975	100	
Costa Rica																	
Chile			x					x					x				
Ecuador	1974	0		1977	3	1974	17		1977	20	1974	36			1977	57	
El Salvador																	
Estados Unidos																	
Guatemala	1974	-		1980	-	1974		x	1980	22	1974			x	1980	44	
Guyana	1974	0		1976	-	1974	0		1976	3	1974	2			1976	6	
Honduras	1974			1980		1974	2		1980	7	1974	5			1980	7	
Jamaica			x					x					x				
México			x					x					x				
Nicaragua	1975	-		1980	-	1975	-		1980	3	1975	-			1980	3	
Panamá																	
Paraguay	1975			1976		1975	6		1976	8	1975	6			1976	12	
Perú																	
Rep. Dominicana	1974	-		1974	-	1974	4		1974	5	1974	9			1974	15	
Trinidad-Tabago	1975	-		1975	-	1975	-		1975	-	1975	-			1975	-	
Venezuela			x					x					x				

XII Personal en estadísticas de salud (Ministerio de Salud)

a) Nivel nacional

Uno de los obstáculos más grandes en el desarrollo de las estadísticas de salud, en la mayoría de los países de América Latina, es la carencia de personal profesional que pueda organizar y dirigir el sistema. Falta personal profesional en Bioestadística, en Registros Médicos y en Computadores. Sólo un país informa, de los 22 que contestaron el cuestionario, que tiene cantidad satisfactoria de esta categoría.

La misma situación se presenta en cuanto al personal de nivel técnico. Sólo un país indica tener el número suficiente de este tipo de profesionales.

En cuanto al personal auxiliar, dos países indican tener suficiente personal auxiliar a este nivel.

Sin equipo adecuado y sin personal calificado ningún sistema de estadísticas de salud puede responder a la demanda y necesidades de los servicios de salud. En las empresas privadas un porcentaje alto se destina a las labores de administración, control y evaluación de las operaciones y gran parte de este presupuesto está destinado al sistema de registros, recolección y análisis de la información.

b) Nivel regional

La situación se repite igual que la de nivel nacional. Sólo un país indica tener personal suficiente, a este nivel, de las categorías de personal profesional, técnico o auxiliar.

Este personal es indispensable, en este nivel, para las labores de asesoría, supervisión del nivel local y de las primeras tabulaciones de datos para proporcionar oportunamente la información a los niveles inferiores y superiores y evaluar las actividades de la Región.

6. ESTADÍSTICAS DE SALUD (cont.)

6.3 PERSONAL ESTADÍSTICO EN EL MINISTERIO DE SALUD (cont.)																		
6.3.3 A Nivel Local, en Hospitales de mas de 100 camas																		
PROFESIONAL					TECNICO					AUXILIAR								
Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		
		Si	No	Año	Nº			Si	No	Año	Nº			Si	No	Año	Nº	
Barbados	1974	0		x	1975	1	1974	6										
Bolivia	1975	0			1980	0	1975	6			1980	16	1975	19			1980	50
Brasil																		
Canadá	1975	0					1975	0					1975	0				
Colombia	1975	-			1975	-	1975	57			1975	200/1	1975	154			1975	300
Costa Rica							1975	29			1980		1975	54				1980
Chile			x						x						x			
Ecuador	1974	-			1977	-	1974	4			1977	64	1974	144			1977	105
El Salvador	1975	-					1975	5			1975	14						
Estados Unidos																		
Guatemala	1974		x		1980	2	1974	5		x	1980	25	1974	20		x	1980	100
Guyana	1974	0			1976	-	1974	0			1976	3	1974	1			1976	10
Honduras	1974	-			1980	1	1974	9			1980	18	1974	11			1980	58
Jamaica			x						x							x		
México			x						x							x		
Nicaragua	1975	-			1980	-	1975	5			1980	18	1975	12			1980	60
Panamá																		
Paraguay	1975				1976		1975	-			1976	2	1975	2			1976	2
Perú			x						x							x		
Rep. Dominicana	1974	-			1974	-	1974	5			1974	8	1974	12			1974	20
Trinidad-Tabago	1975	0			1975	0	1975	4			1975	6	1975	10			1975	19
Venezuela			x						x							x		

/1 Se estimó el número en conjunto para todos los niveles.

6.3 PERSONAL ESTADÍSTICO EN EL MINISTERIO DE SALUD (concl.)																		
A Nivel Local, en Hospitales de menos de 100 camas y otros establecimientos de salud																		
PROFESIONAL					TECNICO					AUXILIAR								
Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		Año	Número existente	Cantidad satisfactoria		Número considerado mínimo necesario		
		Si	No	Año	Nº			Si	No	Año	Nº			Si	No	Año	Nº	
Barbados						1974			x									
Bolivia						1975					1980	20	1975	30			1980	96
Brasil																		
Canadá						1975	0						1975	0				
Colombia						1975	56				1975	60	1975	201			1975	700
Costa Rica						1975	5				1980	/1	1975	11			1980	/1
Chile									x							x		
Ecuador						1974	15				1977	49	1974	122			1977	196
El Salvador						1975	-				1975	8						
Estados Unidos																		
Guatemala						1974	-		x		1980	11	1974	-		x	1980	44
Guyana						1974	-				1976	-	1974	-			1976	11
Honduras						1974	-				1980	-	1974	4			1980	30
Jamaica									x							x		
México									x							x		
Nicaragua						1975	-				1980	-	1975	50			1980	100
Panamá																		
Paraguay						1975	-				1976	-	1975	150			1976	
Perú									x							x		
Rep. Dominicana						1974			x				1974			x		
Trinidad-Tabago						1975	1				1975	2	1975	0			1975	0
Venezuela									x							x		

/1 Se estimó el número en conjunto para todos los niveles.



## XII. Personal en estadísticas de salud (conclusión)

### c) A nivel local (hospitales de más de 100 camas)

Igual que en el nivel regional o nacional, sólo un país indica tener el personal necesario de las categorías profesional, técnico y auxiliar.

A este nivel, es crítico contar con el personal necesario ya que es acá donde se origina la información. Cualquier error en la información, a este nivel se reflejará a todos los otros niveles y ni computadores o métodos estadísticos sofisticados podrán corregir este error. Al contrario, sólo lo aumentarán al dar un falso sentido de confiabilidad.

