



Documento Oficial  
de la  
Organización Panamericana de la Salud  
No. 281

# **PRESUPUESTO POR PROGRAMAS**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, PROPUESTA 1998-1999**  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, REGION DE LAS AMERICAS, 1998-1999**  
**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ANTEPROYECTO 2000-2001**  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, REGION DE LAS AMERICAS,**  
**ANTEPROYECTO 2000-2001**



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

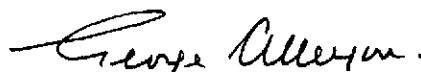
**Agosto de 1997**

**ISBN 92 75 37281 0**

## **CARTA DE TRANSMISION**

**El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, tiene el honor de presentar para su consideración lo siguiente:**

- 1. El proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 1998-1999**
- 2. El proyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999**
- 3. El anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001**
- 4. El anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000-2001**



**George A. O. Alleyne**  
**Director**

---

# ORIGENES DE FONDOS

---

## OPS

PR - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS

- HC - Miembros y Fondos varios del CFNI
- PA - Miembros y Fondos varios del INCAP
- PB - Fondo para Edificios
- PC - Miembros y Fondos varios del CAREC
- PD - Fondo de Donativos para Socorro en Casos de Desastre
- PG - Subvenciones y Convenios Contractuales
- PI - Ingresos por Servicios
- PK - Fondo Especial para Promoción de la Salud
- PL - Fondo Especial para Agencia Asociada: Acuerdo con PNUD
- PN - Subvenciones y Convenios Contractuales del INCAP
- PP - Fondo Especial para el Cólera
- PU - Fondo Especial para Investigaciones sobre Salud Animal
- PV - Fondo Especial para el Sarampión
- PW - Fondo Especial para Bienes de Equipo
- PX - Gastos de Apoyo a Programas
- PY - Fondo Especial para la Preinversión en Salud y Ambiente

## OMS

WR - Presupuesto Ordinario de la OMS

Ingresos Procedentes de los Fondos de las Naciones Unidas:

- DL - Acuerdo Modelo entre Organismos de Ejecución
- DP - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
- DR - Recursos para el Programa Especial del PNUD
- FB - Funcionarios Profesionales Asociados
- FD - Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indevido de Drogas
- FP - Fondo de Población de las Naciones Unidas
- LS - Depósitos varios y Fondos Voluntarios de las Naciones Unidas

Fondos de Depósito:

- FT - Fondos de Depósito
- FX - Programa Mundial sobre el SIDA
- ST - Fondo Sasakawa para la Salud

Fondos de Donativos para el Fomento de la Salud:

- VC - Cuenta Especial para la Lucha Contra las Enfermedades Diarréicas incluido el Cólera
- VD - Cuenta Especial para Donativos con Fines varios (otras actividades)
- VI - Cuenta Especial para el Programa Ampliado de Inmunización
- VL - Cuenta Especial para la Lucha Contra la Lepra
- VN - Cuenta Especial para Desastres y Catástrofes Naturales
- VP - Cuenta Especial para el Programa de Salud Mental
- VT - Cuenta Especial para la Tuberculosis
- VY - Cuenta Especial para la Lucha Contra el Píam
- AS - Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios
- EF - Fondo de Bienes Raíces



# INDICE

Carta de Transmisión.....	i
Orígenes de Fondos.....	ii
I. Introducción.....	I-1
II. Cuadros Resumidos	
Proyecto de Resolución sobre Asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1998-1999 .....	II-1
Cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para 1998-1999 .....	II-2
Cuadro A Antecedentes del Presupuesto Regional de los Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS.....	II-5
Cuadro B Análisis de Puestos - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS / Fondos no Ordinarios .....	II-6
Cuadro C Análisis de Incremento/Disminución de Programa y de Costo del Presupuesto Ordinario de OPS/OMS, por Ubicación.....	II-7
Gráfico I Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Ubicación: Porcentaje del Total.....	II-8
Gráfico II Presupuesto de los Programas de País, 1988-1989 a 1998-1999 .....	II-9
Cuadro D Todos los Fondos, por Fondos .....	II-10
Cuadro E-1 Presupuesto por Programas - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS.....	II-12
Gráfico III Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Sección de Asignación: Porcentaje del total.....	II-15
Cuadro E-2 Análisis de Incremento/Disminución de Programa y de Costo de la OPS/OMS, por Programa .....	II-16
Cuadro E-3 Presupuesto por Programas - Fondos no Ordinarios.....	II-20
Cuadro F-1 Análisis de los Elementos Presupuestarios - Fondos Ordinarios de OPS/OMS .....	II-23
Cuadro F-2 Análisis de los Elementos Presupuestarios - Fondos no Ordinarios .....	II-24
III. Narrativos de Programas	
Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS.....	III-1
1. Cuerpos Directivos .....	III-11
2. Salud en el Desarrollo Humano .....	III-13
3. Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud .....	III-35
4. Promoción y Protección de la Salud.....	III-47
5. Protección y Desarrollo Ambiental .....	III-59
6. Prevención y Control de Enfermedades .....	III-67
7. Servicios Administrativos.....	III-89
IV. Narrativos de País (en orden alfabético)*.....	IV-1
V. Cuadros Presupuestarios: Países (en orden alfabético)* .....	V-7
VI. Cuadros Presupuestarios: Regional e Interpaís .....	VI-1
VII. Estructura Orgánica de la OPS	
Estructura Orgánica - Organigrama.....	VII-1
Estructura Orgánica - Descripción.....	VII-3
Estructura Orgánica - Presupuesto por Programas .....	VII-13

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

# INTRODUCCIÓN

---

1. Me complace presentar el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el ejercicio 1998-1999. Esta versión revisada, incorpora cambios a los resultados esperados para el bienio, en vista de las reducciones presupuestarias recomendadas por el Comité Ejecutivo en su reunión de Junio de 1997.

2. El esfuerzo para ayudar a los Estados Miembros a lograr el nivel más alto posible de equidad ha constituido el núcleo de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) de la OPS, que son la base de la estructura de la Secretaría. Estas orientaciones, que fueron aprobadas por la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, enuncian claramente que el principal desafío que afrontará el sector de la salud durante el cuatrienio es el de superar la inequidad. Dos de los principios rectores de la Organización son la búsqueda de la equidad y el fomento de un punto de vista panamericano. Estos principios se reflejan en el proyecto de presupuesto por programas. El fortalecimiento de la cooperación entre los países es de importancia capital para la OPS y representa el aumento más grande del presupuesto. La idea es reconocer la competencia técnica que hay en la Región y mejorar el flujo horizontal de información y experiencias entre todos los países de las Américas.

3. Describiré brevemente el contexto en el que trabajará la Organización, es decir, la situación general (política, económica y social) de la Región, las condiciones de salud y la respuesta de la OPS, tal como se reflejan en el proyecto de presupuesto por programas.

## *Análisis del contexto*

4. El panorama internacional dentro del que opera la OPS está determinado por la globalización económica, el progreso hacia el pluralismo democrático y los movimientos de reforma económica. Además, en estos momentos todo el sistema de las Naciones Unidas está inmerso en un proceso de reforma, el cual se espera que dé lugar a cambios estructurales que permitan abordar los retos del nuevo milenio. La Organización Mundial de la Salud también está enfrascada en la reforma y

examinando sus bases constitucionales. La OPS ha formado parte del proceso de renovación y ha seguido empeñada en modificar su funcionamiento y estructura para hacerlos más eficaces y cada vez más sensibles a las necesidades de sus Estados Miembros. La OMS ha iniciado el proceso de renovar el compromiso con el logro de la meta de salud para todos, y naturalmente la OPS ha participado activamente y contribuido a ello. El proceso, que surgió del empeño por responder a los cambios mundiales y que culminará en la adopción de una nueva política sanitaria mundial, también implica replantear algunos temas, que van de la conceptualización de la salud misma a las maneras de lograr que la Organización trabaje mejor.

5. Este año la OPS celebra 95 años de servicio a la salud en las Américas. El desarrollo histórico de la Organización ha sido configurado por su capacidad de cambiar, no solo sus actividades sino también su presencia frente a los propios Gobiernos Miembros. La búsqueda incesante de las maneras más eficaces de cooperar se ha expresado en años recientes en el proceso de replantear la cooperación técnica internacional en materia de salud.

6. El ambiente actual es generalmente favorable al progreso de las inquietudes sociales, entre las cuales incluyo a la salud. Observo la defensa del proceso democrático, mayor participación de los ciudadanos, una búsqueda de la paz y un movimiento hacia la reforma del Estado que debería hacerlo aun más sensible a las necesidades de los ciudadanos. La concepción de la salud como un valor positivo, en vez del criterio más tradicional de la ausencia o pérdida de ese valor, requiere imaginación e instrumentos que permitan la construcción de un nuevo enfoque para el trabajo en este campo. Este nuevo enfoque debe incluir actores diferentes de los que tradicionalmente han participado en las intervenciones concebidas para influir en los factores que determinan la situación sanitaria de las poblaciones.

7. En 1996, la economía de la América Latina y el Caribe se caracterizó sobre todo por el crecimiento moderado y los precios estables. El crecimiento resultó principalmente del aumento sostenido de las

exportaciones y, en segundo lugar, del mayor acceso a fuentes externas de capital. Se predice que el índice regional de inflación promedio tal vez alcance su nivel más bajo desde 1972. La evolución favorable del crecimiento económico, sin embargo, no ha dado lugar todavía a un aumento del empleo, ya que las cifras de desempleo urbano para 1996 son las más altas del decenio, lo cual indica que los modelos de crecimiento económico no están reduciendo las desigualdades que han persistido durante decenios.

8. Las condiciones de salud en los países de las Américas siguen siendo afectadas por la desigualdad social, que no ha disminuido a consecuencia del proceso de ajuste social y económico en que se encuentra la Región. El análisis de la situación sanitaria que se presentó en el Informe Anual del Director de 1995, titulado *En busca de la equidad*, revela datos perturbadores sobre la vulnerabilidad que esta desigualdad acarrea a segmentos considerables de la población de las Américas. Cuando los valores promedios del ingreso en el quintil más bajo de la población de los países más pobres se comparan con los valores correspondientes de los países más ricos, el ingreso de los pobres en algunos países pobres es 60 veces menor que el de sus similares en los países más ricos. Los países más pobres muestran menos crecimiento del PNB per cápita, y menores proporciones de éste se invierten en salud. Esta tendencia tiende a amplificar las desigualdades en la disponibilidad y la accesibilidad de la atención de salud. Los problemas socioeconómicos han reducido notablemente la capacidad de los establecimientos sanitarios de prestar apropiadamente servicios de salud a los segmentos más vulnerables de la población.

9. A pesar de lo anterior, la Región ha logrado ganancias importantes en la lucha contra las causas principales de muerte en la niñez. En 1996 se cumplieron cinco años de la erradicación de la poliomielitis en la Región de las Américas, y, como lo demuestra la respuesta a la amenaza de la importación de poliovirus salvaje en el Canadá, los sistemas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio han mantenido su excelencia. El número total de casos de sarampión confirmados por laboratorio en la Región ascendió a 1.464 en 1996, por comparación con 6.489 en 1995. Se cree que la transmisión se ha interrumpido en los países de habla inglesa del Caribe. Este logro notable es un homenaje a nuestros países y alimenta la esperanza de que la Región de las Américas pueda recibir la certificación de que está libre del sarampión en

2002, cuando la OPS celebre su centésimo aniversario. Sigue adelantando la eliminación de la lepra y la rabia. Se han obtenido logros importantes en los países del Cono Sur con respecto a la reducción de la infestación domiciliar por *Triatoma*, vector de la enfermedad de Chagas, lo cual aumenta las posibilidades de erradicar esta enfermedad. Grandes zonas del Cono Sur están ya exentas de la fiebre aftosa, enfermedad que tiene una importancia económica enorme. Estas ganancias son posibles porque los países han convenido en colaborar en este espíritu de panamericanismo.

10. Desde 1980, los Estados Unidos y Canadá han logrado disminuciones de alrededor de 15% en la mortalidad proporcional atribuible a las enfermedades del aparato circulatorio. No obstante, en muchos países latinoamericanos la mortalidad debida a estas causas está aumentando en los adultos. Es bien sabido que los factores de riesgo que constituyen la base de estas causas de morbilidad y mortalidad incluyen hábitos alimentarios, modo de vida sedentario y tabaquismo. También está plenamente demostrado que estos hábitos son susceptibles de modificarse mediante las estrategias de promoción de la salud. La mortalidad proporcional causada por el cáncer ha aumentado en prácticamente todos los países de la Región. La causa principal es el cáncer cervicouterino, y la Región tiene algunas de las tasas más altas en el mundo. Por otra parte, las estrategias formuladas para afrontar las tasas de cáncer en aumento pretenden atacar los hábitos que favorecen su aparición, como el control del tabaco y del hábito de fumar, y también pueden aplicarse medidas preventivas eficaces en función de los costos.

11. No es posible presentar la situación sanitaria de la Región sin abordar también la mortalidad y la discapacidad que son el resultado de causas externas. En América Latina y el Caribe, 10% de la mortalidad y 18% de los años perdidos por discapacidad son consecuencia de los traumatismos. Estos constituyen la causa principal de mortalidad entre los 5 y los 45 años de edad. La violencia es crítica en este renglón, y sus causas son igualmente susceptibles de intervención que las lesiones intencionales. La prevención de lesiones, sean intencionales o no, se ha convertido en uno de los principales imperativos de la salud pública en el umbral del tercer milenio. Otro problema que debemos afrontar son los trastornos mentales; se calcula que en el año 2020 los trastornos mentales serán la causa principal de años perdidos por

discapacidad. Muchas de las enfermedades que han afectado y seguirán afectando a las poblaciones de las Américas en el futuro previsible derivan de un ambiente en deterioro. Este es un problema que incumbe a todos los sectores, tanto en sus causas como en su tratamiento. La OPS debe estar atenta a la aparición de nuevas amenazas, y ya está tomando las medidas necesarias para hacer frente a los problemas de las enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes.

## *La respuesta de la OPS*

12. La aprobación de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) de la OPS para 1995-1998 coincidió con la decisión, en 1995, de iniciar el proceso de renovar el compromiso de los países miembros con la meta de salud para todos. Las OEP actuales y futuras y el proceso de renovación de la meta de salud para todos proporcionarán el marco de referencia para el tipo de cooperación técnica que será la más eficaz.

13. La OPS/OMS ha proseguido activamente la participación de los países en la evaluación de las OEP vigentes y en la formulación de las nuevas. Con este fin, varios países han formado grupos nacionales que han revisado la congruencia entre los planes nacionales y las OEP, y algunos incluso han definido indicadores para vigilar los adelantos logrados.

14. La OPS/OMS ha dedicado esfuerzos considerables a establecer relaciones con nuevos socios, incluidas instituciones del sector público diferentes del de la salud. Estos esfuerzos continuarán. Internamente, las discusiones técnicas de septiembre de 1996 se centraron en las organizaciones no gubernamentales, su función y nuestra relación con ellas para llevar adelante las metas de salud. También se han establecido asociaciones nuevas internamente, como lo atestigua el trabajo interdivisional encaminado al mejoramiento de las políticas de salud con respecto a las enfermedades cardiovasculares (proyecto CARMEN) y a la diabetes, que en el caso de esta última dio lugar a la Declaración de las Américas sobre la Diabetes. Han seguido los esfuerzos para movilizar recursos y establecer relaciones más fuertes con instituciones multilaterales de financiamiento. La Organización tiene mucho que aportar a estas instituciones, no solo mediante la cooperación técnica y empresas conjuntas, sino

principalmente ayudando a los países a procurar que los fondos se inviertan bien. La OPS/OMS está fortaleciendo las relaciones con el sector privado y con otras partes de la sociedad civil, como la religión organizada.

15. La Organización está participando plenamente en las actividades de seguimiento de la Cumbre de las Américas. He propuesto el tema "Tecnología de salud uniendo a las Américas" para la próxima Cumbre, a celebrarse en Santiago en 1998. La OPS también participó en la reunión continental de los ministros de comercio realizada en Belo Horizonte (Brasil).

16. Siguen surgiendo iniciativas de integración subregional y la OPS/OMS ha mantenido una presencia destacada en ellas. La salud figura ahora en el temario del MERCOSUR, el movimiento regional de integración de los países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay). La OPS/OMS ha seguido prestando cooperación técnica en Centroamérica por intermedio del Sistema de Integración Centroamericana y su Comisión de Integración Social. La Organización también coopera con los países andinos por conducto del Convenio Hipólito Unanue. La OPS/OMS sigue manteniendo excelentes relaciones de trabajo con CARICOM y la recién formada Asociación de los Estados del Caribe.

17. La inquietud por la equidad seguirá manifestándose en la labor de la OPS/OMS en el área de la mujer, la salud y el desarrollo. La cooperación técnica en esta área abordará algunos de los principales problemas de salud de la mujer que derivan de la discriminación por razón de sexo, uno de los cuales es la violencia contra la mujer. Además, seguiremos pugnando porque la inquietud por las cuestiones de género impregne la cooperación técnica de la Organización en su totalidad.

18. El programa de la Organización se expresa por temas en las OEP. La esencia de esta cooperación durante el próximo bienio será demostrar en esas áreas específicas de la salud lo que puede hacerse para mejorar las condiciones y para ayudar a los países a fortalecer y reformar sus servicios. Esto último ocupará gran parte de nuestros recursos. Además, los adelantos en dichas áreas de salud deben ser un punto de partida para la defensa a todos los niveles de la causa de la salud como un sistema de valores, y la salud como un aspecto central del desarrollo humano.

19. En la esfera de la gestión interna, durante 1996 se aplicaron en la Secretaría medidas de reforma institucional como resultado de un proceso participativo mediante el cual todas las unidades analizaron sus funciones y objetivos de trabajo esenciales para proponer cambios y reducciones en vista de las limitaciones financieras. Se fusionaron departamentos y se reasignaron funciones para lograr más eficiencia. Este es un proceso que se mantendrá bajo escrutinio constante, a medida que la Organización encuentre el equilibrio entre la estabilidad y la necesidad de innovación y mejoramiento de nuestra capacidad para alcanzar nuestro propósito básico.

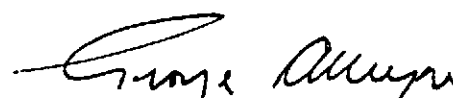
20. Han continuado los esfuerzos por encontrar un enfoque más integrado entre los niveles regional y nacional para construir la cooperación técnica. Los representantes de la OPS/OMS han estado asistiendo selectivamente a las reuniones de los Cuerpos Directivos para mejorar su capacidad de asesorar los gobiernos, con el fin de que estos puedan obtener el máximo provecho de su participación. Los programas de adiestramiento de los directivos de alto nivel están dirigidos a mejorar su capacidad de liderazgo y de respuesta en un ambiente en transición. Como parte del mejoramiento de nuestra gestión de recursos humanos, se introducirá un nuevo sistema de evaluación del desempeño.

21. La evaluación debe seguir siendo una parte esencial de nuestra cultura de la gestión. Esto incluye la evaluación de nuestra cooperación técnica a todos los niveles y una búsqueda constante de los mecanismos más apropiados para hacer participar a los países en los esfuerzos conjuntos para examinar, evaluar y modificar los programas de la Organización. Ello va de la mano con el escrutinio estricto de las operaciones financieras, a fin de demostrar la responsabilidad fiscal y la transparencia que deben distinguir a la Organización.

## *El presupuesto por programas como parte de la respuesta*

22. El presupuesto por programas representa el mecanismo mediante el cual la Organización puede responder a las necesidades de los países. El presente presupuesto por programas tiene un formato que refleja el desarrollo del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) a lo largo de muchos años. Posee una lógica interna que deriva de nuestros adelantos y práctica recientes con el Enfoque Lógico para la Gestión de Proyectos de la OPS. Debe permitir comprender los resultados que se esperan y los recursos que se destinarán a lograrlos.

23. El proyecto de presupuesto ordinario de la OPS, por un monto de US\$ 251.264.000 incluye US\$ 82.686.000 de fondos ordinarios de la OMS y US\$ 168.578.000 de fondos ordinarios de la OPS. De esta última cantidad, US\$ 156.878.000 provendrán de las cuotas y US\$ 11.700.000 de los ingresos varios proyectados. La porción de fondos ordinarios propuestos para la OPS es la misma cantidad que la aprobada para el bienio 1996-1997 y por lo tanto representa un crecimiento nominal cero. El presente presupuesto por programas pretende recalcar los resultados de salud y es congruente con nuestra convicción de que, a nivel de país, debe haber los recursos que permitan lograr una repercusión positiva sobre la salud de las personas. Presentamos este presupuesto con la plena conciencia de que representa solo una fracción pequeña de los recursos destinados a la salud en las Américas. Pero lo hacemos con la convicción de que nuestro programa y el presupuesto que lo respalda han sido y seguirán siendo una fuerza significativa que estimula y propugna la acción en las áreas de importancia crítica de la salud en el continente americano.



George A. O. Alleyne  
Director

# ANÁLISIS Y ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

1. El anteproyecto de presupuesto por programas de los fondos ordinarios de la OPS/ OMS para el ejercicio económico 1998-1999 se presentó anteriormente en el Documento Oficial No. 267 de mayo de 1995. En ese momento se calculaba que el aumento combinado sería de 8.1% en relación con el presupuesto de 1996-1997. El proyecto de presupuesto actual para 1998-1999 por un monto de \$251.264.000, representa un aumento de 1,2% (0,58% anual) y refleja una reducción de \$17.145.000 en relación con el anteproyecto original.

2. La porción correspondiente a la OPS en el proyecto de presupuesto para 1998-1999 que asciende a \$168.578.000, es la misma cantidad aprobada para el bienio 1996-1997. Por lo tanto refleja un crecimiento nominal de cero, comparado con el presupuesto aprobado previamente. El proyecto de presupuesto fue revisado en base a las discusiones en el Comité Ejecutivo en junio de 1997. Se propone que el presupuesto ordinario de la OPS correspondiente al ejercicio económico 1998-1999, sea financiado por un monto de \$156.878.000 por las cuotas de los países miembros, y por los ingresos varios que se calcula sumarán \$11.700.000.

3. La porción correspondiente a la OMS en el proyecto de presupuesto para 1998-1999 que asciende a \$82.686.000, representa un aumento de 3,6% en relación con 1996-1997, de acuerdo con el presupuesto aprobado para las Américas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo.

4. Los detalles del proyecto de presupuesto, es decir, cómo se calculó y se distribuyó, figuran en las explicaciones de los diversos cuadros en los siguientes párrafos. El borrador de los proyectos de resolución sobre asignaciones y cuotas de los gobiernos figuran en las páginas II-1 al II-4.

5. El cuadro A de la página II-5, resume la historia del presupuesto ordinario regional de la OPS y la OMS desde el bienio 1970-1971. Para 1998-1999 la porción del presupuesto ordinario aportada por la OPS representa 67,1%, y la aportada por la OMS 32,9%.

6. El cuadro B de la página II-6 está dividido entre los puestos con cargo a los fondos ordinarios de la OPS/OMS, y los puestos financiados con fondos extrapresupuestarios. También se señala la ubicación de los puestos. Se debe notar que hay una reducción total de 49 puestos con cargo a los fondos ordinarios de la OPS/OMS en relación a 1996-1997. De hecho, entre 1980-1981 y 1996-1997 fueron eliminados 359 puestos, lo que equivale a una reducción que sobrepasa el 29%. La disminución en los puestos con cargo a fondos extrapresupuestarios se debe a la incapacidad de predecir los compromisos en años futuros.

7. En el cuadro C de la página II-7 se presenta un análisis del presupuesto ordinario de la OPS y la OMS por categorías de ubicación y por los aumentos y disminuciones de programa, así como por los aumentos de costos relacionados con la inflación y los aumentos ordenados por las Naciones Unidas. En general los aumentos de programa están relacionados con los rubros nuevos en las categorías de ubicación que no se incluyeron en el programa de 1996-1997. Una disminución de programa tiene que ver con los rubros que se incluyeron en el programa de 1996-1997 pero que se eliminaron o se redujeron en el proyecto de presupuesto para 1998-1999. El cuadro C muestra que las disminuciones netas de programa suman \$11.767.000. Se debe resaltar los siguientes puntos: Primero, la gran disminución bajo los Programas Multipaís y la Dirección Técnica y Administrativa son causadas por la reducción en los puestos; una disminución neta de 16 y 17 puestos respectivamente. Segundo, continúa descendiendo la porción del presupuesto destinada a Dirección Técnica y Administrativa (de 14,5% a 14,2%).

8. Los factores de aumento de los costos utilizados en el proyecto de presupuesto cambian con la ubicación. Los cálculos de costos de todos los puestos están basados en los costos reales según el grado y la ubicación. Después de la reducción de 49 puestos, el aumento neto de costos para los puestos es de 1,7%, o sea menos de 0,85% anual. Para los rubros no relacionados a puestos, el factor de aumento de costos relacionado con la inflación se calculó en un 3,0% anual para Washington (cifra

que se basa principalmente en el índice actual de precios al consumidor para los Estados Unidos), y en 6,25% para 1998 y 5,51% para 1999 en las oficinas de campo (porcentajes basados en una interpretación moderada de dos proyecciones econométricas). Estos factores se usaron a pesar de que el promedio ponderado regional de 1996 para la inflación en América Latina y el Caribe fue de 20,0%, según el informe preliminar correspondiente a diciembre de 1996 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL). Sin embargo, sobre la base de las decisiones tomadas cuando el Gabinete del Director consideró este proyecto, y las decisiones tomadas luego del Comité Ejecutivo, se decidió proponer un presupuesto que releje un crecimiento nominal de cero.

9. Los gráficos I y II de las páginas II-8 a II-9, están basados en la información del cuadro C. El gráfico II muestra el aumento sostenido en los Programas de País durante los últimos años.

10. El cuadro D de las páginas II-10 a II-11 es un resumen de los diversos fondos comprometidos a la Organización para 1996-1997 hasta este momento. La sumas correspondientes a los fondos extrapresupuestarios para 1996-1997 de \$120.232.500 originada en la OPS y \$19.626.500 originada en la OMS, son las estimaciones más cercanas de estos fondos a la fecha, ya que no pueden predecirse los compromisos futuros de las fuentes externas para 1998-1999 y años subsiguientes. Por este motivo los fondos extrapresupuestarios van disminuyendo a partir de 1996-1997.

11. El cuadro E-1, entre las páginas II-12 a II-14, presenta el proyecto de presupuesto ordinario de la OPS/OMS al nivel de 3 dígitos de la clasificación de programas. Se trata básicamente de la lista clasificada de programas de la OMS a la que se han hecho algunos cambios para reflejar la situación de la Región. Este cuadro ilustra los porcentajes del presupuesto total para cada programa en los bienios 1996-1997, 1998-1999 y 2000-2001.

12. El gráfico III de la página II-15 presenta la distribución de los fondos ordinarios de la OPS/OMS al más alto nivel de la clasificación de programas (asignación).

13. El cuadro E-2 en las páginas II-16 a II-19 presenta nuevamente el proyecto de presupuesto de la OPS/OMS al nivel de 3 dígitos, pero muestra los incrementos o disminuciones de programa y los

incrementos o disminuciones de costo entre el periodo base 1996-1997 y el periodo propuesto 1998-1999.

Este cuadro también ilustra los cambios programáticos efectuados en respuesta a las prioridades establecidas por los Cuerpos Directivos. A continuación mencionaremos algunos de los ejemplos con sus respectivos porcentajes de incremento sobre los niveles del presupuesto aprobado para 1996-1997:

Enfermedades de Transmisión Sexual ...	126,9%
Salud de los Adolescentes .....	56,3%
La Mujer, Salud y Desarrollo .....	40,6%
Enfermedades Preventibles mediante	
Vacunación e Inmunización .....	40,4%
Salud Mental .....	36,9%
Cooperación Técnica entre Países .....	33,3%

14. En el cuadro E-3 en las páginas II-20 a II-22 se presentan los programas apoyados por los fondos extrapresupuestarios.

15. Los cuadros F-1 y F-2 en las páginas II-23 y II-24 muestran la distribución del presupuesto por elementos con los aumentos y las disminuciones entre los dos bienios.

16. La sección III (indicador amarillo) del presente documento contiene la clasificación y descripción general de los programas. Cada una de las siete partes del presupuesto por programas tiene una descripción, junto con el origen de los fondos correspondientes y los diversos programas por ubicación.

17. La sección IV (indicador anaranjado) del documento contiene descripciones para cada país, con una presentación resumida que muestra la distribución de la propuesta presupuestaria al nivel de asignación.

18. Las Secciones V y VI (indicador verde) contienen la propuesta del presupuesto detallado para cada país y otras ubicaciones bajo la estructura de la clasificación de programas de la OPS.

19. La Sección VII (indicador rosa) proporciona una descripción de la estructura orgánica de la Secretaría y los fondos correspondientes.

LA XL REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

1. Asignar para el ejercicio financiero 1998-1999 la cantidad de \$185,380,944 distribuida de la siguiente manera:

Parte I	CUERPOS DIRECTIVOS	2,143,000
Parte II	SALUD Y DESARROLLO HUMANO	73,105,400
Parte III	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	19,932,700
Parte IV	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	18,212,300
Parte V	PROTECCION Y DESARROLLO AMBIENTAL	12,973,400
Parte VI	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	22,441,800
Parte VII	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	19,769,400

Presupuesto Efectivo para 1998-1999 (PARTES I - VII)

PARTES I - VII

TOTAL - TODAS LAS PARTES

2. Que las asignaciones se financien mediante:

(a) Cuotas asignadas correspondientes a:  
Los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana

(b) Ingresos varios

TOTAL

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

3. Que, de conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1999, inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero 1998-1999 se limitarán al total del presupuesto por programa, es decir, a las Partes I-VII.

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



## CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1998-1999

## PROYECTO DE RESOLUCION

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

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

LA XL REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

## RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 1998-1999 de conformidad con la escala de cuotas indicada a continuación y en las cantidades correspondientes.

(1) Miembros de la OPS	(2) Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		(3) Cuota Bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		(6) Cuota Neta	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
	%	%	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$
Gobiernos Miembros:										
Antigua y Barbuda	0.019993	0.019993	17,362	17,362	1,680	1,680			15,682	15,682
Argentina	4.897907	4.897907	4,253,365	4,253,365	411,496	411,496			3,841,869	3,841,869
Bahamas	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Barbados	0.079965	0.079965	69,442	69,442	6,718	6,718			62,724	62,724
Belice	0.029987	0.029987	26,041	26,041	2,519	2,519			23,522	23,522
Bolivia	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Brasil	8.546348	8.546348	7,421,689	7,421,689	718,019	718,019			6,703,670	6,703,670
Canadá	12.354723	12.354723	10,728,900	10,728,900	1,037,979	1,037,979	70,000	70,000	9,760,921	9,760,921
Chile	0.539769	0.539769	468,738	468,738	45,349	45,349			423,389	423,389
Colombia	0.939599	0.939599	815,952	815,952	78,940	78,940			737,012	737,012

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1998-1999

(1) Miembros de la OPS	(2) Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		(3) Cuota Bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		(6) Cuota Neta	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
	%	%	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS	EUAS
Gobiernos Miembros:										
Costa Rica	0.129945	0.129945	112,845	112,845	10,917	10,917			101,928	101,928
Cuba	0.730372	0.730372	634,258	634,258	61,362	61,362			572,896	572,896
Dominica	0.019993	0.019993	17,362	17,362	1,680	1,680			15,682	15,682
República Dominicana	0.179924	0.179924	156,247	156,247	15,116	15,116			141,131	141,131
Ecuador	0.179924	0.179924	156,247	156,247	15,116	15,116			141,131	141,131
El Salvador	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Granada	0.029987	0.029987	26,041	26,041	2,519	2,519			23,522	23,522
Guatemala	0.129945	0.129945	112,845	112,845	10,917	10,917			101,928	101,928
Guyana	0.019993	0.019993	17,362	17,362	1,680	1,680			15,682	15,682
Haití	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Honduras	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Jamaica	0.179924	0.179924	156,247	156,247	15,116	15,116			141,131	141,131
México	6.077403	6.077403	5,277,645	5,277,645	510,591	510,591			4,767,054	4,767,054
Nicaragua	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Panamá	0.129945	0.129945	112,845	112,845	10,917	10,917			101,928	101,928
Paraguay	0.179924	0.179924	156,247	156,247	15,116	15,116			141,131	141,131
Perú	0.409825	0.409825	355,894	355,894	34,431	34,431			321,463	321,463
Saint Kitts y Nevis	0.019993	0.019993	17,362	17,362	1,680	1,680			15,682	15,682
Santa Lucía	0.029987	0.029987	26,041	26,041	2,519	2,519			23,522	23,522
San Vicente y las Granadinas	0.019993	0.019993	17,362	17,362	1,680	1,680			15,682	15,682

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1998-1999										
(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		Cuota Neta	
Miembros de la OPS	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
	%	%	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$	EUA\$
<b>Gobiernos Miembros:</b>										
Suriname	0.069971	0.069971	60,763	60,763	5,879	5,879			54,884	54,884
Trinidad y Tabago	0.179924	0.179924	156,247	156,247	15,116	15,116			141,131	141,131
Estados Unidos de América	59.444615	59.444615	51,621,984	51,621,984	4,994,222	4,994,222	3,300,000	3,300,000	49,927,762	49,927,762
Uruguay	0.259889	0.259889	225,689	225,689	21,835	21,835			203,854	203,854
Venezuela	3.198634	3.198634	2,777,709	2,777,709	268,732	268,732			2,508,977	2,508,977
Subtotal	99.448227	99.448227	86,361,309	86,361,309	8,355,115	8,355,115	3,370,000	3,370,000	81,376,194	81,376,194
<b>Gobiernos Participantes:</b>										
Francia	0.289876	0.289876	251,730	251,730	24,354	24,354			227,376	227,376
Reino de los Países Bajos	0.089961	0.089961	78,123	78,123	7,558	7,558			70,565	70,565
Reino Unido	0.059974	0.059974	52,082	52,082	5,039	5,039			47,043	47,043
Subtotal	0.439811	0.439811	381,935	381,935	36,951	36,951			344,984	344,984
<b>Miembros Asociados:</b>										
Puerto Rico	0.111962	0.111962	97,228	97,228	9,406	9,406			87,822	87,822
Subtotal	0.111962	0.111962	97,228	97,228	9,406	9,406			87,822	87,822
<b>TOTAL</b>	<b>100.000000</b>	<b>100.000000</b>	<b>86,840,472</b>	<b>86,840,472</b>	<b>8,401,472</b>	<b>8,401,472</b>	<b>3,370,000</b>	<b>3,370,000</b>	<b>81,809,000</b>	<b>81,809,000</b>

(5) Esta columna incluye las cantidades aproximadas que recibirán los Gobiernos Miembros en 1998-1999 con respecto al monto de los impuestos con que gravan la remuneración que perciben de la OSP los funcionarios de sus nacionalidades respectivas, debidamente reajustadas para tener en cuenta cualquier diferencia entre lo estimado y la cantidad real de los años anteriores.

# CUADRO A

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

	FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS			FONDOS ORDINARIOS DE LA OMS			TOTAL FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS	
PERIODO DEL PRESUPUESTO	CANTIDAD	% DEL TOTAL	% INCREMENTO	CANTIDAD	% DEL TOTAL	% INCREMENTO	CANTIDAD	% INCREMENTO
1970-71	30,072,422	68.2		14,053,685	31.8		44,126,107	
1972-73	37,405,395	68.6	24.4	17,150,800	31.4	22.0	54,556,195	23.6
1974-75	45,175,329	68.8	20.8	20,495,900	31.2	19.5	65,671,229	20.4
1976-77	55,549,020	69.3	23.0	24,570,200	30.7	19.9	80,119,220	22.0
1978-79	64,849,990	67.8	16.7	30,771,500	32.2	25.2	95,621,490	19.3
1980-81	76,576,000	67.1	18.1	37,566,200	32.9	22.1	114,142,200	19.4
1982-83	90,320,000	67.2	17.9	44,012,000	32.8	17.2	134,332,000	17.7
1984-85	103,959,000	67.2	15.1	50,834,000	32.8	15.5	154,793,000	15.2
1986-87	112,484,000	66.0	8.2	57,856,000	34.0	13.8	170,340,000	10.0
1988-89	121,172,000	66.8	7.7	60,161,000	33.2	4.0	181,333,000	6.5
1990-91	130,023,000	66.7	7.3	65,027,000	33.3	8.1	195,050,000	7.6
1992-93	152,576,000	68.1	17.3	71,491,000	31.9	9.9	224,067,000	14.9
1994-95	164,466,000	67.3	7.8	79,794,000	32.7	11.6	244,260,000	9.0
1996-97	168,578,000	67.9	2.5	79,794,000	32.1	0.0	248,372,000	1.7
1998-99 *	168,578,000	67.1	0.0	82,686,000	32.9	3.6	251,264,000	1.2

\*LA CANTIDAD DE LOS FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS PARA 1998-1999 ES PROPUESTA. LA CANTIDAD DE LOS FONDOS ORDINARIOS DE LA OMS PARA 1998-1999 FUE APROBADA DURANTE LA ASAMBLEA MUDIAL DE LA SALUD EN MAYO DE 1997.

## CUADRO B

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

UBICACION	1996-1997			1998-1999			2000-2001		
	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL
A. COOPERACION CON LOS PAISES									
A.1 PROGRAMAS DE PAIS	137	171	308	135	168	303	135	168	303
A.2 PROGRAMAS MULTIPAIS	29	9	38	19	3	22	19	3	22
A.3 PROGRAMAS REGIONALES	134	126	260	134	118	252	134	118	252
A.4 CENTROS	58	55	113	57	53	110	57	53	110
SUBTOTAL: COOPERACION CON LOS PAISES	358	361	719	345	342	687	345	342	687
B. DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	62	125	187	58	112	170	58	112	170
C. CUERPOS DIRECTIVOS	3	3	6	3	3	6	3	3	6
GRAN TOTAL	423	489	912	406	457	863	406	457	863

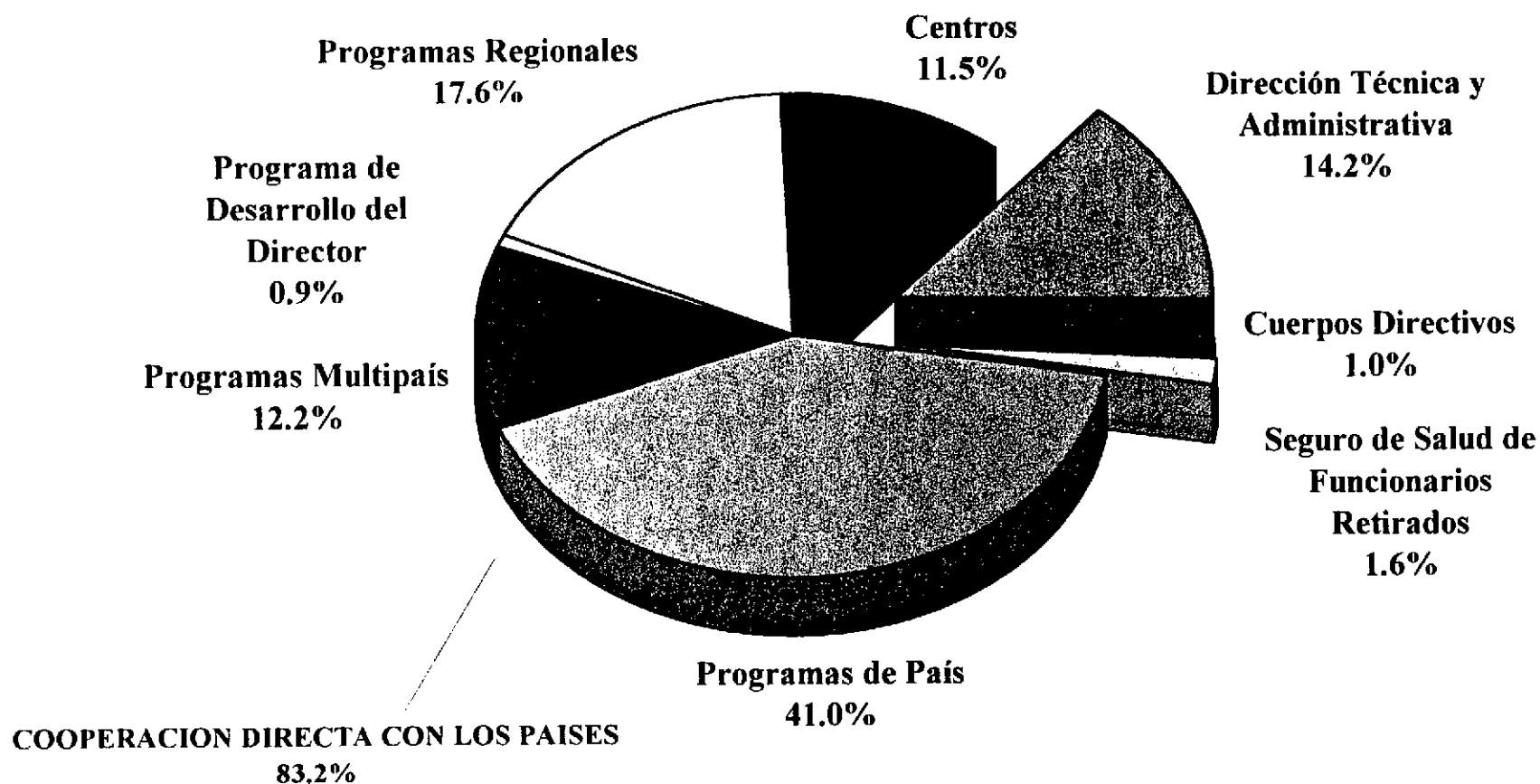
## ANALISIS DE PUESTOS - FONDOS NO ORDINARIOS

UBICACION	1996-1997			1998-1999			2000-2001		
	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL	PROFESIONAL	LOCAL	TOTAL
A. COOPERACION CON LOS PAISES									
A.1 PROGRAMAS DE PAIS	16	10	26	0	0	0	0	0	0
A.2 PROGRAMAS MULTIPAIS	27	8	35	3	0	3	3	0	3
A.3 PROGRAMAS REGIONALES	29	36	65	13	18	31	10	13	23
A.4 CENTROS	5	23	28	0	17	17	0	17	17
SUBTOTAL: COOPERACION CON LOS PAISES	77	77	154	16	35	51	13	30	43
B. DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA	13	30	43	10	29	39	10	29	39
GRAN TOTAL	90	107	197	26	64	90	23	59	82

**CUADRO C**

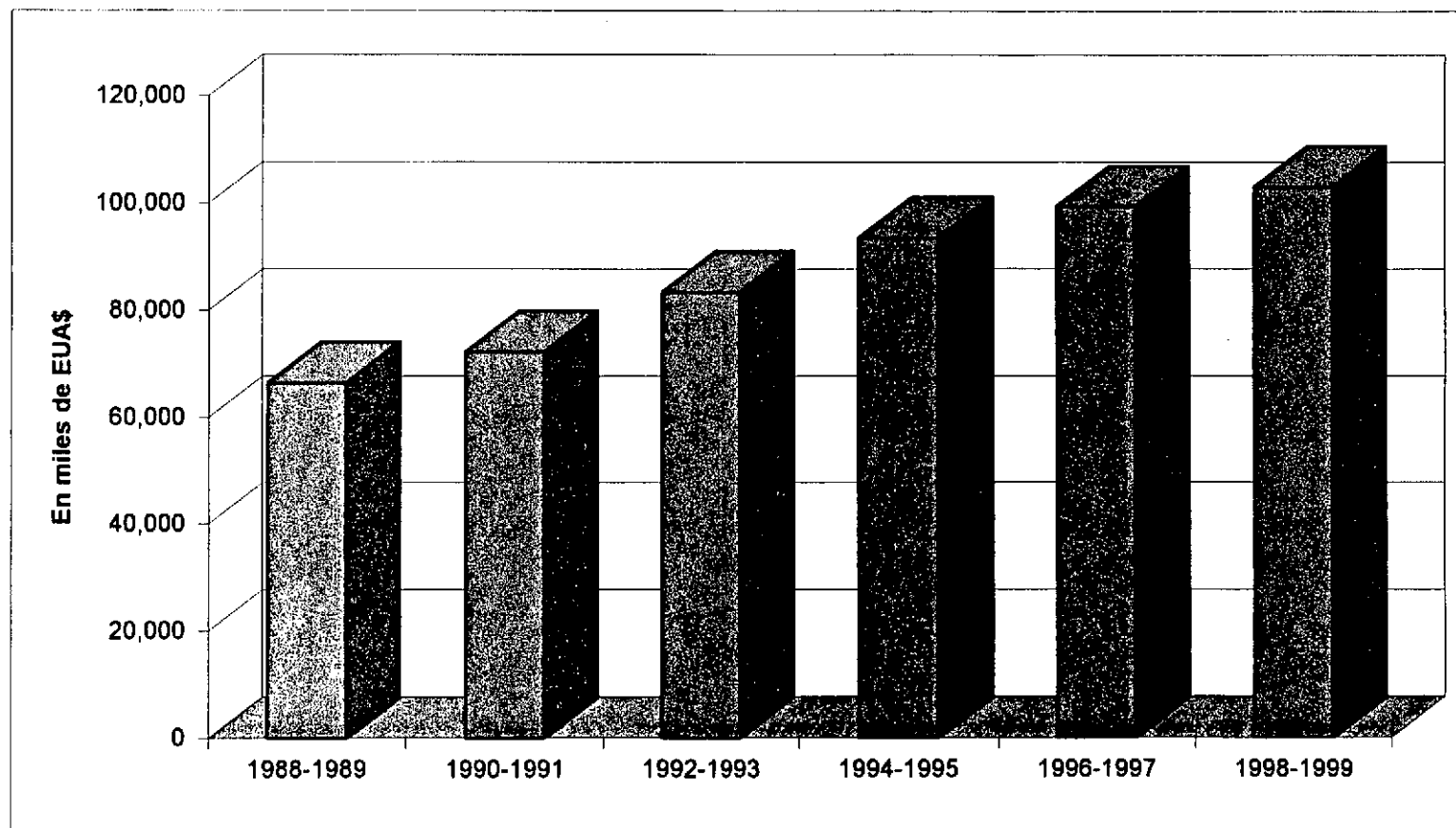
ANALISIS DE INCREMENTO/DISMINUCION DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS, POR UBICACION										
UBICACION	ASIGNACION 1996-1997		INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO O DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO O DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
A.1 PROGRAMAS DE PAIS	99,374,000	40.0	(2,694,200)	(2.7)	6,388,200	6.4	3,694,000	3.7	103,068,000	41.0
A.2 PROGRAMAS MULTIPAIS	33,133,600	13.3	(3,916,000)	(11.8)	1,474,400	4.4	(2,441,600)	(7.4)	30,692,000	12.2
A.3 PROG DESARROL DIRECTOR	2,378,700	1.0	(260,600)	(11.0)	86,300	3.6	(174,300)	(7.4)	2,204,400	0.9
A.4 PROGRAMAS REGIONALES	43,574,700	17.5	(1,401,500)	(3.2)	2,164,900	5.0	763,400	1.8	44,338,100	17.6
A.5 CENTROS	27,381,900	11.0	(1,169,400)	(4.3)	2,712,800	9.9	1,543,400	5.6	28,925,300	11.5
A. SUBTOTAL, COOP - PAISES	205,842,900	82.9	(9,441,700)	(4.6)	12,826,600	6.2	3,384,900	1.6	209,227,800	83.2
B. DIREC. TECN-ADMINISTRATIVA	36,039,700	14.5	(2,112,700)	(5.9)	1,679,800	4.7	(432,900)	(1.2)	35,606,800	14.2
C. CUERPOS DIRECTIVOS	2,540,100	1.0	(212,600)	(8.4)	152,600	6.0	(60,000)	(2.4)	2,480,100	1.0
D. SEGURO SALUD FUNC RETIRADO	3,949,300	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3,949,300	1.6
<b>TOTAL</b>	<b>248,372,000</b>	<b>100.0</b>	<b>(11,767,000)</b>	<b>(4.7)</b>	<b>14,659,000</b>	<b>5.9</b>	<b>2,892,000</b>	<b>1.2</b>	<b>251,264,000</b>	<b>100.0</b>

**GRAFICO I**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA OPS Y LA OMS**  
**PARA 1998-1999 POR UBICACION**  
(Porcentaje del Total)



## GRAFICO II

### PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS DE PAIS, 1988-1989 A 1998-1999



PROGRAMAS DE PAIS	66,481	72,289	83,417	93,524	99,374	103,068
% DEL TOTAL	36.7	37.1	37.2	38.3	40.0	41.0
PRESUPUESTO TOTAL	181,333	195,050	224,067	244,260	248,372	251,264



## CUADRO D

## TODOS LOS FONDOS

	BIENIO 1996-1997 APROBADO		INCREMENTO (DISMINUC.) 1998-1999 RESPECTO A 1996-1997	BIENIO 1998-1999 PROPUESTA		INCREMENTO (DISMINUC.) 2000-2001 RESPECTO A 1998-1999	BIENIO 2000-2001 ANTEPROYECTO	
	CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL
PRESUPUESTO ORDINARIO:	248,372,000	64.0	1.2	251,264,000	75.9	6.6	267,726,000	88.1
PR FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS	168,578,000	43.4	.0	168,578,000	50.9	6.6	179,712,000	59.1
WR FONDOS ORDINARIOS DE LA OMS	79,794,000	20.6	3.6	82,686,000	25.0	6.4	88,014,000	29.0
FONDOS NO ORDINARIOS:	139,859,000	36.0	(42.8)	79,936,000	24.1	(54.6)	36,285,000	11.9
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	120,232,500	31.0	(35.5)	77,576,200	23.4	(54.3)	35,463,000	11.7
PA MIEMBROS DEL INCAP Y FONDOS VARIOS	733,000	.2	29.3	947,900	.3	14.0	1,080,700	.4
PN SUBVENCIONES Y CONVENIOS DEL INCAP	1,045,700	.3	28.0	1,338,500	.4	14.0	1,525,900	.5
PC MIEMBROS Y FONDOS VARIOS DEL CAREC	3,355,600	.9	6.9	3,585,900	1.1	3.2	3,700,200	1.2
PI INGRESOS POR SERVICIOS	2,700	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
HC MIEMBROS Y FONDOS VARIOS DEL CFNI	599,300	.2	.1	599,800	.2	(.3)	598,100	.2
PB FONDO DE BIENES RAICES	1,263,300	.3	(44.6)	700,000	.2	.0	700,000	.2
PD FONDO VOLUNTARIO PARA DESASTRES	5,285,500	1.4	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PG SUBVENCIONES Y CONVENIOS CONTRACT.	90,433,500	23.3	(36.3)	57,577,400	17.4	(73.2)	15,405,300	5.1
PK FONDO ESPECIAL PARA PROMOCION SALUD	183,500	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PL FONDO ESPECIAL, AGENCIA ASOCIADA	102,400	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PP FONDO ESPECIAL PARA COLERA	422,900	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PV FONDO ESPECIAL PARA SARAMPION	665,100	.2	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PY PREINVERSION EN AMBIENTE Y SALUD	1,548,000	.4	38.5	2,143,200	.7	.0	2,143,300	.7
PU FONDO ESPECIAL PARA SALUD ANIMAL	12,700	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PX GASTOS DE APOYO A PROGRAMAS	14,579,300	3.8	(26.7)	10,683,500	3.2	(3.5)	10,309,500	3.4

CUADRO D (CONT.)