### d) A nivel local (hospitales de menos de 100 camas y otros establecimientos de salud)

Un problema serio, en este nivel, es la escasez de personal, la falta de adiestramiento del mismo y la continua movilidad de este personal. Por lo general, no existe personal dedicado exclusivamente a esta labor. Es la auxiliar de enfermería o la auxiliar de administración la encargada de las funciones de registros médicos, informes y estadística en momentos en que no realiza su función específica o simultáneamente con sus propias funciones. Al igual que en los otros niveles, sólo un país indica tener el personal en cantidad satisfactoria para las labores de registros médicos, y estadísticas.

7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Se han establecido metas para el desarrollo de los recursos humanos		7.1 Proceso de Planificación de Los Recursos Humanos														
		7.1.1 Integración con el proceso de planificación de la salud				7.1.2 Plan de Desarrollo de Los Recursos Humanos				7.1.3 Coordinación con el Plan Nacional de Recursos Humanos para el Desarrollo			7.1.4 Participación de las universidades en el proceso			
		Si	No	Parcialmente	No	Es meta nacional	En ejecución	Formulado	No hay plan	Es meta nacional	Hay un plan nacional		Hay coordinación		Si	Insuficiente
Si	No										Si	Parcial	No			

Barbados  
Bolivia  
Brasil  
Canadá  
Colombia  
Costa Rica  
Chile  
Ecuador  
El Salvador  
Estados Unidos  
Guatemala  
Guyana  
Honduras  
Jamaica  
México  
Nicaragua  
Panamá  
Paraguay  
Perú  
Rep. Dominicana  
Trinidad-Tabago  
Venezuela

x			x				x			x		x			x		
	x			x				x		x		-	-	-			x
x				x	x				x	x		x				x	
	x	x				x						x					
x	x	x					x					x	-	-	-	x	
..	..			x			x					x	-	-	-		x
x			x		x		x	x	x	x				x			
..	..		x			x					x	-	-	-			x
x					x			x			x	-	-	-			x
x			x			x			x			x				x	
x				x			x			x			x			x	
x			x		x		x		x	x			x			x	
x			x		x		x		x	x			x			x	
x			x		x		x		x	x			x			x	
..	..		x				x						x			x	
..	..		x				x						x			x	
x	x			x				x			x	-	-	-			x
x			x					x			x	-	-	-			x
x			x		x		x		x	x			x			x	
..	..		x				x						x			x	
..	..		x				x						x			x	
x	x			x				x			x	-	-	-			x
x			x		x		x		x	x			x			x	
x			x		x		x		x	x			x			x	

7.2 Programa de Formación de Recursos Humanos													
7.2.1 Inventario Actualizado de Recursos Humanos (Número, tipo, distribución y empleo)				7.2.2 Proyección de las necesidades de Recursos Humanos para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud				7.2.3 Diseño y Utilización de Módulos de Personal para maximizar la eficiencia de los servicios					
Exis- te	No existe	En eje- cución	En pro- yecto	Se hizo	No se hizo	En eje- cución	En pro- yecto	Diseño			Utilización		
								Si	No	En pro- yecto	Si	No	En pro- yecto

Barbados  
Bolivia  
Brasil  
Canadá  
Colombia  
Costa Rica  
Chile  
Ecuador  
El Salvador  
Estados Unidos  
Guatemala  
Guyana  
Honduras  
Jamaica  
México  
Nicaragua  
Panamá  
Paraguay  
Perú  
Rep. Dominicana  
Trinidad-Tabago  
Venezuela

	x							x			x					x	
			x					x			x						x
	x							x			x					x	
x							x				x					x	
..	..		x								x					x	
x				x									x				x
x							x						x				x
..	..						x						x				x
x					x								x				x
x					x								x				x
..	..						x						x				x
..	..						x						x				x
x					x								x				x
x					x								x				x
..	..						x						x				x
..	..						x						x				x
x	x			x				x			x						x
x							x				x						x
x							x				x						x
..	..						x						x				x
..	..						x						x				x
x					x								x				x
x					x								x				x
..	..						x						x				x
..	..						x						x				x

META REGIONAL: Desarrollar en cada país un proceso de planificación de recursos humanos integrado a la planificación de la salud.

Hasta el año 1974, 13 de 19 países habían establecido metas nacionales de alguna naturaleza para el desarrollo de los recursos humanos durante la década.

## 7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

### 7.1 Proceso de planificación de los recursos humanos

La meta regional de desarrollar en cada país un proceso de planificación de los recursos humanos integrado a la planificación de la salud, está acompañada en el Plan Decenal de una serie de recomendaciones acerca de las estrategias para alcanzarla, como son, por ejemplo, la integración con los procesos globales del desarrollo económico y social, la definición de funciones y módulos de personal asistencial, administrativo y de apoyo, el reforzamiento de los sistemas de información, la creación de nuevos tipos de personal y el incremento de los existentes con miras a aumentar la cobertura, formar investigadores y promover la investigación, el fortalecimiento de las instituciones y programas de formación de personal, y en general, desarrollar la organización y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos.

Los procesos de planificación de los recursos humanos asumen en los países características y modalidades muy diversas. En algunos países consiste en un mecanismo de coordinación, o una comisión asesora, mientras en otros el proceso cuenta con una estructura permanente, capacidad operativa y poder de decisión y ejecución. Asimismo, varía ampliamente la cobertura del proceso según participación más o menos activa de las agencias utilizadoras del recurso humano; varían los plazos de la planificación, desde la programación a corto plazo hasta provisiones a largo alcance. Aún dentro de estas diversas modalidades se ha observado en los primeros años de esta década un fortalecimiento de los procesos: Reconocimiento del problema, estructuración de unidades técnicas, participación creciente de las instituciones del sector, desarrollo de metodologías, capacitación de personal especializado.

#### 7.1.1 Integración con el proceso de planificación de la salud

El proceso de planificación de los recursos humanos está integrado al proceso de planificación de la salud en 4 de 21 países que informaron (menos de 1 de cada 5). En otros 10, poco menos de la mitad, existe una integración parcial que posiblemente no está bien definida, aunque 4 de dichos 10 países, se han propuesto la integración como meta nacional. En los 7 países restantes (1 de cada 3) no hay integración de los procesos, pero en dos de éstos tal integración se propone como meta nacional para el decenio.

Una de las mayores dificultades para la integración es la cobertura parcial y los plazos reducidos de la planificación de salud que limitan la posibilidad de derivar del plan de salud una programación global de los recursos.