TODOS LOS FONDOS (CONT.)

	BIENIO 1996-1997 APROBADO		INCREMENTO (DISMINUC.) 1998-1999 RESPECTO A 1996-1997	BIENIO 1998-1999 PROPUESTA		INCREMENTO (DISMINUC.) 2000-2001 RESPECTO A 1998-1999	BIENIO 2000-2001 ANTEPROYECTO	
	CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL		CANTIDAD \$	% DEL TOTAL
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	19,626,500	5.1	(88.0)	2,359,800	.7	(65.2)	822,000	.3
DL ACUERDO MODELO ENTRE ORGANISMOS	48,800	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
DP PROGRAMA DE NU PARA DESARR. (PNUD)	1,208,900	.3	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
DR PNUD PROGRAMA ESPECIAL DE RECURSOS	33,900	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FB FUNCIONARIOS PROFESIONALES ASOCIADOS	1,775,300	.5	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FD FONDO NU/USO INDEB.DROGAS (FNUFUID)	83,000	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FP FONDO DE POBLACION DE NU (FNUAP)	4,938,900	1.3	(96.2)	188,400	.1	(100.0)	0	.0
LS NU: DEPOSITOS VARIOS Y VOLUNTARIOS	35,000	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FT FONDOS DE DEPOSITO	150,000	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
FX FONDO DE DEPOSITO SOBRE EL SIDA	1,106,300	.3	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
ST FONDO SASAKAWA PARA LA SALUD	790,600	.2	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VC FFS-ENFERMEDAD DIARREICA INC.COLERA	1,398,800	.4	(13.5)	1,210,000	.4	(100.0)	0	.0
VD FFS-DONATIVOS CON FINES VARIOS	2,377,100	.6	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VI FFS-PROG. AMPLIADO DE INMUNIZACION	763,900	.2	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VL FFS-LUCHA CONTRA LA LEPRO	10,700	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VN FFS-DESASTRES Y CATASTROFES NATURAL	1,702,200	.4	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VP FFS-PROGRAMA DE SALUD MENTAL	25,000	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VY FFS-LUCHA CONTRA EL PIAN	15,400	.0	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
VT FFS-TUBERCULOSIS	176,700	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
AS CUENTA ESPEC./GASTOS PRESTAC. SERV.	2,661,000	.7	(63.9)	961,400	.3	(14.5)	822,000	.3
EF FONDO DE BIENES RAICES	325,000	.1	(100.0)	0	.0	.0	0	.0
PRESUPUESTO TOTAL	388,231,000	100.0	(14.7)	331,200,000	100.0	(8.2)	304,011,000	100.0

## CUADRO E-1

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
1. CUERPOS DIRECTIVOS		2,540,100	1.0	2,480,100	1.0	2,594,100	1.0
CUERPOS DIRECTIVOS	GOB	2,540,100	1.0	2,480,100	1.0	2,594,100	1.0
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		91,965,500	37.0	93,176,000	37.1	99,461,200	37.2
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		19,335,100	7.8	19,533,800	7.8	20,440,300	7.6
DIRECCION GENERAL	EXM	3,759,700	1.5	4,236,100	1.7	4,419,600	1.7
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	GPD	8,157,800	3.3	7,405,200	2.9	7,748,700	2.9
DESARROLLO DEL PERSONAL	SDP	1,656,400	0.7	1,675,200	0.7	1,752,100	0.7
PROGRAMA DEL DIRECTOR PARA ACTIVID. DE DESARROLLO	DGP	2,378,700	1.0	2,204,400	0.9	2,305,600	0.9
COORDINACION EXTERNA	ECO	1,211,500	0.5	1,460,900	0.6	1,529,300	0.6
INFORMACION PUBLICA	INF	2,171,000	0.9	2,552,000	1.0	2,685,000	1.0
POLITICA PUBLICA Y SALUD		12,360,800	5.0	11,411,100	4.5	12,050,200	4.5
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	6,038,800	2.4	4,983,800	2.0	5,311,200	2.0
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE	1,900,800	0.8	1,673,800	0.7	1,750,400	0.7
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	3,353,100	1.4	3,251,600	1.3	3,400,900	1.3
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHO	1,068,100	0.4	1,501,900	0.6	1,587,700	0.6
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		37,934,500	15.3	38,784,800	15.4	42,102,200	15.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	37,246,000	15.0	37,565,500	15.0	40,803,900	15.2
PLANIFICACION SANITARIA	HPL	0	-	270,000	0.1	294,800	0.1
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	688,500	0.3	949,300	0.4	1,003,500	0.4
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		19,334,000	7.8	19,445,200	7.7	20,513,800	7.7
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	9,513,800	3.8	9,098,300	3.6	9,622,600	3.6
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	9,820,200	4.0	10,346,900	4.1	10,891,200	4.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	3,001,100	1.2	4,001,100	1.6	4,354,700	1.6
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		42,775,300	17.2	42,384,400	16.9	45,221,000	16.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		26,931,400	10.8	29,279,200	11.7	31,268,000	11.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	26,079,400	10.5	28,423,300	11.3	30,368,200	11.3
INVESTIGACIONES SOBRE SISTEMAS DE SALUD	HSR	0	-	15,000	-	16,400	-
MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD DE LOS INDIGENAS	TRM	0	-	20,000	-	21,800	-
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	408,600	0.2	355,600	0.1	372,400	0.1
SALUD BUCODENTAL	ORH	443,200	0.2	465,300	0.2	489,200	0.2

CUADRO E-1 (CONT.)

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	13,004,300	5.2	9,939,400	4.0	10,613,700	4.0
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	1,517,800	0.6	1,649,900	0.7	1,747,700	0.7
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		1,321,800	0.5	1,515,900	0.6	1,591,600	0.6
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL. SANITARIA	QAC	298,600	0.1	129,400	0.1	141,300	0.1
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	1,023,200	0.4	1,386,500	0.6	1,450,300	0.5
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		26,928,600	10.8	27,392,300	10.9	29,263,000	10.9
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		9,631,800	3.9	9,223,300	3.7	9,831,800	3.7
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	8,621,200	3.5	8,041,400	3.2	8,592,500	3.2
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	524,700	0.2	620,000	0.3	659,700	0.3
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	485,900	0.2	361,900	0.1	379,600	0.1
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		6,142,800	2.5	7,180,500	2.9	7,631,100	2.9
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	2,561,900	1.0	2,985,900	1.2	3,207,500	1.2
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	503,800	0.2	431,000	0.2	453,900	0.2
SALUD MENTAL	MNH	702,600	0.3	962,300	0.4	1,006,500	0.4
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	2,254,700	0.9	2,801,300	1.1	2,963,200	1.1
PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA	PRV	119,800	.*	0	-	0	-
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		11,154,000	4.5	10,968,500	4.4	11,800,100	4.4
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	7,826,200	3.2	7,765,200	3.1	8,352,400	3.1
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	3,327,800	1.3	3,223,300	1.3	3,447,700	1.3
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		19,805,600	8.0	20,537,400	8.2	21,994,700	8.2
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		19,805,600	8.0	20,537,400	8.2	21,994,700	8.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	12,071,500	4.9	13,433,900	5.3	14,455,500	5.4
EVALUAC./GEST. DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	6,433,700	2.6	5,689,200	2.3	6,059,000	2.3
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	MWH	721,900	0.3	750,800	0.3	785,300	0.3
SEGURIDAD QUIMICA	PCS	60,100	.*	60,100	.*	62,800	.*
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	518,400	0.2	603,400	0.2	632,100	0.2

## CUADRO E-1 (CONT.)

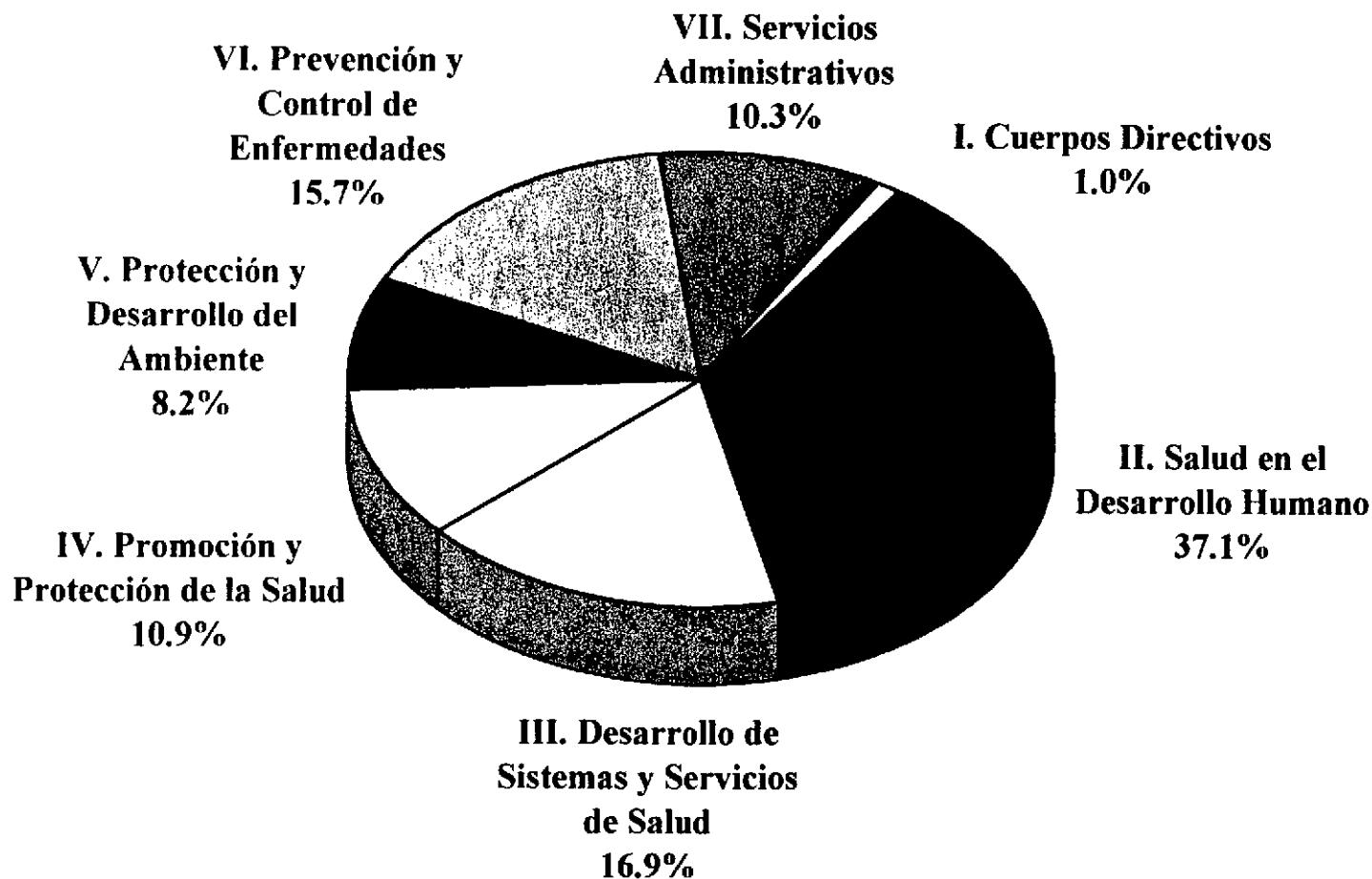
## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	37,236,400	15.0	39,334,600	15.7	42,012,200	15.7
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	19,826,000	8.0	21,450,600	8.5	22,729,500	8.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 3,044,400	1.2	4,275,400	1.7	4,520,700	1.7
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 672,800	0.3	670,000	0.3	703,400	0.3
ENFERMEDADES DIARREICAS	COO 628,400	0.3	628,300	0.3	657,300	0.2
SIDA	GPA 1,266,800	0.5	1,174,200	0.5	1,239,600	0.5
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	STD 95,400	0.1	216,500	0.1	227,400	0.1
TUBERCULOSIS	TUB 435,100	0.2	548,200	0.2	575,000	0.2
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD 4,592,100	1.8	3,859,100	1.5	4,051,400	1.5
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	TDR 362,000	0.1	378,100	0.2	395,800	0.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCG 8,440,000	3.4	9,329,000	3.7	9,968,600	3.7
LEPRA	LEP 289,000	0.1	373,800	0.1	390,300	0.1
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,027,300	1.6	3,883,200	1.5	4,167,200	1.6
CANCER	CAN 0	-	24,000	-	26,200	-
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CVD 0	-	15,000	-	16,400	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 4,027,300	1.6	3,844,200	1.5	4,124,600	1.5
SALUD PÚBLICA VETERINARIA	13,383,100	5.4	14,000,800	5.6	15,115,500	5.6
FIEBRE AFTOSA	FMD 8,294,700	3.3	9,319,700	3.7	10,142,200	3.8
ZOONOSIS	ZNS 5,088,400	2.0	4,681,100	1.9	4,973,300	1.9
7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	27,120,500	10.9	25,959,200	10.3	27,179,800	10.2
PERSONAL	PER 4,180,500	1.7	3,951,100	1.6	4,140,200	1.5
ADMINISTRACIÓN GENERAL	GAD 12,951,600	5.2	12,160,200	4.8	12,720,000	4.8
PRESUPUESTO Y FINANZAS	BFI 8,034,700	3.2	8,046,500	3.2	8,433,400	3.2
APOYO LOGÍSTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAÍSES	SUP 1,953,700	0.8	1,801,400	0.7	1,886,200	0.7
GRAN TOTAL	248,372,000	100.0	251,264,000	100.0	267,726,000	100.0

NOTA: LOS PORCENTAJES SON CALCULADOS INDEPENDIENTEMENTE Y PUEDEN NO CONCORDAR CON LOS PORCENTAJES EN TOTALES DEBIDO AL REDONDEO.

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

**GRAFICO III**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA OPS Y LA OMS**  
**PARA 1998-1999 POR SECCION DE ASIGNACION**  
(Porcentaje del Total)



## CUADRO E-2

ANALISIS DE INCREMENTO/DISMINUCION DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS, POR PROGRAMA										
CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1996-1997		INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO O DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO O DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
1. CUERPOS DIRECTIVOS	2,540,100	1.0	(212,600)	(8.4)	152,600	6.0	(60,000)	(2.4)	2,480,100	1.0
1.1 CUERPOS DIRECTIVOS	2,540,100	1.0	(212,600)	(8.4)	152,600	6.0	(60,000)	(2.4)	2,480,100	1.0
2. SALUD EN EL DESARROLLO HU	91,965,500	37.1	(4,472,700)	(4.9)	5,683,200	6.2	1,210,500	1.3	93,176,000	37.1
2.1 DESARROLLO Y GESTION DEL	19,335,100	7.8	(786,800)	(4.1)	985,500	5.1	198,700	1.0	19,533,800	7.8
DIRECCION GENERAL	3,759,700	1.5	295,500	7.9	180,900	4.8	476,400	12.7	4,236,100	1.7
DESARROLLO Y GESTION DEL	8,157,800	3.3	(1,172,700)	(14.4)	420,100	5.2	(752,600)	(9.2)	7,405,200	2.9
DESARROLLO DEL PERSONAL	1,656,400	0.7	(63,700)	(3.8)	82,500	5.0	18,800	1.2	1,675,200	0.7
PROGRAMA DEL DIRECTOR PA	2,378,700	1.0	(260,600)	(11.0)	86,300	3.6	(174,300)	(7.4)	2,204,400	0.9
COORDINACION EXTERNA	1,211,500	0.5	173,600	14.3	75,800	6.3	249,400	20.6	1,460,900	0.6
INFORMACION PUBLICA	2,171,000	0.9	241,100	11.1	139,900	6.4	381,000	17.5	2,552,000	1.0
2.2 POLITICA PUBLICA Y SALUD	12,360,800	5.0	(1,465,600)	(11.9)	515,900	4.2	(949,700)	(7.7)	11,411,100	4.5
SALUD Y DESARROLLO SOCIO	6,038,800	2.4	(1,265,000)	(20.9)	210,000	3.5	(1,055,000)	(17.4)	4,983,800	2.0
LEGISLACION SANITARIA, D	1,900,800	0.8	(288,900)	(15.2)	61,900	3.3	(227,000)	(11.9)	1,673,800	0.7
DESARROLLO DE POLITICAS/	3,353,100	1.4	(241,100)	(7.2)	139,600	4.2	(101,500)	(3.0)	3,251,600	1.3
LA MUJER, LA SALUD Y EL	1,068,100	0.4	329,400	30.8	104,400	9.8	433,800	40.6	1,501,900	0.6
2.3 DESAR./GESTION DE POLITIC	37,934,500	15.3	(1,981,500)	(5.2)	2,831,800	7.5	850,300	2.3	38,784,800	15.3
DESARROLLO, GESTION Y CO	37,246,000	15.1	(2,459,900)	(6.6)	2,779,400	7.5	319,500	0.9	37,565,500	14.8
PLANIFICACION SANITARIA	0	0.0	258,200	-	11,800	-	270,000	-	270,000	0.1
ACCION DE EMERGENCIA Y H	688,500	0.3	220,200	32.0	40,600	5.9	260,800	37.9	949,300	0.4
2.4 INFORMACION Y TENDENCIAS	19,334,000	7.8	(1,064,800)	(5.5)	1,176,000	6.1	111,200	0.6	19,445,200	7.7
EVALUACION DE SITUACION	9,513,800	3.8	(922,900)	(9.7)	507,400	5.3	(415,500)	(4.4)	9,098,300	3.6
INFORMACION SANITARIA Y	9,820,200	4.0	(141,900)	(1.4)	668,600	6.8	526,700	5.4	10,346,900	4.1
2.5 COOPERACION TECNICA ENTRE	3,001,100	1.2	826,000	27.5	174,000	5.8	1,000,000	33.3	4,001,100	1.6

**CUADRO E-2 (CONT.)**

ANALISIS DE INCREMENTO/DISMINUCION DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS, POR PROGRAMA										
CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1996-1997		INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO O DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO O DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y	42,775,300	17.1	(2,495,700)	(5.8)	2,104,800	4.9	(390,900)	(0.9)	42,384,400	16.9
3.1 ORGANIZACION Y GESTION DE	26,931,400	10.8	785,800	2.9	1,562,000	5.8	2,347,800	8.7	29,279,200	11.7
ACCESO UNIVERSAL A LA AT	26,079,400	10.5	921,100	3.5	1,422,800	5.5	2,343,900	9.0	28,423,300	11.3
INVESTIGACIONES SOBRE SI	0	0.0	14,300	-	700	-	15,000	-	15,000	0.0
MEDICINA TRADICIONAL Y S	0	0.0	19,100	-	900	-	20,000	-	20,000	0.0
PREVENCION DE LAS DISCAP	408,800	0.2	(169,800)	(41.5)	116,600	28.5	(53,200)	(13.0)	355,600	0.1
SALUD BUCODENTAL	443,200	0.2	1,100	0.2	21,000	4.7	22,100	4.9	465,300	0.2
3.2 RECURSOS HUMANOS PARA LA	13,004,300	5.2	(3,450,200)	(26.5)	385,300	3.0	(3,064,900)	(23.5)	9,939,400	4.0
3.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES	1,517,800	0.6	46,700	3.1	85,400	5.6	132,100	8.7	1,649,900	0.7
3.4 CALIDAD DE LA ATENCION Y	1,321,800	0.5	122,000	9.2	72,100	5.5	194,100	14.7	1,515,900	0.6
CALIDAD DE ATENCION/EVAL	298,600	0.1	(174,800)	(58.5)	5,600	1.9	(169,200)	(56.6)	129,400	0.1
TECNOLOGIA CLINICA, DE L	1,023,200	0.4	296,800	29.0	66,500	6.5	363,300	35.5	1,386,500	0.6
4. PROMOCION Y PROTECCION DE	26,928,600	10.9	(927,500)	(3.4)	1,391,200	5.2	463,700	1.8	27,392,300	10.9
4.1 SALUD DE FAMILIA/COMUNIDA	9,631,800	3.9	(919,200)	(9.5)	510,700	5.3	(408,500)	(4.2)	9,223,300	3.7
SALUD DE MUJER, DE NINO	8,621,200	3.5	(1,012,100)	(11.7)	432,300	5.0	(579,800)	(6.7)	8,041,400	3.2
SALUD DE LOS ADOLESCENTE	524,700	0.2	235,900	45.0	59,400	11.3	295,300	56.3	820,000	0.3
SALUD DE LAS PERSONAS DE	485,900	0.2	(143,000)	(29.4)	19,000	3.9	(124,000)	(25.5)	361,900	0.1
4.2 MODOS DE VIDA SANOS Y SAL	6,142,800	2.5	814,000	13.3	223,700	3.6	1,037,700	16.9	7,180,500	2.9
EDUCACION SANITARIA Y CO	2,561,900	1.0	329,300	12.9	94,700	3.7	424,000	16.6	2,985,900	1.2
PREVENCION Y LUCHA CONTR	503,800	0.2	(94,600)	(18.8)	21,800	4.3	(72,800)	(14.5)	431,000	0.2
SALUD MENTAL	702,600	0.3	234,900	33.4	24,800	3.5	259,700	36.9	962,300	0.4
ENTORNOS PARA EL FOMENTO	2,254,700	0.9	464,200	20.6	82,400	3.7	546,600	24.3	2,801,300	1.1
PROTECCION CONTRA LA VIO	119,800	0.0	(119,800)	(100.0)	0	0.0	(119,800)	(100.0)	0	0.0



CUADRO E-2 (CONT.)

ANÁLISIS DE INCREMENTO/DISMINUCIÓN DE PROGRAMA Y DE COSTO - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS, POR PROGRAMA										
CLASIFICACIÓN DE PROGRAMAS	ASIGNACIÓN 1996-1997		INCREMENTO O DISMINUCIÓN DE PROGRAMA		INCREMENTO O DISMINUCIÓN DE COSTO		INCREMENTO O DISMINUCIÓN TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4.3 NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTA	11,154,000	4.5	(822,300)	(7.4)	656,800	5.9	(165,500)	(1.5)	10,988,500	4.4
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	7,826,200	3.2	(597,500)	(7.6)	536,500	6.9	(61,000)	(0.7)	7,765,200	3.1
INOCUIDAD DE LOS ALIMENT	3,327,800	1.3	(224,800)	(6.8)	120,300	3.6	(104,500)	(3.2)	3,223,300	1.3
5. PROTECCIÓN Y DESARROLLO D	19,805,600	8.0	(405,800)	(2.0)	1,137,600	5.7	731,800	3.7	20,537,400	8.2
5.1 HIGIENE DEL MEDIO AMBIENT	19,805,600	8.0	(405,800)	(2.0)	1,137,600	5.7	731,800	3.7	20,537,400	8.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y	12,071,500	4.9	379,300	3.1	983,100	8.1	1,362,400	11.2	13,433,900	5.3
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS	6,433,700	2.6	(851,100)	(13.2)	106,600	1.7	(744,500)	(11.5)	5,689,200	2.3
GESTIÓN DE DESECHOS SOLI	721,900	0.3	9,800	1.4	19,100	2.6	28,900	4.0	750,800	0.3
SEGURIDAD QUÍMICA	60,100	0.0	(2,400)	(4.0)	2,400	4.0	0	0.0	60,100	0.0
SALUD DE LOS TRABAJADORE	518,400	0.2	58,600	11.3	26,400	5.1	85,000	16.4	603,400	0.2
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE E	37,236,400	15.0	(923,300)	(2.5)	3,021,500	8.1	2,098,200	5.6	39,334,600	15.7
6.1 CONTROL DE ENFERMEDADES T	19,826,000	8.0	393,000	2.0	1,231,600	6.2	1,624,600	8.2	21,450,600	8.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB.ME	3,044,400	1.2	1,023,600	33.6	207,400	6.8	1,231,000	40.4	4,275,400	1.7
INFECCIONES RESPIRATORIA	672,800	0.3	(33,800)	(5.0)	31,000	4.6	(2,800)	(0.4)	670,000	0.3
ENFERMEDADES DIARREICAS	628,400	0.3	(29,400)	(4.7)	29,300	4.7	(100)	0.0	628,300	0.3
SIDA	1,266,800	0.5	(145,800)	(11.5)	53,200	4.2	(92,600)	(7.3)	1,174,200	0.5
ENFERMEDADES DE TRANSMIS	95,400	0.0	112,500	117.9	8,600	9.0	121,100	126.9	216,500	0.1
TUBERCULOSIS	435,100	0.2	98,900	22.7	12,200	2.8	111,100	25.5	546,200	0.2
PALUDISMO Y OTRAS ENFERM	4,592,100	1.8	(964,400)	(21.0)	231,400	5.0	(733,000)	(16.0)	3,859,100	1.5
INVESTIGACIONES SOBRE EN	362,000	0.1	(1,800)	(0.5)	17,900	4.9	16,100	4.4	378,100	0.2
OTRAS ENFERMEDADES TRANS	8,440,000	3.4	336,200	4.0	552,800	6.6	889,000	10.6	9,329,000	3.7
LEPRA	289,000	0.1	(3,000)	(1.0)	87,800	30.4	84,800	29.4	373,800	0.1
6.2 CONTROL DE LAS ENFERMEDAD	4,027,300	1.6	(314,800)	(7.8)	170,700	4.2	(144,100)	(3.6)	3,883,200	1.5
CÁNCER	0	0.0	22,900	-	1,100	-	24,000	-	24,000	0.0
ENFERMEDADES CARDIOVASCU	0	0.0	14,400	-	600	-	15,000	-	15,000	0.0
OTRAS ENFERMEDADES NO TR	4,027,300	1.6	(352,100)	(8.7)	169,000	4.2	(183,100)	(4.5)	3,844,200	1.5

**CUADRO E-2 (CONT.)**

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	ASIGNACION 1996-1997		INCREMENTO O DISMINUCION DE PROGRAMA		INCREMENTO O DISMINUCION DE COSTO		INCREMENTO O DISMINUCION TOTAL		PROPUESTA TENTATIVA PARA 1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6.3 SALUD PUBLICA VETERINARIA	13,383,100	5.4	(1,001,500)	(7.5)	1,619,200	12.1	617,700	4.6	14,000,800	5.6
FIEBRE AFTOSA	8,294,700	3.3	(427,900)	(5.2)	1,452,900	17.5	1,025,000	12.3	9,319,700	3.7
ZONOSIS	5,088,400	2.0	(573,600)	(11.3)	166,300	3.3	(407,300)	(8.0)	4,681,100	1.9
7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	27,120,500	10.9	(2,329,400)	(8.6)	1,168,100	4.3	(1,161,300)	(4.3)	25,959,200	10.3
7.1 PERSONAL	4,180,500	1.7	(397,800)	(9.5)	168,400	4.0	(229,400)	(5.5)	3,951,100	1.6
7.2 ADMINISTRACION GENERAL	12,951,600	5.2	(1,252,800)	(9.7)	461,400	3.6	(791,400)	(6.1)	12,160,200	4.8
7.3 PRESUPUESTO Y FINANZAS	8,034,700	3.2	(429,900)	(5.4)	441,700	5.5	11,800	0.1	8,046,500	3.2
7.4 APOYO LOGISTICO A LOS PRO	1,953,700	0.8	(248,900)	(12.7)	96,600	4.9	(152,300)	(7.8)	1,801,400	0.7
GRAN TOTAL:	248,372,000	100.0	(11,767,000)	(4.7)	14,659,000	5.9	2,892,000	1.2	251,264,000	100.0

\* Menos de .05 por ciento

## CUADRO E-3

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
1. CUERPOS DIRECTIVOS		438,900	0.3	0	-	0	-
CUERPOS DIRECTIVOS	GOB	438,900	0.3	0	-	0	-
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		28,052,000	20.1	8,758,700	11.0	4,520,800	12.5
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		1,934,100	1.4	1,422,600	1.8	1,365,100	3.8
DIRECCION GENERAL	EXM	270,200	0.2	283,700	0.4	169,000	0.5
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	GPD	818,700	0.6	703,800	0.9	739,300	2.0
DESARROLLO DEL PERSONAL	SOP	39,200	*	0	-	0	-
COORDINACION EXTERNA	ECO	646,900	0.5	334,800	0.4	351,500	1.0
INFORMACION PUBLICA	INF	159,100	0.1	100,300	0.1	105,300	0.3
POLITICA PUBLICA Y SALUD		3,566,800	2.6	1,074,100	1.3	71,700	0.2
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	179,100	0.1	0	-	0	-
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE	187,400	0.1	0	-	0	-
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	285,100	0.2	68,300	0.1	71,700	0.2
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHO	2,915,200	2.1	1,005,800	1.3	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		16,369,700	11.7	3,187,000	4.0	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	3,888,300	2.8	0	-	0	-
PLANIFICACION SANITARIA	HPL	169,500	0.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	12,311,900	8.8	3,187,000	4.0	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		4,687,700	3.4	3,075,000	3.8	3,084,000	8.5
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	63,200	*	0	-	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	4,624,500	3.3	3,075,000	3.8	3,084,000	8.5
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	1,493,700	1.1	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		28,806,100	20.6	22,028,800	27.6	759,400	2.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		20,432,700	14.6	21,923,800	27.4	759,400	2.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	19,799,200	14.2	21,581,800	27.0	759,400	2.1
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	220,400	0.2	0	-	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	413,100	0.3	342,000	0.4	0	-

**CUADRO E-3 (CONT.)**

**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)**

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	1,682,000	1.2	105,000	0.1	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	5,681,700	4.1	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		1,009,700	0.7	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	937,700	0.7	0	-	0	-
CALIDAD, INOCUIDAD/EFICACIA DE MEDIC Y BIOLOGICAS	DSE	72,000	0.1	0	-	0	-
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>17,066,700</b>	<b>12.2</b>	<b>6,818,000</b>	<b>8.5</b>	<b>6,676,800</b>	<b>18.4</b>
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		12,035,900	8.6	2,481,800	3.1	2,022,100	5.6
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	11,769,100	8.4	2,481,800	3.1	2,022,100	5.6
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	109,500	0.1	0	-	0	-
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	157,300	0.1	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		634,900	0.5	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	409,100	0.3	0	-	0	-
SALUD MENTAL	MNH	225,800	0.2	0	-	0	-
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		4,395,900	3.1	4,336,200	5.4	4,654,700	12.8
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	2,954,400	2.1	2,936,200	3.7	3,254,700	9.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	1,441,500	1.0	1,400,000	1.8	1,400,000	3.9
<b>5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</b>		<b>19,381,600</b>	<b>13.9</b>	<b>12,902,900</b>	<b>16.1</b>	<b>4,479,600</b>	<b>12.3</b>
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		19,381,600	13.9	12,902,900	16.1	4,479,600	12.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	9,064,500	6.5	8,769,600	11.0	1,094,600	3.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	10,111,900	7.2	4,133,300	5.2	3,385,000	9.3
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	MWH	34,500	0.1	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	170,700	0.1	0	-	0	-

## CUADRO E-3 (CONT.)

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	40,359,500	28.9	21,971,700	27.5	12,441,800	34.3
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	31,840,400	22.8	15,729,700	19.7	7,495,700	20.7
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	11,215,800	8.0	5,238,800	6.6	2,319,500	6.4
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	340,100	0.2	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	4,946,500	3.5	1,737,000	2.2	0	-
SIDA	4,802,600	3.4	1,168,000	1.5	176,000	0.5
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	15,400	0.0	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	664,100	0.5	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	9,284,800	3.8	4,000,000	5.0	1,300,000	3.6
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	100,000	0.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3,659,000	2.6	3,585,900	4.5	3,700,200	10.2
LEPRA	812,100	0.6	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	417,600	0.3	0	-	0	-
CANCER	61,100	0.0	0	-	0	-
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	3,400	0.0	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	353,100	0.3	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	8,101,500	5.8	6,242,000	7.8	4,946,100	13.6
FIEBRE AFTOSA	6,032,300	4.3	5,400,000	6.8	4,100,000	11.3
ZOONOSIS	2,069,200	1.5	842,000	1.1	846,100	2.3
7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	5,754,200	4.1	7,455,900	9.3	7,406,600	20.4
PERSONAL	464,200	0.3	450,500	0.6	473,200	1.3
ADMINISTRACION GENERAL	1,587,300	1.1	2,918,800	3.7	2,922,700	8.1
PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,709,500	1.9	2,962,300	3.7	2,827,200	7.8
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	993,200	0.7	1,124,300	1.4	1,183,500	3.3
GRAN TOTAL	138,859,000	100.0	79,936,000	100.0	36,285,000	100.0

NOTA: LOS PORCENTAJES SON CALCULADOS INDEPENDIENTEMENTE Y PUEDEN NO CONCORDAR CON LOS PORCENTAJES EN TOTALES DEBIDO AL REDONDEO.

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

# CUADRO F-1

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

ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS	1996-1997		PORCENTAJE DE INCREMENTO O (DISMINUCION)	1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL		CANTIDAD	% DEL TOTAL
PERSONAL:					
PUESTOS	136,025,300	54.8	1.7	138,346,600	55.1
PERSONAL BAJO CONDICIONES LOCALES	1,546,900	.6	(42.7)	886,200	.4
SEGURO DE SALUD PARA RETIRADOS	3,949,300	1.6	.0	3,949,300	1.6
TOTAL, PERSONAL	141,521,500	57.0	1.2	143,182,100	57.1
SUMINISTROS Y EQUIPOS	11,176,900	4.5	(25.9)	8,279,800	3.3
GASTOS GENERALES DE OPERACIONES	19,062,100	7.7	(7.2)	17,693,500	7.0
TODAS LAS OTRAS APORTACIONES	76,557,400	30.8	7.3	82,108,600	32.7
=====	=====	=====		=====	=====
GRAN TOTAL	248,372,000	100.0	1.2	251,264,000	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====

## CUADRO F-2

## ANALISIS DE LOS ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS - FONDOS NO ORDINARIOS

ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS	1996-1997		PORCENTAJE DE INCREMENTO O (DISMINUCION)	1998-1999	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL		CANTIDAD	% DEL TOTAL
PERSONAL:					
PUESTOS	17,211,200	12.3	(40.4)	10,259,300	12.8
PERSONAL BAJO CONDICIONES LOCALES	3,528,000	2.5	(34.2)	2,323,000	2.9
TOTAL, PERSONAL	20,739,200	14.8	(39.3)	12,582,300	15.7
CONSULTORES A CORTO PLAZO	1,430,600	1.0	(86.8)	188,400	.2
SUMINISTROS Y EQUIPOS	26,841,700	19.2	(80.3)	5,300,600	6.6
GASTOS GENERALES DE OPERACIONES	8,663,500	6.2	(79.8)	1,745,900	2.2
TODAS LAS OTRAS APORTACIONES	80,018,100	57.1	(24.9)	60,118,800	75.3
=====	=====	=====		=====	=====
GRAN TOTAL	139,859,000	100.0	(42.8)	79,936,000	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====

# LISTA CLASIFICADA DE PROGRAMAS DE LA OPS 1998-1999

---

## 1. GOV CUERPOS DIRECTIVOS

### 1.1 GOB Cuerpos Directivos

#### 1.1.1 GOB *Cuerpos Directivos*

Actividades relativas a la preparación y convocatoria de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización (Conferencia Sanitaria Panamericana, Consejo Directivo y Comité Ejecutivo); a los subcomités que pudieran establecer los Cuerpos Directivos; y a la auditoría externa.

## 2. HHD SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

### 2.1 PDM Desarrollo y gestión del programa general

#### 2.1.1 EXM *Dirección general*

Actividades de las oficinas del Director/Director Adjunto (D/DD); del Jefe de Administración (AM); y de dos unidades dependientes de D/DD, a saber: Asuntos Jurídicos (DLA) y Auditoría Interna (IA).

#### 2.1.2 GPD *Desarrollo y gestión del programa de la OPS/OMS*

Actividades de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP); actividades de servicios de apoyo de información (desarrollo de "software") para la gestión de la OPS por la Oficina de Apoyo de Gestión e Información (ACS).

#### 2.1.3 SDP *Desarrollo del personal de la OPS/OMS*

Actividades del Programa de Desarrollo y Adiestramiento del Personal (APL/SD).

#### 2.1.4 DGP *Programa del Director Regional para actividades de desarrollo*

Disposiciones presupuestarias para programas innovadores de cooperación técnica que no pueden determinarse específicamente en el momento de la aprobación del presupuesto por programas.

#### 2.1.5 ECO *Coordinación externa*

Actividades de una unidad dependiente de D/DD: Relaciones Externas (DEC), que incluye la colaboración con organismos del sistema de las Naciones Unidas y del interamericano situados en la Región, con otras organizaciones y con programas multilaterales y bilaterales.

#### 2.1.6 INF *Información pública*

Actividades relacionadas con la movilización de la opinión pública en apoyo de objetivos importantes en el terreno de la salud, en especial, la utilización de las técnicas de comunicación de masas en la promulgación de los principios básicos de la promoción de la salud.



**2.2 PPH Política pública y salud****2.2.1 HSD *Salud y desarrollo socioeconómico***

Análisis de los aspectos institucionales en las políticas de salud; articulación de los servicios estatales, el seguro social y el sector privado en los sistemas nacionales de salud; fortalecimiento de la acción intersectorial en la formulación y ejecución de las políticas de salud; y participación del sistema de salud en programas integrados para combatir la pobreza. Análisis y búsqueda de opciones para el financiamiento del sector; gestión económica y financiera del sector para lograr mayor equidad y eficiencia en sus beneficios; y el estudio de las repercusiones de las políticas de ajuste sobre la salud y las relaciones entre la salud y la economía.

**2.2.2 HLE *Legislación sanitaria, derechos humanos y ética***

Análisis de las dimensiones políticas de la salud; identificación de entidades pertinentes para definir las políticas de salud; promoción de las metas de salud en los programas nacionales y regionales de desarrollo; implementación del Sistema de Documentación sobre Legislación Básica del Sector Salud en América Latina y el Caribe; cooperación para el análisis, desarrollo y evaluación de la legislación sanitaria en los países; y apoyo a los programas de la OPS/OMS para la preparación de los aspectos legales incluidos en las respectivas políticas de salud. Contribuciones para mejorar la calidad de la vida de la gente de la región mediante la aplicación de los principios éticos al ejercicio de la medicina en general, a la investigación biomédica y a los reglamentos sanitarios. En particular, contribuir al desarrollo del conocimiento en el campo de la bioética y cooperar con otros países en el establecimiento de normas y reglamentos para los asuntos relacionados con la bioética.

**2.1.3 RPS *Desarrollo de políticas y estrategias de investigación***

Actividades dirigidas al desarrollo de un marco conceptual y de instrumentos analíticos, administrativos y de evaluación aplicados al desarrollo tecnológico en el terreno de la salud. Constituye una parte esencial de la estrategia principal de administración del conocimiento de la OPS, que abarca la coordinación general de la investigación biomédica y en salud pública, destacando las funciones del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, así como de sus subcomités y grupos de trabajo; fortalecimiento de las capacidades nacionales de investigación en materia de salud; promoción de la metodología de investigación biomédica, socioepidemiológica y sobre sistemas de salud; gestión de la investigación en salud, en especial, los aspectos éticos; prestación de apoyo de información para la investigación; y promoción de políticas y mecanismos de desarrollo de la investigación en salud, tanto nacionales como internacionales.

**2.2.4 WHD *La mujer, la salud y el desarrollo***

Actividades con miras a reforzar la capacidad del sector salud para analizar la información epidemiológica desde el punto de vista de género a fin de desarrollar programas y políticas para reducir las inequidades de género en salud. Incluye diseminación de información sobre la situación de la salud de la mujer desde el punto de vista de género y el desarrollo de iniciativas para la investigación y capacitación que mejoren el entendimiento de las diferencias de género en los procesos de salud-enfermedad.

**2.3 NHP Desarrollo y gestión de políticas y programas nacionales de salud**

**2.3.1 CPS** *Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de los programas de país*

Promoción, iniciación y establecimiento de mecanismos funcionales permanentes para la aplicación del proceso de formulación de programas generales de salud a nivel nacional. Incluye las actividades de la Oficina del Subdirector (AD), las Oficinas de los Representantes OPS/OMS, la Coordinación de Programas en el Caribe y la Oficina del Campo en la frontera entre México y Estados Unidos.

**2.3.2 HPL** *Planificación sanitaria*

Análisis de la constitución, la organización, los recursos y el funcionamiento del sector de la salud para dar orientación estratégica a las políticas de la salud y los proyectos de desarrollo sectorial.

**2.3.3 EHA** *Acción de emergencia y humanitaria*

Actividades relacionadas con los preparativos para casos de desastre y la asistencia en situaciones de emergencia; se incluyen en este programa debido a su estrecha vinculación con el apoyo a los programas de país.

**2.4 BHT Información y tendencias biomédicas y sanitarias**

**2.4.1 HST** *Evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias*

Mejoramiento de la capacidad para generar y utilizar el conocimiento relativo a: a) la evaluación del estado de salud de la población, sus factores determinantes y las tendencias, para contribuir a la definición de las prioridades de salud, las políticas y las estrategias de intervención, y b) la evaluación de la repercusión de las políticas, las estrategias y las intervenciones, para que pueden ajustarse o rediseñarse según sea necesario. Lo anterior abarca una mayor disponibilidad, calidad y oportunidad de los datos apropiados y la promoción de su utilización apropiada.

**2.4.2 HBI** *Información sanitaria y biomédica*

Producción de publicaciones y documentos de la Organización. Desarrollo y promoción de los servicios bibliográficos y de documentación en el terreno de la salud, en especial, de las bibliotecas y los centros de documentación. Actividades relacionadas con la interpretación simultánea durante las reuniones de los Cuerpos Directivos, así como técnicas y administrativas; y con la traducción de libros, documentos y otras publicaciones de la Organización.

**2.5 TCC Cooperación técnica entre países**

**2.5.1 TCC** *Cooperación técnica entre países*

Promoción y apoyo de las actividades de cooperación técnica entre países, que serviría como catalizador mediante el apoyo a los esfuerzos de los gobiernos por identificar, planificar y ejecutar los mecanismos de la cooperación interpaíses a niveles bilateral, subregional, regional y mundial.

### 3. HSS DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

#### 3.1 PHC Organización y gestión de sistemas de salud basados en la atención primaria

##### 3.1.1 UAH *Acceso universal a la atención de salud*

Actividades de cooperación técnica para la reorganización del sector sobre la base de la estrategia de atención primaria, con miras a lograr equidad, eficacia, calidad y eficiencia en los servicios de salud. Apoyo a los procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud, al enfoque intersectorial y a la participación social. Incorporación dentro de la red de servicios de todos los recursos de atención de salud, incluidos los del sector público, del seguro social y de las organizaciones no gubernamentales y privadas, así como de los servicios hospitalarios y su acreditación y garantía de calidad. Apoyo a programas específicos para atender las necesidades de grupos de alto riesgo. Desarrollo de administración estratégica local y apoyo a la investigación en servicios de salud. Actividades de apoyo de información para los servicios nacionales de salud.

##### 3.1.2 HSR *Investigaciones sobre sistemas de salud*

Investigación concebida para identificar mecanismos que permitan aumentar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud, asignando particular importancia a la atención primaria de salud, a la descentralización y a la participación comunitaria.

##### 3.1.3 TRM *Medicina tradicional y salud de los pueblos indígenas*

Actividades que incluyen cooperación técnica y movilización de recursos destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de la Región. Formulación, ejecución y evaluación de proyectos de mejoramiento de la salud en zonas con poblaciones indígenas numerosas; esfuerzos de promoción de la salud y proyectos dirigidos a poblaciones prioritarias (mujeres indígenas) y a problemas de salud (agua salubre, nutrición). Se asignará consideración especial al ámbito de la medicina tradicional, que incluye, plantas medicinales pero no se limita a ellas. En particular, el trabajo en este ámbito está orientado a mejorar la articulación entre los sistemas de salud tradicionales y el occidental, principalmente a nivel local, aprovechando al máximo todos los recursos (incluso los servicios de curanderos tradicionales) para hacer que los servicios de salud sean más aceptables desde el punto de vista cultural para la población.

##### 3.1.4 DPR *Prevención de la discapacidad y rehabilitación*

Apoyo a los países para que desarrollen políticas y programas nacionales para la prevención de discapacidades y rehabilitación comunitaria integrados en los sistemas de servicios de salud como parte de la atención primaria.

##### 3.1.5 ORH *Salud bucodental*

Actividades relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades bucodentales en la comunidad y la promoción general de la salud bucodental.

#### 3.2 HRH Recursos humanos para la salud

##### 3.2.1 HRH *Recursos humanos para la salud*

Actividades para coordinar el programa de becas y de libros de texto, así como la formación didáctica y pedagógica, para velar por la educación continua del personal de servicios de salud. Promoción del desarrollo institucional para la dirección de personal asignando particular importancia al análisis del mercado de trabajo, a la formulación de políticas de recursos humanos y al adiestramiento avanzado en estos ámbitos. Desarrollo institucional y programático de la

educación en las profesiones relacionadas con la salud, asignando particular importancia a la medicina y a la enfermería, a la promoción del liderazgo y a la educación superior en salud pública.

**3.3 EDV Medicamentos esenciales**

**3.3.1 EDV *Medicamentos esenciales***

Formulación y ejecución de políticas nacionales de medicamentos para asegurar la cuantificación de las necesidades, compras, producción, distribución y el manejo de los medicamentos esenciales, en especial la garantía de la oferta al nivel de atención primaria de salud. Comprende actividades orientadas a la formulación de programas nacionales para la vigilancia y el mantenimiento de la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos.

**3.4. QCT Calidad de la atención y tecnología de la salud**

**3.4.1 QAC *Calidad de la atención y evaluación de la tecnología sanitaria***

Promoción de la evaluación de tecnologías de salud y de las actividades de garantía de la calidad de la atención de salud para mejorar la eficacia y reducir los costos mediante la difusión de información, el adiestramiento y una red de centros colaboradores. Apoyo de los programas nacionales y de la cooperación entre los países para intercambiar información y desarrollar normas comunes.

**3.4.2 CLT *Tecnología clínica, de laboratorio y de diagnóstico por imágenes***

Actividades relativas a la determinación de normas para los métodos clínicos, de diagnóstico y de tratamiento (incluidos los quirúrgicos) apropiados para su aplicación en la atención primaria de salud y los niveles inmediatos de apoyo; y actividades promocionales en el campo de la tecnología de la salud, incluidas las técnicas radiológicas y de laboratorio, y difusión de información pertinente.

**3.4.3 DSE *Calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos y las sustancias biológicas***

Actividades dirigidas a evaluar la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos y de las sustancias biológicas, en especial el establecimiento de las pautas, normas y reglamentos; procedimientos de control de calidad; y uso compartido de recursos entre los países.

**4. HPP PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD**

**4.1 FCH Salud de la familia/comunidad y cuestiones de población**

**4.1.1 WCH *Salud de la madre y el niño y planificación de la familia***

Actividades orientadas al fortalecimiento de la capacidad técnica, gerencial y operativa nacional para concebir, ejecutar y evaluar los programas y los servicios de salud reproductiva de la población y la salud integral de las mujeres y los niños, aplicando métodos intersectoriales para la promoción y protección de la salud de los individuos, la familia y las comunidades.

**4.1.2 ADH      *Salud de los adolescentes***

Actividades encaminadas a promover el desarrollo de programas y de recursos humanos, para prestar mejor atención a los adolescentes. Se asignará particular importancia a los enfoques intersectoriales de la promoción de la salud de los adolescentes y a la prevención de los comportamientos de riesgo. Elaboración de instrumentos para obtener datos sobre la atención a los adolescentes, salud de la familia y evaluación de los servicios.

**4.1.3 HEE      *Salud de las personas de edad***

Promoción de una mejor comprensión de los procesos de envejecimiento normales y patológicos, con la finalidad de contar con una base para el establecimiento de planes, políticas y programas integrales para este grupo social que está creciendo. Promoción del adiestramiento en gerontología y difusión del conocimiento actual.