#### 7.1.2 Plan de desarrollo de los recursos humanos

Catorce países (2 de cada 3) habían formulado antes de 1974 su plan de desarrollo de los recursos humanos en salud. Solamente en 4 de éstos tal plan se hallaba en ejecución. En los 7 países restantes (1 de cada 3) no hay planes, aunque 2 de éstos se proponen su formulación como meta para el decenio.

La mayoría de los planes existentes enumeran prioridades, sin analizar alternativas de estrategia. Algunos planes establecen metas escalonadas de formación y proveen recursos docentes y financieros necesarios. Excepcionalmente los planes contemplan cambios en la utilización del personal. Se han registrado progresos en la preparación de planes secuenciales a corto, mediano y largo plazo.

#### 7.1.3 Coordinación con Plan Nacional de recursos humanos para el desarrollo

Sólo la mitad de los países informan que existe un plan nacional de esta naturaleza y en todos los casos existe una coordinación -en la mayor parte de casos parcial- de este plan con el de recursos humanos en salud, formulado o en ejecución.

#### 7.1.4 Participación de las universidades

La participación de las universidades en el proceso de planificación de los recursos humanos en salud es imprescindible. Sin embargo, dicha participación es anotada solamente por 7 países (1 de cada 3). En la mayoría de ellos es insuficiente y en 4 es inexistente.

Se espera incrementar esta participación promoviendo la planificación institucional y formando personal de planificación para las instituciones docentes.

### 7.2 Programa de formación de los recursos humanos

#### 7.2.1 Inventario de recursos humanos

La programación de los recursos humanos requiere que se disponga de un inventario actualizado de éstos, que permita conocer el número, tipo, distribución y utilización o empleo del personal de salud. Tal inventario existe solamente en 6 países y en otros 7 se encuentra en ejecución; podría esperarse en breve que casi las dos terceras partes de los países cuenten con tal inventario. Hay en cambio, otros 8 países en los que no se dispone de dicho inventario, aunque cuatro de ellos se proponen llevarlo a efecto.

#### 7.2.2 Proyección de las necesidades de recursos humanos

Siete países (1 de cada 3) cuenta con una proyección de las necesidades de recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos del plan de salud (a pesar de que en 2 de éstos no existe integración del plan de recursos humanos con el de salud). En otros 7 países dichas proyecciones se están ejecutando. En la mayoría de los países restantes se tiene el proyecto de efectuarlas.

Las técnicas utilizadas para establecer los requerimientos futuros siguen siendo rudimentarias. Algunos países, sin embargo, proyectan utilizar técnicas más adecuadas.

#### 7.2.3 Módulos de personal

Una recomendación del Plan Decenal para facilitar el desarrollo del proceso de planificación de los recursos humanos, fue el diseño y utilización de módulos de personal para maximizar la eficiencia de los servicios. Solamente 2 países informan haber diseñado y estar utilizando dichos módulos. Otros 8 países tienen el proyecto de hacer el diseño de tales módulos.

Debe señalarse que las dificultades metodológicas para llevar simultáneamente un esfuerzo de planificación cuantitativa y cambios en la asignación de funciones de personal son enormes.

7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS (cont.)

7.2 Programa de Formación de Recursos Humanos (concl.)										
7.2.4 Creación de nuevos tipos de personal			7.2.5 Capacidad productiva de las instituciones de formación y capacitación de personal				7.2.6 Capacidad de absorción de los recursos humanos por los sistemas de servicios de salud del país			
Si	No	En estudio	Ha sido determinada	No ha sido determinada	En proceso de determinación	Se proyecta determinarla	Ha sido determinada	No ha sido determinada	En proceso de determinación	Se proyecta determinarla
		x	x						x	
		x		x				x		
		x			x		x <sup>1</sup>			x
x			x							
		x	x				x			
		x	x				x			
		x				x		x		
	x				x				x	
x				x		x		x		x
		x		x				x		
		x	x						x	
x					x					
x					x			x		
		x				x				x
	x				x			x		
		x		x					x	
		x			x					x
		x			x					x

<sup>1</sup> Parcialmente.

7.2.4 Creación de nuevos tipos de personal

El Plan Decenal recomendó la creación por los países, de acuerdo con sus propias condiciones, de nuevos tipos de personal de salud y el incremento de los existentes, de modo que permitan aumentar la cobertura de los servicios, principalmente en las zonas rurales. En la mayoría de los países (19 de los 21 que respondieron) tal creación está siendo considerada y en algunos prácticamente adoptada.

7.2.5 Capacidad productiva de las instituciones de formación y capacitación

De los 19 países que respondieron, en 6 se ha hecho la determinación de la capacidad productiva de las instituciones de formación y capacitación y otras 6 se encuentran en proceso de determinarla, lo que quiere decir que en breve más de 3 de cada 5 contarán con una evaluación de tal capacidad productiva. Sólo 3 de los 7 países tienen el proyecto de hacer dicha evaluación.

7.2.6 Capacidad de absorción de los recursos humanos por los sistemas de salud

La capacidad de absorción de los recursos humanos por los sistemas de servicios de salud del país, ha sido determinada solamente en 3 países (en uno de ellos parcialmente) de los 18 que dieron respuesta a esta sección. En otros 7 países dicha capacidad se está investigando, de manera tal que podría contarse en breve con 9 países, esto es la mitad, en los que se conocería la capacidad de absorción por los sistemas de servicios de salud. De los países restantes, solamente 2 tienen en proyecto el efectuar esta investigación.

La capacidad de absorción o de retención del personal es un elemento fundamental; su reconocimiento por las instituciones del sector es uno de los logros más importantes de los últimos años.

7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS (cont.)