**4.2 HYL      *Modos de vida sanos y salud mental***

**4.2.1 HED      *Educación sanitaria y comunicación social***

Actividades que ayudarán a los países miembros a establecer y consolidar la capacidad del sector de la salud para impartir y evaluar programas de educación sanitaria y de comunicación social a todos los niveles, en particular en los sistemas locales de salud, las escuelas, las comunidades y el lugar de trabajo. Con la participación de la gente y de todos los sectores de la sociedad en el análisis del conocimiento, los comportamientos y los modos de vida que se asocian con la salud y la enfermedad, desarrollar aptitudes y capacidades para aplicar soluciones a las necesidades y a los problemas. De especial importancia son las actividades de comunicación social en la movilización de la sociedad para establecer políticas públicas que favorezcan la salud. Además, intercambio de conocimientos y experiencias en los países y entre ellos en apoyo de las prácticas de los curanderos tradicionales entre las diferentes culturas indígenas y grupos étnicos.

**4.2.2 ADT      *Prevención y control del abuso de sustancias  
(alcohol, drogas, tabaco)***

Servicios promocionales y técnicos sobre la formulación de políticas y programas nacionales para la investigación y la prevención y el tratamiento de los problemas resultantes del abuso de sustancias. Apoyo a las acciones de países destinadas a reducir la incidencia y la prevalencia del abuso de sustancias. Esfuerzos para educar a las sociedades y a las nuevas generaciones para que eviten el riesgo del abuso de sustancias.

**4.2.3 MNH      *Salud mental***

Actividades dirigidas al desarrollo de políticas, planes, programas y normas para promover y mejorar la salud mental y la reducción de riesgos. Prevención y atención de los trastornos mentales y neurológicos a nivel de la comunidad, teniendo en consideración los determinantes psicosociales.

**4.2.4 STP      *Entornos para el fomento de la salud***

Actividades orientadas al fortalecimiento de la promoción de la salud en las familias, las escuelas, los sistemas y servicios comunitarios de salud, las asociaciones cívicas, las ciudades y los municipios. Movilización de los recursos para formular y establecer políticas públicas que favorezcan la salud y para

ejecutar y evaluar la educación sanitaria y los programas de comunicación para las acciones en materia de salud. Se asignará prioridad a las escuelas como entornos privilegiados para desarrollar y fortalecer la promoción de la salud, los programas de educación y como ambientes propicios para los comportamientos y los modos de vida sanos.

#### **4.2.5 PRV      *Protección contra la violencia***

Actividades concebidas para formular políticas públicas intersectoriales sobre promoción de la salud y prevención de la violencia a los niveles nacional y local, mediante el establecimiento de redes de grupos de acción locales sanos y no violentos, ejecutando programas de comunicación social a nivel de la comunidad en apoyo de una cultura de la salud y la no violencia, y ayudando en la ejecución de las intervenciones al nivel de la comunidad.

### **4.3    NFS      Nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos**

#### **4.3.1 NUT      *Alimentación y nutrición***

Actividades relacionadas con el mejoramiento del suministro de alimentos y de su disponibilidad y calidad nutricional. Incorporación en los planes de desarrollo locales y nacionales de intervenciones para la promoción de la buena nutrición y para reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a la malnutrición. Se incluyen aquí también las actividades para promover las prácticas de lactancia materna exclusiva al menos hasta el cuarto mes de vida.

#### **4.3.2 FOS      *Inocuidad de los alimentos***

Promoción de las actividades para el desarrollo de políticas y programas nacionales para asegurar la calidad y la inocuidad de los alimentos, armonizando las normas nacionales y las internacionales para facilitar el acceso de los productos alimentarios a los mercados internacionales y desarrollo de sistemas integrados de inspección y de vigilancia epidemiológica para evitar y controlar las enfermedades transmitidas por los alimentos.

### **5.    EPD      PROTECCION Y DESARROLLO AMBIENTAL**

#### **5.1.    PEH      Higiene del medio**

##### **5.1.1 CWS      *Abastecimiento de agua y saneamiento***

Actividades orientadas a la ejecución de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento urbano, periurbano y rural, incluyendo aspectos de calidad, cobertura y reutilización. También incluye aspectos de planificación, legislación, participación comunitaria y desarrollo institucional.

##### **5.1.2 ERA      *Evaluación y manejo de los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente***

Actividades relativas al desarrollo de las capacidades nacionales para la protección, la vigilancia, la conservación y el uso de los recursos naturales, incorporando la dimensión de la salud en los procesos de evaluación, vigilancia y control de los impactos ambientales.

##### **5.1.3 MWH      *Gestión de los residuos sólidos e higiene de la vivienda***

Apoyo de las actividades relativas a la recolección, el transporte y la eliminación de residuos sólidos municipales, incluido el desarrollo institucional; promoción de actividades relacionadas con aspectos de higiene de la vivienda y su entorno.

**5.1.4 PCS      *Seguridad química***

Apoyo a las actividades destinadas al desarrollo de capacidades nacionales para la evaluación de los riesgos ambientales para la salud y a las medidas dirigidas al manejo de la calidad ambiental en relación con las sustancias químicas, los contaminantes ambientales y los desastres naturales y tecnológicos.

**5.1.5 OCH      *Salud de los trabajadores***

Apoyo a las actividades orientadas al desarrollo de capacidades nacionales para el mejoramiento y la protección de la salud de los trabajadores y la calidad de los lugares de trabajo.

**6.    DPC    PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

**6.1    CCD    Control de las enfermedades transmisibles**

**6.1.1 VID      *Enfermedades prevenibles mediante vacunación, e inmunización***

Actividades dirigidas a impulsar y apoyar la investigación sobre nuevas vacunas, organización de los ensayos de vacunas con los países miembros y evaluación de los resultados de introducir nuevas vacunas. Actividades relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunización.

**6.1.2 ARI      *Infecciones agudas de las vías respiratorias***

Actividades relacionadas con la prevención y la lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias, el asma y el síndrome bronco-obstrutivo en niños, y la prevención y el tratamiento del "niño enfermo".

**6.1.3 CDD      *Enfermedades diarreicas***

Actividades relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, incluidas las acciones contra el cólera.

**6.1.4 GPA      *SIDA***

Prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la infección por el VIH.

**6.1.5 STD      *Enfermedades de transmisión sexual***

Prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.

**6.1.6 TUB      *Tuberculosis***

Prevención y control de la tuberculosis

**6.1.7 CTD      *Malaria y otras enfermedades tropicales***

Actividades orientadas a promover la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, las enfermedades por arbovirus, la tripanosomiasis americana, la esquistosomiasis, la filariasis (en especial, la oncocercosis) y las leishmaniasis, incluido el control integrado de los vectores. Actividades relacionadas con la prevención y el control de las infecciones causadas por parásitos intestinales.

**6.1.8 TDR      *Investigaciones sobre enfermedades tropicales***

Actividades relativas solamente al programa especial e incluidas en él.

**6.1.9 OCD      *Otras enfermedades transmisibles, incluida la vigilancia de las enfermedades nuevas y de la resistencia a los antibióticos***

Planificación y actividades generales del programa de enfermedades transmisibles, incluso la administración del Reglamento Sanitario Internacional; actividades relacionadas con la prevención y el control de otras enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública como la meningitis, la peste, la influenza, el dengue y la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas víricas, el síndrome pulmonar por Hantavirus y la *hepatitis vírica*.

**6.1.10 LEP      *Lepra***

Prevención y control de la lepra.

**6.2 NDI      Control de las enfermedades no transmisibles**

**6.2.1 CAN      *Cáncer***

Investigación operativa y obtención de apoyo para actividades de prevención y control del cáncer, asignando particular importancia a los programas para la prevención y la detección temprana del cáncer del cuello uterino y el desarrollo de registros sobre el cáncer. Apoyo epidemiológico a la prevención primaria de los cánceres relacionados con el tabaquismo, incluso la difusión de información y las iniciativas de promoción de la salud.

**6.2.2 CVD      *Enfermedades cardiovasculares***

Apoyo para fortalecer las actividades de prevención, con énfasis en la función de la atención primaria y de los sistemas locales de salud, a fin de reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. Actividades para la detección y el control de la hipertensión. Adiestramiento y apoyo a la realización de encuestas sobre factores de riesgo y elaboración de programas modelo de intervención.

**6.2.3 NCD      *Otras enfermedades no transmisibles***

Investigación operativa y obtención de apoyo para el mejoramiento de la detección de casos de diabetes y de la calidad de la atención. Apoyo a las iniciativas de promoción de la salud que abordan la prevención y el control de los traumatismos, incluidos proyectos de demostración y difusión de información sobre la repercusión y la eficacia en función de los costos de las intervenciones. Apoyo a la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en el contexto de los sistemas locales de salud, las iniciativas de promoción de la salud y la salud ambiental, por conducto de la capacitación, la fijación de prioridades y las consultas. Análisis de las repercusiones actuales y previstas de las enfermedades no transmisibles de importancia para la salud pública, incluida la carga económica, y de la repercusión prevista de ciertas intervenciones.

**6.3 VPH      Salud pública veterinaria**

**6.3.1 FMD      *Fiebre aftosa***

Prevención y control de la fiebre aftosa.



**6.3.2 ZNS      *Zoonosis***

reversión y control de las principales zoonosis y enfermedades afines transmitidas por los alimentos.

**7.    PAS    SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

**7.1    PER    Personal**

**7.1.1 PER      *Personal***

Servicios de personal

**7.2    GAD    Administración general**

**7.2.1 GAD      *Administración general***

Servicios de conferencia, oficinas y edificios.

**7.3    BFI    Presupuesto y finanzas**

**7.3.1 BFI      *Presupuesto y finanzas***

Presupuesto, finanzas y servicios de contabilidad.

**7.4    SUP    Suministros**

**7.4.1. SUP      *Apoyo logístico a los programas de país***

Servicios de compras.

## CUERPOS DIRECTIVOS

La Organización Panamericana de la Salud es gobernada por la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reúne cada cuatro años. El Consejo Directivo actúa en nombre de la Conferencia en los años que median entre las reuniones de esta. Por acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los Cuerpos Directivos también actúan como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Además, el

Comité Ejecutivo celebra dos reuniones ordinarias cada año. Otros subcomités de estos Cuerpos Directivos se reúnen cada año, según convenga. La rúbrica "Cuerpos Directivos" del presupuesto cubre los gastos de las reuniones programadas y el personal de apoyo, así como el costo de la auditoría externa. El personal también presta servicio a otras conferencias, reuniones y seminarios según el tiempo lo permita.

<b>CUERPOS DIRECTIVOS</b> <b>DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION</b>				
Ubicación	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Cuerpos Directivos	2,540,100	2,480,100	438,900	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,540,100</b>	<b>2,480,100</b>	<b>438,900</b>	<b>0</b>



# SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

## *Situación Regional*

### **Desarrollo y Gestión del Programa General**

1. Los cambios políticos y macroeconómicos que se han registrado en la Región de las Américas en los últimos años han ocasionado considerables ajustes internos, y se ha hecho hincapié en la privatización y en hacer aún más pequeños a los gobiernos. Simultáneamente, la apertura de los mercados nacionales en América Latina y el Caribe ha aumentado la vulnerabilidad de muchas industrias locales que se habían refugiado en las políticas de sustitución de importaciones y subsidios estatales.

2. Cerca de la mitad de los países en desarrollo de la Región han experimentado tasas de crecimiento del PNB superiores a 4% en los últimos años. Sin embargo, este crecimiento es todavía insuficiente para absorber el influjo masivo de jóvenes en la fuerza laboral y reducir la pobreza. Las fisuras sociales en la Región se están tornando cada vez más visibles, tal como lo evidencia el aumento de la delincuencia, la proliferación de los "guetos" ricos y pobres, la interrelación mundial de las elites y la alienación del pobre, el rechazo de la educación pública por las clases altas y medias y la proliferación de familias de un solo padre o madre, generalmente encabezadas por una mujer.

3. El concepto de nación-estado está siendo tironeado en dos direcciones opuestas: una tiene que ver con el énfasis creciente en los niveles locales y regionales dentro de los países, y la otra con la globalización de las finanzas, la producción y el comercio. En la actualidad, la nación-estado tiene que compartir el poder y el espacio con entidades internacionales, intergubernamentales y transnacionales, algunas relacionadas con la delincuencia organizada, la mayoría de ellas producto de los últimos decenios.

4. Los países en desarrollo de la Región, que durante varias generaciones han vivido y evolucionado según paradigmas autárquicos y centrados en el Estado, están atravesando ahora el proceso (a veces doloroso) de adaptarse a una economía mundial basada en la iniciativa privada

dentro del marco de bloques de comercio multinacionales.

5. Este proceso de cambio ha repercutido inevitablemente en la misión y la función de la OPS durante los últimos bienios del siglo. Los procesos simultáneos de reforma del Estado, así como las nuevas tendencias epidemiológicas y ambientales, están determinando la forma de cooperación que los Estados Miembros esperan de la OPS y cómo desean que forme parte de los esfuerzos para reformar el sector de la salud.

6. El reto para el penúltimo bienio del siglo incluye traducir las normas generales representadas por las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) en esfuerzos prácticos de cooperación liderados por la Secretaría y los Estados Miembros. Tomando como base el sólido apoyo político de que disfruta la Organización, es imperativo que la Secretaría siga explorando nuevas maneras de ejecutar las OEP y llevar a cabo la misión de la Organización, incluida la creación de lazos de asociación entre el sector público y el privado.

### **Análisis y Planificación Estratégica**

7. Desde 1995, La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) ha venido experimentando transformaciones y ajustes, principalmente relacionados con la adecuación de la Oficina a las características del entorno político, económico y social de la Región, así como reflejo de la adecuación de la OMS a los cambios globales. Estos ajustes deben encontrar una manifestación precisa organizacional, funcional, y en la planificación de las acciones que se llevan a cabo.

8. Esto se ha expresado en la redefinición de la misión mediante un proceso consultivo amplio que permitió la adopción de una definición común de lo que debe ser la OSP.

9. Además, se realizaron ajustes en la estructura organizativa y funcional, no solo en el área técnica sino también en el área administrativa, con el objeto de colocar a la Oficina en condiciones más apropiadas para el cumplimiento de su misión y de las orientaciones generales de política.

10. También, se adoptó y difundió el llamado a la Renovación de "Salud para Todos" (RSPT), haciéndolo expreso en la cooperación técnica y en el convencimiento a los países para renovar este compromiso. En la cooperación técnica representa el firme convencimiento de que la reducción de la inequidad en salud es el compromiso fundamental de la Organización, y en los países significa la adopción de políticas y programas tendientes a reducir las brechas en los beneficios de la salud entre grupos de la población.

11. Estos cambios exigen que se replantee la Cooperación Técnica, principal producto de la actividad de la Oficina, no sólo en sus aspectos conceptuales sino en las formas prácticas de realizarla. De manera similar, se requiere la adopción e incorporación de técnicas y métodos que permitan anticipar y prever lo más acertadamente posible las modificaciones e implicaciones del entorno, de manera que la Organización se prepare y adapte al futuro.

12. En el bienio 1998-1999 se iniciará un nuevo período político en la Organización y corresponderá la adopción de nuevas Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP), su expresión en la programación de la cooperación técnica, así como el ajuste del sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación (AMPES) para darles cumplimiento. Por otra parte, la OMS concluirá el proceso de definición y adopción de la Política Global de Salud a la cual la OPS deberá responder adaptándola a las condiciones y características de la Región.

13. Durante el período, la necesidad de continuar la promoción de la RSPT, el replanteamiento de la Cooperación Técnica Internacional en Salud, así como la programación, seguimiento y evaluación de la políticas de la Organización, permanecerán vigentes.

#### Asuntos Jurídicos

14. En su calidad de organización internacional en el campo de la salud, la OPS tiene ciertas necesidades especiales de tipo jurídico que debe cumplimentar. Estas necesidades son numerosas y variadas y deben abordarse de una manera eficiente y eficaz si la OPS ha de funcionar y alcanzar sus objetivos manifiestos.

15. Las organizaciones internacionales públicas son personas jurídicas que reciben tratamiento especial según el derecho internacional y la legislación interna de la gran mayoría de los Estados del mundo. Son también complejas en su estructura institucional y funcionamiento. Son creadas generalmente por un tratado que en muchos casos también sirve de constitución, el cual establece los organismos y mecanismos internos mediante los cuales la organización llevará a cabo su mandato o misión. Desde su inicio, por consiguiente, las organizaciones internacionales se basan en instrumentos jurídicos que deben leerse o interpretarse en forma periódica con arreglo al derecho internacional. Por lo tanto, se requiere pericia legal mucho antes de que la organización internacional sea establecida y empiece a funcionar. Una vez que esta ha alcanzado la fase operativa, la necesidad de asesoramiento jurídico es mucho más importante. La dimensión jurídica impregna la vida misma de una organización internacional, sus acciones y todas las actividades realizadas por su aparato de organización para plasmar los objetivos preestablecidos. La Organización necesita por ende personas capacitadas con un conocimiento minucioso de su basamento jurídico a fin de que la representen tanto interna como externamente.

16. Un gran porcentaje de los servicios de cooperación técnica prestados por la OPS se costean con fondos extrapresupuestarios, ya sea de fundaciones privadas, asociaciones o instituciones nacionales para el desarrollo internacional. Para asegurar que estos fondos sean transferidos y utilizados con responsabilidad y de acuerdo con las expectativas de los donantes y los adjudicatarios, se debe establecer algún tipo de relación formal entre las partes. Ello casi siempre implica la firma de un instrumento con fuerza jurídica obligatoria que detalla las responsabilidades respectivas. Los acuerdos pueden adoptar varias formas, como son memorando de acuerdo, carta de intención, intercambio de correspondencia, carta de aceptación, convención, tratado, documento de proyecto, etc.

17. Como cualquier otra organización de envergadura, la OPS debe tratar diariamente asuntos relativos a su administración, su personal y los países anfitriones. Son muchas las cuestiones jurídicas que se plantean en la relación entre la OPS y sus empleados y en las interacciones con los diferentes niveles del gobierno de los países anfitriones. La OPS necesita un departamento jurídico para reducir al mínimo las posibilidades de

enfrentamiento entre los intereses de la Organización y los de su personal, y representarla cuando sea necesario en las acciones judiciales que entablen dichos particulares. Por otra parte, los intereses de la OPS deben ser representados en los asuntos que surjan ante las autoridades locales para garantizar que se concedan a su personal y sus bienes las prerrogativas e inmunidades necesarias para permitir que la Organización funcione eficazmente. Ello se aplica a la sede, las representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos.

18. Dada la cooperación técnica de la OPS en salud y medicina, un departamento jurídico también puede aportar apreciaciones sobre nuevas áreas de interés para la Organización. Puede ofrecer asesoramiento a las divisiones técnicas en determinados asuntos que tengan un alto nivel de contenido jurídico como los derechos de propiedad intelectual, los derechos humanos, la ética y, en forma más general, cómo interactúa el derecho con la salud y la medicina.

#### **Desarrollo del personal de la OPS/OMS**

19. El proceso de replantear la misión y las metas de la Organización para afrontar los retos que plantean los cambios sociales, económicos y políticos en los países pone de relieve la necesidad de contar con una fuerza laboral capaz de ampliar su conocimiento técnico para incorporar las políticas y los temas de salud en los planes de desarrollo nacional de los países. La aptitud para explorar continuamente el entorno y elaborar respuestas eficaces y oportunas para progresar en los intereses de la salud se considera esencial. Esta aptitud requiere competencia en el pensamiento estratégico y la planificación, en el uso de los instrumentos y las herramientas para el análisis político y económico, así como en el diseño y la gestión de proyectos. Requiere además el uso innovador de las aptitudes en materia de liderazgo, negociación, finanzas, gestión, comunicación y el mayor uso de redes, sociedades temporales, la colaboración con capacidades que incluyen una conciencia política, la capacidad de movilizar recursos y administrar intereses incompatibles y en competencia.

20. El apoyo del proceso de reforma sanitaria en curso exige un trabajo constante con los sistemas de salud centrales y locales, sin perder de vista el sistema en su totalidad. En este contexto, es imprescindible ser competente en el pensamiento sistémico, la elaboración de programas participativos

y la construcción de la cooperación técnica con un enfoque de consulta de procesos.

21. Para poder progresar en los temas de salud, la Organización requiere la generación de una imagen institucional que haga hincapié en su poder para reunir a los actores y recursos de los distintos sectores en la promoción de la salud en las Américas. El mayor reconocimiento de la función y la pericia de la Organización por parte de otras instituciones, los gobiernos y el público es fundamental para el éxito de tales esfuerzos. Las competencias requeridas son una mayor capacidad a nivel institucional e individual para tratar con los medios de comunicación y aprovechar las oportunidades en que la pericia de la Organización puede ser más visible, como la participación en programas comunitarios en los países miembros industrializados y la convocatoria de conferencias estratégicas con figuras de alto nivel que pueden influir en la ejecución de las políticas de salud.

22. Internamente, es importante seguir promoviendo las políticas y las estructuras orgánicas que favorecen el desarrollo institucional y de los recursos humanos. Ello requiere la articulación de los diferentes sistemas de gestión de recursos humanos en toda la Organización, así como comportamientos de gestión que hacen hincapié en el trabajo de grupo y el desarrollo del personal, mayor participación de la comunidad de la OPS en el proceso de toma de decisiones y uso de las aptitudes interpersonales y de resolución de conflictos. La inclusión de personal de apoyo como un elemento importante del equipo de trabajo debe ser la manera preferida de trabajar.

23. Es importante seguir apoyando la actualización técnica para la administración del conocimiento al igual que la actualización técnica para los equipos y los individuos en renglones críticos del programa como la epidemiología. La actualización en las nuevas tecnologías a medida que se introducen en la Organización, como el adiestramiento en computación, es una constante.

24. La ayuda para estudios universitarios en los temas de interés a la Organización sigue prevaleciendo sobre las nuevas aptitudes y las oportunidades en materia profesional.

## Coordinación Externa

25. Desde el punto de vista de la movilización de recursos, las Américas se enfrentan con retos importantes: la tendencia a reducir la asignación de subvenciones a los países de mediano ingreso y la reducción de los fondos totales disponibles. Se presenta una oportunidad a partir del alejamiento de las asignaciones geográficas en favor de los temas de promoción de determinadas causas que han sido aprobadas en el PNUD, a condición de que se presente adecuadamente su repercusión para la salud.

26. Otros organismos especializados de las Naciones Unidas también se ven afectados por la reducción de los recursos y la necesidad de actuar de forma más coordinada. El seguimiento de las cumbres mundiales podría ofrecer una oportunidad para aumentar el interés hacia la colaboración conjunta. El ONUSIDA será un caso que pondrá a prueba la coordinación en los próximos años.

27. El Plan de Acción de la Cumbre de las Américas de 1994 compromete a los gobiernos de las Américas a tomar medidas concretas hacia el desarrollo equitativo y asigna responsabilidades específicas a los organismos interamericanos. A la OPS le compete una función significativa en los programas del sector sanitario por ser el organismo de salud especializado del sistema interamericano. Las actividades preparatorias para la Segunda Cumbre de las Américas de 1998 están en marcha. La OPS está bien ubicada para apoyar la definición del programa y velar por la participación del sector sanitario.

28. La OPS también seguirá de cerca el proceso de integración en la Unión Europea y su repercusión en las Américas, y procurará que los temas de salud sean incorporados a las próximas cumbres iberoamericanas.

29. La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) de los países miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE ascendió a US\$ 59.200 millones en 1995. Se calcula que aproximadamente 7% estaba dirigido a apoyar la salud.

30. De los fondos totales de AOD, históricamente alrededor del 10% ha sido destinado a América Latina y el Caribe. En 1991, el último año para el que existen datos, 14% del total de la AOD se destinó a la salud en las Américas, comparado con

7% a nivel mundial. Esta diferencia podría interpretarse como una mayor capacidad del sector sanitario de movilizar los recursos en este continente o como prueba de una mayor atención de los donantes a las necesidades de los sectores sociales, incluida la salud, en América Latina y el Caribe a principios los años noventa.

31. Es de esperar que la atención internacional a los sectores sociales, el objetivo de 20/20 del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento Ambiental, la inversión en el capital humano y la salud que surgió a principios de los noventa se mantenga y se consolide durante el próximo bienio. Paradójicamente, este énfasis en la salud se está produciendo al mismo tiempo que se reduce la asistencia oficial para el desarrollo, reorientándose desde América Latina y el Caribe hacia las nuevas democracias emergentes, otros continentes y situaciones de emergencia. Además de la restricción fiscal en EE.UU., el cumplimiento de los Acuerdos de Maastricht por parte de los países de la Unión Europea para la unión monetaria reducirá aún más los presupuestos de cooperación para el desarrollo a corto plazo. El mejoramiento de las condiciones políticas y macroeconómicas en el mundo industrializado podría revertir esta situación durante la segunda parte del bienio. Debido al desarrollo relativo del continente americano, también se espera que las subvenciones en el próximo bienio sean reemplazadas por un mayor número de operaciones crediticias (no subvenciones) a América Latina y el Caribe. También se deberá prestar atención especial a la descentralización de los procesos de toma de decisiones en la asignación de AOD a las embajadas locales de parte de diversos donantes.

32. Un reto adicional es la mayor atención y asignación de los recursos internacionales a las emergencias humanitarias, que va en detrimento del apoyo a los esfuerzos de desarrollo sostenible.

33. Con la finalidad de lograr mayor eficiencia y evitar la duplicación de los programas y los recursos, las instituciones técnicas y financieras han debido establecer mecanismos eficaces de coordinación y colaboración que tomen en cuenta las ventajas comparativas de cada organización. Los esfuerzos para lograr dicha colaboración entre el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS han comenzado pero no han producido hasta

ahora los resultados deseados. Se han aprendido muchas lecciones en el proceso y será necesaria una mayor inversión de tiempo y personal tanto en la Sede como en los países.

34. Las ONG son parte del creciente número de responsabilidades que asume la sociedad civil. La Fundación Interamericana (IAF) ha identificado 11.000 ONG y aproximadamente 20.000 organizaciones comunitarias que operan en América Latina y el Caribe, y probablemente haya muchas más.

35. La legitimidad de las ONG también ha crecido. Encuestas recientes indican que existen dos veces más probabilidades de que los donantes tengan más confianza en el sector de las ONG que en el sector público para ofrecer asistencia internacional a las poblaciones más necesitadas. A medida que las ONG se conviertan en actores constantes en el proceso de movilización de recursos, su colaboración con los gobiernos y la OPS requerirá otros ajustes.

#### **Información Pública**

36. El flujo de información en toda la Región sigue aumentando exponencialmente, lo cual crea una necesidad cada vez mayor de enviar mensajes sanitarios claros y precisos que destaquen los proyectos y los programas de la Organización y puedan resaltar entre los otros mensajes. El crecimiento va acompañado de un aumento en la velocidad y el ritmo en que llegan las noticias y la información sanitaria al público de toda la Región por medio de los medios de comunicación, la Internet, el telefax y las listas de correo electrónico.

37. Si bien es cierto que el suministro de información ha aumentado, lo mismo ha sucedido con la demanda. Las noticias de salud ocupan un porcentaje cada vez mayor de tiempo y espacio de emisión en los medios de comunicación, en la medida que el público mejor informado exige más datos y también transparencia de parte de los organismos públicos.

38. La misión de la Oficina de Información Pública es promover el trabajo de la Organización para procurar que los mensajes de la OPS permanezcan en la mente del público y sean lo suficientemente oportunos para competir con cientos de otros mensajes. El principal vehículo usado por DPI son los medios de comunicación, los cuales ofrecen un medio de acceso a nuestros públicos: los encargados

de tomar las decisiones, el público en general, el sector privado y las ONG.

39. DPI trabaja con las divisiones técnicas de la OPS y los representantes de la OPS/OMS para crear campañas de salud, carpetas de información pública, comunicados de prensa, videos, diapositivas, fotos, carteles y folletos. Una revista no técnica, un boletín informativo y un programa de televisión por cable llegan al público en forma directa. DPI también participa en foros de periodismo y está representada en las exposiciones en actividades de tipo comunitario.

40. Las comunicaciones con los medios masivos y el público en general se concentran en DPI, pero el trabajo abarca a muchas divisiones. Para promover el trabajo de la Organización, DPI debe ser parte de la planificación, la programación y la ejecución de los proyectos. Los éxitos de la OPS en la Región son ejemplares; tenemos la obligación de seguir informando a nuestros públicos sobre nuestros programas y proyectos.

#### **Apoyo al Desarrollo, Gestión y Coordinación de los Programas de País**

41. Los países pueden mejorar cierto aspecto de la gestión de sus servicios de salud y de su infraestructura al administrar cuidadosamente sus recursos humanos, financieros, materiales y de organización. La gran mayoría de estos recursos son de origen nacional, aunque una parte significativa proviene de fuentes externas. Se requiere un gran esfuerzo para coordinar esos distintos recursos con el fin de lograr un programa integral y cohesivo que aborde las prioridades nacionales de desarrollo sanitario. La Organización Panamericana de la Salud presta cooperación técnica para ayudar a las autoridades sanitarias nacionales a abordar estas prioridades.

42. El desafío principal para la Oficina del Subdirector (AD) es garantizar una coherencia y una respuesta de carácter técnico, político y administrativo con respecto a las políticas de la OPS a nivel local de la organización. Este reto se complica por el gran número de oficinas de campo a cargo de la AD. La OPS tiene 28 oficinas de campo: 26 oficinas de país, más la oficina de campo de El Paso y la oficina de Coordinación de Programas en el Caribe. El reto se complica aun más por la



necesidad de coordinar una gran variedad de cuestiones programáticas y de gestión en el sentido de ampliar la delegación de autoridad de las oficinas de campo. Uno de los principios básicos de la OPS es que las oficinas de país son esenciales para el éxito máximo de cualquier programa de cooperación técnica. Por consiguiente, es vital procurar que las oficinas de país se organicen, administren y supervisen eficazmente.

43. Los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado la promoción de acciones conjuntas entre los países como una de las estrategias clave para mejorar la salud de las poblaciones en las Américas. La cooperación técnica entre países (CTP) es una expresión del panamericanismo y promueve el desarrollo de capacidades nacionales. La Oficina del Subdirector actúa como punto focal para la CTP que incluye el fomento de su uso para satisfacer las necesidades de cooperación técnica de los países.

#### **Acción de Emergencia y Humanitaria**

44. El programa de Coordinación de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS cumplirá 20 años a principios del bienio de 1998-99. Aunque los países de América Latina y el Caribe han logrado muchas metas importantes en la reducción de desastres, siguen siendo muy vulnerables a los desastres naturales. Esta vulnerabilidad va acompañada de la amenaza continua de los desastres tecnológicos o causados por el hombre, agravada por un ritmo acelerado de urbanización en muchos países, el deterioro ambiental o el aprovechamiento inadecuado de la tierra. Es probable que durante el bienio surjan desastres "complejos", que en el pasado requerían una respuesta prolongada e intrincada en cuanto a actividades de ayuda humanitaria.

45. Esta vulnerabilidad es inquietante porque los desastres tienen una repercusión económica directa e indirecta en el sector sanitario de la Región.

46. Directa, porque los daños causados en la infraestructura y equipo sanitarios, en los hospitales y en el abastecimiento de agua y los sistemas de alcantarillado, pueden ser devastadores en términos económicos, especialmente por el costo relacionado con la restauración de los establecimientos de asistencia sanitaria, que puede alcanzar millones de dólares.

47. Indirecta, porque los desastres afectan a la salud pública e interrumpen la prestación de servicios de salud; producen efectos secundarios, que a menudo se manifiestan ulteriormente y pueden incluir una reducción del ingreso personal o nacional, un aumento de la tasa de inflación, problemas con el comercio exterior, gastos financieros mayores que hacen disminuir los recursos disponibles para los servicios de salud y de suministro de agua, o una reducción del acceso que tienen las personas a estos servicios.

48. En toda la Región, los preparativos para casos de desastre se han institucionalizado considerablemente. Los ministerios de salud de todos los países han nombrado un coordinador en materia de desastres del sector sanitario y han establecido una oficina dentro del organigrama ministerial. Sin embargo, los cambios en los gobiernos elegidos en varios países han causado inestabilidad en estos programas y en las comisiones de defensa de la población civil o de emergencias. En los últimos tres años, cinco de diez países sudamericanos cambiaron a sus directores del programa de desastres. De los seis países centroamericanos, tres cambiaron a sus directores; y en el Caribe, cuatro nuevos coordinadores de actividades en materia de desastres asumieron funciones. Esto requiere un esfuerzo renovado de adiestramiento en todos los niveles para mantener los logros de los programas nacionales anteriores. También se animará a los programas a ver más de cerca el problema de los accidentes químicos durante este bienio, además de los desastres naturales.

49. La inversión hecha en el adiestramiento y la difusión de la información en cuanto a la mitigación de desastres se está afianzando en la Región. Sistemáticamente, se están presentando al personal especializado de la mayoría de los países los conceptos de mitigación de desastres, particularmente en lo relacionado con el análisis de la vulnerabilidad estructural y no estructural hospitalaria. Además, la Conferencia Internacional sobre la Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud de 1966 dio a conocer a los líderes gubernamentales, a los representantes de organizaciones internacionales, regionales y no gubernamentales y al sector privado de América Latina y el Caribe el costo-beneficio de estas medidas. Se espera que el interés y compromiso que expresaron los participantes y gobiernos se traduzcan en hechos concretos.

50. Los desastres y el manejo de desastres proporcionan una plataforma neutral para la colaboración y coordinación que va más allá de los límites geográficos y entre los organismos. En América Latina y el Caribe, los países están empezando a utilizar instrumentos nuevos para intercambiar información, fomentar la coordinación y buscar soluciones a los problemas comunes de uno y otro lado de la frontera. La Internet se usa cada vez más para promover un diálogo entre los que dirigen las actividades en materia de desastres y para tener acceso a las fuentes electrónicas de información.

51. Aunque los coordinadores de las actividades en materia de desastres de salud en toda la Región merecen elogio por el progreso logrado en el manejo de desastres, el proceso ha puesto de relieve la necesidad de fortalecer aún más las actividades integrales de preparativos, mitigación y prevención para casos de desastre a fin de reducir la repercusión en la salud pública de todo tipo de desastres.

#### Información Sanitaria y Biomédica

52. Gran parte del progreso alcanzado en las Américas en los últimos 150 años, en desarrollo humano en general y en salud pública en particular, ha sido gracias a la difusión de conocimientos obtenidos de la investigación científica básica y aplicada. La publicación constituye una fase decisiva del proceso de comunicación científica, y la publicación científica —que por definición implica examen y validación por homólogos— aunque no es infalible, representa la estrategia más rigurosa para garantizar la comunicación de información fiable.

53. La falta general de acceso a la bibliografía científica —lo que la OMS ha descrito como la "carencia de un medio energético y eficaz para difundir los resultados de la investigación"— es uno de los problemas más graves que afrontan los investigadores del campo de la salud en las Américas. El decenio pasado pudimos presenciar el aumento de las dificultades para que las instituciones, los estudiantes y los investigadores produjesen y tuvieran acceso a la bibliografía de salud pública, debido a los costos ascendentes de los libros y las revistas en relación con los recursos locales cada vez más exigüos. En cambio, el mundo desarrollado ha estado experimentando una fuerte explosión en materia de información, tanto impresa como electrónica. En consecuencia, se sigue

ensanchando la brecha en lo que se refiere a los conocimientos técnicos y científicos. Las revistas científicas y técnicas en el ámbito sanitario han tenido problemas financieros que han dado lugar a la desaparición de algunas y la irregularidad de otras. Asimismo, las bibliotecas de salud en todas las Américas han experimentado recortes de fondos, situación que las ha obligado a reducir sus acervos, de por sí exigüos, y los servicios que prestan. Los problemas de acceso relacionados con la reducción del financiamiento se ven complicados por los grandes obstáculos de la distribución y la circulación ineficientes de las publicaciones de salud, que limitan el flujo de la información crucial, situación que puede propiciar la duplicación de investigaciones.

54. En los países de la Región, además de los investigadores, el personal sanitario de todos los niveles —en todo el espectro geográfico, político y socioeconómico— requieren información validada, útil y pertinente a sus necesidades locales, ya sean libros, revistas, documentos y medios impresos o electrónicos. La información reviste importancia estratégica para la formulación y ejecución de políticas sanitarias y para el adiestramiento de recursos humanos, en parte como un medio para hacer que se dependa menos del mundo desarrollado. Al mismo tiempo, para resolver los problemas de salud directamente relacionados con los hábitos y los modo de vida de las personas, será necesario recurrir no solo a los centros académicos y la burocracia sino también a los consumidores de servicios de salud y a la comunidad en general. Esa extensión requerirá elaborar instrumentos y productos de comunicación social.

55. **Publicación:** La contribución de América Latina y el Caribe a la literatura internacional científica y técnica ha aumentado notablemente en años recientes, aunque una parte desproporcionada de las publicaciones se origina en unos pocos países, especialmente Brasil, Argentina, México, Chile y Venezuela. Sin embargo, el efecto de la frecuencia con que los artículos de investigación se citan en la bibliografía ha permanecido relativamente estático (Garfield, 1995).

56. De las revistas que la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos incluye en el *Index Medicus*, solo 45 (1,46%) son de América Latina y el Caribe; de ellas, 68% tratan de medicina clínica,

26% de biomedicina % y solo 6% (tres revistas) de salud pública (*Index Medicus*, 1994).

57. Un estudio de unos 3.000 artículos publicados en una muestra de 51 revistas de América Latina y el Caribe entre 1988 y 1993 reveló que 21% de los artículos trataban de enfermedades transmisibles, 15% de ciencias biológicas y bioquímica, 12% de medicina interna y cirugía, 11% de pediatría, 8% de alimentación y nutrición, 6% de epidemiología y 6% de servicios y sistemas sanitarios. El mismo estudio indicó que la cobertura de ciertos temas que los Cuerpos Directivos han designado como prioritarios —como promoción de la salud, higiene del medio, y la mujer, la salud y el desarrollo— era menos de 5% (Programa de Publicaciones de la OPS, 1994). Del mismo modo, un estudio de la investigación en Barbados, Jamaica, y Trinidad y Tabago desde 1976 hasta 1990 reveló que 63,8% de las publicaciones no correspondía a ninguna de las siete esferas prioritarias designadas por la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (Alleyne, 1995).

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

59. En los 20 últimos años, el número de revistas de América Latina y el Caribe incluidas en el *Science Citation Index* nunca ha pasado de una docena. Actualmente hay 11, distribuidas según el tipo de investigación, en investigación clínica (6 revistas, o sea, 55%), investigación biomédica (4 revistas, o sea, 36%) y salud pública (1 revista, Salud Pública de México, o sea, 9%).

60. Un estudio de la investigación sanitaria en cinco países latinoamericanos de 1987 a 1989 señaló este predominio de la investigación clínica y biomédica, y la salud pública ocupó un lugar secundario. La proporción de la investigación que correspondió a esta última fue la siguiente: Argentina, 12,4%; Brasil, 15,1%; Cuba, 30,4%; México, 21,5% y Venezuela, 12% (Publicación Científica de la OPS 543, 1993).

61. Es evidente que la investigación llevada a cabo en los países no refleja —desde el punto de vista del contenido temático— las prioridades establecidas por las autoridades sanitarias nacionales. Las personas y

las instituciones que trabajan en la investigación científica tienden a realizar sus investigaciones principalmente en el campo de la medicina clínica y, de forma secundaria, en el de la biomedicina. La salud pública en general es tema de un número considerablemente menor de publicaciones, y las áreas prioritarias de salud más especiales designadas por los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud en los tres cuadrienios pasados están notablemente subrepresentadas en el conjunto de investigación reciente que se ha originado en los países de la Región.

62. En efecto, se observa una fuerte incongruencia en la relación entre las actividades de investigación y, por lo tanto, de la información científica emanada de esta, y las prioridades de salud nacionales. Por consiguiente, es necesario llenar los vacíos de información sobre cuestiones generales y concretas de salud pública y dar al personal sanitario de los países, de todas las categorías, la mejor información sanitaria posible. Este es el propósito principal del Programa de Publicaciones de la OPS.

63. **Comunicaciones Electrónicas:** La explosión de las comunicaciones electrónicas, el mayor uso de la World Wide Web y otras tecnologías de Internet afines y los servicios de Intranet permiten que la Organización proporcione información sanitaria de manera más rápida, amplia y eficiente que nunca. Al mismo tiempo que ofrece mecanismos para difundir y gestionar la información de la Organización, las tecnologías de Internet/Intranet también ofrecen oportunidades de fortalecer el intercambio y la comunicación de información con las oficinas de campo de la OPS. Los rápidos adelantos en las mencionadas tecnologías también ofrecen oportunidades para normalizar y simplificar la preparación de documentos, lograr una mayor integración de todos los servicios electrónicos de la OPS y reducir el costo de la publicación y difusión de la información.

64. El Proyecto de Comunicaciones Electrónicas de la OPS (ECP) ha aprovechado la red mundial (Internet) para tratar de que la labor de la OPS siga siendo sensible a las tendencias mundiales en evolución y a las nuevas necesidades de información en los países. Durante los dos últimos años, DBI/ECP ha planificado, ejecutado, mantenido y elaborado continuamente un sitio en la Web en inglés/español de la más alta calidad, que contiene aproximadamente 1.600 archivos de datos y ha

registrado más de 133.000 visitas de los usuarios. Durante este período, el aumento del volumen de información disponible en la Web ha sido de más de 650 por ciento y el número de visitas de usuarios individuales ha aumentado 700 por ciento. Desde su inicio, el 15 de septiembre de 1995, el sitio de la Web de la OPS ha repercutido en la Organización en una variedad de esferas. Gracias a la Web, se ha logrado establecer firmemente la presencia de la OPS en Internet y se ha generado una cultura dinámica de intercambio a favor de la tecnología y la información entre el personal de la OPS. Por conducto de la Web y de los servicios gopher y FTP, la Organización está mejorando la eficiencia y el alcance de sus actividades de difusión de información en todos los países miembros y en todo el mundo. Se prevé que esto dará lugar a un mayor reconocimiento internacional de la función que la OPS desempeña en el campo de la salud pública en la Región y en el mundo.

**65. Información y Documentación:** Actualmente se reconoce que las tecnologías de información y comunicación están generando una revolución profunda en los gobiernos, negocios, industrias y consumidores, que influye en los aspectos sociales, económicos y políticos de los países. La información se considera fundamental para el desarrollo humano y para lograr la equidad que el mundo desea obtener en materia de salud. Esto crea nuevos retos en cuanto a la gestión de la información y de conocimientos. Las bibliotecas y los centros de información están experimentando notables cambios en la índole de sus servicios y productos, lo cual plantea nuevos retos en la aplicación de las tecnologías de información electrónica apropiadas. La función del bibliotecario está cambiando: se está convirtiendo en un "agente de cambio" capaz de gestionar los recursos de información. La creatividad se convierte en un componente esencial para responder a las exigencias de los usuarios y la nueva tecnología. En cuanto a los servicios, los bibliotecarios deben proporcionar información "pertinente" y "oportuna", y servir de "intermediarios" entre los productores y los usuarios de la información: los servicios exigen la capacidad de filtrar y evaluar la información, comunicarla, sintetizarla y emitir juicios al respecto, de distinguir entre datos e información, por una parte, y hechos y conocimientos, por otra, y de asesorar y educar a los usuarios. Respecto a la organización de la información, las bibliotecas deben mantenerse a la vanguardia en cuanto a incluir los elementos de la revolución de la información: procesamiento,

almacenamiento, recuperación y difusión de cantidades increíbles de información por medios electrónicos. La Biblioteca de la Sede de la OPS sigue haciendo frente al reto de implementar la base de datos de la memoria institucional en formato electrónico y de satisfacer las necesidades cambiantes de sus usuarios. Durante el nuevo bienio, el ámbito de trabajo de la Biblioteca, sus productos y servicios seguirán adaptándose a esas nuevas tendencias.

**66. Comercialización, Distribución y Ventas:** Varios factores existentes en la Región condicionan la penetración eficaz de la información sanitaria en los países: un aumento vertiginoso del interés y la demanda de tal información; la relativa insuficiencia, como se señaló, de información de salud pública para satisfacer dicha demanda; la mayor disponibilidad de medios electrónicos de comunicación y la falta de conocimientos en cuanto a las capacidades de acceso a estos medios por parte de la población de la Región; el poder adquisitivo limitado de los posibles lectores en algunos países, unido al poder adquisitivo comparativamente ilimitado en los países desarrollados y en ciertos segmentos de algunos países en desarrollo; las dificultades que tienen los productores para proporcionar libros a los usuarios, incluidos los elevados costos de envío y tramitación, los problemas de despacho de aduana, las deficiencias del sistema de correo y las reducciones de las franquicias postales.

## Salud en el Desarrollo Humano

**67. Combatir las inequidades en salud** responde a dos imperativos: por un lado, el acceso a la salud es un derecho humano fundamental y, por otro lado, los efectos de las inequidades en salud constituyen uno de los mayores obstáculos al desarrollo humano sostenible, al impedir la formación del capital humano y la incorporación óptima de la población al proceso productivo. La Región de las Américas se caracteriza por ser la que presenta la mayor inequidad en la distribución de la riqueza, lo cual es un factor determinante en la presencia de oportunidades diferenciales en el estado de salud por grupos de población. En este fin de siglo, los procesos de desarrollo enfrentan un contexto caracterizado por profundos cambios en distintas dimensiones. Algunos elementos comunes a la mayoría de los países incluye la democratización política, la creciente participación social, la

formación de mercados comunes, subregionales, la creciente presencia de la mujer en las actividades de vida política, social y económica, la expansión del alcance y de los vehículos de comunicación social, las facilidades para el acceso a la información técnica y científica internacional, la tendencia decreciente de la mortalidad, el envejecimiento de la población, la urbanización, las migraciones internas y externas, la contaminación ambiental, el crecimiento proporcional de las enfermedades de tipo crónico asociadas a determinadas condiciones y estilos de vida, la persistencia de grandes bolsones de pobreza, del desempleo y la informalización del trabajo, la agudización de las brechas sociales, la transformación de los valores tradicionales, el debilitamiento de la soberanía del Estado Nacional y la redefinición de las funciones del Estado en la sociedad. En relación a los servicios de salud se constata el aumento permanente en los gastos públicos e individuales en atención médica. Al mismo tiempo se observa la participación cada vez más importante de proveedores privados de servicios de salud, con diferentes esquemas de financiamiento y de organización. En la mayoría de los países están en marcha procesos de Reforma del Sector Salud que tienen como propósito general mejorar el estado de salud de toda la población. Entre las áreas objeto de los cambios que la reforma busca introducir están los modos de ejercer las funciones de conducción, organización, provisión y financiamiento de los servicios, con base en la redefinición de los papeles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los mismos. En la perspectiva de la descentralización de los servicios, de la democratización y de la participación comunitaria se abren nuevos espacios de prácticas políticas locales, en los que se posibilitan respuestas más equitativas y eficientes a los problemas de salud tanto poblacionales como individuales. En relación a los procesos de toma de decisión política y de gestión administrativa en salud se debe registrar que el gran fracaso de los países latinoamericanos y del Caribe ha sido la incapacidad de incorporar el conocimiento ya establecido en beneficio de toda la población. Esto incluye la falta de incorporación de los resultados de la investigación en salud en la formulación y evaluación de las políticas públicas.

68. Se requiere que los países de la Región traten de definir políticas de salud y no sólo políticas de servicios, cuyas metas se formulen en términos de indicadores de salud y de calidad de vida, no sólo en términos de servicios que hay que ofrecer y de recursos a movilizar. El objetivo de tales políticas es

tener un efecto mensurable en la salud de una población determinada, más allá de satisfacer la demanda espontánea de las personas. Tales políticas requieren datos fiables y pertinentes de la situación de salud, la definición de criterios de prioridades, entre los cuales la disponibilidad de estrategias de intervención es uno de los más fundamentales. Se trata de establecer procesos de planificación en que se planteen metas formuladas en términos de indicadores de salud, y en los que haya coherencia entre las estrategias de organización de los servicios y estas metas.

69. Para intervenir adecuadamente en los ámbitos de acción y decisión antes señalados, HDP se orientará a identificar los cambios socioeconómicos, culturales y políticos que se producen en la Región y a medir su incidencia en la búsqueda de la equidad en salud. Esto presenta una serie de desafíos que la División deberá enfrentar en el campo de la cooperación técnica aumentando la capacidad de formulación teórica y de análisis propio y de otros actores, sobre los siguientes temas:

70. Equidad en salud: se propone contribuir a la medición de la incidencia que sobre ella tienen las fuerzas del mercado y el análisis del impacto de los programas de ajuste estructural, los procesos de globalización/integración y la privatización de las acciones de salud, entre otros factores determinantes.

71. Contribución de la salud al desarrollo económico y a la reducción de la pobreza: se requiere investigar y documentar en forma sistemática como la inversión en salud es necesaria para la formación del capital humano, la actividad económica, y en el desarrollo de su potencial como mecanismo redistributivo de ingreso.

72. Participación social y política en salud, enfocada en dos sentidos: primero, el sistema de salud como espacio para el ejercicio de la ciudadanía y el fortalecimiento de los mecanismos de concertación y participación política; en segundo lugar, se requiere establecer las configuraciones y relaciones institucionales de formulación y análisis de políticas que permitan alcanzar un equilibrio adecuado entre la participación de la colectividad y el carácter técnico y estratégico de dichas políticas.

73. Conocimiento y práctica en Salud Pública: se busca la reivindicación de su carácter esencialmente político y axiológico, tratando de superar el determinismo biológico con un enfoque más integral

e incluyente de los aspectos económicos, políticos y sociales arriba mencionados, y que supere las siguientes situaciones:

74. Las limitaciones temáticas, conceptuales, metodológicas, organizacionales y financieras de la investigación en salud que dificultan la profundización del conocimiento sobre la compleja situación de salud de la Región y sus determinantes;

75. La carencia de políticas nacionales e institucionales que orienten la producción de conocimientos y tecnologías en el sentido de responder a las necesidades de salud de los diversos grupos sociales de acuerdo a sus particularidades y valores;

76. La diseminación precaria del conocimiento que limita su utilización en el proceso de definición de política de salud y refuerza la exclusión de grupos sociales de la participación en ese proceso.

### ***Evaluación de los Resultados Esperados para 1996-1997***

77. Se lograron los siguientes resultados esperados en 1996-1997:

#### **Mujer, Salud y Desarrollo**

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

79. En todas las subregiones hay países ejecutando proyectos basados en la colaboración estrecha con grupos organizados nacionales y locales que trabajan, para lograr la equidad de género.

80. Varias iniciativas de colaboración con otras organizaciones del sistema de Naciones Unidas, del sistema Interamericano, del sistema multilateral y con instituciones científicas y académicas de la Región para abordar las inequidades de género se han desarrollado durante el bienio. Una de ellas ha resultado en la designación del Women's College Hospital de Toronto como Centro Colaborador de la OMS en el tema de Salud de la Mujer. Con la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA se apoyó el desarrollo de perfiles de salud de la mujer en la frontera de Estados Unidos-México. Se

inició junto con el BID el Proyecto Regional para la Prevención y Atención de la Violencia Doméstica contra la Mujer en seis países.

81. Se fortalecieron las relaciones de cooperación entre OPS y las oficinas nacionales encargadas de los asuntos de la mujer en varios países miembros, entre ellos el SERNAM de Chile, el Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Humano del Perú, CONAMU de Venezuela, el Ministerio de la Mujer del Paraguay, y la Dirección de los Derechos de la Mujer del Ministerio de Justicia del Brasil.

#### **Investigación y desarrollo tecnológico en salud**

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

83. En varios países se puso a disposición de las instituciones de ciencia y tecnología en salud (ICTS) y sus gerentes la información y las herramientas para la formulación y evaluación de políticas de desarrollo científico en salud. En este sentido se produjo, con el apoyo de IDRC/Canadá, una publicación sobre "Tendencias y Desafíos de la Investigación en Salud para el Nuevo Milenio". Asimismo se capacitaron los gerentes de ICTS de siete países (Brasil, México, Venezuela, Cuba, Chile, Argentina, Costa Rica) en planificación estratégica de ICTS de alta complejidad.

84. Se publicó el catálogo bibliográfico de las investigaciones financiadas por el Programa de Subvenciones de la OPS y se adaptó la base de datos respectiva para hacer accesible la información por vía del internet.

85. Ocho investigadores culminaron satisfactoriamente el primer año del Programa de Formación Avanzada de Investigaciones en Salud Pública y cinco investigadores recibieron subvenciones de retorno.

#### **Análisis de la situación sanitaria**

86. "Se habrán elaborado y difundido los informes regionales de salud".

87. Se apoyó el establecimiento de perfiles de las condiciones de salud de cada país mediante la creación de la base de datos básicos regionales con 120 indicadores y los perfiles de país, lo cual implicó la movilización de todos los Programas y Oficinas de País de la Organización, así como de las entidades nacionales respectivas, promoviéndose el establecimiento de programas de datos básicos de los Ministerios de Salud, de elaboración de perfiles subnacionales y la creación de redes nacionales de información en salud.

88. Se produjeron y diseminaron varios informes regionales de análisis de situación de salud y estadísticas sanitarias, entre ellos los primeros capítulos de los Informes del Director de 1996 y 1997; Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos 1996; Situación de Salud, Indicadores Básicos en el Caribe, 1996. Se elaboraron los documentos Condiciones de Salud de las Américas, Edición 1998 y la Tercera Evaluación de Salud Para Todos. Se apoyó la elaboración de las tablas y gráficas para los perfiles de salud de las ciudades hermanas de la frontera México-Estados Unidos. Se produjeron documentos de posición sobre el uso de AVIDA (DALYs) para la medición de la carga de enfermedad, sobre los problemas de subregistro y calidad de certificación médica de causas de muerte para los análisis de situación de salud, entre otros.

#### Políticas Públicas y Salud

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

90. La OPS promovió y logró la incorporación de los temas más relevantes de las OEP en las agendas políticas de los procesos de integración regional y apertura comercial que se están dando en la Región de las Américas, como el ALCA, NAFTA, MERCOSUR, Comunidad Andina, Sistema de Integración Centroamericana, CARICOM y Asociación de los Estados del Caribe. Igualmente se logró un mayor acercamiento entre las autoridades del poder ejecutivo y los parlamentos a nivel nacional, subregional y regional, con un evidente mejoramiento del trato parlamentario de los temas e iniciativas de interés del sector salud. Asimismo se

incentivó la participación del sector salud en dichos procesos, ampliando la cooperación intersectorial en favor de la salud en el desarrollo humano. De particular importancia ha sido el logro de una concertación especial entre autoridades de salud y desarrollo social, para fortalecer la búsqueda de una mayor equidad en los procesos de reforma del sector salud que se están dando en América Latina y el Caribe. La Base de Datos LEYES se mantuvo actualizada, alcanzando a más de 7,500 piezas de legislación nacional aplicables a los derechos y deberes de los estados, ciudadanos e instituciones privadas relativos a la salud, sus factores condicionantes y la atención de salud.

91. Se logró fortalecer la capacidad de la Región en el campo de la economía y financiamiento de salud, a través de una estrecha cooperación interagencial que involucró al Banco Mundial, al Banco Interamericano de Desarrollo, la OMS, el CIID de Canadá, USAID y ODA, entre otras agencias. Los progresos en este campo pueden ser medidos por la expansión y consolidación de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de Salud-REDEFS-que actualmente abarca a 22 asociaciones y grupos nacionales dedicados al desarrollo de este campo de conocimiento tan estratégico para el proceso de reforma del sector salud en la Región. Igualmente se actualizó la base de datos sobre gasto nacional y financiamiento de salud en la Región, cuyos datos estarán publicados en la edición de 1998 de Condiciones de Salud de las Américas.

## *Estrategia de Cooperación Técnica*

#### Dirección General

92. La estrategia de cooperación de esta unidad proviene de las orientaciones estratégicas y programáticas para el cuatrienio 1995-1998. Por otra parte, se hará más hincapié en los conceptos de la equidad, el panamericanismo y la singularidad de la OPS, es decir, la OPS como una empresa común y un mecanismo conjunto para la acción colectiva que responde a los temas de salud y los problemas sociales que la mayoría de los miembros de esta asociación de Estados soberanos considera pertinentes.

### **Oficina de Análisis y Planificación Estratégica**

93. La Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) continuará apoyando a la Dirección de la OPS en el desarrollo de sus políticas, planes y normas de gestión. Para ello buscará alianzas con todas las unidades de la organización a nivel global, regional y de país para promover la internalización de la nueva política global en salud para la meta de SPT, para evaluar y desarrollar las OEP, así como desarrollar nuevas formas de cooperación que respondan a las necesidades diversas de los países miembros.

94. En el ejercicio de sus funciones DAP continuará apoyando el Gabinete del Director y el Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, asegurándose que ambas instancias cuentan con información adecuada sobre la labor de la oficina y el ambiente en el que esta se desarrolla para la toma de decisiones. En este sentido continuará reafirmando el proceso de planificación, programación, seguimiento y evaluación de la cooperación técnica (AMPES) y elaborando informes evaluativos y analíticos para la Dirección y para los Cuerpos Directivos de la Organización.

### **Oficina de Asuntos Jurídicos**

95. La Oficina de Asuntos Jurídicos prestará servicios jurídicos generales en forma eficaz a la Dirección, los Cuerpos Directivos, los representantes de la OPS/OMS, los centros panamericanos y las unidades técnicas y administrativas en los asuntos que inciden en la situación jurídica y el funcionamiento general de la Organización. Se prestará atención especial a las prerrogativas e inmunidades de que goza la OPS en los países miembros y la seguridad de que los convenios básicos ratificados sean respetados por los Gobiernos Miembros. En este sentido, los servicios jurídicos generales de DLA serán fundamentales para la consecución eficaz de las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas de la OPS.

96. Se proporcionará asesoramiento legal en forma inmediata y eficaz a los representantes de la OPS/OMS y los centros panamericanos en la negociación y la redacción de los instrumentos exigibles legalmente. DLA elaborará manuales, modelos de convenios y contratos de acuerdo con la especialidad de la cooperación técnica. Se cooperará con los representantes de la OPS/OMS, aprendiendo de su experiencia, inquietudes y sugerencias.

97. Asimismo, DLA negociará, preparará y manejará los convenios de cooperación técnica con los países miembros, los donantes externos, los organismos bilaterales de cooperación y otras entidades; y colaborará con ABU, AFI y DEC en la sistematización del proceso de examen de proyectos (PEP).

98. Durante el bienio, DLA coordinará de cerca con la Oficina del Asesor Jurídico de la OMS los asuntos de interés común, representará a la Organización en sus tratos con los departamentos jurídicos de otras organizaciones internacionales y coordinará las estrategias legales, según sea necesario.

99. DLA representará a la Organización ante el Tribunal Administrativo de la OIT y otras entidades judiciales; explorará las opciones posibles en cuanto a otros tribunales administrativos; intercambiará ideas e información con otros tribunales administrativos para defender mejor los intereses de la OPS.

100. DLA aumentará su capacidad de investigación mediante la base computarizada de datos sobre la jurisprudencia de la OIT y los tribunales administrativos de las Naciones Unidas; refinará y actualizará la actual base de datos sobre convenios y el sistema de control de la correspondencia; colaborará con las unidades técnicas y los programas especiales de la OPS en las áreas de competencia técnica relacionadas con el derecho; elaborará la política de la OPS en los temas relacionados con los derechos de propiedad intelectual e industrial; registrará y protegerá eficazmente los intereses de la OPS en el campo cada vez mayor de los problemas de transgresión potencial; prestará asesoramiento jurídico al asesor jurídico local en los países miembros y a los abogados locales en asuntos referentes a las relaciones con el país anfitrión, los organismos nacionales y federales y los funcionarios estatales locales; prestará servicios jurídicos a los comités permanentes de la Organización; prestará orientación legal a los funcionarios sobre asuntos oficiales; y mejorará el conocimiento jurídico y las aptitudes de su personal profesional mediante la participación en los programas de perfeccionamiento en temas jurídicos, y seminarios y conferencias sobre la medicina, la salud y el derecho.



## Departamento de Personal

101. Como resultado de la descentralización de las actividades de formación del personal hacia las diversas unidades de la Organización y el establecimiento de los puntos y comités focales de adiestramiento, la función del Programa de Desarrollo del Personal se ha modificado y actualmente su función principal es la consulta interna sobre temas de recursos humanos utilizando el enfoque de asociación.

102. Como la formación del personal es un proceso continuo que posibilita una mayor capacidad de comprender, responder e incidir en el ambiente en constante cambio, debemos seguir asignando prioridad a las siguientes áreas para el adiestramiento y la formación: aptitudes de liderazgo y gestión; proceso de integración de los funcionarios a la Organización o a nuevas responsabilidades, que incluye la orientación inicial y permanente y la separación de la Organización; trabajo en equipo en torno de un eje estratégico; diseño de proyectos individuales y por grupos; gestión y evaluación, que debe incluir la movilización de enfoques alternativos a los problemas abordados por los proyectos; sistema de evaluación del desempeño; comunicación e idioma.

103. Las estrategias concretas para ejecutar los programas serán trabajar en sociedad con otras unidades de la Organización, adiestramiento de los instructores, colaboración con instituciones especializadas y aprendizaje a distancia. Se utilizarán resultados externos para ofrecer aptitudes de vanguardia en las áreas críticas del programa.

## Oficina de Coordinación Externa

104. DEC seguirá fortaleciendo la presencia y la influencia de la Organización en la esfera internacional, para lograr que se reconozcan los temas de desarrollo sanitario y las prioridades regionales y de los países en materia de salud y que se asignen los recursos necesarios para el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones de América Latina y el Caribe.

105. La Oficina de Relaciones Externas tiene como responsabilidad más importante el establecer contactos con los donantes, formular estrategias y hacer recomendaciones en cuanto a la formulación de políticas y programas que pueden facilitar la adquisición de los recursos externos necesarios.

106. Como medio de acceso de la Organización para las relaciones externas, DEC fortalecerá las relaciones con el sistema interamericano, el sistema de las Naciones Unidas, las instituciones de crédito internacionales, los organismos de cooperación bilateral y los gobiernos, las ONG y el sector privado. DEC también concentrará sus esfuerzos en incorporar las actividades interinstitucionales de colaboración en la formulación de los programas existentes. DEC garantizará la presencia de las prioridades de salud en el programa de las cumbres mundiales y regionales, y coordinará el apoyo a los países en sus esfuerzos de ejecución. Esta colaboración debe dar lugar a un mejor entendimiento mutuo, mayor influencia en la formulación de políticas sanitarias de otras instituciones y en los niveles más altos del gobierno, al igual que mayores recursos para el sector sanitario.

107. Por otra parte, para mantener los niveles de financiamiento extrapresupuestario según el contenido de las orientaciones estratégicas y programáticas, "será necesario prestar atención especial al proceso de preparación, gestión y evaluación de los proyectos de desarrollo sanitario para que durante el próximo cuatrienio se pueda movilizar una mayor cantidad de recursos financieros externos, tanto en condiciones concesionarias como no concesionarias, apuntado a transformar los sistemas nacionales de salud". Se prestará atención especial a fortalecer la capacidad de la Organización de movilizar recursos a nivel local además de abordar la gestión de la cooperación internacional en materia de salud.

## Oficina de Información Pública

108. El foco de interés de DPI para el bienio 1998-1999 será la necesidad de utilizar una gran diversidad de medios de comunicación para ampliar el conocimiento del público sobre la Organización, su labor y su misión. La estrategia de la unidad es crear una masa crítica por medio de sus productos y actividades. Por intermedio de videos, comunicados de prensa y contactos con los medios de comunicación, se divulgará información sobre los programas y los proyectos de la OPS a audiencias regionales numerosas. Los carteles, la revista *Perspectivas en salud*, el boletín informativo *La OPS hoy*, con un nuevo diseño, y las campañas creativas se sumarán para recalcar no sólo la notable labor de

la Organización, sino también la importancia de la salud a diferencia de la atención de salud.

109. Las actividades de DPI están orientadas hacia el siglo XXI, con la idea de presentar al público la imagen de una Organización fuerte y viable cuyas metas y programas flexibles son tan válidos hoy como lo fueron hace casi 100 años y son al mismo tiempo más importantes. Mediante la labor con las divisiones y los representantes de la OPS/OMS, la unidad aprovechará sus éxitos, hará mayor hincapié en llegar a ciertas audiencias como los jóvenes y destacará diversos temas clave como la violencia. Se realizarán mayores esfuerzos para usar la difusión electrónica creativa por medio de la Internet para todo el material.

#### **Departamento de apoyo de Información para la Gestión**

110. El Departamento de Apoyo de Información para la Gestión (ACS) brinda apoyo a los sistemas de información institucional que utilizan las representaciones de la OPS/OMS, los centros y las unidades en la Sede, presta apoyo a los usuarios en la Sede y mantiene la infraestructura de computación y comunicaciones que utilizan todas las unidades de la Organización.

111. ACS brinda apoyo a 15 sistemas institucionales importantes y el mantenimiento de los mismos representará la prioridad más alta de ACS. Además, los sistemas necesitan diversos grados de modificaciones y perfeccionamiento para adaptarse a la forma de operar de la OPS y aprovechar las mejoras en la productividad que permiten los adelantos de la tecnología.

112. Para fines de 1997 el Departamento de Presupuesto y Finanzas (ABF) completará la evaluación de los sistemas de seguro de enfermedad del personal (SHI) de la OMS y, si satisface los requisitos de la OPS, ACS reemplazará en 1998 el sistema vigente de SHI basado en una macrocomputadora por el sistema de SHI de la OMS basado en la LAN. Alternativamente, ACS realizará algunas mejoras al software actual de SHI que han sido solicitadas por ABF. ABF también está analizando la posibilidad de reemplazar o rediseñar el sistema de la nómina de sueldos. ACS prevé que el proyecto de la nómina de sueldos se emprenderá en el bienio 1998-99. ACS seguirá apoyando la instalación de los sistemas de información para la gestión de oficina (OMIS) en 35 oficinas de campo.

Estamos proyectando entregar en 1998 un OMIS revisado para una plataforma de *Windows* que luego se instalará gradualmente en las oficinas de campo.

113. ACS también se dedicará a mejorar el apoyo de sistemas para los procesos de gestión. Ajustaremos y adoptaremos el AMS, desarrollado por la OMS, para mejorar y reemplazar en 1998 el actual sistema de planificación, seguimiento y evaluación (AMPES).

114. Para mejorar la disponibilidad de la información en todos los niveles de la gestión, ACS procurará aprovechar las oportunidades ofrecidas por Internet y la tecnología de depósito (warehouse) de datos. Esperamos que en el bienio 1998-99 las oficinas de campo tengan acceso a las principales bases de datos institucionales que están actualmente disponibles para el personal de la Sede por medio de la LAN.

115. ACS brinda el apoyo necesario a la infraestructura de computación y comunicaciones de la OPS: macrocomputadora (mainframe), LAN (el cableado y los servidores) y los sistemas de comunicación y acceso a los servicios de Internet. Los sistemas institucionales de la OPS están usando dos plataformas de computación: macrocomputadora y PC/LAN. Con la mayor capacidad de la LAN y el software y los equipos que se utilizan con los mismos, ACS estudiará la factibilidad y la eficiencia en función de los costos de tener un solo sistema de computación y durante el bienio 1998-99 preparará los sistemas de la OPS para poder eliminar gradualmente la macrocomputadora. Los principales sistemas institucionales que maneja la macrocomputadora incluyen: planificación de presupuestos, ejecución de presupuestos, nómina de sueldos, ADPICS y FAMIS. Para aprovechar la oportunidad de ahorro de costos que implica la eliminación de la macrocomputadora, ACS estudiará la posibilidad de trasladar los sistemas restantes de la macrocomputadora a la plataforma PC. Prevemos que la tecnología y la versión LAN de FAMIS que tiene KPMG habrá avanzado a tal punto que se pueda pensar en retirar a FAMIS y ADPICS de la macrocomputadora.

116. El apoyo para la tecnología de la información responderá a los requisitos cambiantes asociados con el nuevo énfasis que surge del área de aplicación. Específicamente, esta unidad empezará la transición de la plataforma Novel NetWare para LAN a Windows NT, y comenzará a aumentar la presencia

de una plataforma de cliente-servidor verdadera, como el servidor SQL. En un futuro próximo, la macrocomputadora y su software asociado seguirán recibiendo apoyo, aunque se empezará a planificar la posible eliminación de la macrocomputadora en el siguiente bienio.

117. Esta oficina seguirá adquiriendo y manteniendo el software estándar de automatización de la oficina en la LAN para todos los usuarios de la sede de la OPS; y aumentará su asistencia a las oficinas de campo, especialmente para configurar las LAN y adquirir los servicios de Internet. El equipo de apoyo al usuario de ACS seguirá atendiendo y reparando problemas con las PC, las impresoras y la LAN que hayan sido notificados por los usuarios.

118. En el pasado el equipo de apoyo al usuario no pudo, debido a la escasez de recursos, dedicar tiempo suficiente a ayudar a los usuarios con el uso de las aplicaciones estándar. Como no se puede esperar una infusión importante de recursos, ACS procurará construir una red de instructores en las divisiones y las unidades de la Sede (a quienes ACS adiestrará y apoyará), quienes proporcionarían "atención primaria de tecnología" a sus colegas y remitirían los problemas más complejos a ACS.

#### **Oficina de la Sub-Dirección**

119. La misión de la Oficina del Subdirector es proporcionar orientación a las oficinas de campo en cuanto a la ejecución de sus programas de cooperación técnica mediante: a) el logro de políticas coherentes; b) la promoción de la elaboración de planes de trabajo eficaces; y c) el fomento de la eficiencia operativa.

120. Para lograr esta misión será necesario: a) Garantizar la aplicación del proceso establecido; es decir, la participación de las contrapartes nacionales y las oficinas de campo en la elaboración de políticas a nivel regional y mundial; b) Examinar, aprobar y evaluar los programas de país propuestos y sus resultados; c) Promover, apoyar y evaluar las propuestas de cooperación técnica entre países (CTP); d) Garantizar la formulación participatoria de presupuestos bienales por programas, es decir, el proceso para establecer prioridades nacionales para la cooperación técnica; e) Vigilar la ejecución de programas a nivel nacional; f) Mejorar la capacidad de gestión a nivel nacional; g) Mejorar la capacidad

administrativa a nivel nacional; h) Fortalecer las funciones administrativas, operativas y de gestión.

#### **Programa de Coordinación de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre**

121. Para lograr el objetivo de mejorar la capacidad del sector sanitario de América Latina y el Caribe de administrar o reducir la repercusión de los desastres, la OPS empleará las siguientes estrategias: Encargarse del manejo de desastres en las oficinas de la OPS a nivel nacional, mediante sus centros colaboradores y sus oficinas subregionales de manejo de desastres.

122. Reducir el foco de atención de las actividades del Programa, de modo que se centre más en nuestra meta principal: el sector sanitario de los países propensos a los desastres, presentándoles los últimos conceptos en preparativos, mitigación y prevención para casos de desastre.

123. Al mismo tiempo, reconociendo que la reducción de desastres es una tarea multisectorial, obtener la colaboración de otros sectores a nivel nacional, por ejemplo, asuntos exteriores, defensa de la población civil, Cruz Roja, parlamentos, etc.

124. Institucionalizar las actividades de manejo de desastres en el sector sanitario y proporcionar ayuda técnica en nuevos campos: mitigación de desastres en los sistemas de distribución de agua; personal internacional especializado en seguridad de los hospitales; uso de la Internet para las comunicaciones y la difusión de información; actualización y mejora del SUMA, el sistema de gestión de suministros, etc.

125. Seguir tratando activamente de obtener financiamiento de fuentes extrapresupuestarias, no solo para proyectos especiales como la mitigación en hospitales o la gestión de suministros de socorro, sino también el financiamiento básico para mantener las actividades diarias de manejo de desastres en la Región.

126. Aprovechar las oportunidades que se presentan, en cuanto a financiamiento, nueva tecnología o iniciativas de distribución conjunta de los costos.

## Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales

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

128. Según las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998, durante el cuatrienio una de las principales formas en que la Organización realizará su cooperación técnica será mediante la difusión de la información: "En el plano más sencillo, el trabajo en esta esfera incluirá la recopilación y distribución de información a los Estados Miembros. En el plano más complejo, incluirá la actuación de todos los componentes de la Organización para utilizar al máximo la información como un potente instrumento para producir los cambios imprescindibles en los niveles sectorial, comunitario e individual." En los últimos años, la importancia de recopilar, difundir y usar información llegó a niveles sin precedentes en la OPS; no solo como medio para atender las necesidades internas de gestión, sino también como instrumento para mejorar la notoriedad de la Organización y como arma para combatir la mala salud y las enfermedades. Desde 1995, 93 bibliotecas y centros de documentación de publicaciones de la OPS reciben todas las publicaciones de la OPS y las ponen al alcance de aquellos que de otra manera no tendrían acceso a ellas.

129. El Programa de Publicaciones de la OPS pondrá al alcance de los públicos destinatarios información actualizada, pertinente, validada y oficial sobre temas científicos, técnicos y de gestión relacionados con la salud. En particular, la información sanitaria se usará como instrumento para mejorar la situación sanitaria de los pueblos de la Región durante periodos de importantes cambios epidemiológicos previstos que se deben a cambios demográficos, de la urbanización y la industrialización.

130. **Publicación:** Durante el bienio, las estrategias se concentrarán en los siguientes aspectos: mejoramiento continuo del contenido y la presentación de las publicaciones de la OPS mediante medidas de control de calidad; reducción continua de los costos, empleando servicios

editoriales y tipográficos contratados mediante licitación pública, con inclusión de proveedores en el mundo en desarrollo; utilización de tecnologías de información electrónica, para reducir el costo y ampliar el alcance de la información generada por la OPS; coordinación entre el Programa de Publicaciones y la Unidad de Apoyo Administrativo, para lograr el desarrollo y la utilización óptima de los sistemas apropiados de información electrónica; promoción de un mayor conocimiento de las publicaciones de la OPS mediante la participación de personas e instituciones clave en los países miembros y la ampliación de los esfuerzos de comercialización, para conseguir que las publicaciones lleguen a sus públicos destinatarios y que los posibles usuarios se enteren de su existencia; exploración de la posibilidad de forjar alianzas con los centros colaboradores de la OMS y entidades análogas para la producción y promoción de las publicaciones de la OPS; uso de evaluaciones cuantitativas de la repercusión de las publicaciones de la OPS y análisis de las necesidades de información sanitaria de los lectores en los países y de sus opiniones en cuanto a la utilidad de las publicaciones de la OPS.

131. **Proyecto de Comunicación Electrónica:** La estrategia de este proyecto para el bienio (1998-1999) es la de coordinar recursos y establecer mecanismos para que el personal utilice más los servicios de Internet en la OPS para transmitir información científica y técnica a su público y al mundo en general.

132. **Servicio de Información y Documentación de la Biblioteca de la Sede.** Considerando los cambios que se están efectuando en el sector de la información, las operaciones de la Biblioteca de la Sede de la OPS dejarán de basarse en materiales impresos y pasarán a depender de la adquisición, el almacenamiento, el control, la recuperación y los mecanismos de entrega de información electrónica (incluida la transmitida por redes). Para lograr su doble finalidad --es decir, prestar servicios que permitan un acceso eficiente a la información generada por la OPS y la OMS y su difusión, y canalizar el flujo de información entre sus productores externos y los posibles usuarios internos-- la Biblioteca empleará cuatro estrategias: reestablecerse como proveedora de productos y servicios de gran valor, mediante el uso de un sistema de información fiable y simplificado; analizar y responder a las necesidades de los usuarios; mejorar las aptitudes del personal y

reasignarlo a los nuevos servicios; y forjar alianzas internas y externas.

**133. Comercialización, Distribución y Ventas:** La Organización hará todo lo posible para lograr la distribución oportuna, eficiente y eficaz en función de los costos de sus publicaciones a su público primario; para aumentar el conocimiento de las publicaciones de la OPS entre sus públicos destinatarios y facilitar el acceso a estas; para aumentar las ventas de las publicaciones de la OPS como un medio de financiar las reimpresiones y apoyar nuevos proyectos mediante el empleo de actividades promocionales uniformes y estratégicas; y para vigilar la utilización de las publicaciones de la OPS como un medio de fundamentar las decisiones editoriales futuras. Para lograr estos fines, el Programa de Publicaciones de la OPS mantendrá el precio de sus productos en un nivel justo y razonable; vigilará y reforzará los centros de publicaciones de la OPS en cada país para que el acceso rápido a sus libros y revistas sea generalizado; identificará y establecerá convenios con agentes de ventas en toda la Región; promoverá las compras institucionales de gran número de determinados títulos; administrará la consignación de las ventas por conducto de los agentes vendedores; descentralizará la producción de determinados títulos como un medio de reducir costos y aumentar la penetración; ampliará sus esfuerzos promocionales para incluir medios electrónicos de promoción y comunicación; y evaluará los convenios de ventas con la OMS y buscará medios complementarios para llegar a lectores fuera de las Américas.

#### **División de Salud y Desarrollo Humano**

134. Todo lo anterior demanda un ajuste y una ampliación de la cooperación técnica de HDP a los países de la Región para el fortalecimiento de las funciones esenciales de la Salud Pública. Para ello, se definen las siguientes líneas principales de cooperación de la División orientadas a:

135. Evaluar sistemáticamente la situación y las tendencias de la salud de la comunidad y sus determinantes, así como el impacto de las intervenciones.

136. Promover la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en general y de salud en particular, incluyendo las políticas de financiamiento en salud.

137. Promover, coordinar y evaluar las políticas de ciencia y tecnología en salud con miras a fortalecer la capacidad de investigación, desarrollo e incorporación de conocimientos y tecnología en apoyo al proceso de desarrollo.

138. Garantizar que los servicios prestados a la población sean en acuerdo con las políticas y estándares establecidos por las normas legales, éticas, jurídicas y técnicas vigentes, función que implica el ejercicio de la autoridad.

139. Las acciones prioritarias para la cooperación técnica regional de HDP se dirigen a las siguientes direcciones: Promover la investigación comparativa entre políticas públicas en general y políticas y sistemas de salud en particular. Desarrollar indicadores e instrumentos para la medición del desempeño de la inversión en salud y su impacto en las condiciones de salud, así como la identificación de inequidades con respecto al acceso, resultados y financiamiento. Incidir proactivamente ("advocacy") en las distintas instancias políticas y sociales, a nivel nacional e internacional, involucradas en temas de desarrollo, con el fin de promover la incorporación de la salud y su financiamiento en las agendas nacionales, subregionales y regionales de desarrollo; Diseminación de información y divulgación del conocimiento en temas relacionados con la salud y el desarrollo humano.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

#### **Gestión de los recursos de la división de salud y desarrollo humano**

- Orientación y apoyo gerencial, técnica, administrativa brindada a todos los programas, proyectos y Centro de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP).

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- La ejecución de un programa de desarrollo de los recursos humanos de la División para mejorar la formulación, ejecución y evaluación de la entrega de cooperación por parte de los programas, proyectos y Centro y la ejecución de las actividades de apoyo administrativo.
- Se apoyará activamente los objetivos y actividades generales de la Organización a indicación de la Dirección y los Cuerpos Directivos
- Amplia diseminación de las actividades, temas y objetivos de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP), sus programas, proyectos y Centro

### **Medición y monitoreo de las inequidades en salud**

- Información y conocimientos sobre las inequidades en salud y sus relaciones con el desarrollo, se incrementan en calidad y disponibilidad a nivel regional y nacional
- Aspectos conceptuales sobre las inequidades en salud y de los instrumentos metodológicos para su medición y monitoreo regional y nacional, están evaluados y desarrollados.
- Capacidad analítica de los recursos humanos en salud sobre la situación de salud, inequidades y sus relaciones con el desarrollo, habrá sido fortalecida.
- Vínculos de comunicación entre los productores de la información y conocimiento y los tomadores de decisiones, se habrá creado.

### **Salud, pobreza y desarrollo económico**

- Creación de un sistema de indicadores para el monitoreo de las relaciones recíprocas entre salud y desarrollo económico.
- Mejor conocimiento en la Región del impacto de las políticas económicas y de los modelos de financiamiento de los servicios de salud sobre sub-grupos de población y uso de la información en las discusiones del sector salud con las autoridades económicas y jefes de estado.
- Utilización del análisis de género como un instrumento para analizar y evaluar políticas públicas y las relaciones entre las políticas macro-económicas y sus relaciones con la salud y el funcionamiento del sector salud.

### **Fortalecimiento de la participación social y política**

- Creación de espacios de articulación de la participación de sectores sociales dentro y fuera del sector salud y de la sociedad civil en el apoyo a la incorporación de la salud en los procesos de integración hemisférica y al desarrollo de las políticas nacionales de salud.
- La creación de una red de parlamentarios que de seguimiento a los proyectos legislativos en salud para su aprobación.
- El desarrollo de redes intersectoriales a nivel local, nacional y subregional, incluyendo los sectores públicos y privados en apoyo a la definición de políticas públicas orientadas a la reducción de las inequidades en salud (de género, en las condiciones sociales, en edad y etnia) y hacia el desarrollo humano.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- La incorporación del tema de la salud en las agendas, la cumbres presidenciales y en los organismos de integración regionales.
- Haber apoyado la elaboración de instrumentos y medidas de orden jurídico, legal, ético y social que garanticen la protección de la salud y los beneficios de los servicios de atención a toda la población.
- Promover el debate para orientar desde la Bioética los procesos que llevan a la disminución de las inequidades

### **El conocimiento y la acción en salud pública**

- Haber ejecutado y apoyado estudios e investigaciones sobre los diversos perfiles de salud de los grupos poblacionales, evidenciando las inequidades existentes, para la orientación y evaluación de las respuestas sociales que busquen su mejoría.
- Haber analizado y contribuido para nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos de la investigación en salud.
- Haber contribuido a la formación y capacitación de recursos humanos involucrados en la producción de conocimientos y en la ejecución de acciones de salud pública
- Haber apoyado a la definición de políticas nacionales e institucionales de investigación y tecnología en salud que permitan el desarrollo de los conocimientos y tecnologías necesarios para la ejecución de acciones eficaces de salud pública
- Haber desarrollado mecanismos de disseminación de conocimiento e información científico-técnica que permitan el acceso de los diversos actores involucrados en la formulación de políticas y en la ejecución de actividades de salud

### **Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)**

#### **Consolidación de América Latina y el Caribe**

- Continuar el programa de educación para los agentes de información; ampliación de un sistema regional por medio del desarrollo de redes compatibles y eficaces.
- Integrar las redes especializadas al Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

#### **Aumento del acceso directo a información en ciencias de la salud**

- Apoyar la colección de publicaciones del BIREME y fortalecer el acceso a las colecciones de las bibliotecas del Sistema.

#### **Control de la bibliografía científica de las ciencias de la salud**

- Actualización de las bases de datos producidas en cooperación con países de la Región. Producción, comercialización y distribución de las bases de datos en CD-ROM.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Una indización más eficaz y metodología más fácil, plenamente automatizada.
- Ampliación, actualización y publicación de la nueva edición del vocabulario de DeCS (Descriptores de las Ciencias de la Salud). Insumo de los DeCS en el Proyecto de Sistema de Lenguaje Médico Unificado, coordinado a nivel internacional por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
- Capacidad de los recursos humanos.
- Ampliación de la cooperación regional mediante el adiestramiento de monitores de la metodología de LILACS que repetirá el adiestramiento a varios niveles, principalmente del personal nacional.
- Proporcionar a los usuarios conocimientos sobre la utilización de las fuentes de información y el uso de bases de datos.

### **Investigación y desarrollo**

- CD-ROM e interfaz para la recuperación de información de la Internet de WWW para base de datos bibliográficos, objetivos, estadísticos y textos completos.
- Metodología de publicación electrónica para los principales tipos de bibliografía: monografías, series, tesis y actas. Software del dominio público para la revisión y manejo de bases de datos de publicación electrónica.
- Uso de material de medios múltiples para la educación complementaria y a su vez utilizar estudiantes de posgrado para la producción de materiales educativos de este tipo.

### **Coordinación de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre**

#### **Gestión general del programa**

- El financiamiento proveniente de fuentes extrapresupuestarias para los preparativos y actividades de mitigación para casos de desastre permanecerá invariable.
- La OPS seguirá desempeñando la función de liderazgo en la reducción de desastres relacionada con la salud a nivel mundial.

#### **Preparativos y mitigación para casos de desastre**

- Se habrá proporcionado un mayor acceso a la información sanitaria técnica y adiestramiento a los profesionales sanitarios de América Latina y el Caribe.
- Se habrán proporcionado a los países instrumentos y oportunidades para que colaboren más estrechamente a fin de mejorar la reducción de desastres.
- La oficina nacional de preparativos y mitigación para casos de desastre, del Ministerio de Salud, demostrará su compromiso con la reducción de desastres.



**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se establecerán políticas y recomendaciones para hacer que los hospitales y otros establecimientos de salud estén mejor protegidos contra los efectos de los desastres.

**Coordinación de la ayuda humanitaria y de las actividades de socorro en casos de desastre**

- Se movilizarán fondos para atender las necesidades que surgen tras los desastres.
- Se prepararán informes exactos acerca de las necesidades reales de salud resultantes de los desastres.
- Se habrá proporcionado a los países los instrumentos para la gestión de las actividades de socorro humanitario después de los desastres.

<b>SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>				
<b>DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION</b>				
<b>Ubicación</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Cooperación Directa con los Países	59,621,500	61,326,600	20,362,800	4,192,800
Programas Regionales	22,082,900	20,590,800	2,751,500	936,100
Centros	1,341,900	1,611,000	4,006,200	2,900,000
Dirección Técnica y Administrativa	8,919,200	9,647,600	931,500	729,800
<b>TOTAL</b>	<b>91,965,500</b>	<b>93,176,000</b>	<b>28,052,000</b>	<b>8,758,700</b>

# DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

## *Situación Regional*

1. En el área de organización y gestión de sistemas y servicios de salud (HSO) los países de la Región de las Américas continúan sus esfuerzos en la búsqueda de políticas y modelos de organización, funcionamiento y financiamiento de los sistemas nacionales de salud que les permitan alcanzar mejores condiciones de salud de todas sus poblaciones, superando tradicionales problemas de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y de ineficiencia y deficiente calidad en la provisión de los servicios. Por otra parte se trata de responder a una serie de nuevos problemas de salud, emergentes y otros derivados de la dinámica poblacional que ha permitido alcanzar mayores años de vida y la acentuación de problemas crónicos.

2. Adicionalmente, los procesos de modernización, democratización y descentralización están poniendo nuevos desafíos al sector que se encuentra abocado a profundas reformas para adecuarse a nuevos marcos de referencia en cuanto a la rectoría, organización, provisión, asignación y financiación de la producción de la salud, y ésta como componente necesario del desarrollo nacional.

3. Un buen número de países han iniciado o están en negociaciones con instituciones bancarias regionales con la finalidad de adquirir recursos financieros para reformar el sector y fortalecer la red de servicios públicos de salud. Frente a este hecho se ven en la necesidad de desarrollar planes maestros de inversión en salud, debiendo definir previamente con claridad su situación sectorial, identificando sus debilidades, estableciendo los criterios orientadores de las transformaciones y definiendo los aspectos principales a fortalecer.

4. Estos esfuerzos nacionales se están dando en el contexto de un sector salud poco articulado, cuyas instituciones sanitarias presentan características de organización, financiamiento y funcionamiento con grandes deficiencias, con duplicaciones y vacíos importantes de cobertura, que han dado lugar al

fenómeno de alta concentración de servicios en unos pocos sectores con mayores posibilidades a la vez que desprotección de amplios grupos más carenciados con injustificadas desigualdades en la cantidad y calidad de los servicios entre los distintos grupos sociales. Los modelos de atención vigentes adolecen de inconsistencias y vacíos importantes en la organización y la prestación directa de algunos servicios críticos de salud.

5. Este hecho se acompaña de baja calidad de los servicios y una clara manifestación de inconformidad por los usuarios. Por la crisis financiera de los últimos años, las tecnologías de salud se han deteriorado y han caído en la obsolescencia; se han descuidado los problemas relativos a la incorporación y utilización de nuevas tecnologías y la evaluación de su impacto en la eficacia y calidad de los servicios y en el gasto sanitario.

6. Adicionalmente, los estilos e instrumentos de administración de sistemas y servicios de salud tienen una fuerte tradición centralista de relativa ineficiencia con altos costos de producción en tendencia al aumento. Los esquemas de gestión de las diferentes instituciones del sector son deficientes, con modelos de planificación y programación rígidos y limitados por la incapacidad para la toma de decisiones a nivel más operativo, con ejercicios de presupuestación orientados principalmente por objetivo del gasto. Los mecanismos de control y evaluación de uso de los recursos y los resultados están poco desarrollados y en la práctica se ejercen muy débilmente.

7. En el bienio 98-99, el campo del desarrollo de recursos humanos en salud experimentará una profundización de las tendencias en curso en el marco de las reformas económicas, estatales y sectoriales en marcha en toda la Región. Bajo esta perspectiva, es de resaltar la importancia que tiene adoptar una mirada integral e intersectorial para identificar dichas tendencias y sus respectivos problemas. Sobre el desarrollo de los recursos humanos en salud impactan decisiones que se toman en el marco de las reformas educativas, laborales, de la administración pública, y no solo las que afectan

de manera directa al sector salud. Es de esperar que como consecuencia de los cambios en los mercados de servicios de salud, en la adscripción de poblaciones a diversos regímenes de cobertura y a redefiniciones en los modelos de atención, persistan algunos desequilibrios existentes y se generen otros en la estructura, composición y distribución del personal.

8. Sin embargo, los cambios demográficos y epidemiológicos, la consolidación de modelos de atención que privilegian la atención preventivo-promocional y las modalidades ambulatorias y de modelos de gestión basados en atención gerenciada, tendrán como consecuencia la profundización de las tendencias al crecimiento de la demanda por profesionales de perfil generalista y de desempeño en los ámbitos comunitarios. Esta condición es particularmente importante en medicina y enfermería. Los procesos de reforma en marcha en la Región van a requerir una nueva estructura de la fuerza de trabajo, en especial una nueva relación entre la práctica generalista y la especialista.

9. Las prácticas de la medicina general y enfermería, la salud pública, las categorías técnicas y auxiliares y otras funciones críticas, han derivado en modelos profesionales u ocupacionales marginados y en condiciones precarias de desempeño. Esto afecta la calidad de la atención a la población y a la misma calidad del trabajo del personal en su conjunto. Aquí aparece con claridad la necesidad que los procesos de reforma incluyan como un componente esencial las políticas de desarrollo de recursos humanos y la construcción de nuevas formas y relaciones institucionales para la intervención en este campo.

10. Se hará imperativo construir y consolidar capacidades institucionales y nacionales para el diálogo y la negociación, la planificación situacional, la gestión local efectiva y, de manera especial, la capacidad de regulación de los mercados de trabajo, las profesiones y las condiciones de empleo y trabajo en salud. En esa línea el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos continuará apoyando el fortalecimiento de la capacidad rectora y la capacidad de intervención de la autoridad sanitaria en este campo.

11. Articulado a lo anterior, tiende a consolidarse el proceso de descentralización con un incremento del

número de instituciones que lo integran, junto a un proceso creciente de autonomización de las mismas plantea retos en los modelos de gestión en salud, en la conformación o fortalecimiento de ámbitos de decisión y planificación (regional, local e institucional) y en las formas de relación al interior del sector salud y fuera de este.

12. Otra tendencia que se consolidará en el sector es el cambio de las relaciones de trabajo en el sentido de una flexibilización creciente. Considerando los modos de regulación que impulsan las reformas laborales nacionales es de esperar que los esquemas flexibles externos orienten los cambios en los contratos de trabajo, en la estabilidad laboral, la evaluación de desempeño y las formas de desvinculación de los trabajadores de salud. Es previsible la consolidación de la modalidad de contratos limitados, precarios y a terceros. Es de esperar un mayor desarrollo de esquemas flexibles de carrera funcionaria, la generalización de modelos de incentivos (tanto fijos como negociados) y de la negociación colectiva por unidad prestadora de servicios y a nivel local. Estas tendencias suponen enormes virajes institucionales tanto en el sentido de las culturas organizacionales (consolidación de culturas empresariales y competitivas) y de nuevos estilos y capacidades de gestión) y de planificación de servicios y en especial del personal. Será de suma necesidad, en especial para los servicios públicos, responder de manera oportuna y efectiva a estos virajes.

13. De estas situaciones se derivan también una serie de demandas a los sistemas educativos en salud. Por un lado existen claras señales emitidas desde los servicios en pleno cambio y los activos mercados laborales hacia las instituciones formadoras para una reformulación de perfiles de enseñanza acordes a los cambios. Estas señales no solo exigen cambios curriculares sino una redefinición de las misiones de las instituciones formadoras en el sentido de incrementar su participación integral en el proceso de desarrollo de la salud y de generar programas de educación continua o permanente que benefician a los egresados en ejercicio y de diseñar nuevos perfiles profesionales. La preocupación por mejorar la calidad de la formación en las instituciones de formación seguirá orientando cambios en los procesos educacionales y en las estructuras académicas. Pero la calidad y la eficiencia en la

educación también serán argumentos poderosos de los nuevos esquemas de regulación y de responsabilidad ejercidos no solo por los estados sino también por corporaciones y actores interesados. Es de esperar que se hayan consolidado nuevas formas (compartidas o participativas) de financiar y gestionar instituciones académicas y que estas superen las tradicionales debilidades financieras.

14. Un serio desafío se presenta para las instituciones de educación en salud pública y disciplinas afines. Será imprescindible superar el desfase entre las escuelas y los cambios sectoriales. Es de prever que se habrán consolidado algunas de las tendencias de cambio en la organización y financiamiento de los servicios de salud y las sociedades requerirán recursos humanos altamente capaces de plantear y ejecutar respuestas creativas, adecuadas y oportunas a dichos cambios.

15. En el campo de sistemas de información sobre servicios de salud (HSI), aunque los sistemas de información han sido reconocidos por mucho tiempo como un factor clave para el manejo y la operación de los servicios de salud, para el mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios de salud, y para el monitoreo y control de las acciones de salud pública, varios obstáculos se interponen para la evolución de los sistemas de información en el sector de la salud. Estos obstáculos en su mayoría están relacionados con la implementación de software adecuado a las necesidades computacionales; formulación de normas conflictivas o redundantes; falta de acuerdo en relación a funciones, componentes, definiciones y flujo de datos; proyectos que se enfocan primordialmente en los aspectos técnicos de procesamiento de datos impuesto por la plataforma tecnológica; inversión limitada o no coordinada; y utilización de recursos de forma poco eficiente.

16. Esta situación se ha multiplicado debido a los rápidos cambios y a los nuevos requisitos que han traído los procesos de reforma del sector salud y que actualmente se llevan a cabo en la mayoría de los países de la Región. El cambiante ambiente de implementación, la variedad de objetivos de grupos profesionales e institucionales y la multiplicidad de los entornos en que los sistemas de información se están desarrollando representan un gran desafío para

los niveles técnicos y gerenciales de los servicios de salud.

17. Se destacan principalmente tres retos que deberán ser enfrentados por el sector público en el desarrollo de aplicaciones de informática para la gestión y en apoyo a los procesos de atención de salud: el costo, la accesibilidad a la tecnología, y la efectiva repercusión en la calidad de la atención de salud y el estado de salud. Entre los principales enfoques y soluciones técnicas que se han señalado como prioritarias se encuentran aquellas que:

18. Permitan mejorar el acceso a los servicios y a la atención de calidad promoviendo la equidad, considerando la variedad de necesidades y los ambientes de implementación encontrados en América Latina y el Caribe;

19. Resulten en apoyo a las necesidades de información y de conocimiento de los profesionales de salud, gerentes e investigadores;

20. Apoyen el desarrollo apropiado de la infraestructura organizacional y médica aprovechando los métodos y la tecnología de los Sistemas de Información (SI) y de la Tecnología de la Información (TI);

21. Administren el contenido de conocimiento de las aplicaciones, las funciones, los controles, y las responsabilidades involucradas;

22. Fomenten un enfoque multidisciplinario y la perspectiva estratégica necesarias para optimizar la utilización de las aplicaciones automatizadas;

23. Establezcan las políticas y las bases fundamentales de normas y procesos que faciliten el crecimiento de la Informática de Salud.

24. Por último, en el campo de medicamentos esenciales y tecnología (HSE), los procesos de reforma del Estado, descentralización y la tendencia hacia mercados ampliados en los que están inmersos la mayoría de los países de la Región, vienen modificando decididamente las políticas

farmacéuticas. La legislación, el registro y la comercialización del medicamento continuarán demandando la atención de los Gobiernos empeñados en incrementar la disponibilidad y accesibilidad de toda la población a medicamentos de calidad, eficaces y seguros. Al mismo tiempo es evidente el compromiso regional de hacer mas eficientes y productivos los servicios de atención a la salud desde los niveles de atención primaria hasta los servicios de atención hospitalaria, lo que incluye el componente de medicamento y servicios farmacéuticos. Hacia ello van los esfuerzos por fortalecer la capacidad de respuesta de los niveles locales, la mejoría de la calidad de los servicios, el fomento de la investigación y la educación y actualización de sus recursos humanos en el uso racional de los medicamentos.

25. Los laboratorios de salud pública y los laboratorios clínicos, de los cuales se estima que existen desde cinco en algunos pequeños países del Caribe hasta 35.000 en los países de mayor población, y los bancos de sangre, que promedian alrededor de 150 por país, han realizado esfuerzos por adoptar y/o adaptar las nuevas directrices y metodologías requeridas por los adelantos tecnológicos y por los cambios en la epidemiología de los problemas de salud. Estos cambios dinámicos requieren de la constante revisión de normas, de metodologías y de sistemas de garantía de calidad. Por otro lado, la tendencia a la descentralización, a la desconcentración y al fortalecimiento de los sistemas locales de salud hace imprescindible perseguir un enfoque estratificado en los servicios de diagnóstico y de transfusión disponibles en los diferentes niveles de atención y/o complejidad. Es también necesario asegurarse que los servicios sean ofrecidos con el máximo de calidad para los usuarios y de seguridad para el personal que labora en ellos.

26. La situación de los servicios de diagnóstico por imágenes y radioterapia ha sido afectada negativamente por los procesos de desestatización y privatización, unidos a la falta de políticas gubernamentales. El equipo radiológico usado en muchas instalaciones es obsoleto y su personal no está adecuadamente adiestrado. Además no hay suficientes programas de garantía de calidad, que podrían optimizar los recursos disponibles.

27. La función reguladora de los Ministerios de Salud en el área de la radioprotección es también

débil. Sólo dos de los 19 países latinoamericanos tienen una autoridad normativa reconocida dentro del Ministerio de Salud. En la mayoría de los países las responsabilidades se comparten con organismos de energía nuclear o atómica, que gozan de mayor apoyo político y económico y por lo tanto están equipados mejor y han adiestrado mejor al personal. Se espera que la situación mejorará con la adopción de las Normas Básicas Internacionales de Seguridad para la Protección contra la Radiación Ionizante y para la Seguridad de las Fuentes de Radiación, que fueron aprobadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

28. La infraestructura física y los equipos de los servicios de salud en el sector público se caracteriza por un alto grado de deterioro y un alto porcentaje de equipos fuera de servicio o en condiciones críticas de funcionamiento. Los procesos de reforma del Estado, la descentralización y la permanente incorporación en forma acritica de nuevos desarrollos tecnológicos en el área de los equipos médicos y de apoyo a la prestación de los servicios de salud, demandan que el sector salud y su unidad rectora, el Ministerio, redefinan el rol de los programas orientados a la planificación, desarrollo, operación, mantenimiento, renovación de sus infraestructuras física y tecnológica.