7.3 Metas de Formación y Capacitación de Personal									
Personal profesional									
MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		ENFERMERAS		MÉDICOS VETERINARIOS		INGENIEROS SANITARIOS	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980

Barbados	5.5*		0.6*		17.9*		5		1	1
Bolivia	2352	977	976	111	835	686	273	67	32	53
Brasil	7.5*	8.2*	0.8*	4.8*	0.9*	1.3*		13000		290
Canadá	15.13*		3.46*		53.37*		2500			
Colombia	9718	8900	2740	3007	1851	5751	46	3151	40	351
Costa Rica	5.2*	6.68*	1.4*	2*	4.2*	4.8-5.3*	1	2	19	18
Chile	5.87*	6.9*	1.99*	3.8*	2.88*	5.7*	...	...	...	...
Ecuador	3109	5555	578	1270	766	2380	4		118	
El Salvador	2.4*		0.9*		2.5		24			
Estados Unidos										
Guatemala	2.2*	300 p. año	0.5*	151	1.4*	1606	0.2*		0.1*	
Guyana	160	85	20	6	629 /Z	900	7	12	-	3
Honduras	715	350	170	120	450	200	10			
Jamaica	4.1		0.5*		5.7*	1000	30		4	
México	37100	40010	5300	8720	21247	25720	2600		250	100
Nicaragua										
Panamá	7.2*	9.5*	1.2*	2.0*	6.8*	10*	18	30	5	40
Paraguay	5.8*		1.8*		1.3*					
Perú	7818	3270	2463	400	403	2200	50	24	40	24
Rep. Dominicana	4.5*		1.1*		0.79*		0.01*		0.14*	
Trinidad-Tabago	468		62		395		22		3	
Venezuela	9325	8000	2212	3270	5714	3500	750		130	

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.  
 /1 Año 1974. /Z Incluye parteras.

ESTADÍSTICOS		ESPECIALISTAS EN REGISTROS MÉDICOS		PLANIFICADORES		ADMINISTRADORES		ESPECIALISTAS EN INFORMÁTICA	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980

Barbados	1	-	-	1	0	2	18	4	-	-
Bolivia	-	80	-	4	11	19	8	12	-	-
Brasil		150		50		1500		1450		500
Canadá			1397							
Colombia	12	35	-	-	283	200	135	750	-	-
Costa Rica	3	8	1	2	16	10	45	24	-	-
Chile										
Ecuador	1	10	4	24						
El Salvador	7 /1		8						38	
Estados Unidos										
Guatemala										
Guyana	0	2			0	1			0	
Honduras	45	40								
Jamaica	1		2				30		0	
México					3	200				
Nicaragua										
Panamá	0				50	70				
Paraguay										
Perú										
Rep. Dominicana	0.06*				183	56	226	60		
Trinidad-Tabago	12		3		1		10			
Venezuela				250						

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.  
 /1 Año 1974.

7.3 METAS REGIONALES PARA LA FORMACION Y CAPACITACION DE PERSONAL (1971-1980)

(a) Personal profesional

Medicina:	8 médicos por 10,000 habitantes
Odontología:	2 odontólogos por 10,000 habitantes
Enfermería:	4.5 enfermeras por 10,000 habitantes
Veterinaria:	18,000 veterinarios a ser adiestrados
Saneamiento:	3,200 ingenieros a ser adiestrados
Estadística:	300 estadísticos a ser adiestrados
Registros médicos:	100 especialistas en registros médicos a ser adiestrados
Planificación:	3,000 planificadores a ser adiestrados
Administración:	3,000 administradores a ser adiestrados
Información:	1,000 especialistas en informática a ser adiestrados

7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS (cont.)

7.3 Metas de Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
Personal profesional (cont.)									
EPIDEMIOLOGOS		PSIQUIATRAS		ENFERMERAS PSIQUIATRICAS		TERAPISTAS OCUPACIONALES		NUTRICIONISTAS	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980
Barbados	1		3		106		2		2
Bolivia	33	9	20	5	-	-	10	24	10
Brasil								0.1*	
Canadá			1321					1713	
Colombia	210	350	117	96	8	24	44	171	426
Costa Rica	1.5*		25	35	..	..	0.2 /2	1/2	12 /5
Chile								0.05*/3	
Ecuador								24	
El Salvador									
Estados Unidos			23236	40300	37860	55700			0.02*
Guatemala									
Guyana			2				1		1
Honduras		30		20				4	
Jamaica					70	100			3
México	1		7				94 /1	270	57
Nicaragua									211
Panamá	1	4	24	50	4	78			12
Paraguay									104
Perú		16	174	20	292	118			292 /4
Rep. Dominicana									118 /4
Trinidad-Tabago	1		7		215		6		3
Venezuela	10	50	55	200	20	60	92	140	7

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.  
 /1 Año 1974. /2 Por 50 camas psiquiátricas. /3 Sólo del Servicio Nacional de Salud /4 Dietistas. /5 Cinco nutricionistas y el resto dietistas.

7.3 Metas de Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
Personal profesional (concl.)									
LABORATORISTAS		EDUCADORES SANITARIOS		RADIOLOGOS		OTROS		OTROS	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980
Barbados	2		1			1	7 /2	2 /2	
Bolivia		126	13	32			0.2*/2		0.2*/3
Brasil	98				1024				
Canadá	1865	994	-	-	123	448			
Colombia	225	62	0.03*		19	45-67		445 /3	71 /3
Costa Rica									
Chile							1.2*/4	2.4/4	
Ecuador	32		38		8		342 /5	88 /2	
El Salvador									
Estados Unidos							21800 /6	30800 /6	18200 /4
Guatemala	0.1*	111	0.02*				0.5*		0.4
Guyana	3		1	4	1	2			
Honduras									
Jamaica	10		7						
México								800 /5	600 /5
Nicaragua									
Panamá	104 /1	144	14		55 /1	88			
Paraguay									
Perú			27	20					
Rep. Dominicana	48		2		10				
Trinidad-Tabago	32		6		2			289 /2	
Venezuela	730	1500							

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.  
 /1 Año 1974. /2 Trabajadoras Sociales. /3 Farmacéuticos y Bioquímicos. /4 Matronas. /5 176 Trabajadoras Sociales y 166 Matronas. /6 Trabajadores Sociales en Psiquiatría. /7 Psicólogos. /8 Maestros de Salud Pública.

7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS (Cont.)

7.3 Metas de Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
Personal de Nivel Intermedio									
ENFERMERIA		SANEAMIENTO		REGISTROS MEDICOS		ESTADISTICA		LABORATORIOS	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980
Barbados		48		7	1			36	
Bolivia		135	275			20	100	28	33
Brasil	2.7*		15000		2000		125	0.4*	
Canadá				1397				8835	
Colombia	-	1456	482	-	1500	162	454	412	1131
Costa Rica		109	202	44/1	64			234	315
Chile									
Ecuador	-	972		180	400	51	200	12	
El Salvador									
Estados Unidos									
Guatemala									
Guyana	48	676						50	47
Honduras		450							
Jamaica	150 /2	500	351	-	50	2			
México	4450	12600	168	180	/2	/2	400/2	360/2	
Nicaragua									
Panamá				0	20	13	26	328 /2	362
Paraguay									
Perú	4493	2500	172	60	/2	/2	154/2	75/2	489
Rep. Dominicana	317		256				33		190
Trinidad-Tabago	1937		130		10		18		
Venezuela		1196	650	282	250			101	

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.  
 /1 Año 1973. /2 Año 1974. /3 Especialistas en Registros Médicos integrados con los Estadísticos.