29. La redefinición del papel de los programas debe ir acompañada de la apropiación de recursos e insumos apropiados para garantizar la eficiencia, calidad y seguridad en la prestación de los servicios a la población. Este proceso debe estar apoyado por un sistema normativo, supervisor y evaluador de la infraestructura física y tecnológica. Con este enfoque, el programa de ingeniería y mantenimiento de Servicios de Salud de la OPS está trabajando con los países de la Región hace un quinquenio, y continuará durante el período 1998-99.

## *Evaluación de Resultados Esperados para 1996-1997*

30. La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) ha experimentado durante el período, y específicamente a partir del 1 de abril de 1996, una serie de cambios importantes en lo

estructural y en lo funcional por algunas medidas de reorganización de la estructura del secretariado que dieron por resultado cambios en el mandato, la operación, los recursos y el programa de la División.

31. Los cambios estructurales mas importantes consistieron en:

32. La disolución de la Secretaría Ejecutiva del PIAS y la integración de sus componentes y recursos de inversión en salud a la División de HSP;

33. La transferencia a la División de HSP de los componentes y recursos procedentes de HDP, relativos a políticas de sistemas y servicios, reforma del sector, formas de pago a proveedores de servicios, coordinación con los seguros sociales, análisis de gasto y procesos de asignación de recursos;

34. La integración a la División de HSP del Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, anteriormente vinculado a HPP, y que tiene su sede en Colombia.

35. Desde el punto de vista del programa presupuesto correspondiente a 1996 los cambios estructurales arriba mencionados implicaron la elaboración de un nuevo APB 1996 para la División. El nuevo APB efectuó una consolidación de los 13 proyectos que habían sido heredados en 7 proyectos mas integrados y sustancialmente redefinidos con una compactación del 30% en el número de actividades a ser desarrolladas.

36. Todo este proceso ha supuesto tres logros fundamentales:

37. Se ha incrementado notablemente la eficacia en el manejo de los recursos ya que con un incremento del 13% en los recursos relativos a puestos se está manejando un incremento del 55% en los recursos no relativos a puestos;

38. Se ha producido un crecimiento en términos absolutos y relativos de los recursos

extrapresupuestarios tanto referido a puestos como a fondos no relativos a puestos.

39. Se han generado importantes ahorros operacionales a la Organización, de alrededor de un millón de dólares, al haber suprimido de forma efectiva cinco puestos profesionales y uno de servicios generales en las plantillas originalmente aprobadas al inicio del bienio.

### Principales logros por proyecto

#### *Gestión Técnica y Administrativa de la División y la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS)*

40. Además de instrumentar la reorganización estructural y funcional descrita en la introducción, destaca en este apartado la colaboración prestada a la oficina de la ADG de la OMS, Ginebra, encargada del portafolio de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, en el proceso de reorganización de las Divisiones a su cargo y de reconfiguración del programa global de trabajo en materia de desarrollo de sistemas y servicios de salud.

41. En el capítulo de movilización de recursos, la División, en coordinación con la División de HDP, ha elaborado el proyecto Acceso Equitativo a Servicios Básicos de Salud, destinado a acciones de cooperación en materia de Reforma Sectorial, y ha concluido las negociaciones para un financiamiento de casi 2.5 millones de dólares por parte de USAID que se hará efectivo en breve.

#### *Políticas y Organización Institucional de la Atención a la Salud*

42. Apoyo a procesos nacionales de fortalecimiento de la capacidad rectora de los ministerios de salud en Bolivia, Costa Rica, El Salvador, República Dominicana y Panamá. Elaboración, en colaboración con la División de HDP, de un documento sobre el papel rector de los ministerios de salud en los procesos de reforma del sector y de un documento sobre la participación de los Seguros Sociales en los procesos de reforma del sector en Centroamérica, presentado en la RESSCA y COCISS.

43. Producción del marco referencial para la formulación de un proyecto extrapresupuestario de alrededor de cuatro millones de dólares a ser financiado por el Gobierno de Holanda, focalizado en el fortalecimiento de la red de servicios con énfasis en el nivel local en cinco países centroamericanos.

44. Promoción en cinco países (Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Panamá y Perú) de la implantación del Sistema de Información Gerencial que permite el análisis, la programación y evaluación de las funciones de producción en establecimientos y redes de salud.

45. Elaboración y concertación con el grupo Case Mix Research de la Universidad de Queens y el IDRC de un protocolo de investigación sobre eficiencia, calidad y costo de los servicios de salud con enfoque de atención gerenciada, que buscará desarrollarse en cuatro países de la Región.

46. Elaboración, en coordinación con la División de HDP, del documento "Cooperación Técnica de OPS en los procesos de reforma sectorial".

47. Apoyo tanto en la construcción de planteamientos nacionales de reforma como en la constitución de instancias y mecanismos de coordinación de la cooperación agencial en apoyo a los procesos de reforma en Barbados, Bolivia, Colombia, Chile, República Dominicana, México, Ecuador, Perú, Guatemala, Paraguay y Venezuela.

*Planificación de la Atención a la Salud, Análisis de Gasto Sectorial y Desarrollo de Inversiones en Salud*

48. Elaboración y publicación de los Lineamientos Metodológicos para la Realización de Análisis Sectoriales en Salud y producción de términos de referencia e índice provisional de los Lineamientos Metodológicos para la realización de Planes Maestros de Inversión. La primera fue aplicada ya en Cuba.

49. Participación en la identificación y formulación de los proyectos REFORSUS y PROSUS en Brasil.

OPS participará como agencia ejecutora en el primero.

50. Identificación conjuntamente con Banco Mundial y BID de un proyecto de extensión de servicios de salud al área rural de Paraguay por un valor cofinanciado de 75 millones de dólares.

51. Diseño de una iniciativa de preinversión en Saneamiento Rural Disperso en Chile, en colaboración con HEP.

52. Elaboración de una operación de preinversión con el Gobierno de Venezuela para facilitar la preparación de proyectos de inversión municipales a ser financiados con recursos procedentes de un préstamo del BID ya existente.

*Organización de la Provisión de Servicios de Salud*

53. Desarrollo y disseminación de Manuales Operacionales para gerentes de establecimientos de salud, apoyo a la organización y gestión de servicios de enfermería mediante talleres y grupos de trabajo, y desarrollo de dos proyectos demostrativos (Perú y Venezuela) sobre Sistemas de Información en Rehabilitación.

54. Promoción del desarrollo de estándares de calidad para servicios hospitalarios y sus respectivos indicadores a través de programas de acreditación hospitalaria en cada país.

55. Prestación de apoyo técnico a OMS para el desarrollo de un documento para el Consejo Ejecutivo y el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre las poblaciones indígenas en el marco de la comisión de Derechos Humanos.

56. Financiamiento por la Fundación Kellogg del proyecto Plan Multianual de Fluoración de la Sal en las Américas por valor de US\$750.000.

57. Incorporación del sector privado en salud ocular comunitaria, desarrollo de programas para grupos de alto riesgo, implantación de políticas de salud visual

y disminución en el costo de lentes intraoculares y anteojos.

#### *Sistemas de Información de Servicios de Salud*

58. Apoyo a los sistemas de información de servicios de salud en operación o en proceso de implementación a nivel de país. Definición y disseminación de normas, estándares y guías para sistemas de información.

59. Colaboración en la edición y disseminación del Boletín en Investigación de Servicios de Salud en coordinación con la "Association for Health Services Research", el Banco Mundial, OMS y el Centro de Investigación y Desarrollo (CIID/IDRC) de Canadá.

60. Apoyo al establecimiento de la operación inicial del programa automatizado de registro de medicamentos en Brasil, Colombia, Venezuela, México y Chile, con fondos extrapresupuestarios de OMS.

61. Organización de una consulta de expertos en Telemedicina en Salud y Atención de Salud en colaboración con la Fundación Koop y parcialmente financiada por IBM, Johnson & Johnson y Glaxo-Wellcome.

62. Acuerdo bilateral con el Banco Interamericano de Desarrollo para el establecimiento de la iniciativa Informática de Salud 2000 que tiene por objetivo el apoyo a proyectos relativos a aplicaciones de telecomunicación en salud.

63. Apoyo técnico y donación de equipos y software para Cuba en el contexto de tres proyectos: intercomunicación de consultorios de médicos de familia (Isla de la Juventud), disseminación de información científico-técnica (INFOMED) y al centro de desarrollo de sistemas de información del Ministerio de Salud (CEDISAP).

64. Evaluación de sistemas de información para servicios ambulatorios en Panamá y México.

65. Desarrollo y mantenimiento del contenido de la página Web de la División.

#### *Desarrollo de Recursos Humanos en Salud*

66. Definición de una propuesta para mejorar la Gestión de Recursos Humanos con prioridad del nivel local en la perspectiva de consolidar los procesos de descentralización, en el marco del apoyo a los esfuerzos nacionales para mejorar el desempeño del personal en los servicios de salud.

67. Difusión en el área andina, Paraguay y Centroamérica de la propuesta de Educación Permanente en el marco de la estrategia de fortalecimiento de las capacidades de los equipos nacionales para el desarrollo de proyectos y programas de capacitación en salud.

68. Aplicación de la propuesta de análisis del desempeño del equipo de salud a nivel local en Centroamérica y el área andina.

69. Impulso a líneas de cooperación para fortalecer las capacidades estatales en materia de definición de políticas, regulación, vigilancia y planificación de procesos y recursos esenciales para la atención, en el marco de los procesos de reforma sectorial.

70. Mantenimiento de los esfuerzos para renovar y actualizar las propuestas de formación en Salud Pública, considerando los nuevos desafíos que enfrenta como teoría y como práctica. Apoyo a los procesos de descentralización y cambios en los modelos de atención mediante la capacitación en Epidemiología de los niveles de conducción en cinco países. Programación de su extensión a niveles gerenciales locales y equipo de salud.

71. Conformación de un plan de acción regional para apoyar a los países y las instituciones de formación y servicios en medicina y enfermería en la búsqueda de respuestas adecuadas a los cambios que en los servicios imponen las reformas. Con similar visión integradora se ha retomado la cooperación para el desarrollo del personal técnico y auxiliar de salud en toda la Región, incluyendo la formación de técnicos en Atención Primaria.



72. Mantenimiento y fortalecimiento de los programas de apoyo al desarrollo del personal con que cuenta la organización. Consolidación de PALTEX como una modalidad efectiva, eficaz y sostenible de aseguramiento de materiales de instrucción accesibles a los estudiantes y personal de salud en toda la Región. Consolidación en Centroamérica y expansión a otros países del sistema de información y documentación de recursos humanos generado por el Programa.

#### *Medicamentos Esenciales y Tecnología*

73. Apoyo a los países en la armonización de la regulación farmacéutica a nivel centroamericano y andino, en colaboración con el Convenio Hipólito Unanue y la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA). Conjuntamente con la US Pharmacopeia (USP) se abordó el tema de desarrollo de estándares farmacopéicos para las Américas.

74. Análisis en Argentina, Nicaragua y Venezuela de la problemática del medicamento en el contexto de los procesos de reforma del sector salud.

75. Promoción del uso racional de medicamentos a través de documentos técnicos y monografías preparadas por el Programa, así como por donaciones de textos por otros organismos.

76. Realización conjuntamente con la "American Association of Colleges of Pharmacy" y la Universidad de Buenos Aires de la III Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica.

77. Apoyo a la Red Regional de Bancos de Sangre, en colaboración con HCT, con especial énfasis en los Programas Nacionales de Garantía de Calidad de la Serología de Infecciones Transmitidas por Transfusiones.

78. Puesta en marcha, en colaboración con la División de HCP, de la Red Regional de Vigilancia de la Resistencia a Antibióticos en Patógenos Entéricos.

79. Promoción del "International Basic Safety Standards for Radiation Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of Radiation Sources" (BBS), endosado por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

80. Preparación en español e inglés de la publicación de OPS "Organization, Development, Quality Assurance and Radiation Protection of Radiology Departments: Diagnostic Imaging and Radiation Therapy".

81. Realización de una intercomparación dosimétrica para verificar la calibración de máquinas de radioterapia de alta energía en mas del 50% de los países de la Región, a través de un proyecto colaborativo patrozinado por la Agencia Internacional de Energía Atómica y OMS.

82. Promoción y evaluación de protocolos de control de calidad en radiodiagnóstico/radioterapia en Anguilla, Antigua, Argentina, Barbados, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Haití, Honduras y México.

83. Consolidación de las Comisiones Nacionales de Ingeniería y Mantenimiento y organización de la Red de Gestión Tecnológica de Servicios de Salud en Centro América con la participación de los Ministerios de Salud y los Seguros Sociales de los siete países.

84. Incorporación de las áreas de regulación de equipos y dispositivos médicos, vulnerabilidad hospitalaria, saneamiento ambiental intrahospitalario en los programas de ingeniería y mantenimiento de servicios de salud utilizando la capacidad científico-técnica de los centros colaboradores y la alianza estratégica y el trabajo conjunto con otras Divisiones y Programas de OPS.

85. Extensión del Programa de Certificación de Ingenieros Clínicos a los países centroamericanos.

### *Estrategia de Cooperación Técnica*

86. Para el cumplimiento de los Mandatos de los Cuerpos Directivos y las Orientaciones Estratégicas y Programáticas en el campo específico de competencia de la División, en respuestas a los problemas considerados más relevantes en el análisis prospectivo de la situación, y teniendo en cuenta la función predominante de actuación interpaís y regional de los Programas de HSP, las estrategias de cooperación mediante la aplicación de los enfoques funcionales serían:

87. Movilización de recursos supranacionales, principalmente de apoyo político, de información, institucionales y financieros, para incrementar y fortalecer la capacidad de cooperación con OPS e interpaís en los países y las subregiones sobre desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

88. Generación, sistematización, intercambio y difusión de conocimientos requeridos y pertinentes para promover y apoyar procesos de desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y para incrementar y fortalecer la capacidad de cooperación de OPS e interpaís en los países y las subregiones en los temas de competencia de la División.

89. Orientación y fortalecimiento de instituciones internacionales y procesos multicéntricos de desarrollo de los recursos humanos para la salud, y de formación y capacitación dirigidos a satisfacer necesidades de desarrollo de los sistemas y servicios de salud en los países y las subregiones.

90. Desarrollo, promoción y concertación supranacional de políticas globales, planes, normas e instrumentos que fortalezcan la capacidad de cooperación con OPS e interpaís para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

91. Promoción, orientación y fortalecimiento de instituciones y procesos de investigación en desarrollo de los sistemas y servicios de salud para alimentar los esfuerzos nacionales y subregionales de reforma del sector. (HSO) - Orientación, apoyo subsidiario y fortalecimiento de la capacidad de las Representaciones para la cooperación técnica directa en desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

92. En el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) será necesario consolidar el acercamiento y el trabajo conjunto entre instituciones de formación y servicios de salud a fin de responder a las exigencias de la reforma sectorial en materia de desarrollo de recursos humanos. El programa fortalecerá su capacidad para:

93. Identificar, fortalecer e involucrar activamente centros de excelencia en investigación, docencia, tecnología educacional como colaboradores del Programa en acciones de cooperación técnica a nivel regional, interpaís y nacional.

94. Evaluar y perfeccionar experiencias y procesos en marcha en los países y construir sobre ellos,

promoviendo y facilitando alianzas entre instituciones, grupos y personas de la academia y de los servicios intra e interpaís.

95. Desarrollar proyectos específicos de corto y mediano plazo y de amplio impacto previsible que puedan atraer el interés de la cooperación financiera internacional.

96. Participar activamente en los proyectos de investigación y de desarrollo que sustenten o den viabilidad a las reformas del sector salud en los países de la Región, desde la perspectiva del desarrollo de los recursos humanos.

97. La cooperación técnica del Programa de Sistemas de Información sobre Servicios de Salud (HSI) se orienta hacia el desarrollo e implementación de sistemas de información, incluyendo la asistencia técnica directa en sistemas e infraestructura tecnológica relacionadas con la operación y el manejo de los sistemas de atención de salud, hospitales, consultorios y servicios de apoyo.

98. Asistencia a los sistemas de información, selección de tecnologías de información y su implementación, el suministro de información sobre aplicaciones de interés a los servicios de salud, formulación de guías y orientaciones sobre las aplicaciones prioritarias, promoción de la búsqueda de soluciones y logro de recursos locales compartidos.

99. Apoyo y orientación a los países en la obtención de datos, y el procesamiento de información para la operación y manejo de los servicios de salud.

100. La promoción de normas de sistemas y modelos de datos relacionados con los servicios de salud y su aplicación en nuevos desarrollos.

101. La promoción y colaboración en el desarrollo de recursos humanos para los sistemas de información.

102. En el campo del Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSE) el contexto económico actual de apertura e integración de mercados favorece el desarrollo de los procesos de armonización de normas y procedimientos. La OPS por su capacidad de coordinación y conocimiento en estas áreas se encuentra en situación privilegiada para colaborar con los países en estos procesos, por

lo que las actividades de cooperación de HSE han dado énfasis al enfoque funcional de desarrollo de planes, políticas y normas.

103. La movilización de recursos es fundamental para que el Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología compense sus limitadas asignaciones de fondos regulares y realice las actividades que los

países demandan. Los amplios recursos de entidades tales como la Organización Internacional de Energía Atómica, el ECRI, el CDC y el FDA son aprovechados para proporcionar capacitación, información y cooperación técnica de punta mediante alianzas estratégicas que sumen recursos a las acciones regulares de cooperación.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Gestión Técnica y Administrativa de la División**

- Apoyar y coordinar la gestión de programas de la División; brindar apoyo a los países en cooperación técnica y en sus procesos de evaluación; publicar y disseminar material técnico; coordinar programa de desarrollo de personal.

### **Políticas y Organización Institucional de la Atención a la Salud**

- Desarrollo de la capacidad de análisis de organización y funcionamiento sectorial e institucional.
- Desarrollo de políticas de incorporación, uso y evaluación de tecnología para la atención a la salud.
- Apoyo a los países en la redefinición y desarrollo de los componentes de rectoría, organización y gestión dentro de los procesos de reforma sectorial.
- Monitoreo de los procesos de reforma sectorial en la Región.

### **Planificación, análisis de gastos y desarrollo de inversión**

- Desarrollo de instrumentos y transferencia de los mismos para mejorar la capacidad de Análisis Económico del Gasto en Salud en los países de la Región.
- Desarrollo y transferencia de instrumentos para formular políticas y planes maestros de inversión y proyectos específicos de inversión en el sector salud.

### **Organización de la provisión de servicios de salud**

- Fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención en el contexto de la reforma sectorial de los países de la Región.
- Fomento y apoyo al desarrollo de la calidad de los servicios de atención a la salud.
- Fortalecimiento de los procesos de desarrollo de los servicios de salud oral, con énfasis en i) programas preventivos, ii) políticas y planes de salud oral y iii) desarrollo de recursos humanos.
- Fortalecimiento normativo y operativo de los programas y servicios de atención a los discapacitados y rehabilitación dentro del marco del desarrollo de los servicios de salud.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Fortalecimiento normativo y operativo de los programas y servicios de salud ocular dentro del marco del desarrollo de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de los procesos para mejorar la salud, y bienestar de los pueblos indígenas de la Región.

### **Sistemas de información sobre servicios de salud**

- Se habrán investigado las necesidades de los usuarios; se habrán preparado las especificaciones de los sistemas, la selección de los datos y las normas operativas; y se habrán definido los conjuntos de datos para los sistemas de información de servicios de salud
- Se habrá proporcionado asistencia técnica en el área de SI/TI a las iniciativas regionales de sistemas de información de servicios de salud.
- Se habrá apoyado el adiestramiento y la educación de los profesionales de la salud en informática sanitaria, y se habrá promovido la utilización de la información y los conocimientos técnicos, en el área de informática sanitaria.

### **Desarrollo de recursos humanos**

- Contribución técnica a la reorientación y al aumento de la cobertura de los procesos de educación en servicio y de gestión de recursos humanos, para el mejoramiento del desempeño del personal de salud.
- Desarrollo de principios, métodos e instrumentos de planificación, coordinación y regulación de recursos humanos, para fortalecer la capacidad de rectoría del estado en el sector salud.
- Promoción y apoyo de la articulación entre las instituciones de educación, las organizaciones profesionales y los servicios, para la mayoría de la educación y la práctica profesional y técnica en salud, en la perspectiva de mejorar la respuesta social a las necesidades de la población.
- Administración y funcionamiento del PALTEX.

### **Medicamentos esenciales y tecnología**

- Inducida la integración del laboratorio de salud pública y de diagnóstico clínico, y del banco de sangre a los programas de salud. Normas y estándares para laboratorio de diagnóstico y para banco de sangre desarrolladas y promovidas, y programas regionales de evaluación externa del desempeño
- Difusión y promoción de las normas sobre organización, desarrollo y control de calidad de los servicios radiológicos, incluida la adopción por los países.
- Apoyar la ejecución de los programas gubernamentales sobre protección radiológica, emergencias por radiaciones y desechos radiactivos, basados en las normas básicas internacionales de seguridad
- Inducidos los países a la formulación y revisión de las políticas de conservación y mantenimiento de la infraestructura física y tecnológica de los establecimientos de salud.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- El desarrollo y fortalecimiento de la capacidad nacional de proteger la infraestructura física y tecnológica de los servicios de salud y garantizar su operación segura, económica y continua.
- Inducidos países en la formulación (actualización) de políticas y programas de medicamentos tomando en cuenta las tendencias de reformas del sector, en especial a los servicios farmacéuticos.
- Fortalecidos los sistemas de registro, vigilancia sanitaria y de calidad de los medicamentos y se habrá avanzado en los procesos de armonización regulatoria entre países a nivel subregional.
- Elaborados y difundidos instrumentos informativos y educativos para el uso racional de medicamentos, ampliando las oportunidades de acceso a información independiente técnico-científica y a programas de educación y capacitación en el área de medicamentos.

<b>DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>				
<b>DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION</b>				
<b>Ubicación</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Cooperación Directa con los Países	34,847,800	32,874,900	28,277,900	21,682,800
Programas Regionales	7,927,500	9,509,500	528,200	346,000
<b>TOTAL</b>	<b>42,775,300</b>	<b>42,384,400</b>	<b>28,806,100</b>	<b>22,028,800</b>

# PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

---

## *Situación Regional*

1. La renovación de las metas de Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT 2000) busca continuar e intensificar las acciones que mejoren las condiciones de salud y de vida de los habitantes del mundo. Frente a los retos que plantean las condiciones políticas, económicas y sociales actuales en América Latina y el Caribe, las OEP y las metas de SPT 2000, el programa bienal de cooperación técnica de la División requiere de enfoques con mayor participación social y convoquen el esfuerzo conjunto en la implementación de nuevas estrategias y acciones intersectoriales.

2. Al sector salud le preocupa la repercusión de los ajustes macroestructurales que actualmente se realizan en la Región y que tienen el riesgo de disminuir la capacidad de respuesta de los sectores sociales. Por otro lado, la tendencia ha sido la consolidación de la democracia representativa y la reducción del centralismo. En la mayoría de los países se fortalecen la descentralización y el municipio, proceso que favorece la democratización y la participación social y proporciona una oportunidad de reorientar los servicios de salud hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Ambas estrategias constituyen aspectos fundamentales a incluirse en la Reforma de Salud.

3. En este contexto, la globalización, la dinámica demográfica y la urbanización aceleradas han generado cambios importantes en las sociedades actuales, entre otras: a) las condiciones de pobreza que predominan en la población inciden especialmente en la doble jornada de las mujeres, y b) la migración contribuye a crear profundas transformaciones en la estructura funcional de la familia, reduciendo su extensión, y las redes sociales de apoyo, importantes para el cuidado de los miembros más vulnerables. El extraordinario avance en la tecnología de comunicación ha incidido en la expansión de patrones de consumo foráneos que afectan los patrones y hábitos culturales propios y contribuyen a la difusión de estilos de vida no saludables y conductas de riesgo para la salud. En 1995, alrededor de 75% de la población en América Latina vivía en áreas urbanas; se estima que para

finis de siglo esta cifra superará el 80%. Sin embargo, hay que reconocer las grandes diferencias entre países, ya que algunos continúan siendo mayormente rurales. La urbanización desordenada en las grandes ciudades ha dado lugar al surgimiento de megalópolis rodeadas de enormes cordones de miseria, donde viven personas carentes de servicios básicos, con pésimas condiciones ambientales saludables y pocas posibilidades de desarrollar estilos sanos de vida.

4. El crecimiento natural (2.0%) a pesar de su descenso, es aún el doble que el de los países industrializados. En consecuencia, se observa un aumento de los periodos de duplicación de la población (47 años), y un crecimiento moderado de las ciudades intermedias. La población total de la Región se estima en 800 millones de personas, de éstas la cuarta parte son jóvenes y adolescentes que tienen limitado acceso a la salud, a la educación y al trabajo. La salud de adolescentes representa un desafío para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades tanto en ese grupo de edad como en el futuro adulto. También se observa un aumento sostenido en la población de adultos mayores de 65 años lo que determina un limitado acceso a la seguridad social y a servicios de salud de calidad apropiada. La mayoría de estas personas son mujeres.

5. En la última década se han producido modificaciones en el perfil epidemiológico y se destaca el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia y las adicciones. Llama la atención que la Región de las Américas sufre la epidemia de violencia más alarmante del globo, con una tasa aproximada de homicidios de 20 por 100.000 habitantes. La violencia contra la mujer, la niñez y los adultos mayores es cada vez más frecuente y está encubierta por prejuicios culturales.

6. En salud mental, la epidemiología de los trastornos psicosociales señala una situación abrumadora. Estudios recientes en varios países de la región revelaron que entre 30 y 35% de las personas habían tenido alguna clase de problema

psiquiátrico en el curso de su vida. Según cálculos del Banco Mundial, en América Latina y el Caribe el 8% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad corresponden a enfermedades mentales. Asimismo, se prevé un ascenso vertiginoso de las depresiones en los próximos 20 años, situación que implicará una alta carga económica y social. Además de estos trastornos, las epilepsias también implican una carga importante, ya que llegan hasta 17 por mil habitantes en América Latina.

7. El cáncer de faringe y de pulmón en América Latina, si bien no llega a los niveles de los países industrializados, tiende a ascender con el aumento en la población mayor de 15 años fuma. El consumo de bebidas alcohólicas alcanza a más del 50% de la población y el consumo excesivo afecta a más del 20% de los consumidores. La mortalidad por cirrosis hepática en algunos países como México y Chile es de las más altas del mundo; los accidentes y la mortalidad por violencia alcanza el 9,8% de todas las causas y se asocia con el abuso de bebidas alcohólicas. El abuso del tabaco y de drogas exigen estrategias integrales a nivel nacional y local, para controlar y reducir los factores y condiciones de riesgo, especialmente los que afectan a la población de jóvenes y adolescentes. Los problemas de salud asociados al abuso de sustancias requieren de implantación de políticas audaces y estrategias más exitosas para concientizar a la población sobre los efectos nocivos y educarla sobre la prevención de prácticas de riesgo. Es especialmente importante implementar programas con enfoques novedosos para la promoción de estilos de vida libres de condiciones y conductas de riesgo desde la etapa escolar.

8. Los problemas de inseguridad alimentaria y de malnutrición continúan manteniéndose a niveles muy preocupantes en la Región. Por un lado, persiste la desnutrición energético-proteico y las deficiencias específicas (sobre todo de hierro y vitamina A). Por otro lado, se observa un aumento de la obesidad que al coexistir con las deficiencias nutricionales en los grupos de bajos niveles socioeconómicos, hace más complejo el perfil epidemiológico.

9. Los indicadores de salud reproductiva de la población continúan siendo preocupantes, a pesar de los logros obtenidos en las mujeres de 15 a 49 años de edad; 11 países de la región tienen tasas de mortalidad materna superiores a 100 por 100.000 NV. La mortalidad materna es 114 veces más alta

en los países y grupos de población de precarios recursos, estrechamente vinculadas a variables sociales y demográficas como etnia, nivel educativo, lugar de residencia, condiciones de la vivienda, ocupación e ingreso familiar.

10. A pesar de la disminución marcada de la mortalidad infantil, 12 países todavía tienen tasas superiores a los 40 por 1000 NV. También se observa una proporción mayor de niños sobrevivientes en condiciones de pobreza y grandes carencias sociales, quienes presentan deficiencias en su crecimiento y en su desarrollo emocional y social. A pesar de la disminución en las enfermedades transmisibles observada en todos los países, éstas continúan representando una de las principales causas de enfermedad y muerte en la población infantil. En 17 países se observa que las afecciones perinatales, estrechamente vinculadas al bajo peso al nacer, han pasado a un primer lugar como causa de enfermedad, discapacidad y muerte. El sinergismo entre desnutrición-infecciones en menores de 5 años continúa siendo importante, mientras el maltrato y los accidentes contribuyen significativamente a las muertes en este grupo etéreo.

11. La población de adolescentes y jóvenes—10 a 20 años—constituye alrededor del 31% (137 millones) de América Latina y el Caribe (LAC) y un 75% vive en zonas urbanas. Los indicadores muestran que las necesidades de esta población no están siendo satisfechas para un desarrollo integral: la proporción de adolescentes de 15 años que asiste a la escuela es de un 50% y muchos de ellos abandonan la escuela para participar en el esfuerzo laboral. Los indicadores de salud muestran los graves problemas que enfrentan los jóvenes: la violencia es la primera causa de muerte en jóvenes en la mayoría de los países de la Región; las tasas de embarazo temprano son altas, y sólo uno de cada 10 jóvenes solteros y sexualmente activos usan algún anticonceptivo, incrementando el riesgo de contraer VIH; la mala nutrición y las enfermedades transmisibles todavía son problemas en las regiones con menos recursos.

12. El desafío de la promoción de la salud es fomentar el establecimiento de políticas, planes y programas para lograr estilos de vida saludables, incluyendo la creación de ambientes favorables a la salud. En los últimos años la promoción de la salud viene fomentando estrategias para fortalecer la participación social en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria, entre las cuales se destaca la Iniciativa de Escuelas Promotoras de

Salud y el Movimiento de los Municipios Saludables. Ambos se basan en el "empoderamiento" y fortalecimiento de la capacidad decisoria en el nivel local, así como en la incorporación de nuevos actores sociales y otros sectores comprometidos con las metas de la promoción de la salud.

13. El reto para el final del milenio es lograr políticas públicas saludables y la reorientación de los servicios para realizar acciones con un mayor enfoque promocional, preventivo y participativo durante las distintas etapas del ciclo de vida. Para la División, el desafío importante será lograr que las otras Unidades de OPS y las distintas agencias de desarrollo se comprometan, aboguen y actúen conjuntamente con los países para llevar a cabo las acciones.

### ***Evaluación de Resultados Esperados para 1996-1997***

14. La propuesta original fue ajustada y los siguientes resultados esperados fueron logrados con mayor éxito:

#### **Estilos sanos de vida y salud mental**

15. "Coordinar el desarrollo de un conjunto de programas y actividades sectoriales y extrasectoriales que favorezcan la adopción de estilos de vida saludables y mejoren los entornos físicos y sociales".

16. Para 1997 se esperaba que más del 50% de los países habrían desarrollado experiencias de municipios saludables. Nivel de cumplimiento: 70% de los países de la Región están ya involucrados en el desarrollo de los municipios y escuelas saludables; todos los países de Centro América, del Area Andina y del cono sur están aplicando la iniciativa de municipios saludables; se impulso la formación de redes nacionales de Municipios Saludables en Costa Rica, Cuba, México, Panamá y Venezuela; y se diseñó un directorio y base de datos para el Movimiento de Municipios Saludables en la Región; se desarrolló y probó un modelo de evaluación cuali-cuantitativo del proceso y resultados del municipio saludable.

17. "Colaborar con los países en la implementación de acciones para prevenir y reducir la violencia, el abuso de drogas, alcohol y el tabaquismo".

18. Se logró que más del 30% de los países implementaran políticas, programas y proyectos para mejorar los entornos psicosociales y los estilos de vida saludables. 10 países iniciaron el estudio de actitudes y normas culturales acerca de la violencia y varios países implementaron programas de prevención de la violencia; 5 países establecieron legislación para crear ambientes libres de humo; se llevaron a cabo acciones de abogacía para el control de la publicidad sobre el tabaco; y se desarrollaron programas para reducir el consumo de bebidas alcohólicas en 3 países de la Región.

#### **Salud de la familia y población**

19. "La OPS habrá propuesto y los países habrán iniciado planes, programas y servicios de atención integral al adolescente y al joven y estarán en proceso de desarrollo de los ámbitos y normas para su atención diferenciada".

20. Desarrollo de planes, normas, programas y servicios de atención integral al adolescente y joven. Nivel de cumplimiento: Se actualizaron las políticas de atención a la salud del adolescente en 70% de los países; el 70% de los países utilizan la historia del adolescente como instrumento de programación y realizan evaluaciones de la calidad de la atención del adolescente; se desarrollaron marcos conceptuales y modelos de promoción de la salud del joven y adolescente en el contexto de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud; se realizó un análisis de la situación de la salud escolar en la Región y se elaboró material educativo para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de prácticas de riesgo con jóvenes y adolescentes en el contexto escolar y comunitario.

21. "Incorporación de las teorías, métodos y prácticas modernos de la comunicación social y la educación aplicados al campo de la salud, dentro de las estructuras de los ministerios de salud y las instituciones formadoras de recursos humanos".

22. En 1996 se creó el Consorcio de Universidades y Centros Formadores de Personal en Promoción de la Salud y Educación para la Salud con más de 20 Instituciones de 17 países de toda la Región. Esta iniciativa logró que más del 50% de los países desarrollara programas para la formación de profesionales y técnicos con el conocimiento, metodología y capacidad de desarrollar, implantar y evaluar programas y actividades para el fomento de estilos de vida saludables y el mejoramiento de los



ambientes físicos y sociales; se difundió un directorio de los programas de formación ofrecidos en las instituciones miembros; se compartieron planes de estudio; se impulsó el intercambio de docentes durante su año sabático; y se impulsó el diseño y la implementación de cursos de verano, de especialización y posgrado en promoción de la salud.

#### **Alimentación y nutrición**

23. En el área de alimentación y nutrición, ninguno de los resultados esperados se dejaron de alcanzar debido a la reducción presupuestaria.

24. "Colaborar con los países para alcanzar el cumplimiento de las metas en lo que se refiere a: desnutrición energético proteica y a las deficiencias de yodo, hierro y vitamina A".

25. Nivel de cumplimiento: Se logró la incorporación de políticas y programas nacionales y locales las intervenciones de promoción y protección en alimentación y nutrición para mejorar las coberturas y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por la desnutrición.

26. "Colaborar con los países para alcanzar el cumplimiento de la meta de lactancia".

27. Se diseñaron e implementaron programas integrados que contemplen los aspectos de legislación, educación, comunicación, género y otros relacionados con la extensión de la lactancia materna.

#### **Resultados parcialmente logrados y algunos no logrados por falta de recursos:**

28. La mayor dificultad para ejecutar la cooperación técnica en el desarrollo y fortalecimiento de comunidades y ámbitos saludables fue la falta de recursos tanto financieros como humanos. Este proyecto (HPP/4) tuvo asignado el 4,6% del presupuesto. Las actividades de la cooperación técnica en apoyo al movimiento de municipios, ciudades y comunidades saludables así como a la iniciativa de escuelas promotoras de la salud tienen una gran demanda de cooperación técnica por parte de los países. Los resultado esperados se han logrado parcialmente, en gran medida por el interés que existe en los niveles operativos de la Organización y en el nivel local en los países.

29. Para 1997 se esperaba que el 25% de los países habrían incorporado contenidos de promoción de la salud en la curricula escolar. Se ha iniciado el desarrollo y fortalecimiento de escuelas promotoras de salud en la Región. Sin embargo los alcances son muy limitados por la falta de recursos. La Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud se formó con solo 10 países, participaron únicamente representantes del sector salud, la falta de recursos limitó la participación de representantes del sector educativo y otros sectores. Sólo se llevaron a cabo análisis del estado actual de la promoción y la educación para la salud en el ámbito escolar en 2 de los 7 países propuestos; el desarrollo y evaluación de materiales educativos es limitado; y el desarrollo, prueba e implementación del seguimiento y evaluación es limitado porque no se tienen recursos.

30. El apoyo a la formulación de políticas públicas saludables en los países no se ha dado por falta de recursos. Solo un país realizó el análisis de la situación de promoción de la salud con base en sus políticas.

31. La falta de recursos no ha permitido evaluar el impacto de las actividades de educación y comunicación en la adopción de estilos de vida saludables y el mejoramiento de los entornos psicosociales.

32. Se ha iniciado la adaptación y prueba de instrumentos para la vigilancia de prácticas de riesgo a la salud de escolares y adolescentes en 5 de los diez países proyectados por falta de los recursos necesarios.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

33. La estrategia regional de cooperación técnica en promoción y protección de la salud se deriva fundamentalmente de las líneas y áreas de acción en las OEP 95-98; de los mandatos aprobados por los Cuerpos Directivos, y de las prioridades regionales y nacionales identificadas en las evaluaciones con los países y en las condiciones de salud.

34. El análisis de las políticas públicas y su efecto en la salud es una prioridad para lograr propuestas que respondan a las necesidades de la población así como a la formulación de políticas públicas más saludables. La preparación conjunta de políticas,

planes y programas son una estrategia de cooperación técnica fundamental para establecer condiciones de creación de espacios y estilos de vida saludables.

35. La capacitación y formación de personal de diversos sectores es una estrategia fundamental para impulsar programas y actividades de fomento de estilos de vida saludables. La formación de alianzas y convenios con instituciones educativas, universidades y centros formadores de personal es una estrategia de cooperación técnica fundamental para estimular iniciativas y actividades innovadoras para la promoción y protección de la salud.

36. La difusión de información, la comunicación social y la educación para la salud son instrumentos estratégicos de la cooperación técnica para impulsar la producción y el intercambio de conocimientos, metodologías, experiencias y materiales educativos para la promoción de la salud en diversos ámbitos de acción. Se priorizará la disseminación de información

y el intercambio de conocimientos y experiencias de comunicación, participación social y educación en salud en el contexto de los municipios saludables y las escuelas promotoras de salud.

37. La investigación y evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas que inciden en la creación de estilos de vida y entornos saludables, así como sobre el proceso y los productos de las políticas, planes y programas y su contribución al desarrollo y fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación social es una estrategia fundamental de la cooperación técnica para la promoción de la salud.

38. La movilización de recursos de toda índole, incluyendo las actividades de abogacía, el desarrollo de alianzas con los medios de comunicación, los convenios con diversas organizaciones del sector público y del sector privado, el trabajo con diversas ONGs así como con los Centros Colaboradores de OMS/OPS son aspectos fundamentales para la cooperación técnica con los países.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Comunidades y entornos saludables**

- Se difundieron conocimientos, modelos, instrumentos y experiencias sobre escuelas, municipios y espacios de trabajo saludables, en colaboración con otras unidades de OPS.
- Se realizaron estudios evaluativos y participativos sobre las actividades de promoción de la salud en los diversos entornos en colaboración con otras unidades de OPS.
- Se formularon propuestas de políticas públicas saludables con participación comunitaria e intersectorial, en colaboración con otras unidades de OPS.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Estilos de vida saludables**

- Se diseminó información sobre modelos y experiencias sobre políticas públicas saludables y se estimuló la generación y el uso del conocimiento para fomentar prácticas saludables, por ejemplo, estimulación temprana; y para reducir las conductas de riesgo, como fumar, abuso de sustancias y las diferentes formas de violencia.
- Se formularon programas y se movilizaron recursos para el desarrollo de habilidades y destrezas (personales y comunitarias) para la promoción y el cuidado de la salud.
- Se formularon modelos de servicios que gerencian programas de promoción y protección de la salud conjuntamente con otras unidades.
- Se realizaron acciones para formular e implementar políticas nacionales y provinciales/estadales: a) de promoción de la salud mental y desarrollo psicosocial de la niñez; y b) de atención en salud mental, que aseguren alternativas comunitarias y salvaguarden los derechos humanos con especial énfasis en el control de la depresión y las epilepsias, conjuntamente con otras unidades de OPS.
- Se realizaron acciones de apoyo técnico para formular e implementar políticas y programas de salud mental y conductas adictivas para los pueblos indígenas, con su activa participación y conjuntamente con otras unidades de OPS.

### **Salud de la familia y población**

- Se mantendrá la búsqueda y gerenciado el uso de recursos para diseñar y poner a disposición de los países: documentos de diagnóstico, instrumentos de abogacía, herramientas de análisis, gerencia y evaluación de políticas, planes, programas, acciones y servicios para la salud integral en la niñez, así como para el fortalecimiento de la familia en su role esencial de decisión, gestión e implementación de la promoción de la salud integral de sus miembros.
- Habrá fortalecido y expandido la implementación de políticas, planes, programas, y servicios para la salud integral de los Adolescentes y Jóvenes, con participación juvenil y familiar.
- Se ha mantenido y gerenciado el uso de los recursos que permitan diseñar y poner a disposición de los países documentos conceptuales de diagnóstico, denuncia y abogacía. Así como de instrumentos de análisis, gerencia y evaluación de políticas, planes, programas, acciones y servicios para promover, proteger y satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la población.
- Se habrán elaborado lineamientos de políticas, planes, programas y servicios para la salud integral de los adultos mayores y sus familias. Así como, se habrá aumentado y gerenciado los recursos extrapresupuestarios que permitan llevar a cabo investigaciones y programas de formación y capacitación gerontológica en la Región.

### **Gerencia y administración de la división**

- Se llevarán a cabo actividades generales de la Gerencia y acciones de cooperación técnica relevantes para los países de la Región, realizadas en conjunto con otras Divisiones (HCP, HDP, HEP, HSP) y unidades de la OPS.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Seguridad alimentaria**

- Haber apoyado a los países a la elaboración e implementación de planes integrados de la lactancia materna.
- Haber apoyado a los países en la elaboración e implementación de un plan integrado de alimentación complementaria.
- Haber apoyado la elaboración e implementación de guías alimentarias.

### **Prevención y control de la mala nutrición**

- Haber apoyado a los países en la ejecución de programas nacionales de prevención y control de deficiencias de micronutrientes.
- Haber apoyado en la elaboración e implementación de un plan integral de prevención de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la dieta.
- Haber apoyado actividades de capacitación y disseminación de información para elevar la capacidad técnica de los recursos humanos en nutrición.

### **Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)**

#### **Problemas nutricionales**

- Se habrán implantado las políticas y los procedimientos del proyecto Modo de Vida en un mínimo de tres escuelas por país con comités en funcionamiento sobre este proyecto.
- Se habrán implantado y evaluado programas en lugares de trabajo sobre el proyecto Modo de Vida en siete países.
- Se habrán realizado encuestas sobre el consumo de alimentos, con programas de intervención nutricional de seguimiento, para grupos vulnerables.
- Se habrá preparado una base de datos actualizada del Caribe sobre enfermedades nutricionales entre los escolares.
- Se habrá mejorado el sistema de vigilancia para las enfermedades por carencia nutricional.
- Se habrá brindado apoyo a los programas para el mejoramiento de la situación del hierro y los micronutrientes mediante la administración de suplementos y la modificación alimenticia en grupos de alto riesgo.
- Se habrá establecido y se usará la Base de Datos actualizada de la Composición de Alimentos del Caribe.
- Se habrá elaborado el programa de garantía de la calidad sobre los servicios alimenticios para las instituciones.
- Se habrá mejorado el conocimiento y las aptitudes del personal a los niveles técnico y profesional en nutrición y dietética.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá mejorado la eficacia de los protocolos y proyectos sobre el manejo alimenticio de las enfermedades crónicas.

### **Seguridad alimentaria**

- Se habrá mejorado la seguridad alimentaria a nivel nacional y doméstico.
- Se habrá mejorado la calidad y la inocuidad de los alimentos que se ofrecen en hoteles, restaurantes, hogares y en los puestos de vendedores callejeros de alimentos.
- Se habrán fortalecido los órganos encargados de la coordinación de la alimentación y la nutrición con miembros bien adiestrados en al menos siete países más.
- Se habrán identificado comunidades de alto riesgo con trastornos nutricionales clave.
- Se habrá identificado comunidades y grupos con inseguridad alimentaria, empleando los indicadores del nivel de unidades familiares en seis países.
- Se habrán fortalecido los programas y publicaciones nacionales y/o regionales de comunicación nutricional que proporcionan información pertinente específica a la cultura del lugar sobre alimentación y nutrición.
- Se habrá fortalecido la capacidad de los trabajadores locales de salud para motivar y apoyar a las mujeres a que amamanten.
- Se habrán preparado, actualizado y aplicado estrategias eficaces de comunicación y programas de estudios de enfermería en los programas de promoción de la lactancia materna.

### **Coordinación de la cooperación técnica**

- Se habrá elaborado y administrado eficazmente la estrategia y las actividades de cooperación técnica.

### **Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)**

#### **Desarrollo de Políticas Saludables**

- Haber ofrecido un modelo integral de promoción y atención de la salud de madres y niños a los países de la Región.
- Reforzar las acciones para la promoción de la salud de madres y niños en las comunidades.
- Haber capacitado integrantes del equipo de salud para la prevención de los problemas en salud reproductiva, materna-perinatal e infantil en las comunidades.
- Haber distribuido módulos informativos destinados a las comunidades y al primer nivel de referencia de atención para la salud reproductiva, materna-perinatal e infantil.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Desarrollo de capacidad institucional, sectorial y extrasectorial**

- Haber llevado a cabo cooperación técnica directa a los países de la Región, instalando tecnologías apropiadas y guías normativas.
- Haber instalado 3 nuevos componentes en el modelo integral de salud reproductiva materna perinatal y del niño en servicios básicos integrados.
- Haber llevado a cabo cooperación técnica continua a distancia por correo electrónico u otro medio para instalar o fortalecer la instalación de sistemas informáticos en salud reproductiva, materna-perinatal, infantil y del adolescente.
- Haber cooperado en el diagnóstico de situación de 80 instituciones de 6 países a través de los sistemas informáticos de CLAP.

### **Administración del conocimiento**

- Haber capacitado en los países, personas de los servicios de salud y de sus comunidades.
- Haber capacitado en el CLAP, profesionales de países de la Región.
- Haber iniciado investigaciones colaborativas multicéntricas multipaís. Haber iniciado investigaciones locales y en la sede del CLAP.
- Haber producido y diseminado publicaciones científicas en el área materna, perinatal y pediátrica en revistas periódicas con arbitraje, artículos o capítulos en libros técnicos y el boletín periódico editado por CLAP.
- Haber contribuido con actividades docentes en eventos científicos nacionales e internacionales.

### **Actividades gerenciales.**

- Haber producido anteproyectos de intervención para solicitar fondos extrapresupuestarios a agencias donantes, para el desarrollo de políticas saludables a nivel poblacional sobre Reproducción Humana.

### **Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)**

#### **Seguridad alimentaria en centroamérica**

- Que los países introduzcan el eje de seguridad alimentaria y nutricional en su proceso nacional de planificación del desarrollo económico y social.
- Que los países centroamericanos hayan logrado incorporar en su modelo de desarrollo local, la seguridad alimentaria nutricional como eje integrador de acciones a nivel de aldea, municipio y departamento, en zonas postergadas del istmo.
- Que los programas del sector público, industria de alimentos y agroindustria rural para la producción, comercialización, monitoreo y control de calidad de alimentos nutricionalmente mejorados se fortalezcan técnica y gerencialmente

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

- Que se establezca la infraestructura técnico-administrativa funcional que vigile la calidad de alimentos, con criterios similares en todos los países de la región.
- Programa centroamericano de Comunicación y Educación Alimentaria Nutricional (CEAN) orientado a promover comportamientos y hábitos alimentarios saludables en la población centroamericana
- Contribuir con los países miembros en la operacionalización de la estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) mediante el apoyo a la definición de políticas, planes y programas de formación y capacitación de recursos humanos en SAN tanto a nivel de la sede como a nivel de los países, así como el desarrollo de redes de recursos humanos.

### **Prevención, vigilancia y atención de los problemas**

- Programas nacionales para el control y prevención de las deficiencias de micronutrientes implementados, con énfasis en aplicación de medidas permanentes para el control de anemia ferropriva, y monitoreo y vigilancia epidemiológica de las tres principales deficiencias de micronutrientes (hierro, yodo y vitamina A) y factibilidad de fluoruración de la sal.
- Programas nacionales para la promoción de la salud y nutrición implementados en los países, con énfasis en el estado de salud, nutrición y alimentación de la mujer, niñez y adolescencia, y la normatización e implementación de la atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia.
- Iniciativas nacionales y subregionales en materia de ciencia y tecnología fortalecidas en los siete países, en aspectos de SAN
- Medidas preventivas de enfermedades crónicas no transmisibles incluidas en los programas de salud y educación desarrollados por los diferentes sectores
- Que los países de la subregión hayan establecido procesos de vigilancia, monitoreo y evaluación en diferentes niveles (regional, nacional y local) para dar direccionalidad y orientar en mejor forma la toma de decisiones para lograr la seguridad alimentaria nutricional.

### **Desarrollo institucional en apoyo a la coordinación**

- Capacidad gerencial del INCAP fortalecida en apoyo a la coordinación y desarrollo del programa general de trabajo institucional, a nivel de la sede y de los Países Miembros.
- Establecimiento y fortalecimiento de alianzas estratégicas con órganos e instituciones del SICA, de Naciones Unidas, agencias de cooperación internacional, bilateral y multilateral, académicas y de cooperación técnica, en apoyo a la administración del conocimiento y la movilización de recursos en la subregión.
- Capacidad de gestión fortalecida para apoyar el desarrollo institucional a partir del funcionamiento oportuno de los sistemas y servicios administrativos.
- Nuevo modelo organizacional del INCAP funcionando.

<b>PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b> <b>DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION</b>				
Ubicación	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Cooperación Directa con los Países	12,823,800	12,861,100	10,675,900	1,355,000
Programas Regionales	4,568,100	4,541,800	868,600	596,800
Centros	9,536,700	9,989,400	5,522,200	4,866,200
<b>TOTAL</b>	<b>26,928,600</b>	<b>27,392,300</b>	<b>17,066,700</b>	<b>6,818,000</b>





# PROTECCIÓN Y DESARROLLO AMBIENTAL

---

## *Situación Regional*

1. Los efectos del ambiente físico-biológico inmediato sobre la salud humana pueden observarse a simple vista en la Región. Menos visibles, pero no por ello menos reales, son los efectos sobre la salud de los cambios ambientales que ocurren en todo el planeta. Entre estos dos extremos son numerosas las condiciones ambientales que influyen sobre la salud humana con graves consecuencias para la calidad de vida y el desarrollo de los países.

2. En la Región los problemas causados por las deficiencias en el saneamiento básico siguen minando la salud de millones de personas. La necesidad actual es resolver esos problemas a la vez que se avanza para controlar la creciente exposición de la gente a peligros tales como la contaminación del ambiente por residuos resultantes de la actividad humana, así como a un número cada vez mayor de sustancias químicas tóxicas presentes en la vida diaria de las personas

3. Informaciones suministradas por los países de la Región en 1995 indican que apenas 72% de la población tiene acceso a agua domiciliar o a una distancia inferior a 200 metros. La información también evidencia que los programas de extensión de cobertura de los servicios están progresando a un ritmo inferior al que sería necesario para alcanzar, en el año 2000, las metas establecidas en la Cumbre de la Infancia. Un problema crítico en todos los países de América Latina y del Caribe, es la descarga de aguas residuales sin tratamiento. De todas las aguas residuales colectadas, menos del 10% recibe algún tipo de tratamiento que frecuentemente es inadecuado. Las cinco dificultades mayores identificadas incluyen la falta de una política adecuada para el sector; la limitación de recursos financieros; los arreglos institucionales inadecuados; falta de sistema adecuado de recuperación de costos y lo obsoleto de la legislación existente.

4. En 1991, la epidemia de cólera - que hasta la fecha suma más de 1,3 millones de casos con más de 11.500 de ellos fatales - alertó a propósito de las deficiencias en los sistemas de suministro de agua,

especialmente la ineficacia de las prácticas de desinfección. Hoy día, a pesar de que se ha efectuado una intensa promoción de la desinfección, sólo se ha logrado que alrededor del 59% de los usuarios reciba agua tratada con cierto nivel de calidad bacteriológica. En gran medida debido a esta deficiencia, en América Latina la diarrea aún es responsable de la muerte de 80.000 niños anualmente. Los costos de la desinfección del agua son menores a un dólar americano por persona al año, y los informes científicos indican que a la combinación de agua salubre y saneamiento con educación sanitaria puede atribuirse reducciones de enfermedades relacionadas con el agua de 25% por diarrea, 29% por ascariis y 55% de la mortalidad infantil en general.

5. Cada uno de los 370 millones de habitantes urbanos en América Latina y el Caribe produce cerca de 0,92 Kg. de residuos sólidos por día, lo que resulta en 330.000 toneladas de basuras a ser administradas diariamente. Aproximadamente el 75% de estos residuos son recolectados y dispuestos, frecuentemente de modo inadecuado. Resulta entonces que diariamente un mínimo de 82.500 toneladas de basura son sencillamente tiradas en el medio ambiente sirviendo de alimento, abrigo y criadero para un gran número de roedores y mosquitos transmisores de varias enfermedades.

6. Las deficiencias en saneamiento básico y condiciones habitacionales de los asentamientos humanos, principalmente en las áreas rurales y urbano marginales, contribuyen significativamente a la prevalencia de determinadas enfermedades transmitidas por vectores biológicos y tienen una gran influencia en la degradación de la calidad de vida familiar. Según datos de la CEPAL, 39% de los hogares de América Latina y el Caribe viven en condiciones de pobreza y 18% en condiciones de indigencia. De ahí resulta que 37% de las viviendas son inadecuadas para que sean ocupadas por personas. Es más, de ellas sólo el 21% pueden arreglarse para hacerlas habitables. Esta situación conlleva varios problemas de salud pública incluyendo problemas de Enfermedad de Chagas, IRA, alergias, envenenamientos, accidentes y violencia. Con todos estos significados sanitarios de

la vivienda, no existen en América Latina y el Caribe ni los técnicos, ni las instituciones especializadas en el tema de higiene de la vivienda. Asimismo, no hay en la mayoría de los países planes y políticas claras en relación a este problema.

7. Los compromisos asumidos por los países en eventos como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED - Río de Janeiro/92), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de los Pequeños Países Insulares en Desarrollo (SIDS - Barbados/94), la Conferencia Cumbre de las Américas (Miami/94); la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible (Washington/95) y la Reunión Cumbre de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia/96) demuestran que la conservación y protección de la salud y del ambiente están en el centro de la preocupación del nuevo modelo de Desarrollo Humano Sostenible que esta siendo impulsado por los países de la Región. La implementación y cumplimiento de los acuerdos y planes de acción requieren una acción multisectorial coordinada para asegurar que los distintos sectores asuman la responsabilidad de actuar sobre los problemas de salud ambiental en sus respectivas áreas. Esto requiere una labor amplia para garantizar que los aspectos de salud estén debidamente incorporados en los planes y procesos nacionales y sectoriales de desarrollo. Asimismo, requiere desarrollar en el sector salud la capacidad para desempeñar sus funciones de líder y de asesor en las cuestiones de salud ambiental. Uno de los aspectos más importantes en los esfuerzos hacia lograr un desarrollo que tenga sostenibilidad es estimular la participación activa de la comunidad y de sus organizaciones. De esta manera se requiere desarrollar e implantar estrategias que permitan a la comunidad participar en el análisis de sus propias necesidades y desarrollar posibles soluciones e innovaciones.

8. La continuada urbanización de la población en América Latina, asociada con la expansión de la actividad industrial tanto urbana como rural se ha transformado en un problema creciente para la salud pública y requiere intervención antes de que se haga incontrolable. Aunque la mayoría de los países tienen algún tipo de reglamento sobre descargas de desechos industriales, su cumplimiento no es efectivo y se da sin cualquier tipo de participación de la autoridad sanitaria del país. Los vehículos de motor y algunas actividades industriales que queman gasolina son comprobadamente las fuentes

principales de plomo que es responsable por la reducción de la capacidad de aprendizaje de los niños. La generación de cantidades de sustancias fotosintetizantes derivadas de los procesos de combustión es la responsable por episodios de infecciones respiratorias en gran cantidad de las poblaciones de las principales ciudades de la Región. La temprana acción sobre estos factores de riesgo a la salud requiere de las autoridades sanitarias la participación en los procesos de establecimiento de padrones de calidad. Asimismo, exige la interpretación de los estudios de impacto de proyectos de desarrollo sobre el ambiente y sobre la salud humana. Ambas capacidades requieren de ser creadas o reforzadas en prácticamente todos los países.

9. En la Región sigue creciendo la cantidad y la variedad de sustancias químicas en el medio ambiente y sus efectos sobre la salud son cada vez mas intensos y frecuentes. Algunas de estas sustancias, que se están utilizando en gran cantidad y con diferentes propósitos, se presentan como contaminantes en más de un medio a la vez y originan una exposición múltiple de la población. Este es el caso de los plaguicidas, donde las tasas de incidencia de las intoxicaciones agudas por plaguicidas han sido reportadas por los países de la Región en niveles desde 60 hasta 120/100.000 habitantes. Estos efectos agudos y otros crónicos han ido cobrando mayor atención de la opinión pública y de las autoridades sanitarias en varios de los países. Paralelo a ello, el consumo de agroquímicos en la Región se ha incrementado en 2,5 veces en los últimos cuatro años.

10. En la Región de América Latina y del Caribe la actividad industrial, la minería y los servicios de salud generan un volumen importante de residuos potencialmente nocivos a la salud humana y al medio ambiente. Las industrias textiles, las curtiembres, la industria química y las fundiciones son los que están identificados como los que generan la mayor cantidad de residuos peligrosos. Las fábricas de baterías y la minería de oro son responsables por la gran mayoría de las intoxicaciones por plomo y mercurio. La falta de medidas para la minimización de la producción de residuos y la casi inexperiencia en el manejo y disposición adecuada de estos residuos han permitido la exposición de gran número de poblaciones a estas sustancias. Las consecuencias a la salud de estas poblaciones no están del todo establecidas entre otras razones por falta de número suficiente de

profesionales especializados tales como epidemiólogos y toxicólogos ambientales, así como toxicólogos clínicos.

11. La fuerza laboral de América Latina y del Caribe que es de aproximadamente 250 millones de personas entre adultos y menores de 15 años de edad, sufre anualmente aproximadamente 5 millones de accidentes de trabajo con cerca de 90.000 fatalidades. Pese a lo impactante de estas cifras, la magnitud del problema sigue subestimada. Las condiciones de trabajo, tanto en el sector formal como en el informal están asociados a un número creciente de agentes nocivos y de factores de riesgo. A estos se asocian otros, como la carencia o precariedad de los programas de prevención y promoción y las limitaciones de los servicios de atención y de rehabilitación. Los múltiples efectos para la salud de los trabajadores vienen de la acumulación de nuevas enfermedades relacionadas con el trabajo (cáncer ocupacional, asma ocupacional, estrés ocupacional, problemas reproductivos, inmunológicos y neurocomportamentales), otras reemergentes (malaria, leptospirosis, tuberculosis) y las tradicionales (asbestosis, silicosis, sordera ocupacional, intoxicaciones por plaguicidas, metales pesados y solventes orgánicos). Otro factor agravante es el desconocimiento por parte de los trabajadores de los riesgos a los que están expuestos en sus sitios de trabajo.

## ***Evaluación de Resultados Esperados para 1996-1997***

12. Los resultados esperados que se alcanzaron con mayor éxito en este bienio fueron:

13. "Promoción de una mayor conciencia y entendimiento de las interacciones entre la salud y el ambiente por parte de los líderes y del público, así como de una mayor participación de la comunidad".

14. Como consecuencia de las actividades realizadas para facilitar a los países el cumplimiento del Plan de Acción emanado de la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible (COPASADHS) organizada por OPS en 1995, se tiene que: -los gobiernos de 10 países han adoptado compromisos políticos formales que reflejan las recomendaciones de la COPASADHS y cuatro de ellos han formulado Planes de Acción

sobre salud, ambiente y desarrollo humano; -En Canadá, el Consejo de Ministros de Ambiente aprobó el documento: "Principios de cooperación en salud y ambiente" modelado según la Carta Panamericana de la COPASADHS, cuyas orientaciones también están guiando acuerdos a nivel federal, provincial y local; - Cinco países han efectuado importantes ajustes institucionales inspirados en el desarrollo humano sostenible para integrar la salud, el ambiente y el desarrollo; - Se han conformado grupos permanentes de trabajo en 17 países, integrados por organismos gubernamentales y no gubernamentales, especialistas y comunidad en general, lográndose que varios sectores antes excluidos del proceso de discusión del desarrollo, asumiesen responsabilidades y aportasen su colaboración en la materialización de los planes, en la toma de conciencia y en muchos casos en acciones efectivas de desarrollo sostenible. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto).

15. Se celebró el Día interamericano del Agua y el Día del Medio Ambiente en todos los países. Las celebraciones incluyeron cursos, seminarios, conferencias, concursos, etc. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

16. "Apoyo a los procesos de movilización de recursos financieros a proyectos y programas nacionales".

17. Se completó la negociación de una segunda fase del Proyecto PLAGSALUD/MASICA, cuyo monto es de US\$6.9 millones. Se firmó una extensión del proyecto ECOPETROL (Colombia) por US\$1.3 millones. Se logró iniciar el desarrollo de un Proyecto de Fortalecimiento Institucional con el AyA de Costa Rica por US\$5.2 millones. Se avanzó en la ejecución del Proyecto SANEBA de Saneamiento Básico Rural en Centroamérica con financiamiento de AECI por US\$0.7 millones. El CEPIS logró movilizar US\$1 millón para sus proyectos extrapresupuestarios, y concretó un Convenio con el Ministerio de Salud del Perú para realizar estudios sobre Desinfección del Agua y Alimentos a Nivel Domiciliario. El ECO, movilizó recursos extrapresupuestarios por US\$1.1 millones. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto).

18. "Promoción de la integración del tema salud ambiental en el contexto de "Municipios Saludables", SILOS y otras iniciativas semejantes y preparación de los instrumentos necesarios".

19. Se diseñó un Taller Regional de Conceptualización de la Atención primaria Ambiental, y se desarrolló un curso de "Gerencia y Municipios Saludables" para los asesores en Salud y Ambiente de las PWRs de América Latina con el fin de impulsar el desarrollo de un número mayor de Proyectos de Municipios Saludables en los países, así como de estimular su participación desde la fase inicial de estos proyectos. (100%)

20. Se prepararon Manuales de Vigilancia Sanitaria y Vigilancia Ambiental para fomentar y capacitar al personal del nivel local en el uso del Programa Marco de Atención al Medio (PAM). Este programa fue utilizado por el CEPIS en un Proyecto de Municipios Saludables en Tacna, Perú. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

21. Se preparó el software "Indicadores de Calidad Ambiental" con base en el PAM, como apoyo a la implementación de sistemas de información ambiental a nivel local. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

22. "Creación y desarrollo de centros de higiene de la vivienda".

23. Se promovió y logró que el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba se constituyera en Centro Cooperante de la OPS. Este es el segundo Centro Cooperante en este campo, ya que el primero esta en la Universidad de Buffalo, New York, Estados Unidos. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

24. Se fortaleció y consolidó la Red de Centros de Higiene de la Vivienda, la cual ya cuenta con centros en 6 países. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

25. "Bajo el marco del Plan Regional de Residuos Especiales y Salud, desarrollo de: a) una metodología rápida para la evaluación de riesgo en sitios con residuos peligrosos y b) los mecanismos para la operación de la Red Panamericana de Manejo de Residuos (REPAMAR)".

26. Se tradujo el Manual sobre Metodologías para la Evaluación de Riesgos en Sitios con Residuos Peligrosos, se publicó un documento sobre "Muestreo Poblacional", y se produjo un primer borrador de un manual sobre "Muestreo Ambiental". (90% de cumplimiento en el indicador propuesto)

27. Se logró que REPAMAR opere en 6 países, los cuales ya elaboraron sus planes de acción. Se capacitó a los miembros de la REPAMAR en la utilización del "Decision Support System for Industrial Pollution Control". (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

28. "Apoyo a los países para el establecimiento de políticas y lineamientos para el desarrollo del sector agua y saneamiento, en colaboración con agencias nacionales e internacionales".

29. Se preparó un documento de políticas que identifica prioridades regionales y da guías para la acción, se desarrollaron metodologías para análisis sectoriales y proyectos de preinversión, y se promovió su uso en los países. (100%)

30. Se prepararon proyectos de preinversión relativos al proceso de reforma y modernización para el sector de agua potable y saneamiento en Cuba y México, se iniciaron 2 en Paraguay, y en Colombia se realizó el análisis sectorial de agua potable y saneamiento, (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

31. "Apoyo a los países para la implementación de sistemas de información y monitoreo de coberturas y eficiencia de los servicios de residuos sólidos".

32. Se preparó un catastro de Instituciones relacionadas con residuos sólidos, el cual esta a disposición de los países a través de REPIDISCA. (100% de cumplimiento en el indicador propuesto)

33. Para promover la implementación de sistemas de monitoreo sectorial, se entregó a las entidades responsables del sector de residuos sólidos en cada país, el software COSEPRE, y se continua registrando información en el banco de Datos SIMRU. (80% de cumplimiento en el indicador propuesto).

**Los siguientes resultados no fueron logrados debido a las reducciones presupuestarias que se efectuaron para el bienio 1996-1997 :**

34. El PIAS no pudo producir metodologías para el desarrollo de perfiles ambientales de los países (agua y aire). Estos perfiles permitirían identificar los mayores problemas de contaminación ambiental y facilitarían la movilización de recursos para su solución.

35. No fue posible efectuar la fusión de los sistemas de información del CEPIS (REPIDISCA) y del ECO (ECOLINE) y consecuentemente, esto no pudo ofrecerse a los países integradamente con el sistema de información y documentación de la OPS conducido por BIREME.

36. Todos los resultados referidos a evaluación del impacto del ambiente sobre la salud y al control de la contaminación (agua y aire ) solo pudieron desarrollarse muy limitadamente, en la mayoría de casos se logro un avance máximo del 5% con relación a lo originalmente programado.

## *Estrategia de Cooperación Técnica*

37. Se utilizarán intensamente todos los elementos estratégicos de asesoría técnica directa, formación de recursos humanos, desarrollo de investigación, apoyo a la formalización de políticas y movilización de recursos, y manejo de la información. El énfasis en la utilización de cada uno de estos elementos será distinto en la medida que los países y las áreas temáticas lo requieran.

38. A través de la asesoría técnica directa se cooperará con los países en el fortalecimiento institucional de las unidades de salud ambiental de los ministerios de salud. Asimismo se trabajará en el fortalecimiento de las instituciones de otros sectores que tienen impacto directo sobre la calidad ambiental y sobre la salud de la población. La asesoría técnica directa será el elemento estratégico para atender a necesidades puntuales y en situaciones de emergencia.

39. La capacitación y formación de los recursos humanos suele ser uno de los elementos de mayor utilización. Esto se debe a la necesidad de crear una base de sostenibilidad para los proyectos que se implementarán. Las actividades que se refieren a la introducción de nuevas propuestas tales como los entornos saludables, atención primaria ambiental, estudios sectoriales y formulación de proyectos, entre otros, requerirán una acción intensa de preparación de recursos humanos.

40. Se continuará utilizando la estrategia de la capacitación de recursos humanos para el fortalecimiento de las agencias de salud en términos de epidemiología y toxicología ambiental, así como de los estudios de impacto de proyectos de desarrollo sobre el ambiente y sobre la salud.

41. Promoción y apoyo a la investigación será una de las estrategias para desarrollar mayores y mejores conocimientos sobre los impactos de distintos factores ambientales tienen sobre la salud humana. Esta estrategia se utilizará tanto en relación a los factores del macroambiente urbano y rural, cuanto en relación a los ambientes doméstico y de trabajo.

42. El apoyo a la formulación de políticas, planes y proyectos será la base estratégica para la labor de promoción de la acción intersectorial por la salud, así como para la reforma del sector agua y saneamiento, y manejo de residuos. De la misma manera la formulación de políticas y reglamentación tendrá papel importante en la cooperación técnica para la promoción de la salud de los trabajadores.

43. La captación y diseminación de información técnica especializada en salud ambiental continuará recibiendo atención prioritaria en HEP. Se seguirá fortaleciendo el sistema integrado de "Salud Ambiental" debidamente integrado al sistema LILACS y fortalecido por alianzas estratégicas con bases de datos especializados en otras instituciones.

44. HEP trabajará intensamente en la promoción del PIAS, colaborando en los estudios sectoriales, en la reforma y modernización del sector y de sus instituciones, así como en la formulación de proyectos prioritarios como base para la movilización de recursos tanto externos como internos en los países. Esta estrategia se aplicará principalmente para la expansión de la cobertura de los sistemas de agua y alcantarillado, y de los servicios de manejo de residuos sólidos.

45. De conformidad con la Agenda 21 y las orientaciones del Plan de Acción de la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, HEP apoyará el desarrollo de políticas y reglamentos además de mecanismos de coordinación intersectorial, movilización comunitaria y formación de recursos humanos en los niveles central, provincial y local.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

Los siguientes resultados esperados corresponden a la División de Salud y Ambiente (HEP); al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS); y al Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO).

### **Agua potable y saneamiento**

- Calidad del agua para el consumo humano. Se ha desarrollado y diseminado un Plan de Acción para mejorar la calidad y desinfectar el agua y se esta apoyando su implementación.
- Agua potable y saneamiento urbano. Se habrán preparado proyectos de país, orientados a la movilización de recursos nacionales y externos que apoyarán el desarrollo del sector de agua potable y saneamiento a nivel urbano, con énfasis en el incremento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios.
- Reforma y modernización del sector. Se habrán preparado para los países, proyectos de reforma y modernización del sector de agua potable y saneamiento.
- Agua potable y saneamiento rural. Se habrán preparado proyectos y prestado cooperación técnica en sus ejecuciones para extender la cobertura y la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento, en el medio rural y urbano marginal, incluyendo otras áreas del saneamiento básico.

### **Residuos Sólidos y Salud Ambiental en Entornos Urbanos y Rurales**

- Residuos Sólidos Municipales. Se habrán desarrollado proyectos de reforma y modernización del sector y propuestas para la movilización de recursos incluyendo el manejo de residuos de hospitales.
- Salud en la Vivienda Responsable. Una Red Interamericana de Centros de Salud en la Vivienda estará funcionando, difundiendo e intercambiando conocimientos.
- Entornos Saludables Responsable. Metodologías para la preparación y ejecución de proyectos preparados y difundidos en relación a la planeación de acciones integradas principalmente con el enfoque del movimiento de entornos y municipios saludables, pero incluyendo otros como los de la mujer, pueblos indígenas, e el de diversas iniciativas.

### **Incorporación de aspectos de salud en el manejo ambiental**

- Se habrán elaborado y difundido metodologías e instrumentos para el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Agenda 21, la COPASADHS y la Cumbre de Miami.
- Se habrán preparado, difundido y distribuido mecanismos que faciliten la implementación de la Atención Primaria Ambiental (APA), como contribución a la "Salud para Todos."
- Se habrán elaborado, promovido y difundido guías y metodologías para el desarrollo institucional de las unidades de salud ambiental de los Ministerios de Salud.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrán elaborado propuestas para el desarrollo de programas para la formación de recursos humanos en el área de salud y ambiente.

### **Identificación y control de riesgos ambientales para la salud**

- Se cuenta con propuestas de programas para la eliminación gradual del uso del plomo en la gasolina.
- Se habrán formulado propuestas de programas para el mejoramiento de las fuentes de agua en las cuencas con mayores problemas.
- Existirán propuestas de programas para la capacitación del personal del sector salud en la evaluación del impacto en el ambiente y la salud (EIAS).

### **Evaluación de riesgos y promoción de la seguridad química**

- Los países habrán ejecutado proyectos para la vigilancia y el control de las intoxicaciones agudas causadas por plaguicidas.
- Países de la Región con redes nacionales de manejo ambientalmente adecuado de residuos en funcionamiento e integrados en la Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos (REPAMAR).
- Se habrá constituido un mecanismo regional para el intercambio y la promoción de la Toxicología Clínica y Ambiental.
- Se cuenta con un mecanismo para el intercambio de experiencias sobre indicadores de salud para la toma de decisiones sobre problemas ambientales

### **Salud de los trabajadores**

- Se habrá diseñado, promovido y probado el Sistema Automatizado para Vigilancia y Detección de Riesgos Ocupacionales (SUAVIDERO).
- Estarán disponibles propuestas de modelos de entornos a "Sitios de Trabajo Saludables".
- Se habrá diseñado, promovido y probado un modelo de Atención Integral, para el sector informal, en el área Andina.
- Se habrán revisado las leyes y normas jurídicas relativas a los riesgos ocupacionales prioritarios, en los países integrantes del CARICOM.

### **Gerencia y Administración de la División y de sus Unidades**

- Actividades generales de gerencia y administración.



<b>PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</b>				
<b>DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION</b>				
<b>Ubicación</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Cooperación Directa con los Países	11,560,700	12,033,000	15,638,400	9,316,900
Programas Regionales	2,697,600	3,094,800	279,100	203,200
Centros	5,547,300	5,409,600	3,464,100	3,382,800
<b>TOTAL</b>	<b>19,805,600</b>	<b>20,537,400</b>	<b>19,381,600</b>	<b>12,902,900</b>

# PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

---

## *Situación Regional*

1. El objetivo general de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS es fortalecer la capacidad de los países miembros para erradicar, eliminar, prevenir y controlar enfermedades.

2. El perfil de aparición de enfermedades en la Región está sujeto a varios factores, entre ellos, el crecimiento demográfico, la mayor urbanización, la descentralización de los servicios del gobierno, la liberalización del comercio, las alianzas económicas subregionales y las comunicaciones de mayor volumen y rapidez. Las enfermedades no transmisibles representan una carga cada vez más pesada, al igual que las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Existe también la necesidad de una mayor colaboración entre los países para las actividades de control directo de las enfermedades y para establecer normas sobre inocuidad de los alimentos y procedimientos comunes para prevenir las enfermedades.

3. Dadas estas mayores exigencias, el programa de cooperación técnica regional centrará sus recursos en los proyectos donde haya una mayor probabilidad de obtener repercusiones positivas, haya potencial para promover actividades entre países o exista un mandato específico panamericano o subregional.

### **SIDA y Enfermedades de transmisión sexual**

4. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema generalizado y creciente en las Américas. Si bien la epidemia de infección por el VIH/SIDA no se ha propagado tan rápidamente como en África o en el sudeste asiático, se calcula que viven actualmente en la Región entre 2 y 2,5 millones de personas infectadas por el VIH. Para diciembre de 1996 se había notificado a la Organización Panamericana de la Salud un total acumulado de 742.273 casos de SIDA, la etapa más avanzada de la infección por el VIH, así como y 437.407 defunciones. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta los problemas relacionados con la notificación, se estima que el número real de casos de SIDA y las defunciones es probablemente tres a cuatro veces superior. Existen

evidencias de que las nuevas infecciones están ocurriendo principalmente entre los adultos jóvenes (personas que tienen entre 15 y 25 años) y que los casos de SIDA y las defunciones se están presentando aproximadamente diez años después.

5. La infección por el VIH, además de transmitirse por contacto sexual, también se transmite por la sangre y, perinatalmente, de una madre infectada a su hijo. Estos dos últimos mecanismos están cobrando cada vez más importancia entre los usuarios de estupefacientes por vía intravenosa en Brasil y en el Cono Sur.

6. No obstante, la infección por el VIH/SIDA sigue siendo principalmente una infección de transmisión sexual que tiene factores de riesgo, mecanismos de transmisión y estrategias de prevención similares a los de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), como la gonorrea, la sífilis, la clamidiasis, el herpes genital, la papilomatosis venérea y muchas otras. Se calcula que todos los años se presentan en las Américas entre 30 millones y 40 millones de casos de estas otras ETS. Las ETS no detectadas y no tratadas tienen graves consecuencias (por ej., sífilis congénita, infertilidad, cáncer cervicouterino, etc.) Se ha demostrado una asociación entre las infecciones genitales y una mayor eficiencia de transmisión y mayor riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA. Se ha demostrado, asimismo, que la detección y el tratamiento oportuno de las ETS mediante un enfoque sindrómico reduce la transmisión del VIH en un 42%, aún en los medios de escasos recursos. En otras palabras, el manejo adecuado de las ETS no solo reduce su propia incidencia, sino también la transmisión del VIH en la comunidad. Por este motivo, los enfoques estratégicos para la prevención del VIH deben incluir el fortalecimiento de los programas nacionales contra las ETS en la Región, así como la adaptación y la aplicación generalizada de las "prácticas óptimas" recomendadas por la OPS/OMS y el ONUSIDA para la prevención y el control de la infección por el VIH y el SIDA.

7. Dado que la mayoría de las personas afectadas por ETS o con infección por el VIH/SIDA pertenecen a los grupos etarios más productivos,

estas epidemias tienen una enorme repercusión social, política y económica. Se requieren, por lo tanto, respuestas intersectoriales encaminadas a reducir sus consecuencias. Los retos para la OPS son: 1) cómo producir las respuestas políticas, sociales y económicas ante estas epidemias sin desviar la atención y los recursos del sector de salud pública, y 2) cómo mantener y fortalecer la capacidad específica técnica y de gestión de sus países miembros para prevenir y controlar estas enfermedades, considerando que las necesidades nacionales compiten entre sí y son cada vez mayores y que los recursos internacionales son cada vez más escasos.

#### Enfermedades no transmisibles

8. Las enfermedades no transmisibles (ENT), como los traumatismos, representan aproximadamente el 70% de la mortalidad y discapacidad total calculadas en América Latina y el Caribe. Aproximadamente el 50% de esta carga actual podría ser absorbida por intervenciones multifactoriales primarias y secundarias, que incluyan una función activa de la medicina clínica preventiva y la reorientación de servicios de salud, además de los esfuerzos progresivos en materia de política sanitaria y promoción de la salud.

9. Mortalidad: Las ENT representan aproximadamente el 60% de la mortalidad por todas las causas en América Latina y el Caribe (ALC), en tanto los traumatismos representan alrededor del 10% (total parcial: 70%). Dentro de la categoría de ENT, las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan el 45,4%, el cáncer el 19,7%, y la diabetes el 4,9% (total parcial: 70%).

10. Discapacidad: Las ENT también dominan el espectro de morbilidad en función de los años perdidos por discapacidad, y representan el 54,2%; los traumatismos corresponden a un 17,7% (total parcial: 71,9%).

11. Percepciones falsas: Las ENT son un problema exclusivo de los ancianos; las ENT están relacionadas con la riqueza; las ENT son "degenerativas"; la prevención de las ENT puede ocurrir sólo en países desarrollados.

12. Los hechos: Más del 65% de años de vida perdidos por ENT ocurren en menores de 45 años y el 30% en menores de 15 años. Existe una relación estrecha entre las ENT y la pobreza, y existe una

gradiente socioeconómica inversa para muchas de estas condiciones. El término "degenerativo" implica una condición irreversible que no es compatible con el conocimiento biomédico de la etiología y patogénesis de las ENT. (Análogamente, recuérdese que el sarampión fue alguna vez descartado como una "enfermedad inofensiva" de la niñez). Aunque se ha avanzado más en la prevención de las ENT en los países desarrollados, algunos otros han documentado algunos éxitos (Cuba, Mauricio). Es importante que otros países vean las posibilidades existentes.

13. Posibilidades de prevención: Los estudios internacionales revelan los siguientes cálculos de lo que es posible lograr en condiciones relativamente ideales y plena ejecución: \* Intervención en factores de riesgo de ECV: >>50% de reducción de la cardiopatía isquémica en 20 años (por ej., Karelia del Norte, Finlandia). \* Tamizado del cáncer cervicouterino: 70-90% de reducción de la incidencia de cáncer invasor en 25 años (por ej., Finlandia, Canadá). \* Prevención primaria de diabetes: 50% de reducción de la incidencia en 5-6 años en personas con disminución de la tolerancia a la glucosa (por ej., daQing, China) \* Prevención secundaria de diabetes (complicaciones): 60% de reducción en 6 años (ensayo DCCT en Estados Unidos, Canadá). \* Lesiones por accidentes de tránsito: 50% de reducción de la mortalidad en 10 años (experiencia de T&T, cálculos de CDC) \* Accidentes cerebrovasculares: 70% de reducción de la mortalidad en 20 años (Japón) \* Hipertensión: la reducción de 2 mmHg en la presión arterial de la población da como resultado una reducción del 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% en la mortalidad por ECV y 3% en la mortalidad por todas las causas (cálculos de la OMS).

14. Prioridades: Con base en la mortalidad, la discapacidad y las posibilidades de prevención, HCN se centrará en las ECV, el cáncer cervicouterino, la diabetes, la hipertensión y los traumatismos.

#### Enfermedades transmisibles

15. Las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en la Región. Inclusive en Estados Unidos, las enfermedades infecciosas ocuparon el tercer lugar entre las causas principales de muerte en 1992.

16. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas, el cólera, la malnutrición, la malaria, las enfermedades inmunoprevenibles, la meningitis y la septicemia causan más de 200.000 defunciones cada año en niños menores de 5 años en los países de las Américas. Se dispone de métodos para controlar todos estos problemas de salud. Según el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial, las intervenciones en esta área tienen el potencial para lograr la mayor razón posible entre beneficios y costos. La Organización promueve la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la niñez (AIEPI), formulada conjuntamente por la OPS/OMS y el UNICEF para esta finalidad. Otro componente importante de la estrategia AIEPI es el control de las parasitosis intestinales en los niños mediante la administración de mebendazol. La puesta en práctica de la estrategia AIEPI incluye la capacitación del personal a todos los niveles; la divulgación de información y la formulación de planes y normas. En un principio, las actividades se han dirigido a grupos formados explícitamente para fortalecer la capacidad de los países a efectos de adaptar la estrategia a sus necesidades concretas, proporcionar capacitación clínica y divulgar la información sobre su aplicación. Se estableció asimismo una red internacional de consultores nacionales para intercambiar información sobre las experiencias recogidas en la aplicación de la estrategia AIEPI.

17. El UNICEF, la USAID, BASICS, CARITAS Internacional, la Junta de la Misión Médica Católica (CMMB), los Servicios Católicos de Socorro (SCS), Med-pharm, Pastoral de la Salud y otras organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la salud infantil a nivel regional y nacional están participando activamente en el proceso. Al mismo tiempo, se está coordinando con el Banco Mundial la inclusión de las actividades para llevar a cabo la estrategia AIEPI en los proyectos del país financiados por esa institución.

18. Los países del Cono Sur de América han iniciado un importante esfuerzo para eliminar *Triatoma infestans*, vector principal de *Trypanosoma cruzi*, agente causal del mal de Chagas. Se estima que están infectados alrededor de 4% a 5% de los habitantes de esos países, y que de 10% a 20% pueden presentar manifestaciones clínicas cardíacas o digestivas de la etapa crónica de la enfermedad. En las zonas urbanas ha surgido como problema de salud pública, que afecta a todas las clases sociales,

la transmisión por transfusiones de sangre. Los datos actuales sobre las actividades de control permiten estimar que se logrará interrumpir la transmisión en Uruguay en 1997, en Chile en 1998 y en Brasil y Argentina en el año 2000. Siguen progresando las actividades de control en Paraguay, y a un ritmo más lento en Bolivia. Existen asimismo de 6 millones a 8 millones de personas infectadas fuera del Cono Sur, de manera que la situación es aún grave.

19. La oncocercosis es endémica en BRA, COL, ECU, GUT, MEX y VEN. Los planes para la eliminación usando ivermectina ya se han puesto en marcha y se han adoptado normas comunes para la vigilancia. La distribución de Mectizan es principalmente responsabilidad del gobierno. Cabe destacar que 99% de las de alto riesgo en las Américas están bajo tratamiento con Mectizan. Todos los programas de país emplean un enfoque de atención primaria de salud y, en todos los países, las actividades vinculadas a la oncocercosis se integran con otras actividades sanitarias.

20. Existe filariasis bancroftiana en focos en BRA, GUY y HAI. Se está considerando la posibilidad de seleccionar poblaciones piloto para ensayar el tratamiento generalizado con ivermectina, con o sin DEC, con miras a su eliminación.

21. Todos los países de la Región prosiguen sus esfuerzos para eliminar la lepra en el marco de un programa de salud pública (menos de un caso por 10 000 habitantes). Esta meta ya ha sido lograda por todos los países excepto Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Haití, Paraguay y Venezuela. Para alcanzar la meta en estos países, la Organización promueve la multifarmacoterapia, evalúa los planes, proporciona medicamentos a los países necesitados y asiste en la evaluación.

22. La interrupción de la transmisión de enfermedades por transfusiones de sangre solo se logrará en la Región cuando se hayan examinado todos los donantes de sangre para identificar los agentes infecciosos pertinentes. Actualmente los exámenes efectuados en la mayoría de los países se orientan a la detección de infección por VIH, por VHB y sífilis, pero la cobertura aún no es completa para VHC o *T. cruzi*. Además, no existe ningún sistema de control de calidad ni de inspecciones regulares que garanticen la exactitud de los resultados de las pruebas de serología.

23. La estrategia de cooperación técnica en lo que se refiere a todas las enfermedades cuya eliminación se ha escogido como meta ha sido la evaluación colectiva de las actividades programadas, a efectos de determinar los logros y problemas y tomar medidas correctivas.

24. La tuberculosis, pese a que es curable y prevenible, sigue siendo una de las principales amenazas para la salud pública de la Región. Cada año se notifican aproximadamente 250.000 nuevos casos, aunque se calcula que se informan menos de dos tercios de todos los casos y que todos los años se producen 400.000 nuevos casos, con un número aproximado de defunciones de 60.000. Entre 3% y 5% de los casos se atribuyen a la coinfección con el VIH. Son dos los objetivos principales para el control de la tuberculosis: curar el 85% de todos los casos detectados de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, y detectar el 70% de los casos incidentes. Debido a que el tratamiento es deficiente, algunos pacientes pueden infectarse con cepas farmacorresistentes y propagarlas. La estrategia mundial para el control se basa en el DOTS (tratamiento acortado directamente observado). La mayoría de los países todavía debe mejorar significativamente la calidad y la cobertura de sus programas. La OPS apoya los dos objetivos mencionados proporcionando información, capacitación, instrumentos de gestión y cooperación técnica para mejorar la ejecución de estrategias eficaces del DOTS.

25. En años recientes se ha dado considerable atención a la grave amenaza a la que está sujeta la salud pública de la Región, manifestada por el surgimiento de varios agentes patógenos nuevos que causan enfermedades de mucha gravedad, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otros retrovirus, arnavirus y hantavirus. Al mismo tiempo han reaparecido agentes patógenos conocidos, como los que causan cólera, peste, dengue hemorrágico y fiebre amarilla, con repercusiones considerables en las Américas. Se han detectado asimismo mutaciones de microorganismos que conducen a cepas farmacorresistentes y multifarmacorresistentes de *Mycobacterium tuberculosis*, enterobacterias, estafilococos, neumococos, gonococos, parásitos de la malaria y otros agentes, lo que constituye un fuerte obstáculo para el control de las infecciones. Algunas de estas infecciones tienen una distribución geográfica localizada mientras que otras se dispersan ampliamente, convirtiéndose en un problema

regional. La Organización alienta el establecimiento de mecanismos intergubernamentales que faciliten la acción coordinada entre los países de la Región, incluido el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.

26. El dengue está activo en todos los países de la Región, con excepción de ARG, CAN, BER y URU. Todos los países de la Región, exceptuando Chile y Canadá, están infestados con *Aedes aegypti*. Se detectó la presencia de *Aedes albopictus* en BOL, DOR, GUT, HON, MEX y EUA. Están circulando los cuatro serotipos del virus del dengue. Muchos factores están contribuyendo a la mayor incidencia y propagación del dengue y el dengue hemorrágico en las Américas, entre ellos: el crecimiento demográfico, la urbanización, el saneamiento deficiente así como la insuficiencia y poca fiabilidad del abastecimiento de agua y de la evacuación sanitaria de desechos. Cabe mencionar también la falta de concientización de la gente sobre la importancia del problema del dengue y de la necesidad de mejorar la higiene doméstica para controlar los criaderos. La mayor frecuencia de los viajes facilita la difusión de los vectores y virus del dengue. Además, en la mayoría de los países se carece de personal capacitado, fondos suficientes y voluntad política para poner en práctica programas eficaces con métodos apropiados.

27. La cooperación se ha centrado en la promoción del control integrado del dengue, el apoyo a la red de laboratorios especializados en dengue, la difusión de la información apropiada y la definición de un plan regional de acción para intensificar las actividades encaminadas a combatir el dengue. La vigilancia subregional de la ejecución del plan regional de acción y la promoción de actividades entre países en las áreas fronterizas constituyen la base de las actividades futuras de cooperación técnica.

28. Todavía se transmite la malaria en 21 de los 37 países y territorios de las Américas. Se registran más de 1,3 millones de casos anuales. ARG, MEX, GUT, BEZ, HON, ELS, NIC, COR, PAN y PAR tienen una gran preponderancia de infecciones por *Plasmodium vivax*. En Haití y en la República Dominicana hay presencia de *P. falciparum* pero nunca se ha demostrado una menor sensibilidad a los medicamentos antimaláricos, ni tampoco en Centroamérica, donde se ha detectado esporádicamente *P. falciparum*. En otros países y territorios (BOL, BRA, COL, ECU, GUY francesa,

GUY, POR, SUR y VEN) la circulación de *P. falciparum* es aún más difundida y se calcula que unos 15,9 millones de personas están expuestas a la transmisión de este protozoo. Las actividades de control siguen la estrategia mundial para el control de la malaria, que se centra en la detección temprana y el tratamiento eficaz. Se ha desplegado un esfuerzo continuo para integrar las actividades especializadas del control de la malaria en los servicios generales de atención de salud a nivel local. El foco de interés principal de la cooperación técnica se centrará en las zonas de malaria por *falciparum* de la subregión amazónica. Los objetivos serán redefinir las políticas nacionales para combatir la malaria, promover la vigilancia integrada de la eficacia de la terapia de *P. falciparum* realizada por los servicios de salud generales y fomentar el establecimiento de puestos centinela para medir la sensibilidad de *P. falciparum* in vitro e in vivo, prestando la debida orientación técnica en los dos últimos objetivos.

29. No se informan todos los casos de leishmaniasis en todos los países latinoamericanos donde esta enfermedad es endémica. Solo en Brasil se notifican anualmente más de 20 000 casos de leishmaniasis cutánea y se registra un problema de kala-azar en las zonas rurales de la mayoría de los estados del noreste del país. La estrategia de intervención promovida por la Organización ha sido fomentar el fortalecimiento de los servicios de salud en las zonas rurales para que puedan efectuar un diagnóstico oportuno y ofrecer el tratamiento adecuado.

#### Salud pública veterinaria

30. Para aplicación de sus actividades de cooperación técnica, el Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS/OMS cuenta con la Coordinación, los asesores nacionales e internacionales en materia de salud pública veterinaria, y dos centros especializados: el Instituto Panamericano de Protección de alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

31. Sigüientes proyectos: Protección de los Alimentos, Fiebre Aftosa y Zoonosis (incluye modelos biomédicos y fortalecimiento de los servicios de salud pública veterinaria). Los análisis de la situación para Protección de los Alimentos y Fiebre Aftosa son presentados por los Centros.

#### Zoonosis

32. Hay más de 200 zoonosis conocidas, las cuales siguen siendo causa de notable morbilidad y mortalidad entre los grupos demográficos vulnerables, entre ellos niños, adolescentes, madres y trabajadores. Zoonosis emergentes están siendo identificadas como resultado del cambiante comportamiento de enfermedades producido por la interminable lucha entre los agentes biológicos, sus hospederos y el ambiente.

33. La rabia sigue siendo un problema importante de salud pública en la mayoría de los países de la región. En 1983 los países adquirieron el compromiso para la eliminación de la rabia canina en las principales ciudades de América Latina. El programa regional se consolidó en 1990 y desde entonces se ha observado un descenso del número de casos humanos en la región. El promedio anual descendió de 315 notificaciones durante el período 1980-1984 a 212 en 1985-1989. En los últimos años, 1994-1996 el promedio es de 170 casos. En 1996, Ecuador aportó el 57% de los casos notificados en la región. La rabia canina también ha disminuido en América Latina de 17,562 casos promedio anual notificados entre 1980-1989 a un promedio de 13,832 para 1990-1991; 6,020 para 1992-1993 y 4,500 para 1994-1996.

34. Las encefalitis equinas del Este (EEE) del Oeste (EEO) y Venezolana (EEV) continúan activas en los países del continente y son constante riesgo de epizootias y epidemias. En 1995, la EEV azotó a Venezuela y Colombia, ocasionando más de 40,000 casos humanos y 46 defunciones. El virus aislado fue del subtipo IC. En Chiapas, México, en 1996 se presentó una epidemia afectando más de 300 equinos y casos febriles humanos. El virus aislado fue IE, considerado como una cepa poco patógena. El mismo año se reportó un brote de EEE en Tamaulipas, México. En estos últimos lugares no se había conocido la enfermedad. Llamó la atención el desplazamiento de las infecciones y la recurrencia de enfermedad en áreas conocidas como libres.

35. La leptospirosis es una grave enfermedad ocupacional entre los trabajadores agrícolas y de sistemas de alcantarillado y mataderos. Asimismo es emergente en situación de inundaciones como ha ocurrido en los brotes de Río de Janeiro (1,676 casos con 147 defunciones), Costa Rica (264 casos), Buenos Aires (150 casos), Nicaragua (60) casos, Venezuela y Suriname.

36. La brucelosis sigue afectando a un número considerable de trabajadores en zonas rurales y en la industria animal. El número de personas infectadas se estima en 30.000 al año. La mayoría de los casos ocasionados por *B. melitensis* se reportan en México, Perú y Argentina. Las pérdidas económicas directas debidas a la brucelosis bovina superan los US\$200 millones al año.

37. La tuberculosis bovina tiene serias implicaciones para la salud pública y la economía nacional. Es uno de los factores limitantes en el desarrollo de la industria ganadera, reduciendo del 10 al 20% la disponibilidad de carne y leche y ocasionando la destrucción del 60% del ganado infectado. Se ha encontrado el *Mycobacterium bovis* como causa de tuberculosis pulmonar y de la extrapulmonar humana, afectando mayormente a trabajadores de zonas rurales y mataderos. En 1991 se aprobó el Plan de Acción para la Erradicación de la Tuberculosis Bovina en las Américas, fase 1, que ha servido para revisar y actualizar los programas de varios países. México, y los países de América Central (Programa PARSA/OIRSA), y otros de América del Sur poseen ya planes o programas de control y erradicación normatizados y en desarrollo, tales son Argentina, Colombia, Chile, Paraguay y Uruguay.

38. La hidatidosis sigue siendo un problema importante de salud pública sobre todo en las zonas de cría de ganado ovino en América del Sur. La mayoría de los casos ocurren en Argentina, Chile, Uruguay, el sur de Brasil y en las regiones altas de Perú y Bolivia. Más de 2500 personas reciben tratamiento quirúrgico todos los años debido a esta enfermedad. La mayoría de los casos se registran en zonas rurales, pero el proceso de urbanización y creciente pobreza han favorecido la transmisión en zonas urbanas, con consecuencias alarmantes.

39. Continúa la alarma del creciente número de casos de neurocisticercosis humana, debido a *T. solium* en las Américas. Ello ha traído considerable interés para el desarrollo de programas de control integrado aplicado a los SILOS. Los estudios serológicos en comunidades-rurales locales en México, Colombia, Perú y Ecuador muestran una tasa de seropositividad del 3 al 12%, otros realizados entre pacientes de hospital con síntomas neurológicos muestran tasas de neurocisticercosis hasta del 34%. La cisticercosis porcina es causa de enormes pérdidas económicas para los países

afectados. En Centroamérica, las tasas de infección entre el ganado porcino varían del 1,4% en Panamá al 2,5% en Honduras.

40. La peste emergió en 1993 en Perú propagándose por cuatro departamentos y gracias a la pronta intervención fue controlada en 1995. La población expuesta al riesgo se estimó en más de 1.4 millones de habitantes. La infección permanece latente en el ambiente silvestre requiriendo continua vigilancia. En enero de 1997 se reportó un brote en la localidad de Apolo, Departamento de La Paz, Bolivia, que afectó a 41 personas de las cuales murieron cuatro.

41. Los animales de laboratorio, particularmente los primates no humanos, desempeñan una función importante en los servicios nacionales de salud, especialmente en el diagnóstico y control de calidad de las vacunas y en el desarrollo del conocimiento sobre la patogenesis de diversas enfermedades, tales como el SIDA, la malaria, la hepatitis, la poliomiелitis y algunos tipos de cáncer. Algunos países continúan sus esfuerzos por mantener colonias de animales para investigación biomédica: Cuba, Costa Rica, Brasil, México, Perú y Colombia.

#### Vacunas e Inmunización

42. En 1997, la OPS celebró el vigésimo aniversario del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). En el momento que se creó el PAI, los niveles de la cobertura de vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles comunes en los niños eran muy bajos, no existía vigilancia sistemática de estas enfermedades, la cooperación internacional no estaba dirigida a los programas de control de las enfermedades y la participación de las instituciones del sector privado era limitada, específicamente las ONG y las OPV.

43. Veinte años más tarde, la Región de las Américas posee dos distinciones en materia de enfermedades prevenibles por vacunación: la de ser la primera región en el mundo en haber erradicado la viruela en 1971, y la poliomiелitis en 1991. Esta Región también ha alcanzado la meta fijada por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia para la "eliminación" del tétanos neonatal como problema de salud pública y se encuentra muy cerca de erradicar el sarampión del continente americano en el año 2000. De 1990 a 1995, la cobertura de vacunación entre los niños menores de 1 año para las

vacunas DPT, antipoliomielítica, antisarampionosa y BCG han acusado niveles por encima del 80%. Las iniciativas de las enfermedades prevenibles por vacunación son reconocidas ahora como una de las intervenciones de salud más eficaces en función de los costos y un componente clave de toda estrategia de atención primaria de salud. Actualmente se están utilizando sistemas más estrictos de vigilancia para otras enfermedades emergentes y reemergentes.