Personal de Nivel Intermedio (concl.)									
RADIOLOGIA		TRABAJO SOCIAL		ALIMENTACION Y NUTRICION		OTROS		OTROS	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980
Barbados	14		4	2					1 /1
Bolivia	26	22	10						
Brasil	0.5*							0.3*/2	
Canadá	4627								
Colombia	266	158	132	96		805 /2	540 /2	132 /4	96 /4
Costa Rica	72	5			33 /2	22 /2			
Chile									
Ecuador	13						10 /5		
El Salvador									
Estados Unidos									
Guatemala									
Guyana	16	20					5 /1		
Honduras									
Jamaica							30 /8		
México						526 /2	748 /2		
Nicaragua									
Panamá									
Paraguay									
Perú									
Rep. Dominicana	46								
Trinidad-Tabago									
Venezuela	306				228 /10				

\* Por 10.000 habitantes.  
 /1 Educación Sanitaria /2 Visitadora Sanitaria. /3 Instrumentadoras /4 Psicológicas /5 Técnicos en Alimentación (17 Asistentes de Nutrición en 1971). /6 Promotoras para la Salud /7 Mantenimiento /8 Asistentes dentales /9 Técnicos en rehabilitación. /10 Dietistas.

Metas regionales de formación y capacitación de personal de nivel intermedio:

Registros médicos: 4,000 técnicos en registros médicos a ser adiestrados  
 Estadística: 250 técnicos en estadística a ser adiestrados

7. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS (Cont.)

7.3 Metas de Formación y Capacitación de Personal (cont.)									
Personal Auxiliar									
ENFERMERIA		SALUD ANIMAL		ESTADISTICA		LABORATORIOS		RADIOLOGIA	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980
	13.1*							11	
1054	1490			120	450		152		82
8.1*	14.5*		15000		20000				
22.56*									
9664	9500			230	194				
13*	13*			36 /1	395	217	169	38	48-53
18.69*	22*								
5753	9522	27		124	375	333		171	
3.6*	5321								
371									
	2000						100		100
1.1*	0		25			150			
25180	71290			0	560				
11.2*	20*			15	125				
10420	2400			223	480				
6.8*	4200								
244				12					
14105	4600			670 /2	2560 /2	373			

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.

/1 Año 1975. /2 Auxiliares de Registros Médicos.

Personal Auxiliar (concl.)									
ODONTOLOGIA		ALIMENTACION Y NUTRICION		FARMACIA		OTROS		OTROS	
Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980	Número disponible en 1971	Número a formar hasta 1980
	10					36 /1			
						60 /2			
	2.2*					0.3*	/3		
0.39*									
117	1938					1442 /4	10000 /4	1.2*/7	12.3*/8
30	105	21		365	192				
2.5*	4.5*								
111	793			344					
8	27						60 /5		
43									
312		368							
0*	3*								
						884 /6	744 /6		
11									
		418							

\* Número existente o esperado por 10.000 habitantes.

/1 Auxiliar de Saneamiento. /2 Terapia ocupacional. /3 Parteras empíricas /4 Promotoras de salud. /5 Servicios polivalentes de salud. /6 Auxiliares sanitarios. /7 Guardas sanitarios. /8 Incluye 4.3 "atendentes" rurales y 8.0 voluntarios comunitarios.

Metas regionales de formación y capacitación de personal auxiliar:

Enfermería: 14.5 auxiliares por 10,000 habitantes  
 Salud animal: 30,000 auxiliares de veterinaria a ser adiestrados  
 Estadística: 40,000 auxiliares a ser adiestrados  
 Odontología: 2.2 por 10,000 habitantes



8. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS

Se fijaron metas para el desarrollo de los Recursos Fisicos						8.1 Inventario de Locales e instalaciones para la atención de la población			8.2 Plan de Desarrollo de la Capacidad Instalada			
Sí	No	En instalación	En mantenimiento	En reemplazo	En transformación	No existe	Existe		En proyecto	Existe	No existe	En proyecto
							No actualizado	Actualizado				
x		x	x	x	x			x			x	
x		x	x	x	x			x				x
	x					x					x	
x /1								x			x	
x								x			x	
x		x						x			x	
	x							x /2			x	
x		x		x	x			x			x	
x								x			x	
x		x	x	x	x	x					x	
								x				x
x								x			x	
x		x	x	x	x			x			x	
x		x						x			x	
x		x						x			x	
x								x				x
	x							x			x	
x								x			x	
x								x			x	
x		x						x			x	
x								x			x	
x		x						x		x		x
x								x			x	

/1 Metas fijadas por cada una de las provincias. /2 Datos no procesados.

8. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS

**METAS REGIONALES:** 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 de menos de 2,000 habitantes; centros de salud con servicios mínimos y básicos integrales para poblaciones de 2,000 a 20,000 personas; e instituciones con servicios básicos integrales y especializados en comunidades de más de 20,000 habitantes.

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.

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.

Crear sistemas de mantenimiento de instalaciones y equipos.

Estas metas de desarrollo de los recursos físicos están íntimamente ligadas a las metas de extensión de la cobertura y por lo tanto algunos aspectos tendrán que ser reconsiderados a medida que los países adquieran una mayor experiencia con la formulación y desarrollo de sus programas de extensión de la cobertura.

Veintidós países dieron respuesta a esta sección de la evaluación. De ellos solamente 4 (1 de cada 5) no se han fijado aún metas para el desarrollo de sus recursos físicos. Aunque son pocos los países que señalan los aspectos en que se han fijado las metas, es evidente que en la mayor parte de casos ellas se refieren a la instalación de locales, siguiendo en importancia el reemplazo y la transformación de la capacidad instalada. Llama la atención el escaso número de países que se propone metas en mantenimiento.