44. Durante el bienio 1998-1999, las iniciativas de prevención y control de enfermedades de SVI entrarán simultáneamente en una fase de consolidación, fortalecimiento y ampliación. La estrategia general del Programa hará hincapié en la prestación eficiente y eficaz de los programas de vacunación e incluye el logro y mantenimiento de niveles de cobertura de vacunación superiores al 90%, la reducción de las oportunidades desaprovechadas de vacunar y el alcance de las poblaciones de alto riesgo. En el caso de la poliomielitis y el tétanos neonatal, se destacará el mantenimiento de los adelantos logrados. En el caso del sarampión, SVI se concentrará principalmente en el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia de la Región para informar y diagnosticar la enfermedad, al igual que en el compromiso político para lograr la erradicación completa del sarampión. A fines del bienio faltará un año para que la Región alcance la meta de erradicación del sarampión. En el caso de la difteria y la tos ferina, se hará hincapié en hacer cumplir las estrategias existentes para lograr su control. En lo referente a rubéola, hepatitis B, meningitis y neumonía neumocócica, los esfuerzos estarán orientados a determinar la carga de la enfermedad y su importancia de salud pública, a fin de conseguir el apoyo político imprescindible y desarrollar la capacidad técnica necesaria para agregar las vacunas contra estas enfermedades en los programas nacionales.

45. Estos esfuerzos se producirán en un ambiente distinto, que asigna alta prioridad a la sostenibilidad y la autosuficiencia del país. Los PAI de SVI ya han realizado labores pioneras al haber abordado el tema de la sostenibilidad por medio del fomento de asociaciones más sólidas de los sectores público y privado, las cuales ya se utilizan en forma generalizada en la salud pública. Durante el bienio, SVI fortalecerá aun más la situación de las políticas relacionadas con los programas de vacunación, la prestación de los servicios de vacunación y la gestión general de los programas. También se seguirá colaborando con los países para lograr la

sostenibilidad y autosuficiencia de los programas al garantizar la asignación de recursos nacionales para los costos recurrentes de los programas, como la compra de vacunas, jeringas y agujas, así como para el financiamiento de la ejecución y supervisión de los programas. El fondo rotatorio de la OPS seguirá siendo un mecanismo importante para lograr el suministro de vacunas a bajo costo para los programas nacionales de vacunación y, por consiguiente, garantizar el acceso a las vacunas a un sector más amplio de la población.

46. Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación. El número de casos confirmados de sarampión sigue disminuyendo todos los años en las Américas. En 1995, hubo un total de 6.489 casos confirmados, en 1996 el número bajó a 1.371 (cifra provisional, semana 52). La transmisión del sarampión ya ha sido interrumpida en zonas muy extensas de las Américas. Este gran éxito ha sido posible gracias a la utilización de la estrategia de tres pasos de la OPS, que consiste en una campaña única de vacunación masiva, el logro y el mantenimiento de altos niveles de cobertura por medio de los servicios ordinarios de vacunación y la realización periódica de campañas de seguimiento.

47. A pesar de los grandes adelantos alcanzados en las Américas hacia la consecución de la meta de erradicación del sarampión, el virus todavía circula libremente en otras partes del mundo y aún existe el riesgo de la importación. Muchos niños y adultos jóvenes siguen siendo susceptibles al sarampión en casi todos los países de la Región. El esfuerzo por erradicar con éxito el sarampión se apoyará en el fortalecimiento y la ampliación del sistema actual de vigilancia a fin de incluir la detección de todos los casos presuntos, al igual que lograr altos niveles de inmunización, el Sistema de Vigilancia de la Eliminación del Sarampión (SVES), evaluaciones adicionales de los sistemas nacionales de vigilancia del sarampión y el diagnóstico de laboratorio oportuno y eficaz de los presuntos casos de sarampión en todos los países de la Región.

48. Para el bienio 1998-1999, se ha establecido como meta una cobertura mínima de 90% en todos los países para la vacuna antisarampionosa o la virica triple MMR (contra sarampión, parotiditis y rubéola) por medio de los servicios corrientes. Con el objetivo de evitar la acumulación de poblaciones susceptibles, SVI trabajará con los países que necesiten llevar a cabo campañas de "seguimiento".



49. La poliomielitis ha estado ausente en las Américas desde 1991 y se la reconoce oficialmente como erradicada desde 1994. Desde entonces se produjeron dos importaciones del poliovirus salvaje en el continente americano (Canadá), la más reciente originada en la India en marzo de 1996. Dado que la Región ya ha alcanzado la fase de consolidación, la ausencia de casos de poliomielitis será clave hasta que la enfermedad sea erradicada mundialmente. SVI vigilará el cumplimiento del país con los indicadores de la parálisis flácida aguda (PFA) y colaborará en una nueva sensibilización de los médicos clínicos y el personal de salud pública sobre la importancia de la notificación y la investigación en forma inmediata.

50. En el caso del tétanos neonatal, la estrategia de SVI de vacunar a las mujeres en edad fecunda con un mínimo de dos dosis del toxoide tetánico en las zonas de alto riesgo y garantizar la investigación adecuada de los casos sigue teniendo resultados positivos en los países donde esta enfermedad es endémica. Los datos provisionales para 1996 muestran un número total de 252 casos en la Región. Las evaluaciones realizadas en 1996 entre las mujeres en edad fecunda (MEF) en las zonas de alto riesgo en América Central y la República Dominicana muestran una tendencia decreciente de MEF que requieren servicios intensivos de vacunación. La mayoría de las zonas de alto riesgo han pasado a una fase de mantenimiento que equivale a la vacunación con el toxoide tetánico (TT) por medio de los servicios corrientes. Ello significa que estos países han alcanzado la meta de eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública. Durante el bienio 1998-1999, el mantenimiento del progreso logrado será una prioridad, al igual que la realización de evaluaciones en otros países de las Américas para que la estrategia del programa en la Región pase gradualmente a una fase de consolidación.

51. Debido a los indicios de la distribución generalizada de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en el Caribe de habla inglesa, SVI alentará a los países a que fortalezcan el sistema de vigilancia actual de la enfermedad. Un análisis preliminar de costo-beneficio realizado por los países de esa subregión se ampliará al resto de las Américas. SVI trabajará en una estrategia que incluirá mayor vigilancia del SRC, recomendaciones específicas de vacunación y formulación de una estrategia de eliminación del SRC.

52. SVI seguirá introduciendo la vacuna contra la hepatitis B en los programas corrientes de vacunación para los niños en las zonas de alta endemicidad identificadas y en grupos de alto riesgo. En lo referente a la fiebre amarilla, SVI seguirá la estrategia doble de fortalecer la vigilancia y formular una estrategia efectiva de vacunación y ejecución para incorporar esta vacuna a las zonas y las poblaciones de alto riesgo.

53. Actualmente, existen varias vacunas eficaces en el mercado contra las enfermedades invasoras causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), cuyo impacto ha repercutido en la incidencia de la meningitis en Uruguay, Chile y Estados Unidos. A pesar de estos éxitos, la mayoría de los datos disponibles sobre *H. influenzae* aún provienen de estudios epidemiológicos dispersos que a menudo no son suficientes para demostrar el impacto real de la enfermedad. SVI apoyará a los países en la tarea de sistematizar la recopilación de datos sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades producidas por Hib y *Streptococcus pneumoniae*, a fin a determinar con exactitud la carga de las enfermedades y la eficacia en función de los costos de introducir estas vacunas en los programas nacionales de vacunación.

54. Investigación y desarrollo en materia de vacunas. La tarea de SVI de preconizar la importancia de las vacunas entre los gobiernos de la Región ya ha producido algunos acontecimientos importantes en materia de vacunas. Existe una mejor comprensión de la necesidad de fortalecer los aspectos de control de calidad de las vacunas usadas en la Región y la necesidad de dedicarse a las actividades de investigación y desarrollo en este campo. Sólo algunos países han hecho inversiones importantes para modernizar sus plantas de producción de vacunas y observar las normas internacionales, como las buenas prácticas de fabricación (BPF), para garantizar la calidad de los productos y fortalecer la investigación y el desarrollo de tecnología local.

55. Durante el bienio 1998-1999, SVI seguirá trabajando en apoyo de su meta a largo plazo de lograr la autosuficiencia del país en cuanto a las vacunas usadas para fortalecer las capacidades de los países productores de vacunas de la Región para el desarrollo, la producción y el control de calidad de las mismas, y para garantizar que las vacunas sean de calidad.

56. En el área de control de calidad, una vacuna con garantía de calidad es aquella que cumple con especificaciones establecidas y ha sido producida según las BPF. Aunque en diferentes etapas de desarrollo y capacidad de prueba, todos los países productores del PAI han establecido un laboratorio nacional de control de calidad como parte de la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad. Por intermedio de la red se promoverá y hará hincapié en la implantación total de las seis funciones básicas de una Autoridad Nacional de Control entre los países productores de vacunas: la concesión de licencias para las vacunas, la evaluación clínica, el sistema de distribución de lotes, pruebas de lotes, inspecciones de BPF y vigilancia posterior a la comercialización.

57. En el área de la producción de vacunas, la notable evolución tecnológica de los países industrializados en los últimos años demuestra que las tecnologías de las vacunas futuras estarán en manos de unos pocos laboratorios privados grandes. Los actuales productores públicos de vacunas en todo el mundo, especialmente en la Región, son cada vez más conscientes de que para sobrevivir deberán reestructurarse en forma considerable y adherirse a la forma de operar de las empresas del sector privado. SVI/RDV va a colaborar con las autoridades sanitarias y los productores de vacunas para difundir la información técnica, la formulación de políticas y estrategias, así como las evaluaciones técnicas sobre la naturaleza especial de las actividades de producción.

58. SVI/RDV ha desempeñado un papel importante en cuanto a promover una mayor conciencia entre los laboratorios de la necesidad de cumplir con las BPF y otras normas internacionales. Los productores han aceptado participar en un programa de certificación que utiliza las BPF como base para la inspección, para mejorar los procedimientos de producción y asegurar la calidad de las vacunas producidas localmente. A medida que los laboratorios mejoren sus sistemas de control de calidad y produzcan sistemáticamente vacunas de alta calidad, el próximo paso lógico será el intercambio de productos entre los mismos.

59. Los países tienen pocas iniciativas estructuradas en materia de investigación y desarrollo. La tecnología actual de producción no está sujeta al régimen de propiedad intelectual, aunque todas las

tecnologías para la producción de vacunas nuevas serán protegidas por patentes. Es urgente la necesidad de formular una estrategia regional coherente que articule la obtención de vacunas importantes. Un paso hacia esta fase ha sido el establecimiento de los proyectos multicéntricos y multipaíses, los cuales están desarrollando vacunas bacterianas conjugadas. Dentro del marco de estos proyectos, SVI ha fomentado diversas actividades como la identificación y la selección de grupos de investigación interesados, planificación, evaluación, establecimiento de convenios de servicio técnico y movilización de fondos adicionales.

60. SVI/RDV intensificará el diálogo con las instituciones de financiamiento y las autoridades sanitarias, especialmente de los países productores de vacunas, sobre la importancia de establecer programas para el desarrollo de vacunas con presupuestos específicos y alto grado de coordinación nacional. Se hará hincapié en fomentar una cultura de producto en los países productores de vacunas. Esta tarea se hará mediante la utilización y coordinación de los grupos científicos y tecnológicos existentes para potenciar los esfuerzos regionales y acelerar las actividades de investigación, desarrollo, producción y control de calidad de las vacunas. Para brindar apoyo en este sentido, SVI/RDV colaborará en el desarrollo de políticas y planes estratégicos para la investigación y el desarrollo, así como en la movilización de recursos nacionales e internacionales.

## *Evaluación de Resultados Esperados para 1996-1997*

61. A continuación se presentan los resultados esperados alcanzados con mayor éxito durante el bienio 1996-1997:

**Control y eliminación de enfermedades de la niñez, de las transmitidas por la sangre y otras infecciosas**

62. Se promovió la adopción de normas para el tamizaje de donantes de sangre en 15 países (Argentina, Paraguay, Uruguay, países centroamericanos y los países Andinos): la reglamentación y aplicación de la ley de sangre en Perú y Bolivia; la modificación de la ley en

Guatemala; y la promulgación de leyes en El Salvador y Nicaragua.

**Prevención, control e investigación de enfermedades transmitidas por vectores y otras infecciosas.**

63. En 16 países de la región con transmisión activa de malaria (Argentina, Belize, Bolivia, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú and Venezuela) se apoyó el desarrollo de la capacidad para la implementación de la estrategia global para la prevención y control de esa enfermedad. Catorce países siguen los principios de la estrategia global para el control de la malaria.

**Enfermedades no transmisibles**

64. Se iniciaron tres proyectos demostrativos de prevención y control integral de enfermedades no transmisibles. Un proyecto CARMEN con énfasis en enfermedades cardiovasculares y diabetes en Valparaíso, Chile y dos proyectos con énfasis en la detección oportuna del cáncer del cuello del útero en Quito-Manabí, Ecuador y Aragua, Venezuela. Se han identificado tres nuevos proyectos en México, Puerto Rico y Argentina. Se produjo y distribuyó material de apoyo técnico en diabetes, vigilancia de factores de riesgo y cáncer cervicouterino. (95% de cumplimiento del indicador propuesto).

**Zoonosis, fiebre aftosa y desarrollo de modelos biomédicos**

65. Para 1997, se ha mantenido el estado de libre de fiebre aftosa a los países de Norte y Centro América, las Guyanas y el Caribe, Chile y Uruguay; se ha conseguido el reconocimiento internacional de Paraguay y Argentina como países libre de práctica la vacunación, y de Colombia como país con un área libre donde no se practica la vacunación. El 45% de los 9 países de América del Sur que estaban infectados ya están libres de fiebre aftosa.

**Prevención y control del Sida y otras enfermedades de transmisión sexual**

66. Se realizaron actividades de capacitación en gerencia para representantes de diversos sectores que participan en prevención y control de la infección por el VIH y las ETS en Ecuador, Frontera México-EEUU, Honduras, Argentina, Cuba, Panamá y

Granada (con participación de los países del Caribe), (100% de cumplimiento en el indicador propuesto).

67. Todos los países de la Región cuentan con Grupos Temáticos interagenciales sobre SIDA (100% de cumplimiento en el Indicador propuesto).

68. Se ha prestado cooperación técnica para el desarrollo de planes nacionales multisectoriales para prevención y control de VIH/ETS en Jamaica, Guatemala, Nicaragua, Honduras, El Salvador. También en la preparación de un Plan Subregional que incluye 10 países del Caribe. (75% de cumplimiento en el Indicador propuesto).

69. *En el área de Inmunización y Vacunaciones se lograron los siguientes resultados esperados en 1996-1997, debido a la adjudicación de recursos sobre el techo presupuestario:*

**Programa Ampliado de Inmunización**

70. Disponibilidad de normas y manuales sobre políticas y estrategias de vacunación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en el contexto de los servicios generales de salud: 93%% de los municipios tienen cobertura de por lo menos 85% con la vacuna oral de poliomielitis; 87% de los municipios tienen cobertura de por lo menos 85% con la vacuna antisarampionosa; 100% de los municipios tienen cobertura de por lo menos 85% con la vacuna BCG; 90% de los municipios tienen cobertura de por lo menos 85% con la vacuna DPT; 68% de las áreas de riesgo tienen cobertura de por lo menos 80% con la vacuna TT.

71. Disponibilidad de manuales y normas para la organización de sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica para las gestión de programas nacionales de vacunación : Todos los países con sistemas computarizados de vigilancia e información de cobertura de vacunación y sobre morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles (100% de cumplimiento en el Indicador propuesto.); Todos los países de la Región cuentan con el Sistema de Vigilancia de la Erradicación de la Poliomielitis (PESS) (100% de cumplimiento en el Indicador propuesto); Treinta y cuatro países de la Región utilizan el Sistema de Eliminación del Sarampión (MESS); Publicación de 104 boletines semanales de sarampión, 104 boletines semanales de poliomielitis y 24 boletines bimensuales con información actualizada sobre

enfermedades inmunoprevenibles. (100% de cumplimiento en el Indicador propuesto).

72. Operación del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas: 90% de los países de la Región son auto-suficientes en el financiamiento nacional para la compra de vacunas de buena calidad.

#### Vacunas

73. Desarrollo de metodología para estudios epidemiológicos y preparación de proyectos de desarrollo tecnológico para mejorar las vacunas actuales y nuevas vacunas: Se realizaron cuatro reuniones de evaluación y seguimiento de los proyectos desarrollados. (100% de cumplimiento en el Indicador propuesto); Se estableció una red electrónica que conecta a los ocho laboratorios productores de vacuna en la Región, para apoyar actividades relacionadas con el programas de investigación y desarrollo de vacunas. (100% de cumplimiento en el Indicador propuesto).

74. Establecer una rutina de operaciones de la Red de Laboratorios de Control de Calidad, con la participación de todos los laboratorios nacionales de control en la Región: Se elaboraron 8 patrones de referencia regional para el control de vacunas de interés nacional, los cuales están siendo distribuidos a través de la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad (80% de cumplimiento del Indicador propuesto); Los 8 laboratorios productores de vacunas participan en el programas de la red de control de calidad de vacunas de la Región. (100% de cumplimiento del Indicador propuesto); 80% de vacunas utilizadas en la Región sometidas y controladas por la Red de Laboratorios de Control de Calidad. (100% de cumplimiento del Indicador propuesto).

*75. Los siguientes resultados esperados no fueron alcanzados en 1996-1997 debido a las restricciones financieras:*

76. Red de centros de recursos especializados. Lesiones: Progreso limitado en el estímulo a la colaboración debido a limitaciones financieras y de personal y a prioridades programáticas en competencia

77. Desarrollo de guías e instrumentos para establecer o mejorar los planes nacionales y sub-regionales para prevención, eliminación o erradicación de enfermedades transmisibles

prioritarias, así como la formación de recursos humanos a distintos niveles y apoyo a la investigación.

78. No se alcanzaron los resultados previstos en las metas de coberturas serológicas para algunas de las enfermedades transmitidas por la transfusión, así como en el número de las publicaciones producto de las investigaciones operacionales en marcha. Creemos que esto podría haberse evitado si hubiésemos tenido más fondos para consultores de tal manera de facilitar el seguimiento de las acciones.

79. Formular planes nacionales para la eliminación de la sífilis congénita y fomentar su puesta en práctica.

### *Estrategia de Cooperación Técnica*

80. La movilización de recursos seguirá siendo muy importante en todos los programas. Cobrará particular importancia el desarrollo de nuevas asociaciones. Como ejemplos específicos cabe citar la puesta en práctica de la Declaración de las Américas con todos los estados miembros y la erradicación de la fiebre aftosa con grupos comunitarios locales.

81. La cooperación técnica directa tendrá lugar en colaboración con las representaciones de la OPS-OMS en todos los programas. Ejemplo: rabia y actividades de control de tuberculosis.

82. La formulación, promoción y puesta en práctica de las políticas, planes y normas serán fundamentales para las estrategias de eliminación y control y para las iniciativas que estimulan las actividades en nuevas áreas.

83. La capacitación suele ser el paso siguiente a la elaboración de normas y políticas y por consiguiente es uno de los principales componentes de los programas. Es el principal enfoque funcional usado por el programa AIEPI que se pondrá en práctica con los trabajadores de la región y es esencial para la ejecución exitosa de las actividades que requieren apoyo de laboratorio, como la vigilancia de las enfermedades emergentes y reemergentes.

84. Seguirá divulgándose información en todos los programas e incluirá áreas como la eliminación de la lepra, programas de vigilancia de la protección de

alimentos, AIEPI, control de la infección por el VIH-SIDA, etc.

85. En el área de investigación se hará hincapié en la evaluación de las intervenciones, como el proyecto de demostración de control de diabetes y las actividades de educación en materia de VIH, así como las áreas más tradicionales de la investigación de enfermedades tropicales.

#### **Vacunas e Inmunización**

86. En cuanto a vacunas e inmunización, se concentrará el esfuerzo en fortalecer la prestación de servicios de vacunación sostenibles y de alta calidad, mejorar la capacidad de los productores de vacunas para la investigación, el desarrollo y la producción, y velar por el control nacional de calidad de las vacunas.

87. La participación más amplia de nuevos actores en los aspectos de políticas y ejecución de los programas será un componente importante del programa de trabajo en vacunación. La estrategia de cooperación técnica incluirá el fortalecimiento de las aptitudes técnicas y de gestión de la fuerza laboral del PAI, a fin de capacitarlos para funcionar adecuadamente dentro del nuevo ambiente y responder a los retos futuros.

88. La movilización de recursos de la comunidad internacional, los gobiernos y el sector privado; la identificación de recursos humanos para la vigilancia

y el diagnóstico de laboratorio, el control de calidad y los aspectos de producción; la identificación y la coordinación de nuevos socios; la colaboración y la promoción de la causa con otros sectores del gobierno, el sector privado, las Primeras Damas de las Américas y el poder legislativo, serán piezas fundamentales para la vacunación en el bienio.

89. En cuanto a la difusión de información, se seguirá refinando las capacidades de los sistemas de información de la Región en programas como el Sistema de Vigilancia de la Erradicación de la Poliomiélitis (PESS); ampliación del Sistema de Vigilancia de la Eliminación del Sarampión (MESS); el Boletín Informativo PAI, bimestral; los boletines semanales sobre la poliomiélitis y el sarampión; una guía práctica sobre el sarampión; documentos sobre la estrategia técnica; y la red electrónica de la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad. La capacitación seguirá siendo un componente clave e incorporará a las ONG y los médicos privados.

90. La mayor parte del programa de cooperación técnica en vacunación seguirá estando en el área de formulación de políticas y planes sobre gestión, formulación de políticas y estrategias para la vacunación, el control y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación, así como para el desarrollo de vacunas, su producción y los aspectos de control de calidad. Se fomentarán las actividades de investigación en los países productores de vacunas.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Programa de control y eliminación de enfermedades de la niñez, transmitidas por sangre**

- Acciones coordinadas interpaíses de eliminación de enfermedades promovidas y avances y obstáculos en la implementación del proceso de eliminación identificados.
- Estrategia del AIEPI introducida a nivel gubernamental e implementada en áreas iniciales en doce países prioritarios de la Región.
- Capacitación en AIEPI del personal técnico encargado de salud infantil de distintos niveles, en por lo menos las áreas iniciales en cada uno de los doce países prioritarios de la Región.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Desarrollo de un sistema de información, monitoreo y evaluación de actividades nacionales de AIEPI en doce países prioritarios en la Región.

### **Protección de alimentos**

- Organización de programas integrados de protección de alimentos promovidos.
- Redes nacionales y subregionales de laboratorio de higiene de alimentos en América Central, el Caribe y Area Andina desarrolladas.
- Se habrá promovido e introducido el método de HACCP en inspección de alimentos en 20 países de la región.
- Se habrá colaborado con 12 países en la instrumentación y desarrollo de los sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Se habrá promovido la participación social y del sector privado en la protección de la salud mediante la divulgación de la información y educación comunitaria sobre higiene y manipulación de alimentos.

### **Programa de prevención y control de SIDA/ETS**

- Para fines del bienio se habrá reforzado aún más la capacidad de gestión y de planificación de los programas nacionales de prevención y control de SIDA/ETS, a efectos de establecer políticas de salud y normas adecuadas de gestión de programas sanitarios adecuadas.
- Para fines del bienio 1998-1999, los países miembros generarán, utilizarán y proporcionarán información sobre casos de SIDA, vigilancia de la infección por el VIH y ciertas ETS seleccionadas, regular y puntualmente.
- Para fines de 1999 se habrán realizado, analizado y publicado --como referencia de "modelos de prácticas óptimas" en la Región-- un mínimo de tres intervenciones conductuales dirigidas a grupos destinatarios específicos en la Región.
- Para fines del bienio 1998-1999 por lo menos 75% de los países miembros estarán realizando actividades de control de ETS debidamente dirigidas, ya sea en forma independiente o como parte de la prevención de la infección por VIH.
- Para fines del bienio se habrán puesto en práctica y evaluado dos protocolos de modelos de atención de pacientes infectados por el VIH/SIDA.

### **Prevención, control e investigación de enfermedades transmitidas por vectores**

- La Nueva Estrategia Global revisada para el control de la Tuberculosis en los países de la Región, ejecutada y evaluada.
- Planes nacionales para la vigilancia, prevención y control de enfermedades emergentes y re-emergentes, elaborados y evaluados.
- Planes subregionales para la prevención y control del Aedes desarrollados e impacto evaluado.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Política de utilización de medicamentos antimaláricos adaptados a cada área epidemiológica de riesgo definida.

### **Zoonoses, fiebre aftosa y modelos biomédicos**

- Se ha cooperado en el fortalecimiento de los programas de erradicación de la fiebre aftosa en los países del Area Andina y áreas infectadas de Brasil y se habrán mantenido los territorios libres de América del Norte, Centroamérica, el Caribe, las Guyanas, Argentina, Paraguay, Chile y Uruguay.
- Se habrán apoyado los programas nacionales del Area Andina, Centroamérica y Cono Sur para consolidar las estrategias de eliminación de la rabia y a los países del Caribe, Argentina, Chile y Uruguay para mantener su condición libre de la rabia urbana, mediante fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la atención a las personas expuestas y campañas de vacunación masiva de perros
- Se habrá apoyado las iniciativas de los países para desarrollar programas de control y/o erradicación de otras zoonosis y planes para la vigilancia y prevención de zoonosis emergentes y re-emergentes.
- Se habrá apoyado el desarrollo administrativo y técnico de los servicios de salud pública veterinaria y salud animal dentro de los contextos políticos, sociales y económicos, contribuyendo al mejoramiento de los servicios de laboratorio, la enseñanza de la salud pública en las escuelas de medicina veterinaria y programas de conservación y uso racional de animales de laboratorio.

### **Enfermedades no transmisibles**

- Se habrá efectuado un análisis de la situación regional con datos básicos sobre las ENT de importancia crucial para la salud pública (ECV, CaCx, DM, traumatismos), y de la situación de las políticas, planes y programas de prevención y control en cada país.
- Se habrá fortalecido la capacidad para evaluar y dar prioridad a las ENT a nivel nacional y se habrá demostrado dicha capacidad para ciertas enfermedades prioritarias: diabetes, cáncer cervicouterino, ECV y sus factores de riesgo, y traumatismos.
- Se habrán formulado y puesto en práctica proyectos integrados de intervención y demostración en materia de ENT, y se habrá iniciado la evaluación preliminar.
- Se habrá impartido capacitación en colaboración con los organismos asociados (por ej., OMS/Sede, ONG) para fortalecer la capacidad para el análisis de la situación, la planificación y la ejecución de programas de control de ENT, haciendo hincapié en la epidemiología para la toma de decisiones, la formulación de proyectos y el liderazgo.
- Se habrá fomentado la integración de las prácticas de prevención de ENT promovidas dentro de proyectos de intervención en las poblaciones y como parte de la práctica clínica preventiva.

### **Gestión de la división HCP**

- Se habrá suministrado orientación y respaldo de gestión, técnico y administrativo a todos los programas y centros de HCP.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá prestado asistencia, mediante actividades eficaces en materia de recursos humanos, a la ejecución de los proyectos de HCP.
- Se habrán respaldado los objetivos institucionales de la OPS y se habrán respaldado las actividades de HCP.
- Se habrá divulgado ampliamente la información sobre los programas de HCP.

### **Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)**

#### **Operaciones de laboratorio**

- Mejoramiento continuo del servicio de laboratorio del CAREC al CMC para referencia en apoyo de la vigilancia y el control de las enfermedades en la región.
- Se habrá proporcionado liderazgo y apoyo a los laboratorios del CMC para los programas de garantía de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad
- Fuentes de financiamiento para abastecer el laboratorio.
- Vigilancia de las enfermedades emergentes y reemergentes transmitidas por el agua y los alimentos así como por vectores en el CMC, facilitada por el CAREC.
- Se habrá proporcionado apoyo al CMC para reducir la presencia de enfermedades transmitidas por vectores (por ejemplo, la malaria y el dengue).
- Se habrá mejorado el apoyo de laboratorios para el programa de control y vigilancia de VIH/ETS.
- Se habrá mejorado la capacidad de los laboratorios nacionales y regionales para la vigilancia y el control de enfermedades micobacterianas y causadas por hongos, emergentes y reemergentes.
- Se habrá proporcionado apoyo para el mejoramiento de la capacidad nacional y regional de realizar vigilancia de la resistencia a los antibióticos de los patógenos bacterianos emergentes y reemergentes.

#### **VIH/ETS**

- Se habrá establecido una red de personas con capacidad decisoria comprometidas, personas influyentes clave y ONG y organismos de base comunitaria dedicados a la formulación y ejecución de políticas y planes relacionados con ETS/VIH/SIDA.
- Se habrán implantado políticas apropiadas para influir en la atención y el apoyo, la disponibilidad de condones, la educación sexual en las escuelas, etc.
- Se habrá mejorado la capacidad de los países miembros del Caribe de influir en los encargados de formular las políticas para planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de comportamiento.
- Se habrá fortalecido el manejo de casos y el apoyo a los infectados y afectados por el VIH en los países miembros del Caribe.



## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá de disponer de referencia de laboratorio, y servicios de referencia y garantía de calidad.
- Se habrá facilitado el uso de la pericia y colaboración regionales entre las instituciones regionales.
- Se dispone de servicios de información, educación y comunicación.
- Se habrá mantenido la capacidad de CAREC y su Programa Especial de ETS, de movilizar recursos para la prevención y el control del VIH, las ETS y el SIDA.
- Se habrá realizado la capacidad de los países miembros del Caribe y ONG de vigilar y evaluar los programas de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA.
- Se habrán identificado los indicadores de prevención y se habrá propuesto su uso en la región.
- Se habrán presentado los resultados regionales de investigación en conferencias tanto regionales como nacionales.
- Se habrán recomendado las prioridades para la investigación aplicada y operativa para los países y la región.

### **Lepra**

- Se habrá reducido la prevalencia de la lepra en Santa Lucía y Suriname, mientras se mantienen las metas de eliminación en otros países miembros del CAREC.
- Se habrá mantenido la capacidad para la detección precoz, el tratamiento y manejo apropiado de la lepra en los servicios generales de atención de salud de los países miembros del CAREC.

### **Tuberculosis**

- Servicios de laboratorio en apoyo del manejo y la vigilancia sostenidos de enfermedades.
- Se habrá fortalecido la función de promoción de la causa del CAREC de influir en directores de programas y otros con el fin de que utilicen los datos de vigilancia para la gestión y toma de decisiones eficaces.
- Se habrá fortalecido la capacidad de vigilancia epidemiológica y gestión del programa de control de la tuberculosis en los países miembros del CAREC.
- Se habrá conseguido financiamiento extrapresupuestario para las actividades de control de la tuberculosis.

### **Estadísticas de salud**

- Habrá mejorado el registro, procesamiento, análisis y la utilidad de los datos sobre mortalidad al nivel nacional de los países miembros del CAREC.
- Habrá mejorado el registro, procesamiento, análisis y utilidad de los datos sobre el SIDA a niveles nacionales.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Habrá mejorado el registro, procesamiento, análisis y utilidad de los datos sobre las enfermedades transmisibles al nivel nacional de los países miembros del CAREC.
- Habrá mejorado la captación, el procesamiento, análisis y utilidad de los datos sobre egreso de hospitales.

### **Viaje y salud**

- Habrán mejorado y se habrán estandarizado las normas de salud y de higiene en los hoteles y en las operaciones de hospitalidad.
- Se habrá establecido el sistema de vigilancia en hoteles en colaboración con la Asociación Hotelera del Caribe y países miembros de manera que los costos sean recuperables.
- Se habrán establecido alianzas estratégicas con interesados clave en la industria de viajes.
- Se habrá proporcionado información sobre temas de viaje y salud en el Caribe.
- Se habrá realizado investigación sobre temas de viaje y salud.
- Se habrá brindado capacitación a los trabajadores de la industria de hospitalidad para que estén en mejores condiciones de ayudar al desarrollo sostenible del turismo.
- Se habrá proporcionado ayuda técnica para la salud en apoyo de las actividades de turismo ecológico.

### **Administración del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)**

- Se habrá fortalecido la gestión de los recursos financieros del Centro.
- Se habrán mejorado las comunicaciones internas y externas.
- Se habrá realzado la capacidad de utilizar la tecnología apropiada de información para convertir los datos de fuentes internas y externas en información de salud pública y gestión.
- Se habrá mejorado la calidad de las publicaciones y presentaciones gráficas.
- Se habrá mantenido la planta física del CAREC en condiciones de máxima eficiencia operativa.
- Se habrá mantenido en forma eficiente la dirección y coordinación de los servicios de apoyo administrativo.
- Se habrá mantenido en forma eficiente la dirección, coordinación y supervisión de las funciones administrativas.

### **Vigilancia general**

- Se habrán evaluado los sistemas de vigilancia del CMC, dando prioridad a los que cuentan con los sistemas más débiles.
- Se habrá mejorado la vigilancia y respuesta al nivel subregional.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá aumentado la capacidad de vigilancia del CAREC, mejorada mediante el uso de las bases de datos electrónicas internacionales.

### **Formación de recursos humanos**

- Se habrá demostrado actitudes muy positivas hacia el trabajo.
- Se habrá aumentado el conocimiento y la comprensión de las políticas y procedimientos de HR.
- Se habrá logrado eficiencia en las operaciones de administración de personal.
- Se habrán mejorado las competencias críticas para el logro de la misión de la organización.
- Nuevo sistema de evaluación de desempeño

### **Enfermedades no transmisibles y vigilancia de lesiones**

- Se habrán mejorado los datos de morbilidad por medio del Sistema de Vigilancia de Lesiones Basadas en el Hospital en tres CMC.
- Se utilizarán datos para informar y elaborar programas de intervención.
- Se habrán mejorado los programas nacionales existentes de vigilancia y control de lesiones, según lo determinado por las necesidades de los países.
- Se habrán preparado propuestas y buscado financiamiento para actividades relacionadas con la vigilancia de las enfermedades no transmisibles.

### **Gestión estratégica del centro**

- Se habrá establecido un mecanismo colaborativo interinstitucional para el Centro.

Se habrá mejorado la capacidad de elaborar propuestas eficaces de financiamiento para la solución de los problemas de salud nacionales y subregionales.

### **Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)**

#### **Dirección y desarrollo funcional**

- Instituto en pleno funcionamiento.

#### **Protección de alimentos**

- Países con programas integrales de protección de alimentos, con procesos normativos en ejecución, sistemas de inspección modernizados (HACCP), sistemas de vigilancia de las ETA en operación y participación activa de los productores y la comunidad en los programas

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Control de zoonosis**

- Todos los países afectados por la rabia desarrollando programas de control y eliminación de la rabia basados en áreas de riesgo.
- Países con programa organizado de control y erradicación de tuberculosis en base a trabajo coordinado con los productores y profesionales particulares.
- Brotes de zoonosis emergentes controlados

### **Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)**

#### **Cono Sur**

- Pleno funcionamiento de un programa efectivo de prevención de la fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas en toda la subregión.
- Pleno desarrollo de sistemas fuertes y efectivos de vigilancia para la prevención de la fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas con participación social sobre la base del funcionamiento de comités locales.

#### **Area Andina**

- Funcionamiento en todos los países de la subregión de un efectivo, bien distribuido y ágil sistema de atención sanitaria en el campo constituido principalmente por comités locales con amplia participación de productores, veterinarios de la practica privada, otros agentes económicos ligados a las actividades pecuarias así como otras instituciones y sectores, además del Ministerio de Agricultura.
- Funcionamiento efectivo de los programas nacionales y subregionales de control y erradicación de la fiebre aftosa en los países integrantes de la región Andina
- Desarrollo pleno a fines de 1999 de sistemas de vigilancia epidemiológica oportunos y adecuados destinados a detectar en tiempo y forma la presencia de casos de enfermedades vesiculares basados en una amplia participación comunitaria en el nivel local.
- Funcionamiento efectivo de los convenios fronterizos entre los países de la subregión para la prevencion, control y erradicación de la fiebre aftosa.
- Alcanzar una atención diferenciada para pequeños productores

#### **Area Brasil y Amazonas**

- Fortalecimiento de los programas de combate a la fiebre aftosa en las regiones Centro Oeste, Norte, Sudeste y Nordeste
- Desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica destinados a detectar en tiempo y forma los casos de enfermedades vesiculares basados en una amplia participación comunitaria

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Funcionamiento efectivo de los convenios fronterizos en la subregión amazonía como instrumentos estratégicos de creación de nuevas áreas libres
- Atención diferenciada al pequeño productor
- Dar cumplimiento a los mandatos de COHEFA y RIMSA

### **América Central y Caribe**

- Funcionamiento efectivo de programas de prevención de la fiebre aftosa en cada uno de los países de la región
- Desarrollo de fuertes y efectivos sistemas de vigilancia para prevención de la fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas con amplia participación social sobre la base del funcionamiento de comités locales
- Atención diferenciada al pequeño productor

### **Programa especial de vacunas e inmunización (SVI)**

- Habrá mejorado la situación para las políticas relativas a los programas de vacunación.
- Se habrá fortalecido la elaboración de estrategias y la sostenibilidad de los programas de vacunación.
- Se habrán ampliado y mejorado las actividades de vacunación a cargo de los sectores público y privado.
- Apoyo a las actividades de adiestramiento y difusión de información para procurar la prestación más eficaz de los programas de vacunación sostenibles y de alta calidad.
- Definición de los parámetros epidemiológicos y de eficacia en función de los costos para determinar la prioridad de la introducción y utilización de otras vacunas en el programa nacional de vacunación.
- Establecimiento de protocolos para las encuestas que apoyen la sostenibilidad y el mejoramiento de los programas nacionales de vacunación.
- Cadena de frío: mejoramiento del suministro, la logística y los sistemas de mantenimiento.
- Todos los países recogerán y quemarán en forma segura las jeringas desechables usadas.
- Se desecharán en forma segura las jeringas usadas en los servicios de vacunación.

### **Investigación y desarrollo de vacunas (RDV)**

- Fortalecimiento y ampliación de la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad.
- Se habrán desarrollado plenamente las autoridades nacionales de control de los países productores de vacunas y estarán observando las seis funciones: autorización, evaluación clínica, sistema de distribución de lotes, pruebas de lotes, inspecciones sobre las BPF y vigilancia posterior a la comercialización

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Ejecución del programa de certificación de los productores de vacunas.
- Investigación y desarrollo de vacunas: vacunas de polisacáridos contra *Salmonella typhi* y *Streptococcus pneumoniae*, vacunas conjugadas contra *Haemophilus influenzae* tipo b y otras de importancia regional.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACIÓN				
Ubicación	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Cooperación Directa con los Países	19,981,800	20,818,100	26,858,700	10,120,600
Programas Regionales	6,298,600	6,601,200	2,691,300	2,105,200
Centros	10,956,000	11,915,300	10,809,500	9,745,900
<b>TOTAL</b>	<b>37,236,400</b>	<b>39,334,600</b>	<b>40,359,500</b>	<b>21,971,700</b>



# SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

## *Análisis de la Situación*

1. La Oficina de Administración da apoyo administrativo a la Organización tanto en la Sede como en las Oficinas de Campo, por intermedio de sus unidades de la Sede cuyo cometido es la supervisión general y la ejecución de la política administrativa, así como la aplicación de reglamentos, normas y procedimientos estándar en las esferas de personal, finanzas, presupuesto, servicios generales, compras y servicios institucionales de computación. La situación actual se describe para cada uno de los departamentos que dependen de la Oficina de Administración.

### **Presupuesto y Finanzas**

2. Las mejoras relativas a organización y sistemas, efectuadas por el Departamento de Presupuesto y Finanzas durante el bienio 1996-1997, facilitarán el avance hacia un nuevo, y tal vez más incierto, bienio. De fundamental importancia será el fortalecimiento continuo de las funciones de análisis y presentación de informes financieros; mejoras en el sistema FAMIS; y nuevos sistemas automatizados para el seguro de enfermedad del personal y la nómina de sueldos

3. Se sigue planteando a ABF la necesidad de colaborar más activamente con las divisiones técnicas para que incorporen prácticas y principios adecuados de gestión financiera en la planificación y la ejecución de los programas de la OPS. También velará por que los controles internos apropiados y la integridad financiera sigan siendo un elemento esencial de todos los programas, proyectos y operaciones de la OPS. Finalmente, seguiremos analizando todas las actividades y las propuestas de la OPS desde el punto de vista de la eficacia en función de los costos y las innovaciones en la gestión al entrar en una nueva era de incertidumbre presupuestaria.

### **Personal**

4. El Departamento de Personal se encarga de la gestión general de los recursos humanos dentro de la Organización. El Departamento supervisa a 1.100

funcionarios asignados a diversos lugares de destino en el Hemisferio. Además, se ocupa de la administración de los cargos de consultores, asesores temporeros, personal con contratos a corto plazo, profesionales nacionales, personal contratado según las condiciones locales de empleo y otros tipos de mecanismos contractuales.

5. El Departamento de Personal está formado por las siguientes unidades: Sistemas nacionales y Personal profesional. Clasificación de puestos. Servicios generales. Personal a corto plazo y asociado. Operaciones de personal. Desarrollo de personal.

6. Durante el bienio 1998-1999, se llevarán a cabo proyectos especiales dentro de las siguientes áreas:

7. Desarrollo continuo de un sistema de computación completo, integral e integrado.

8. Durante 1997, estará lista una gran parte de la definición de asignaciones, reclutamiento, administración de beneficios, y módulos de adiestramiento del sistema en lo relativo a las personas nombradas de conformidad con el Reglamento del Personal. Durante este bienio, estos módulos se adaptarán para la gestión descentralizada del personal que trabaja de conformidad con las relaciones definidas por las disposiciones del Manual Administrativo de la OPS/OMS.

9. Se desarrollarán continuamente políticas, criterios, prácticas y sistemas destinados a administrar los recursos humanos contratados a nivel nacional para ejecutar actividades especiales de cooperación técnica, así como para la puesta en marcha de proyectos extrapresupuestarios que incluyen a múltiples instituciones internacionales y nacionales.

10. Ampliación del nuevo sistema de evaluación del desempeño:

11. Sobre la base de las pruebas del nuevo sistema, efectuadas en 1997, se ha previsto ampliar la introducción del sistema para 1998, con cobertura plena de todo el personal que estará trabajando con la Organización en 1999.



12. Puesta en práctica del programa modificado de orientación para nuevos funcionarios, asociados y contribuyentes.

13. Examen del nivel de toma de decisiones y de las responsabilidades en la Oficina de Personal.

14. En vista de que varios funcionarios de la Oficina de Personal han previsto jubilarse durante el bienio, además de introducir sistemas nuevos, se emprenderá un examen detallado de los procesos y los procedimientos. La contratación de personal para las vacantes previstas se iniciará un año antes para que la persona que se va a jubilar adiestre durante un lapso mínimo de seis meses a quien va a sustituirla con miras a asegurar una transición sin tropiezos.

#### Servicios Generales

15. El Departamento de Servicios Generales fue creado en octubre de 1996 mediante la fusión de los Departamentos de Conferencia y Servicios Generales y la Oficina de Compras. El nuevo AGS se encarga de prestar los servicios referentes a conferencia, oficinas y locales, traducción y compras, en apoyo de todos los programas de la OPS. El Departamento planifica, coordina y ejecuta las actividades relativas a las reuniones de los Cuerpos Directivos, sus subcomités y otras reuniones celebradas en la Sede, la traducción de una variedad de documentación administrativa, técnica y legal, el mantenimiento y los seguros de los edificios de la OPS y otras propiedades, la prestación de servicios de comunicación y otros relacionados con las oficinas y la compra de bienes y servicios en el mercado mundial. El Jefe del Departamento se encarga también de administrar los fondos asignados para Gastos Generales de Operación, el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y el Fondo de Bienes de Capital, y debe rendir cuentas sobre la gestión de dichos fondos.

16. Estas funciones se distribuyen entre cinco unidades organizacionales de AGS: Conferencia, Edificios, Oficinas, Traducción, y Compras.

17. La función esencial de AGS es facilitar las operaciones de las oficinas de la Sede. Durante el bienio, esta función tendrá que llevarse a cabo con menos recursos que en el pasado. AGS seguirá utilizando los recursos asignados con la máxima atención. Para lograr la eficacia al cumplir este

cometido, AGS debe contar con la buena disposición de todas las unidades organizacionales de la Sede.

18. En general, el Departamento seguirá utilizando contratistas externos y descentralizando los servicios si estas decisiones redundan en la prestación de servicios eficaces y si así lo exigiera la disponibilidad de recursos. Se seguirán examinando constantemente la eficacia de los procedimientos actuales y se harán los cambios necesarios.

19. El costo de los servicios de comunicaciones debe seguir disminuyendo durante el bienio a medida que la competencia aumenta y los servicios ofrecidos se multiplican. En coordinación con ACS se estudiará la factibilidad técnica y económica de instalar un servidor de telefax en la LAN para almacenar y enviar el material de telefax. Este procedimiento debe redundar en ahorros. Asimismo, es necesario estudiar el uso de las comunicaciones de voz a través de la Internet.

20. Es necesario reemplazar los sistemas actuales de aire acondicionado y de calefacción de la Sede. En razón de la naturaleza estacional del uso de estas instalaciones, el lapso de aprobación requerido para este proyecto importante y el largo período necesario para que se entreguen los pedidos de esta clase de equipos, se ha previsto que este proyecto estaría terminado en 1999. El mantenimiento de los edificios anticuados donde funcionan las oficinas de la OPS en todo el Continente seguirá exigiendo mucho tiempo de AGS. En un esfuerzo por generar ingresos para la OPS, ampliaremos el arrendamiento de espacio del techo de la Sede a empresas de comunicaciones personales en el área de Washington D.C.

21. Además de traducir unos cuatro millones de palabras por año, en respuesta a las solicitudes de todas las unidades organizacionales, AGS ha venido generando ingresos para la Organización mediante la concesión de licencias de los programas de traducción automática de la OPS a varias instituciones sin fines de lucro. Se seguirán haciendo esfuerzos para comercializar estos programas entre empresas privadas e individuos y para prestar servicios de traducción por conducto de la Internet. Esto debe dar como resultado una fuente significativa de ingresos para la OPS.

22. En materia de compras, AGS seguirá adquiriendo bienes y servicios en un mercado mundial competitivo para dar apoyo a la Sede, las Oficinas de Campo y los Gobiernos Miembros.

23. Seguiremos llevando a cabo actividades relacionadas con las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo y sus diversos subcomités, así como otras reuniones especiales según sea necesario.

## ***Estrategia de Trabajo***

24. La Oficina de Administración se encarga de planificar, organizar, coordinar y dirigir el Programa administrativo para la Oficina Sanitaria Panamericana, que es la Oficina Regional para las Américas de la OMS;

25. Brinda apoyo administrativo integral tanto para las actividades de la Sede como para las del campo, concretamente para las relativas al apoyo administrativo para los programas.

26. Presta asistencia administrativa y financiera a las Representaciones de la OPS/OMS en los países, participa con el AD en las Reuniones de Evaluación Conjunta, en la transferencia de los PWR, en las reuniones subregionales de los países de Centroamérica, el Caribe, el Cono Sur y el Área Andina; además, ayuda en la elaboración de los Planes de desarrollo administrativo para las Representaciones de la OPS/OMS y el Manual de Procedimientos Administrativos.

27. Responde a las prioridades programáticas establecidas por los Cuerpos Directivos y el Director mediante la prestación del apoyo administrativo necesario a los programas establecidos por las unidades técnicas de la Sede y las oficinas de país y mediante la supervisión de las actividades de apoyo administrativo de la Organización.

28. La ejecución de las responsabilidades de la Oficina de Administración está orientada a dar apoyo administrativo óptimo. Se tomarán medidas sobre programas o problemas individuales de conformidad con las reglas y los procedimientos establecidos, y con las instrucciones de D/DD y en coordinación con todos los niveles y las actividades de la Organización.

29. Uno de los problemas más graves detectados en las Representaciones de la OPS/OMS en el pasado fue el desconocimiento de los procedimientos administrativos adecuados que se observó durante la prestación de servicios de seguimiento, análisis y apoyo administrativo a estas oficinas. En consecuencia, es importante considerar en esta programación, el adiestramiento de los administradores y de su personal de apoyo para mejorar su conocimiento sobre los procedimientos administrativos adecuados. Además, deben establecerse herramientas eficaces de control para facilitar la gestión administrativa y financiera de las Representaciones de la OPS/OMS.

30. Es por eso que proponemos efectuar análisis administrativos periódicos, así como visitas de seguimiento mientras se llevan a cabo actividades relativas a reuniones subregionales, reuniones de evaluación conjunta y transferencias de los PWR.

31. La Oficina de Administración formula políticas para el funcionamiento de los Departamentos de Presupuesto y Finanzas, Personal, Servicios Generales y Apoyo de Gestión e Información.

### **Departamento de Presupuesto y Finanzas**

32. Para hacer frente a los retos mencionados en el Análisis de Situación, ABF se centrará en las siguientes actividades principales en el bienio 1998-1999:

33. Mejoramiento de los sistemas financieros existentes (particularmente del FAMIS) y desarrollo de nuevos sistemas para afinar la rendición de cuentas y aumentar la eficiencia (por ejemplo, seguro de enfermedad del personal, horario y asistencia y nómina de sueldos)

34. Un conjunto más concentrado de análisis financieros que se efectuarán en los principales programas y operaciones de la OPS.

35. Mejoras continuas a nuestra nueva función financiera de presentación de informes.

36. Cierres exactos y oportunos, y opiniones sin reservas sobre los estados financieros.

37. Compromiso renovado con nuestros usuarios, incluido contacto más directo con las Oficinas de Campo

## Departamento de Personal

38. El objetivo general del Departamento de Personal es prestar servicios de apoyo a las unidades, programas y actividades de la Organización, tanto de la Sede como de las oficinas de campo, en las esferas de administración de personal y gestión de recursos humanos.