8.1 Inventario de locales e instalaciones

Solamente 3 países informan que no cuentan con un inventario de los locales e instalaciones para la atención de la población. En todos los demás países tal inventario existiría aunque en 4 no está actualizado. Desde luego las respuestas no incluyen información respecto de las características de los inventarios, como su cobertura, contenido, detalle ni aptitud para recuperar de ellos la información que se pudiera requerir. En este último aspecto, a juzgar por la urgencia con que se requiere la realización de catastros en muchos países, parecería que los inventarios existentes dejan algo que dejar.

8.2 Plan de desarrollo de la capacidad instalada

Quince países (casi 3 de cada 4) dicen contar con un plan de desarrollo de la capacidad instalada. De los 6 países que no tienen dicho plan, en dos se proyecta formularlo.

8. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FÍSICOS (cont.)

8.2 Plan de Desarrollo de la Capacidad Instalada (concl.)											
8.2.1 Plan de Inversiones				8.2.2 Derivado de un plan de servicios			8.2.3 Contenido				
Existe	No existe	Conjunto de proyectos aislados	En proyecto	Sí	Parcialmente	No	Nuevas construcciones	Recuperación de la capacidad instalada	Ampliaciones y transformaciones	Equipamiento	Manejo
Barbados		x			x		x	x	x	x	x
Bolivia		x	x			x				x	x
Brasil	x										
Canadá	x			x			x	x	x	x	x
Colombia	x			x			x	x	x	x	x
Costa Rica	x			x			x	x	x	x	x
Chile		x				x	x	x	x	x	x
Ecuador	x			x			x	x	x	x	x
El Salvador				x			x	x	x	x	x
Estados Unidos	x			x			x	x	x	x	x
Guatemala	x			x			x	x	x	x	x
Guyana		x									
Honduras	x			x			x		x	x	
Jamaica		x				x			x		x
México	x			x			x	x		x	x
Nicaragua	x			x			x	x		x	x
Panamá		x			x		x	x	x	x	x
Paraguay	x				x		x	x	x	x	x
Perú	x			x			x	x	x	x	x
Rep. Dominicana	x				x		x		x	x	x
Trinidad-Tabago		x			x		x	x	x	x	x
Venezuela	x			x			x	x	x	x	x

8.2.1 Plan de inversiones

Trece países, casi 2 de cada 3, informan que tienen un plan de inversiones. Todos estos 13 países son parte de los 15 que cuentan con un plan de desarrollo de la capacidad instalada. Otros 6 tienen sólo un conjunto de proyectos aislados que no constituyen un plan; dos de ellos, sin embargo, manifiestan que tienen un plan de desarrollo de la capacidad instalada. Es probable que todos los países tengan que hacer en breve un esfuerzo para formular o reformular sus respectivos planes de inversiones.

8.2.2 Derivación de un plan de servicios

Dieciséis de los 19 países que manifestaron contar con un plan de inversiones o un conjunto de proyectos aislados han derivado el plan o los proyectos de un plan de servicios. Tendrá que dinamizarse la formulación de planes de servicios en todos los países que se proponen la extensión de la cobertura y sería de esperar que en ningún caso haya planes de inversiones no derivados de dichos planes de servicios.

8.2.3 Contenido de los planes

Prácticamente todos los planes y proyectos que existen en inversiones físicas se refieren a la construcción de nuevas facilidades y a equipamiento. Algo menor, pero muy poco, es el número de tales planes y proyectos que incluyen recuperación de la capacidad instalada, ampliaciones y transformaciones y mantenimiento.

8. DESARROLLO DE LOS RECURSOS FISICOS (concl.)

8.3 Instalación de locales para el funcionamiento de unidades elementales		8.4 Instalación de Camas				8.5 Camas de enfermos crónicos transformadas en camas para enfermos agudos		8.6 Sistema de Mantenimiento	
		8.4.1 Camas generales		8.4.2 Camas especializadas		Número de camas en 1971	% transformadas en 1980	Personal especializado en mantenimiento por cada 100 camas de hospitales de mas de 100 camas	
1971	1980	1971	1980	1971	1980			1971	1980
Barbados	9	14	1448 <sup>1</sup>	1427 <sup>1</sup>	815 <sup>1</sup>	803 <sup>1</sup>			
Bolivia	371	856			1567	1285	1141	0	2.2
Brasil			371218		275342		96563 <sup>2</sup>		
Canadá									
Colombia	1530	2000	33560	39000	13615	14000			
Costa Rica	49	341	4970	6592	2279 <sup>2</sup>	2125 <sup>2</sup>	1980	14	32 <sup>4</sup>
Chile	888	1500	36290	39198	8679	8043			
Ecuador	225	613	8982	20276	3384	6275			1.0
El Salvador									3.0
Estados Unidos			1004799		503189		503189 <sup>2</sup>		
Guatemala	263	640	7849 <sup>3</sup>		1993 <sup>3</sup>		842 <sup>3</sup>		
Guyana	35		1709	1654					
Honduras	67	463	3084 <sup>1</sup>	3743					
Jamaica	49		3215	3755	4029	1928	3639		6
México	2031	8735	70000	94000					
Nicaragua	110	150	4945	8055	980	930			
Panamá	104	137	4661	6666	3293	4106	1355	29	
Paraguay	1687	280	2797						
Perú	969	1572	24334	27478	5401	5782	3645	16.5	
Rep. Dominicana	104	300	5407	6331	2440	2440	1602	0	1
Trinidad-Tabago	25	18	3942	3775	1881	1809	1777	4	0.00
Venezuela	2640	2850	24026	32799	8029	6667	8029	19 <sup>1</sup>	22 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> N° estimado o considerando el 36% de camas especializadas en hospitales generales y especializados / <sup>2</sup> Psiquiatría y lepra. / <sup>3</sup> 3610 camas psiquiátricas de tuberculosis, lepra y nutrición / <sup>4</sup> N° de ingenieros y técnicos en mantenimiento. / <sup>5</sup> Incluye 17.806 de tuberculosis, 418.487 psiquiátricas y 42.282 otras. / <sup>6</sup> Año 1969. / <sup>7</sup> Año 1974.

8.3 Instalación de locales para el funcionamiento de unidades elementales

Solamente 18 de los 22 países participantes en la evaluación informaron acerca del número de unidades elementales de atención con que contaban en 1971, según la propia definición nacional de este tipo de unidades. Ellas alcanzaban a un total de 9,657 que estarían al servicio de una población total, para estos 18 países, de 142.4 millones de habitantes, es decir, que existía una relación de 14,800 personas por unidad elemental. La variabilidad de esta relación entre los países es muy grande, dependiendo en parte de la propia definición nacional utilizada, como por ejemplo, si dicha definición contempla o no la ubicación de tales unidades en las áreas rurales o urbanas y de la proporción de dicha población que reside en tales áreas. El número de personas por unidad elemental en los 18 países aludidos varía entre 4,100 y 41,300, con una mediana de 20,600 personas.

Quince de los 18 países mencionados, con 9,258 unidades elementales en 1971, estiman que incrementarían dicho número a 20,451 unidades en 1980, es decir, un aumento de 10,923 unidades nuevas que sería el 115% del número existente en 1971. Un sólo país estima una disminución de estas unidades en un 28%, mientras que en 2 países se prevé que casi se sextuplicará el número de ellas; la mediana se encuentra en el 100%, es decir, en la duplicación para 1980 del número de unidades que existía en 1971.

Así, pues, cualquiera que sea la definición nacional adoptada, las unidades elementales de atención en la América Latina y el Caribe podrían tal vez duplicar su número entre 1971 y 1980. A lo menos esto es lo que muestran los 18 países que informaron, los que pasarían, en promedio, de una relación de 14,600 a 9,400 habitantes por unidad elemental. El incremento propuesto ha de requerir un esfuerzo importante de financiamiento, la formación de recursos humanos, el desarrollo administrativo de apoyo indispensable y el logro de una mayor participación de la comunidad que multiplique la eficiencia de la inversión.

8.4 Instalación de camas

Las camas generales en 19 países que informaron alcanzaban en 1971 a un número de 1,617,000 para servir a una población estimada casi en 470 millones de habitantes. Había, pues, una relación de 3.7 camas generales por 1,000 habitantes, con variaciones entre los países desde 1.1 a un 6.1 y una mediana de 2.2 camas por 1,000.

Quince países de la América Latina y el Caribe hicieron proposiciones de aumento de las camas generales para 1980. Estos países, que contaban con una población de 129.6 millones de habitantes en 1971 y con 230,573 camas generales (1.8 camas por 1,000 habitantes), se proponen llegar en 1980 a 294,749 camas generales, es decir aumentarlas en un 27.8% (menor que el crecimiento de su población), con lo cual alcanzarían una relación de 1.7 camas generales por 1,000 habitantes. Es de advertir que no todas las camas agregadas serían nuevas, ya que un cierto número de ellas provendría de la transformación de camas especializadas.

Respecto de las camas especializadas, 16 países que respondieron, con una población de 388 millones de habitantes contabilizaron 837,000 en el año 1971, es decir, una relación de 2.2 camas por 1,000 habitantes. Trece de estos países, todos de la América Latina y el Caribe, con 80 millones de habitantes en 1971 y 110 millones en 1980, prácticamente no incrementarían su número de camas especializadas durante el período (alrededor de 56,000), bajando la relación durante el período de 1.4 a 0.5 camas por 1,000 habitantes.

El evidente deterioro en la disponibilidad de camas hace distante el logro de las metas fijadas por el Plan Decenal. Aún si se hiciera un esfuerzo para nuevas inversiones en la instalación de camas, tendrá que planificarse cuidadosamente su utilización y ampliarse la utilización de los consultorios externos y de las unidades elementales de atención, así como de algunos servicios básicos de menor complejidad.

9. FINANCIAMIENTO

	9.1 Programas de análisis del financiamiento y del gasto			9.2 Análisis de las funciones de producción				9.3 Presupuesto de gastos corrientes del sector público asignados al sector salud (%)		9.4 Programas de autos ayuda de la comunidad			
	En operación	No existen	En proyecto	Del sector	De algunas instituciones	De algunas se fabricaciones	No se realiza	En proyecto	1971	1980	Existen	No existen	Previstos
Barbados	x			x				18			x	x	
Bolivia	x				x			1.23 <sup>1</sup>	1.79	x			
Brasil	x				x			3.1 <sup>2</sup>				x	
Canadá	x			x				15.8	15.8	x			
Colombia	x				x								x
Costa Rica	x						x	20		x			
Chile			x				x	9.8	9.8	x			
Ecuador		x				x		2.8 <sup>2</sup>				x	
El Salvador													
Estados Unidos	x				x			9.8			x		
Guatemala		x					x	9.48				x	
Guyana		x					x				x		
Honduras													
Jamaica		x						9.1 <sup>3</sup>				x	
México	x			x							x		
Nicaragua	x						x	3.1 <sup>4</sup>					x
Panamá	x						x	31.1			x		
Paraguay		x											
Perú	x				x			5.5	6.5			x	
Rep. Dominicana		x					x	9.2			x		
Trinidad-Tabago	x					x		9.96			x		
Venezuela	x				x	x		19.4	12.6	x			

<sup>1</sup> Gastos de Uniao e sanamento.    <sup>2</sup> Año 1974    <sup>3</sup> 1970-71    <sup>4</sup> Presupuesto solo del Ministerio

9. FINANCIAMIENTO

**META REGIONAL:** *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 clave de desarrollo nacional.*

Según estimaciones groseras hechas para 1970, el sector salud de la Región gastó aproximadamente el 1.6 por ciento del producto interno bruto. También se estimaba que el crecimiento del producto bruto, optimistamente podría ascender a más o menos el 6.6 por ciento anual, mientras que el crecimiento demográfico durante la década era estimado en un 3.3 por ciento.

Suponiendo un incremento de las inversiones del sector público de salud de un 7% anual, el porcentaje del producto bruto procedente de este sector ascendería al 1.65 por ciento. Este 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.

Sin embargo, como al parecer, un incremento del orden del 7% rebasa la capacidad de financiación de las economías de la Región, habría que contar con otros medios para conseguir los fondos y alcanzar las metas fijadas por el Plan Decenal. En este Plan, por esta razón, se dieron recomendaciones para aumentar la productividad de los servicios, eliminar duplicaciones, adoptar tecnologías de bajo costo, incrementar la duración del equipo, establecer programas de auto-ayuda de la comunidad, coordinar la planificación intersectorialmente, etc. y, en general, prestar atención a los problemas del financiamiento mediante su estudio y explotación de nuevas fuentes.

Según la respuesta de 20 países que participan en la evaluación, en 13 de ellos estarían en marcha programas de análisis del financiamiento y del gasto. En los 7 restantes tales programas no existen, aunque uno de ellos tiene el proyecto de llevarlos a cabo.

Solamente tres países están realizando el análisis de las funciones de producción del sector; otros 6 han centrado su atención al estudio de las funciones de producción de algunas instituciones (esencialmente el Ministerio de Salud) y otros 3 países lo han hecho para algunos establecimientos, generalmente los más importantes. En 8 países (2 de cada 5) este tipo de análisis no se realiza.

En 16 países que proporcionaron la información, el presupuesto de gastos corrientes del sector público que se asigna para el funcionamiento del sector salud varía desde el 1.23 hasta el 31.1 por ciento, con una mediana del 9.6%. Sólo 5 países han hecho estimaciones para 1980: Dos de ellos mantienen la proporción, uno la disminuye y los otros dos la aumentan algo.

Más de la mitad (11) de los países aseguran que existen programas de autoayuda de la comunidad. En 8 no existen, pero 2 de ellos los han previsto.

10. LEGISLACION

11. INVESTIGACION

	Proposiciones de legislación hechas o formuladas como metas del Plan de Salud					Compilación y análisis de la legislación existente			Proposiciones de legislación		Proposiciones de investigación formuladas como metas del Plan Decenal					Política de investigación definida y consistente con política sectorial y de desarrollo		Inventario de las investigaciones en desarrollo		Programas de investigación en áreas prioritarias y el sist. de defin. por de servicio de salud		Coordinación entre unidades de invest. y el sist. de servicios						
	Si	No	Si	No	En proceso	En proyecto	Si	No	En proyecto	Si	No	Existen	No existen	En estudio	Meta del Plan	Existen	No existen	Meta del Plan	Existen	No existen	Meta del Plan	Existen	No existen	Meta del Plan	Existen	No existen	Meta del Plan	
Barbados	x		x					x																				
Bolivia	x							x																				
Brasil	x		x					x																				
Canadá	x							x																				
Colombia	x							x																				
Costa Rica	x							x																				
Chile	x		x					x																				
Ecuador	x							x																				
El Salvador	x		x					x																				
Estados Unidos	x							x																				
Guatemala	x		x					x																				
Guyana	x							x																				
Honduras	x							x																				
Jamaica	x		x					x																				
México	x		x					x																				
Nicaragua	x							x																				
Panamá	x							x																				
Paraguay	x		x					x																				
Perú	x							x																				
Rep. Dominicana	x							x																				
Trinidad-Tabago	x							x																				
Venezuela	x		x					x																				

/1 La revisión de la legislación existente es un proceso continuo. /2 Parcialmente.

10. LEGISLACION

El Plan Decenal hace una serie de recomendaciones respecto del sistema institucional legal en materia de salud. Así, recomienda estudiar las características del problema en cada país, concretando sistemáticamente las demandas que el grupo técnico de los diversos campos del sector salud hace al sistema legal, e identificar los elementos o niveles del sistema hacia los cuales dirige tales demandas. Recomienda, asimismo, definir los problemas de salud que requieren una normación obligatoria o institucionalización legal; sistematizar la legislación vigente y reglamentar las disposiciones legales en forma completa; reconocer y estandarizar las relaciones con los organismos de control social encargados de reforzar la acción de la autoridad de salud, y con aquellos organismos encargados de aplicar la ley y las sanciones correspondientes.

Hay una evidente preocupación en los países por los aspectos legales. En efecto, con excepción de cuatro de ellos, todos los países se han hecho proposiciones de legislación que se hallan contenidas como metas en sus planes de salud.

En 7 países (1 de cada 3) se ha hecho ya la compilación y análisis de la legislación existente en el campo de la salud y otros 11 (casi la mitad) tienen tal compilación y análisis en proceso o en proyecto.

En la mayoría de los países (4 de cada 5) hay proposiciones de legislación hechas o listas para ser propuestas, lo cual nuevamente es un indicador de la preocupación de los países en la institucionalización de su estructura o de sus actos.

11. INVESTIGACION

**METAS REGIONALES:** *Desarrollar y utilizar tecnologías de salud adecuadas a las condiciones de cada país para aumentar la cobertura y productividad de los servicios. Organizar programas multinacionales de investigación científica y tecnológica.*

El Plan Decenal recomienda que cada país establezca su propia infraestructura de investigación y que coopere plenamente con los programas regionales, a fin de poder seleccionar, utilizar y controlar los adelantos de la ciencia y la tecnología en propio beneficio de los países. Para ello se propone que cada país formule su política nacional de investigación en salud, que se promueva este tipo de investigación en las universidades y otras instituciones y que se facilite los servicios para estimular, alentar y coordinar las actividades nacionales de investigación en salud.

Según las respuestas a la encuesta de evaluación de 19 países, en casi dos tercios de ellos existen proposiciones de investigaciones a realizar formuladas como metas de sus respectivos planes para el decenio. Solamente 1 de cada 5 países contaría con una política de investigación en salud definida y consistente con la política de investigación en salud definida y consistente con la política sectorial y de desarrollo, aunque otros 2 de cada 5 manifiestan tener dicha política en estudio o como meta de su plan para el decenio. Solamente 7 países dicen contar con un inventario (2 de ellos parciales) de las investigaciones que se desarrollan en salud, y 2 se proponen su realización como meta de su plan.

Según las respuestas de 19 países a la encuesta de evaluación, en casi dos tercios de ellos existirían proposiciones de investigaciones a realizar formuladas como metas de sus respectivos planes para el decenio. Solamente 4 países (1 de cada 5), contaría con una política de salud definida y consistente con la política sectorial y de desarrollo; dicha política estaría en estudio o su formulación sería meta del plan nacional, en 8 países (2 de cada 5). Solamente 7 países (menos de 2 de cada 5) dicen contar con un inventario, parcial en 2 de ellos, de las investigaciones que se desarrollan en salud. En los 12 países restantes tal inventario no existe, aunque 2 países se proponen efectuarlo como meta de su plan de salud.

Ocho países (2 de cada 5) aseguran que se están realizando programas de investigación de aspectos en áreas fijadas como prioritarias por la política de salud, y otros 4 países se proponen como meta de su plan el llevarlos a cabo.

Se asegura en 9 países (casi la mitad) que las unidades de investigación y el sistema de servicios de salud están coordinados, parcialmente en uno de ellos. En los 10 restantes tal coordinación no existe, por lo menos 3 de ellos aspiran a lograrla considerándola como una meta de su plan de salud.