39. La finalidad de un programa de desarrollo de recursos humanos es brindar apoyo para que la Organización cumpla su misión frente a los países miembros, al contribuir a la formación de competencias fundamentales de todos los funcionarios y al establecimiento de un ambiente de trabajo que favorezca la productividad y donde puedan utilizarse esas competencias para el máximo beneficio de los países. Para que sean eficaces, las acciones del programa deben estar apoyadas internamente por otras iniciativas de desarrollo de recursos humanos y de personal. En vista de la descentralización de las acciones de desarrollo de personal para asignarlas a las diversas unidades de la Organización, y del establecimiento de comités y puntos focales de adiestramiento, la función del Programa de Desarrollo de Personal ha evolucionado para desempeñar, como función primordial, la de asesorar sobre temas de recursos humanos trabajando en colaboración con las unidades. Debido a que el desarrollo del personal es un proceso continuo que incrementa la capacidad de comprender, responder e influir sobre el ambiente en constante proceso de cambio, nosotros debemos seguir dando prioridad a las siguientes esferas del adiestramiento y el

desarrollo: — aptitudes de liderazgo y de gestión — proceso de integración de funcionarios a la Organización o a nuevas responsabilidades para incluir orientación continua e inicial y separación de la Organización — trabajo en equipo en torno a ejes estratégicos — diseño de proyectos a nivel individual y en conglomerado, gestión y evaluación, lo que debe incluir aplicaciones de enfoques alternativos a los problemas abordados por los proyectos — el sistema de evaluación del desempeño — la comunicación y el lenguaje.

40. En 1998, el Programa seguirá fundamentándose en las áreas programáticas decisivas identificadas y desarrolladas en 1997.

41. En colaboración con otras unidades organizacionales se pondrán en práctica estrategias concretas para ejecutar los programas; adiestramiento de adiestradores, cooperación con instituciones de excelencia y aprendizaje a distancia. Se usarán resultados externos para dar aptitudes de vanguardia en áreas programáticas cruciales.

## Departamento de Servicios Generales

42. AGS dará apoyo y asistencia a todas las unidades organizacionales para llevar a cabo y prestar con éxito la cooperación técnica. El Departamento responderá a las solicitudes de apoyo y asistencia según lo establezcan y soliciten las unidades de la Organización, incluidas las oficinas de campo

## Resultados Esperados

1998-1999

- Dirección general de las operaciones de administración financiera y presupuestaria de la OPS, incluida la formulación y la ejecución de los presupuestos; la contabilidad financiera, el análisis y la presentación de informes; y los sistemas del control interno.
- La gestión general de la administración de personal de la OPS, incluida la formulación y la interpretación de las políticas de personal, coordinación de las operaciones de personal y mantenimiento de prácticas y normas uniformes en la Sede y en el campo; coordinación del trabajo de los comités en temas tales como el género, problemas entre el personal y la administración, y la Junta de Apelación.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Contratación del personal en la categoría profesional; buscar candidatos, preparar y actualizar la nómina de candidatos. Formular, recomendar y administrar políticas, criterios y procedimientos para la contratación del personal profesional y de apoyo a nivel nacional. Desarrollar y mantener planes de compensación en la moneda local para uso por los Centros y las Representaciones de la OPS/OMS.
- Administración de los derechos legales, los beneficios, los registros de personal y los sueldos; orientación a los miembros del personal en cuanto a sus derechos y responsabilidades.
- Administración de los estándares para la clasificación de puestos de la OPS y compensación salarial de las Naciones Unidas.
- Utilizar eficazmente los recursos asignados mediante el examen de los procedimientos, manteniéndose al día en los cambios tecnológicos en las esferas de responsabilidad de AGS y adoptando la tecnología y los procedimientos apropiados. Prestar los servicios necesarios para el funcionamiento de las oficinas de manera oportuna y eficaz. Mantener y conservar el edificio de la Sede y los espacios de oficina arrendados.
- Suministrar traducciones de calidad de los documentos técnicos y administrativos en los cuatro idiomas oficiales de la Organización en respuesta a las solicitudes de los Cuerpos Directivos y las oficinas de la Sede. Seguir actualizando y mejorando las versiones para microcomputadoras de los programas de traducción automática. Comercializar y otorgar licencias para autorizar el uso del software a instituciones o personas interesadas.
- Coordinar y ejecutar todas las actividades relacionadas con las reuniones de los Cuerpos Directivos y sus subcomités y otras reuniones según se requiera.
- Adquirir equipo, suministros, y servicios en el mercado mundial en respuesta a solicitudes de la Sede, las Oficinas de Campo y los Gobiernos Miembros. Tramitar el despacho de productos a su destinatario final.
- El proyecto de Auditoría Externa lo establece el Auditor Externo nombrado por los Cuerpos Directivos de la OPS. El Jefe de Administración trabaja en coordinación con el Auditor Externo para facilitar las auditorías y cubrir los costos. El Reglamento Financiero estipula que el Director le asigne al Auditor Externo las instalaciones que pudiera necesitar para cumplir sus responsabilidades.

<b>SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>				
<b>DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS SEGUN UBICACION</b>				
<b>Ubicación</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Dirección Técnica y Administrativa	27,120,500	25,959,200	5,754,200	7,455,900
<b>TOTAL</b>	<b>27,120,500</b>	<b>25,959,200</b>	<b>5,754,200</b>	<b>7,455,900</b>



# ANTIGUA Y BARBUDA

## *Situación de Salud*

1. El censo de población realizado en Antigua y Barbuda en 1991 arrojó 59.355 habitantes, cifra muy inferior a la de 81.000 habitantes estimada a mediados de 1988. Ello obligó a volver a calcular muchos de los indicadores de salud y socioeconómicos, y todo dato que dependa de las características demográficas debe interpretarse con suma cautela. La diferencia en el tamaño de la población no se puede explicar únicamente por la migración. Antigua y Barbuda atraen a muchos inmigrantes de las islas caribeñas vecinas, Estados Unidos y el Reino Unido. El gran aumento de residentes hispanohablantes provenientes de la República Dominicana está comenzando a repercutir sobre el suministro de los servicios sanitarios y educativos. Además, el sector de la salud tiene que formular planes para los jubilados que regresan con enfermedades crónicas. De la población estimada a mediados de 1995 (64.353 habitantes), 31,4% correspondía a personas de menos de 15 años, mientras que los ancianos constituían 8,3% del resto. La esperanza de vida ascendía a 74 años en 1995, año en el cual, además, el número de nacidos vivos registrados aumentó a 1347, tras haber tenido pequeñas oscilaciones (entre 1299 y 1271 nacimientos) en el período 1990-1994. Es así como en 1995 la tasa de natalidad fue de 20,9 por 1000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad, de 7,1 por 1000. Ese mismo año, las causas principales de mortalidad siguieron siendo las neoplasias malignas, las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión y la diabetes. La clasificación elevada (No. 3) en cuanto a signos y síntomas se debe a la mala calidad de la certificación de las causas de defunción en general. Mientras que las defunciones por gastroenteritis son pocas, se produjo un aumento de las debidas al asma.

2. La tasa de mortalidad infantil siguió disminuyendo, llegando a un valor de 17,1 por 1000 sin grandes cambios en la tasa de mortalidad perinatal.

3. Las infecciones respiratorias siguieron siendo la causa principal de ingresos hospitalarios entre las edades de 1 y 4 años. El proyecto piloto de salud de

los adolescentes ha empezado a tratar las necesidades de atención sanitaria de este grupo etario, pero ello debe ampliarse para mejorar la cobertura y lograr una integración con los servicios de otros sectores.

4. Los efectos del fomento de modos de vida sanos siguen fragmentados por causa y sector. Entre los jóvenes se registran niveles elevados de obesidad y abuso de sustancias. Además de tratar la hipertensión y la diabetes, los servicios de salud ahora tienen que encargarse también de las cataratas y el glaucoma de los ancianos. Es necesario formular un programa integral de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y articular una política y un programa para los ancianos.

5. Aun con una notificación deficiente de los casos de enfermedades transmisibles, se reconoce la necesidad de controlar el dengue y las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos. Como el turismo representa 68% del PIB, el país ha cobrado conciencia clara de la necesidad de mejorar las actividades de seguimiento y, lo que es aun más importante, la capacidad de vigilar y administrar las condiciones de salud ambiental. El problema de los efluentes tiene carácter crítico para la capital, St. John's, que no cuenta con alcantarillado, y los hospitales. Se espera que la situación en cuanto a residuos sólidos experimente un mayor alivio con la puesta en práctica del proyecto del Banco Mundial para los desechos de los cruceros y las operaciones en tierra. Deben mejorarse las prácticas relativas a la inocuidad de los alimentos, sobre todo en los hoteles y entre los vendedores ambulantes. Se requerirá el liderazgo del Ministerio de Salud para fomentar la ejecución del plan de salud de los trabajadores dentro del contexto de la diversificación del sector industrial.

6. Entre 1994 y 1995, el PIB de Antigua experimentó un leve aumento, llegando a US\$ 6640. En 1995, la tasa de crecimiento disminuyó a 4,45% como resultado del paso del huracán Luis y de los daños consiguientes. Uno de los aspectos del programa autoimpuesto de ajuste estructural es el cumplimiento de las obligaciones emanadas de la deuda del país, que actualmente ascienden a 21,7% del presupuesto de gastos ordinarios total. El nivel

de matriculación escolar es elevado: en 1996 se matricularon más de 5000 estudiantes en las escuelas secundarias. Por otra parte, el gobierno está tratando de solucionar el déficit de 6000 unidades habitacionales mediante un importante proyecto de vivienda económica y reduciendo el porcentaje del total que se exige para las hipotecas.

7. Mejoramiento de locales, incluida la construcción de un nuevo establecimiento hospitalario y policlínico y un centro de rehabilitación para toxicómanos; mejoramiento del proceso de planificación sanitaria; adiestramiento de recursos humanos; mejoramiento del sistema de eliminación de desechos; mejoramiento de los programas de salud comunitarios; hipertensión, cánceres de cuello uterino, mama y próstata, abuso de sustancias y SIDA; reorganización para descentralizar la autoridad de los hospitales mediante la creación de una junta directiva y el cambio de la función del núcleo central del Ministerio de Salud.

8. Entre los rubros para la cooperación técnica cabe mencionar los siguientes: adiestramiento de recursos humanos; establecimiento de capacidad para administrar y planificar los servicios sanitarios; aplicación de estrategias de promoción de la salud en todos los programas; perfeccionamiento de la gestión de la unidad de salud ambiental y los programas para mejorar las prácticas de inocuidad de los alimentos, el tratamiento del agua y las aguas residuales, el control de los mosquitos mediante la reducción de las fuentes correspondientes, y el tratamiento de los residuos sólidos; mejor capacidad de gestión para el control de ciertos problemas, por ejemplo, diabetes, SIDA, salud mental, abuso de drogas, cáncer de cuello uterino, asma.

9. La cooperación de la OPS se concentrará en 3 aspectos: 1) prevención y control de los problemas de salud crónicos prioritarios; 2) salud ambiental, concretamente aumentando la capacidad para administrar la unidad y los programas para el control del *Aedes*, la protección alimentaria y el tratamiento de las aguas residuales; 3) organización y gestión de los servicios sanitarios, desarrollando aptitudes para la planificación y la gestión de la información, la informática sanitaria y el mejoramiento de la calidad.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

10. Mejorar los sistemas de información sanitaria; mejorar el enfoque de equipo en los servicios comunitarios; establecer sistemas de organización y administración descentralizados; adiestrar recursos humanos; aumentar la capacidad para efectuar el seguimiento de las condiciones de salud ambiental; elaborar programas para el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y para los ancianos y los jóvenes.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

11. Los métodos funcionales con los que la OPS/OMS brindará cooperación técnica serán la elaboración de políticas, planes y normas, la difusión de información y el adiestramiento y la investigación.

12. Sistemas y servicios de salud: para ayudar al país a brindar un servicio sanitario más eficiente y eficaz, se llevarán a cabo distintas actividades de adiestramiento. Se realizarán talleres y seminarios para los trabajadores de salud, a fin de formar equipos sanitarios y estructurar los sistemas de salud locales. Se movilizarán recursos mediante el programa de becas de la OPS para el adiestramiento en el extranjero del personal de salud pertinente, en respaldo del sistema sanitario a nivel de distrito.

13. El adiestramiento ulterior en cuanto al empleo del marco lógico como herramienta de elaboración de proyectos, para potenciar la capacidad de planificación y gestión, se impartirá a los niveles local y subregional. La creación de capacidad en apoyo del sistema de información sanitaria se realizará mediante cursos de perfeccionamiento en el país y actividades de adiestramiento a nivel local.

14. Salud mental: se movilizarán recursos para poner en práctica las recomendaciones de la evaluación de los servicios de salud mental y actualizar la legislación correspondiente. Se ofrecerá asesoramiento técnico para actualizar y ampliar este servicio con base en las recomendaciones.

15. Promoción de la salud: se promoverá el método de la promoción de la salud mediante una consulta nacional con los representantes de distintos sectores, en un taller que será seguido por varios seminarios para poder educar ante todo a los trabajadores sanitarios en cuanto a dicha promoción. Se elaborará un programa de estudios sobre salud y educación para la vida familiar, a nivel escolar secundario, para introducirlo en las escuelas con ayuda del educador sanitario, y se movilizarán recursos para satisfacer las necesidades de personal que se determinen al respecto. Se proporcionará ayuda técnica para establecer un registro sobre cáncer y, para enseñar a utilizarlo, se impartirá adiestramiento en el país. Se brindará apoyo técnico para la consulta nacional y el empleo de los medios de comunicación en la promoción de la salud.

16. Salud ambiental: en este campo se explotará el vínculo entre el turismo y la salud, fomentando para

ello las actividades intersectoriales. Se facilitarán recursos para el adiestramiento en el extranjero de los miembros del personal que se deban capacitar en los distintos temas relativos a la unidad de salud ambiental y la elaboración de manuales de operaciones. Se impartirá adiestramiento en el país y se brindará asistencia técnica para la movilización social en pro de la lucha antivectorial.

17. Salud maternoinfantil: se proporcionarán asistencia técnica y recursos para poner en práctica las recomendaciones basadas en el estudio sobre mortalidad y morbilidad perinatales. Desarrollo y utilización del protocolo de IRA/asma, mediante talleres breves. Se proporcionará asistencia técnica para el PAI y el desarrollo de los servicios de salud de los adolescentes.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Prevención y control de enfermedades**

- Se habrá fortalecido el programa de salud mental.
- Se habrá brindado apoyo a la gestión del PAI y de los programas de SMI.
- Habrá mejorado la programación.
- Habrá mejorado la capacidad de programación y gestión para enfermedades crónicas.

### **Salud ambiental**

- Habrá aumentado la capacidad para administrar el programa de salud ambiental.
- Se habrá efectuado un seguimiento del programa de control de insectos vectores y aumentado la capacidad correspondiente.
- Habrá aumentado la capacidad para la vigilancia de las ETA y los programas de seguimiento afines.

### **Organización y gestión sanitaria**

- Habrá aumentado la capacidad para la planificación y la administración de los servicios de salud.
- Se habrá elaborado un plan de recursos humanos y se habrá dado inicio al adiestramiento correspondiente.



**Resultados Esperados****1998-1999**

- Capacidad mejorada para mantener el software de sistemas de información sanitaria.
- Se habrá evaluado el programa de mejoramiento de la calidad.

<b>ANTIGUA Y BARBUDA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	119,800	106,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	44,700	0	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	18,200	38,700	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	38,000	16,300	0
<b>TOTAL</b>	<b>182,700</b>	<b>182,700</b>	<b>16,300</b>	<b>0</b>

# ARGENTINA

---

## *Situación de Salud*

1. La República Argentina es un estado democrático y federal, constituido por 23 provincias y la Capital Federal. Estas unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población.

2. Aspectos Demográficos: Argentina tiene una población estimada para 1996 de 35.219.612 habitantes, según proyecciones a partir del censo de 1991, con un incremento vegetativo de 1.5% anual. La población urbana se estima en un 86% y la gran mayoría se concentra en siete centros urbanos. La distribución por edades muestra una tendencia de crecimiento en la población de 60 años y más.

3. Indicadores del Estado de Salud: La disminución de la mortalidad infantil y de la tasa de mortalidad general en el período 1980-1995 contribuyeron a elevar la esperanza de vida al nacer que para 1996 se estimó en 69,55 años para los hombres y 75,59 para las mujeres.

4. El análisis de las causas de defunción entre 1980 y 1995 muestra el progresivo aumento de la participación porcentual de las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular.

5. La muerte por homicidios muestra un incremento importante entre los 15 y 49 años.

6. Existe preocupación por el aumento de casos de alcoholismo, drogadicción y accidentes en los adolescentes y adultos jóvenes. Ha aumentado la incidencia del SIDA.

7. Las Enfermedades Inmunoprevenibles se encuentran en general en un descenso progresivo pero con importantes diferencias interprovinciales.

8. El Cólera, que afecta fundamentalmente las provincias de Salta y Jujuy, ha experimentado una disminución. La notificación de diarreas se triplicó y

muestra mayor incidencia en las provincias del Nordeste.

9. La enfermedad de Chagas sigue siendo la mayor endemia del país, aunque su prevalencia serológica sigue disminuyendo.

10. La Malaria se encuentra principalmente en el Nordeste argentino con cifras aproximadas a los 2.000 casos la mayoría de ellos importados de Bolivia.

11. Se han detectado focos de Leptospirosis y Hantavirus en diferentes puntos del país. Desde 1981 hasta inicios del 97 se presentaron 81 casos de Hanta virus, siendo el 48,1% durante el año 96. La mayor parte de los casos fueron en las provincias de Río Negro y Salta.

12. La tuberculosis se muestra en ascenso en los últimos años con incremento también de la resistencia medicamentosa.

13. Los accidentes siguen en el cuarto lugar como causa de muerte para todas las edades. Los hombres están afectados 4 veces más que las mujeres.

14. Las condiciones ambientales son deficientes en áreas urbanas marginales y en regiones que presentan acelerado desarrollo económico. Existen territorios con gran presión antrópica sobre los ecosistemas forestales provocando erosión significativa y depósitos de sedimentos en la cuenca del Río de la Plata. Se reconoce un creciente deterioro de los recursos hídricos y del medio ambiente en general. Se estima que el 70% de los agentes contaminantes del aire provienen de fuentes móviles. La presencia de casos de intoxicaciones, inundaciones son factores de riesgo que afectan a los ciudadanos.

15. Con referencia al saneamiento básico, en especial al suministro de agua potable, los valores totales indican, con referencia al Censo de 1991, que 66% de la población argentina cuenta con servicios de redes públicas de agua, existiendo gran disparidad entre las provincias. Considerando las mismas referencias, 36% de la población está siendo servida por redes de alcantarillado e igualmente, existen grandes diferencias entre ciudades.

16. En cuanto a la protección de los recursos hídricos hay importante déficit de tratamiento de los efluentes cloacales. En valores promedio, el 10% de los desagües cloacales recogidos son tratados antes de ser descartados. La Argentina viene presentando un déficit de vivienda que va creciendo progresivamente.

17. A partir de 1989, después de un período de consolidación del sistema democrático restaurado en 1983, se inició un componente de cambios estructurales en la economía y en el Estado. El ajuste fiscal y el plan de convertibilidad de la moneda nacional permitieron logros positivos como el control de la inflación, estabilidad de los indicadores macroeconómicos y reactivación de la economía.

18. Persisten problemas estructurales, entre los cuales se destacan: el crecimiento de núcleos de pobreza crítica; la caída del empleo formal; la baja eficiencia, eficacia y equidad del gasto público social y la reducción de la cobertura de las prestaciones públicas.

19. Problemas Principales: Para una mejor comprensión de lo que sucede en el contexto de las transformaciones en salud en Argentina, en las cuales se inserta la CT de OPS/OMS, es necesario tener claro que las actuales autoridades nacionales de salud cumplen 5 años de vigencia en la conducción del sector, y que por lo tanto, desde 1992 están impulsando gradualmente un proyecto de cambio con direccionalidad bien definida, cuyas características fundamentales no se han alterado. En ese sentido se profundizan las mismas políticas, prioridades y estrategias, inclusive para la CT de OPS/OMS

20. La promulgación del Decreto Presidencial No. 1269/92 que fija las grandes políticas nacionales de salud plantean como líneas fundamentales:

21. "El derecho a la salud para la población con la meta de salud para todos basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad". A fin de asegurar el derecho a la salud para todos, el Estado viene adoptando como estrategia un rol protagónico y de liderazgo buscando potenciar sus recursos para reorganizar el sector. El Ministerio participa en las Cumbres Internacionales y ha puesto énfasis en el cumplimiento de las recomendaciones

resultantes de ellas. En ese sentido también se impulsa la reforma de la Seguridad Social.

22. "El mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica". Para mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, se está llevando a cabo una serie de medidas destinadas a transformar el sistema de atención médica hacia un modelo que prioriza la protección de la salud de todos a un menor costo. De tal proceso han surgido el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y el Programa de Hospitales de Autogestión, medidas que redefinen el funcionamiento de los servicios públicos de atención médica. De modo adicional, para viabilizar la recuperación de la infraestructura del sector público, están siendo movilizados recursos extrapresupuestarios, a través de préstamos y proyectos con el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo para implementar actividades en las provincias, municipios y área deprimidas. Los esfuerzos realizados en el área de Recursos Humanos abarcan aspectos variados de los distintos niveles de la formación y utilización de los recursos humanos en salud. Se está impulsando medidas para consolidar proyectos de regulación y control que requieren de procesos de concertación interinstitucional e interjurisdiccional a través de Comisiones Interinstitucionales. Dentro de los proyectos de regulación surgen como necesidad la búsqueda consensuada de los aspectos relacionados con la acreditación de especialidades, la certificación y recertificación de los profesionales, la homologación de títulos y los acuerdos interinstitucionales requeridos para el rediseño de programas académicos y de educación en servicios.

23. "El fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud bajo criterios de focalización poblacional". Se ha priorizado la promoción y protección por medio de las acciones e intervenciones colectivas del tipo epidemiológico y preventivo, resaltando en particular el análisis de datos sobre las patologías prevalentes y los programas y campañas de inmunización. Se ha puesto mayor interés en la denuncia de casos a través de mecanismos locales que posteriormente se elevan a niveles superiores, provinciales y nacionales. El rol del Ministerio de Salud de la Nación está orientada a negociación intersectorial, establecimiento de las políticas públicas y marcos legales, monitoreo, pueden destacar los programas de erradicación de Polio, Sarampión y Tétanos

Neonatal, los de combate y eliminación como en Cólera y Chagas, el programa contra el SIDA y las acciones en maternidad e infancia como estrategias relevantes en este sentido. En lo que respecta al medio ambiente se está desarrollando actividades en promoción y prevención en cuanto a calidad del aire, salud del trabajador, epidemiología ambiental, plaguicidas, residuos, saneamiento básico con énfasis en el abatimiento de arsénico para el abastecimiento de agua a poblaciones dispersas, en áreas de Hidroarsenicismo Crónico endémico. También se pone énfasis a la evaluación de riesgos ambientales para la salud. A nivel provincial y municipal, diversas instituciones comparten la responsabilidad de proteger el medio ambiente y existen más de mil organizaciones no gubernamentales y comunitarias que trabajan por la protección de ecosistemas y/o realizan gestiones de servicios para las poblaciones respectivas.

24. "La redefinición y reorientación del papel del sector salud del Estado con función de los procesos de federalización descentralización". En cuanto a la restructuración del sector hacia la federalización y la descentralización, el Ministerio de Salud ha procedido efectivamente a transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción, cancelando así, después de varios quinquenios, todo un ciclo histórico de responsabilidad directa del Estado. El papel del Ministerio de Salud de la Nación se ve transformado cada vez más en uno de planificación y evaluación central. Esto se ha logrado por medio de la mejora de las áreas de planificación, estadísticas, análisis de información, bancos de datos, informatización de los sistemas y comunicaciones entre las provincias y la Nación. Consta mencionar el rediseño del Ministerio de Salud, los concursos para directivos, la mejora de los sueldos ejecutivos, la articulación y operación con el COFESA y por último el fortalecimiento del rol de control cuya expresión máxima es la creación de la ANMAT

25. Prioridades Nacionales de Salud: Las prioridades nacionales de salud en los últimos años se encuentran intrínsecamente ligadas a las Políticas sustantivas e Instrumentales del Gobierno y destacan el fortalecimiento de la política y acción del Ministerio de Salud con un plan que reafirma:

26. La importancia de promover e incluir los aspectos de salud en la agenda política de la sociedad y de los demás órganos de gobierno con la finalidad

de rescatar el valor de la misma y la credibilidad del sector;

27. La necesidad de reorientar el modelo de atención médica vigente hacia la eficiencia, eficacia y calidad de la misma, para volcarlo a las acciones preventivas, lo cual permitiría mayor disponibilidad de los recursos financieros destinados a la promoción y prevención de la salud;

28. La preocupación en concertar acciones y recursos en programas prioritarios de promoción y protección de la salud con el objetivo de optimizar el impacto socio-sanitario sobre la morbilidad, mortalidad y la calidad de vida de la población;

29. La urgencia de concretar la reforma, reestructuración y modernización del Ministerio de Salud de la Nación, redefinir su misión y funciones de modo que pueda cumplir eficientemente su rol de órgano rector del sector en el país.

30. La Cooperación Técnica en general: La estabilidad económica del país ha creado las condiciones básicas para que el Estado Argentino pueda disponer de recursos financieros previsibles y por lo tanto recuperar su capacidad de elaboración de presupuesto, planificación, programación e inversión.

31. Tales hechos repercuten de inmediato sobre las formas de relación con la Cooperación Técnica internacional en general y con la OPS en particular, en la medida que viabilizan la valoración de los principios de complementariedad y de mediano plazo de la Cooperación Técnica, permitiendo la superación de las tradicionales prácticas de la asistencia técnica.

32. En este nuevo marco el gobierno adopta la estrategia de movilizar la Cooperación Internacional de las Agencias multilaterales y bilaterales con capacidad de financiamiento para la realización de proyectos de inversión, reservando para la OPS el ámbito de la Cooperación Técnica propiamente dicha.

33. En cuanto a los proyectos de inversión, tres son financiados por el Banco Mundial: Proyecto Materno Infantil y Nutrición (PROMIN); Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL); Proyecto de Recursos de Obras Sociales. de la Infraestructura de la Salud.

34. La Cooperación Técnica de OPS/OMS: En lo que respecta a la Cooperación Técnica de OPS, se puede detectar un cambio sustantivo en el rol y en el estilo de la misma con relación al que se realizaba en años anteriores, tanto en lo político como en lo técnico. De una Cooperación Técnica orientada hacia la promoción e implementación de proyectos de desarrollo en el ámbito interno del país destinados a demandas nacionales indiscriminadas, las autoridades sanitarias plantean una Cooperación Técnica enfocada a potencializar proyectos estratégicos para fortalecer el rol rector del nivel central del sistema de salud y a movilizar su integración en el escenario regional e internacional.

35. Con relación al fortalecimiento del nivel central queda claro que se prioriza las áreas de Regulación y control, Difusión del Conocimiento e Información Científica Técnica, Sistemas de Monitoreo para la Gestión y Recursos Humanos Estratégicos.

36. En el rol de articulación intersectorial, se debe regular las áreas de Salud Ambiental, Salud del Trabajador y la descentralización Nación/Provincia.

37. En cuanto a la integración regional e internacional del Ministerio de Salud, se estimula el protagonismo político y la contribución técnica de Argentina en los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS y en las iniciativas del INCOSUR y MERCOSUR.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

38. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; Hospital Público de Autogestión; Recursos Humanos; Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos (ETS y SIDA); Programa de Salud Materno Infantil; Promoción y protección de la Salud; Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles; Programa Nacional de Vacunaciones; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; Enfermedades Emergentes y re-emergentes; Prevención y Control de Enfermedades Crónicas; Salud, Mujer y Desarrollo.; Desarrollo de Institutos Nacionales de Investigación, docencia y producción.(ANLIS); Análisis de Información y Estadísticas de Salud; Emergencias Sanitarias; Organismos Descentralizados: ANSSAL, ANMAT,

INCUCAI; Salud y Medio Ambiente; Integración Técnica Horizontal e Integración Subregional; Promoción del Desarrollo Humano y Social; Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud de la Nación.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

39. Considerando los antecedentes señalados, la Estrategia de la Cooperación Técnica para el bienio 98/99 tiene que ser necesariamente replanteado en su perfil para ser coherente con las propuestas manifestadas reiteradamente por las autoridades argentinas a los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS en estos últimos años, a saber:

40. Reconocimiento y fortalecimiento del rol internacional de la OPS/OMS, especialmente en lo que se refiere a sus misiones de: valorización, acreditación, validación y referencia de estándares y normas internacionales (rol normatizador); foro neutral de resolución de asuntos internacionales (rol coordinador); recopilación y manejo de información confiable; memoria internacional e institucional (rol codificador); movilización de la CT internacional y de la "expertise" técnica en salud (rol cooperador). Se percibe un nítido énfasis en reorientar la acción de la Organización más para un espacio internacional, regional y subregional (transfrontera) que para el espacio nacional (intrafrontera), teniendo como objeto principal las relaciones socio-económicas e internacionales de la salud y no tanto la cooperación técnica volcada al emprendimiento de proyectos internos de desarrollo socio-sanitario. Tal política conlleva a un destaque del rol de negociación político-diplomático de la CT de OPS/OMS en lo general y de la Representación de país en lo particular (movilización de recursos financieros, políticos, de información e institucionales);

41. Promoción y potencialización de las respuestas nacionales en salud, mediante el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud a través del cual deben fluir todos los esfuerzos de la CT internacional en salud. ( desarrollo de políticas, planes y normas);

42. Focalización y concentración de la CT internacional en áreas prioritarias bien delimitadas para evitar dispersión y aumentar el impacto de las respuestas a corto y mediano plazo, reservándose

para la OPS/OMS la diseminación de la información científico técnica (diseminación de la información), la mejoría de la gestión de los servicios de salud (adiestramiento) y la prevención y control de las enfermedades emergentes (promoción de la investigación y movilización de recursos institucionales y recursos humanos);

43. Reformulación y modernización de la gestión de la CT de OPS/OMS, tanto a nivel de la Sede como de la Representación de país, con vistas a racionalizar eficientemente la utilización de recursos y mejorar la capacidad de respuesta en oportunidad y calidad, mediante la movilización de la mejor expertise técnica disponible, internacional y/o nacional para la solución de problemas específicos (movilización de recursos institucionales y de información). - Énfasis en el concepto de que Argentina es considerado país desarrollado en el sistema de la CT internacional y que por lo tanto necesita de CT en aspectos puntuales y estratégicos de desarrollo técnico científico (desarrollo de políticas, planes y normas).

44. En este marco la CT de OPS para el bienio 98/99 deberá en definitiva disminuir el estímulo a proyectos diseminados por el país para enfocar y concentrarse en el apoyo al desarrollo y fortalecimiento institucional del nivel central en

intenso proceso de reforma estructural. Con este enfoque el énfasis de la Cooperación Técnica de OPS estará dirigido hacia la movilización de recursos (políticos, financieros e institucionales) y el intercambio de expertos con reconocimiento nacional e internacional (movilización de recursos humanos), la transferencia de tecnología (promoción de la investigación), la difusión de conocimiento (diseminación de la información), el desarrollo de recursos humanos estratégicos (adiestramiento), el apoyo para la formulación de planes, programas y normas de carácter global, todos dirigidos hacia los temas y proyectos considerados estratégicos para el país.

45. En particular el Ministerio de Salud pretende desarrollar y fortalecer el apoyo estratégico en los temas de: Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud y Acción Social; Integración subregional y de cooperación técnica horizontal entre los países de la Iniciativa del Cono Sur y del MERCOSUR; Administración del conocimiento y diseminación de la información científica y técnica; Análisis de tendencias y vigilancia de la salud; Desarrollo de los servicios de salud; Control de biológicos, medicamentos y alimentos; Desarrollo de los recursos humanos; Promoción de la salud; Medio ambiente; La prevención y control de las enfermedades emergentes.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Salud y desarrollo**

- Estrategia en curso para el desarrollo de políticas y planes que tiendan a promover la equidad, la mejoría en las condiciones de vida de la población y el monitoreo del impacto de estas acciones.
- Plan de trabajo en curso para el desarrollo conceptual, científico, político, legal e institucional del proceso de desarrollo y transferencia de tecnología en salud.
- Implementación en curso de propuestas elaboradas, tendientes al fortalecimiento de la participación de la mujer y a iniciativas para solución de problemas de salud y condiciones discriminatorias de la mujer en la sociedad.
- Plan de desarrollo de investigaciones en salud en curso.
- Plan de fortalecimiento de la Bioética en curso.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Estructuración de la cooperación técnica con la conducción nacional de salud**

- Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud en el proceso de desarrollo e implementación de las Políticas Nacionales en Salud.
- Cumplimiento de las metas y acuerdos fijados en el marco de los Convenios e Iniciativas Regionales y Subregionales establecidos.
- Fortalecimiento de las iniciativas Interagenciales en el marco de la Cooperación Técnica global en Argentina.
- Desarrollo de la Administración de la Representación local para soporte de la gestión de los Proyectos de Cooperación Técnica.

### **Vigilancia de la salud**

- Grupos de análisis de información y de tendencias funcionando a nivel nacional y provincial.
- Plan de implementación de la CIE-10 y fortalecimiento del Sistema de Estadísticas Vitales en curso.
- Implementación de Sistema de Información en Salud en curso en la PWR.
- Plan para desarrollo de la competencia nacional en Epidemiología en curso.
- Plan de desarrollo de mapas geográficos sobre los principales problemas de salud del país en curso.

### **Integración regional de la cooperación técnica**

- Sistema de Análisis, formulación, gestión y evaluación de proyectos bilaterales y multilaterales de CT y/o de inversión en proceso de institucionalización
- Proceso de armonización de políticas, legislación, reglamentación y normas relacionadas con salud en el ámbito del Mercosur en curso.
- Propuestas de proyectos bilaterales en área de control de vectores y enfermedades emergentes y reemergentes en curso.

### **Desarrollo de servicios de salud**

- Elaboración de metodología para evaluar y monitorear la equidad, eficiencia y calidad de la gestión de los servicios de salud en sus múltiples modalidades y redes.
- Fortalecimiento del rol coordinador del COFESA y de la cooperación técnica entre Nación y Provincias.
- Establecimiento de redes nacionales de centros de excelencia para la formación y capacitación de líderes en organización y administración de servicios de salud.
- Fortalecimiento institucional del modelo de Hospital Público de Autogestión y otras modalidades innovativas de organización y administración de servicios de salud.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Establecidos instrumentos y sistemas operacionales para la interiorización de las acciones de manejo multisectorial de Emergencias y Desastres, en especial planes de prevención, con énfasis en la minimización de la vulnerabilidad de poblaciones urbanas.

### **Calidad en salud**

- Elaboración del marco reglamentario e institucional del área de Regulación y Control de Tecnología de la ANMAT.
- Desarrollo del Programa de Capacitación Internacional de la ANMAT.
- Fortalecimiento institucional del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

### **Desarrollo de recursos humanos**

- Desarrollo consensuado de los marcos regulatorios de la formación, la gestión y el desarrollo de los recursos humanos del país.
- Procesos de Educación Permanente y de Gestión implementados.
- Planes y programas de formación de personal actualizados a nivel de pre y posgrado y en procesos de capacitación en servicios.
- Evaluadas las políticas, estrategias y metodologías para el desarrollo de la enfermería a nivel nacional.
- Sistema de Información de Recursos Humanos en Salud implementado.

### **Promoción de la salud**

- Revisadas y formuladas políticas y programas intersectoriales, destinadas a promover la mejoría de las condiciones de salud y la calidad de vida.
- Revisadas las propuestas de Escuelas Generadoras en Salud y aplicándose alguna de ellas en las distintas jurisdicciones.
- Proyectos de Comunidades Seguras/Saludables desarrollándose en algunas jurisdicciones del país.
- Concluido plan de desarrollo institucional para la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y para la actuación del Ministerio de Salud en el tema.

### **Salud y ambiente**

- Concluidos estudios y elaborado documento con orientación general para regulación de actividades en saneamiento básico.
- Fortalecimiento de la gestión integrada de residuos sólidos municipales y de la visión ambiental del tema, en su vinculación con salud y el desarrollo.



## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Concluida la evaluación del monitoreo de la calidad del aire en cinco ciudades de la Argentina y ofrecidas informaciones básicas para la formulación de planes locales de calidad del aire.
- Concluidas propuestas para plan de seguridad de las sustancias químicas, a partir del Perfil Nacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, y establecidos lineamientos básicos con recomendaciones para el manejo ambiental y minimización de residuos de industrias textiles y de curtiembres.
- Fortalecimiento del Ministerio de Salud y otros órganos gubernamentales y ONG en la actuación multisectorial en salud y ambiente, con énfasis en atención primaria ambiental y municipios saludables.

### **Prevención y control de enfermedades transmisibles**

- Estrategia para fortalecimiento y ampliación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en curso.
- Plan coordinado para la erradicación o eliminación de: Tétanos neonatal, Sarampión, Difteria, Lepra, Rabia Humana y Chagas, en implementación a nivel nacional.
- Plan integrado de refuerzo a programas de control y prevención de enfermedades transmisibles, focalizadas en problemas, zonas y grupos prioritarios, en implementación, desde el nivel Nacional.
- Estrategia en curso para refuerzo de la capacidad institucional del Programa Nacional de SIDA y ETS y mejoría en la coordinación de actividades con otras organizaciones del país.

### **Salud materno infantil**

- Procesos de monitoreo y evaluación diseñados y en implementación para la vigilancia del cumplimiento del avance de la metas trazadas para la reducción de la mortalidad materna.
- Capacidad operativa y técnico-política de los niveles jurisdiccionales mejorada en los componentes del Programa Materno Infantil.
- Definidas estrategias para la incorporación de nuevos contenidos de perinatología en el 50% de los Programas educativos de pediatría.
- Normas nacionales de Atención Integral del Adolescente en proceso de aplicación
- Plan Nacional de Nutrición implementado a nivel nacional.

### **Prevención y control de enfermedades crónicas**

- Diseño, prueba y puesta en marcha de propuesta para fortalecimiento de capacidad nacional y provincial para medición y evaluación de la presencia de factores de riesgo en poblaciones específicas de hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo y diabetes, así como la incidencia de cáncer uterino y mamario en la mujer.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Diseño y puesta en marcha de un programa nacional para reconvertir y capacitar equipos de salud en el nivel primario, que propicien la atención integral de las ECNT y el uso de una red nacional de derivación para el tratamiento oportuno e integral de los problemas detectados mediante centros nacionales de excelencia de servicios integrados, unidos por convenio a centros académicos.
- Diseño y puesta en marcha de un programa nacional de comunicación social que tenga en cuenta la diversidad de los grupos poblacionales para estimular comportamientos saludables, uso de servicios de detección precoz y participación del individuo y la familia en servicios de autocuidado y uso de redes sociales para el seguimiento y control de ECNT.
- Diseño y puesta en marcha de mecanismos legislativos y económicos, orientados a estimular las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de las ECNT en las redes de servicios de salud y las redes comunitarias.
- Diseño y puesta en marcha de mecanismos de concertación intrasectorial e intersectorial para favorecer la puesta en marcha de políticas, planes y programas que favorezcan las estrategias y proyectos relacionados con el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

**Información científico-técnica en salud**

- Migración tecnológica de redes convencionales de información hacia redes electrónicas de información hipertextuales completada.
- Plan de fortalecimiento para la difusión de información pública y comunicación en salud implementado.

<b>ARGENTINA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	2,663,700	3,082,000	476,400	13,500
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,895,500	1,615,600	13,500	0
Promoción y Protección de la Salud	142,900	193,400	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	540,100	573,700	7,400	0
Prevención y Control de Enfermedades	281,300	222,800	30,100	0
<b>TOTAL</b>	<b>5,523,500</b>	<b>5,687,500</b>	<b>527,400</b>	<b>13,500</b>



## *Situación de Salud*

1. Se estima que en 1995 la población de las Bahamas ascendía a 278.411 habitantes. Cerca de un tercio de la población tiene menos de 15 años de edad y alrededor de 5%, más de 65. Entre 1980 y 1990, la población creció a un ritmo anual de 1,97%, al tiempo que el crecimiento urbano fue de 2,35%.

2. La población sigue presentando mejoras en muchos aspectos de la salud. La esperanza de vida al nacer aumentó en forma sostenida, pasando de alrededor de 60 años a principios de los años cincuenta a cerca de 73 a principios de los noventa, correspondiendo una esperanza de 76 años para las mujeres y de 69 para los varones. En 1995, la tasa bruta de mortalidad fue de 5,7 por 1.000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad de lactantes ascendió a 22,5 por 1.000 nacidos vivos, estimándose asimismo que el nivel de fecundidad total fue igual a 2,43%.

3. Las causas principales de mortalidad y de admisión a los hospitales se relacionan con enfermedades que se pueden prevenir en gran medida cambiando el modo de vida. La hipertensión, la diabetes, los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer ocasionan cerca de 45% de las defunciones que se registran en el país. La causa principal de defunción la constituyen las enfermedades cardíacas, cuya tasa de mortalidad ascendió a 102,9 por 1.000 habitantes en 1995. La Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición de 1988/98 confirmó que, por su prevalencia, la obesidad (48,6%), la diabetes (11%) y la hipertensión (13%) constituyen problemas graves de salud pública. Se formuló un plan nacional trienal de acción para la nutrición, y se está ultimando una política sobre alimentación y nutrición. Asimismo, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente le ha asignado gran prioridad a la promoción de hábitos de salud adecuados, incluidas la buena nutrición y la práctica periódica de ejercicios; ello constituye la estrategia principal para prevenir las enfermedades antedichas y reducir sus efectos. Además, el Ministerio estableció un servicio de promoción de la salud para complementar las actividades del Servicio de Educación Sanitaria, y destacó un funcionario de educación sanitaria en la oficina de la OPS para facilitar la puesta en práctica de las actividades de

promoción de la salud. El Ministerio también determinó que la nutrición y las enfermedades crónicas, la inocuidad de los alimentos, el embarazo de las adolescentes, el SIDA y las ETS, el abuso de drogas, el alcoholismo, el abuso de otras sustancias y la violencia son asuntos cuya atención tiene carácter prioritario. Se designó a los adolescentes como destinatarios de las estrategias de intervención, y se ha solicitado a la OPS que coopere en la identificación de deficiencias en la prestación de programas dirigidos a los jóvenes, la elaboración de un programa integrado y el lanzamiento de una iniciativa de "Escuelas saludables".

4. En cuanto a la nutrición y las enfermedades crónicas, se requiere el aporte de la OPS en la formulación de pautas alimentarias y la elaboración de programas de aptitud física. Asimismo, se brindará apoyo constante al programa comunitario de rehabilitación.

5. El problema del SIDA repercute sensiblemente en los servicios sanitarios y la economía de las Bahamas, siendo ahora la segunda causa de defunción entre la población general. Además, se ha convertido en la causa principal de defunción en los hombres y las personas de entre 15 y 44 años de edad. La notificación del SIDA empezó en 1985. Al 30 de septiembre de 1996 se habían notificado un total de 2.407 casos, de los cuales 61% murieron. En las Bahamas, esta enfermedad aqueja principalmente a los heterosexuales, con una razón hombre:mujer igual a 1,6:1 en los casos registrados desde 1985 en el grupo etario de 20 a 49 años. Del rápido aumento de la tasa de mortalidad de esta enfermedad entre las mujeres de 15 a 44 años de edad se desprende que las mujeres jóvenes están particularmente expuestas. Un estudio de seroprevalencia realizado en 1992 indica que cerca de 3% de las mujeres que concurren a consultorios prenatales son positivas al VIH. El número creciente de nacimientos de bebés seropositivos estimuló el programa de tratamiento con AZT para mujeres embarazadas VIH-positivas, lo cual provocó una fuerte caída de la transmisión perinatal.

6. Un programa dinámico contra el SIDA, vigente desde 1989, centra sus actividades educacionales principalmente en la reducción de la transmisión sexual, dirigiendo sus esfuerzos a los jóvenes, las

mujeres y las personas con muchos compañeros sexuales. Recientemente, el ritmo de aumento de infecciones nuevas por el VIH disminuyó. Asimismo, se está formulando un plan trienal de "Respuesta Nacional" para el que se solicitará financiación del ONUSIDA como complemento del esfuerzo nacional. A la OPS no se le pidió ninguna ayuda específica al respecto.

7. Las neoplasias malignas son la tercera causa de defunción en la población general y la segunda entre las mujeres. En 1995, la tasa de mortalidad correspondiente fue de 85,3 por 1.000 a nivel general, y de 79,3 por 1.000 entre las mujeres. El cáncer también es una de las causas principales de morbilidad en los hospitales; al respecto, se ha programado para mediados de 1997 el establecimiento de un registro hospitalario de cáncer.

8. Otra preocupación básica es la del nivel de traumatismos sufridos por la población, sobre todo en cuanto a las lesiones producidas por actos violentos. En 1995, los accidentes, los actos de violencia y las intoxicaciones se clasificaron como la cuarta causa de defunción. Los accidentes constituyen uno de los principales motivos de visitas a las salas de urgencias, sólo superados por las complicaciones del embarazo. El problema es más agudo en los hombres de entre 15 y 44 años de edad y los niños de hasta 15 años. Las Bahamas se incluirán en el proyecto de vigilancia de traumatismos financiado por el CIDI y ejecutado por el CAREC. Además, en una escuela secundaria se está llevando a cabo con carácter piloto un programa de resolución de conflictos y prevención de la violencia, con la intención de ampliarlo a todo el sistema escolar en los próximos dos años. La OPS está cooperando con las autoridades nacionales en esta iniciativa y seguirá haciéndolo durante el bienio.

9. En lo que hace a otras enfermedades infecciosas, la tuberculosis, que había estado en disminución en los últimos años, ha cobrado nuevo auge y un gran porcentaje de casos se relaciona con el SIDA. Las tendencias de la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual, en particular la sífilis y las infecciones gonocócicas, han sido declinantes desde 1985. Por su parte, las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen suscitando preocupación. El brote de afecciones relacionadas con mariscos y pescados marinos que se registró en años intermitentes desde 1991 provocó, como respuesta, el establecimiento de programas reforzados de educación para los manipuladores de alimentos e

inspecciones de los lugares de venta, sobre todo en zonas portuarias. A la OPS se ha pedido que siga cooperando en la elaboración de materiales de adiestramiento y la capacitación para la vigilancia.

10. Hay indicios de que la mortalidad infantil está comenzando a disminuir, ya que pasó de 30,2 en 1986 a 19,0 en 1995. Las enfermedades originadas en el período perinatal han sido la causa principal de mortalidad en los lactantes. En 1995, las malformaciones congénitas fueron la segunda causa, y el SIDA, la tercera. Completan el panorama una tasa de mortinatalidad de 12,9, y tasas de mortalidad perinatal y neonatal de 22,8 y 10,8, respectivamente. En 1993 se inició un proyecto de reducción de la mortalidad de lactantes, que tiene por objeto reforzar la atención prenatal y el tratamiento de los casos perinatales. La institucionalización del SPCR es parte integral de dicho programa.

11. En el campo de la morbilidad infantil, las infecciones respiratorias agudas, sobre todo la neumonía y el asma, son la causa más común de ingresos hospitalarios entre los menores de 5 años de edad, mientras que el nivel de enfermedades diarreicas sigue siendo elevado. El programa se propone examinar los protocolos para el tratamiento de estas enfermedades, poner al día al personal médico y de enfermería y dirigirse a padres, cuidadores de niños y guarderías infantiles. La OPS brindará asistencia al respecto.

12. Entre los niños menores de 1 año, la cobertura de vacunación contra difteria/tos ferina/tétanos y poliomielitis sigue siendo relativamente elevada, pese a la disminución registrada para ambos tipos de cobertura (de 91% en 1993 a 87% en 1995). La eliminación del sarampión se maneja a través del programa de vacunación ordinario, y en la actualidad no se prevén campañas "de barrido". En 1995, los niños de un 1 de edad tenían una cobertura de vacunación con la triple vírica MMR igual a 90%. Sin embargo, existe un creciente grupo "susceptible al sarampión"; la OPS va a brindar asistencia en la identificación y atención de dicho grupo, y además seguirá facilitando la participación del país en el Fondo Rotatorio de Vacunas.

13. El tema del maltrato infantil y conyugal no se puede cuantificar en estos momentos, pero es objeto de gran preocupación para las autoridades nacionales. El Crisis Center es una ONG que ofrece servicios a las víctimas del maltrato, incluido un consultorio telefónico. Tiene carácter prioritario la

elaboración y ejecución de programas de prevención, y la OPS brindará asistencia para la creación de un instrumento que ayude a cuantificar el problema.

14. El nivel de abuso de alcohol y de otras sustancias sigue siendo inadmisiblemente elevado. Según estimaciones hechas en 1991, cerca de 5,65% de la población utilizó cocaína por lo menos una vez en su vida; en las zonas urbanas, la prevalencia del uso de dicha sustancia alcanza un nivel de hasta 15,9% entre los hombres jóvenes de 18 a 29 años de edad. El Consejo Nacional contra las Drogas está administrando un programa activo de disminución de la demanda, con financiamiento del UNDCP.

15. El embarazo de las adolescentes sigue suscitando preocupación en el país. En 1995, la tasa de natalidad entre madres adolescentes ascendió a 32,8 nacimientos por 1.000 mujeres de 10 a 19 años de edad. Si bien se toman medidas para atender las necesidades básicas de las madres adolescentes, el problema del embarazo de estas jóvenes se sigue tratando mediante la educación y los servicios de orientación.

16. Se ha establecido un programa para tratar el tema de la salud reproductiva del país, dirigido a las madres en el período posnatal y a la población en general, en virtud del cual se ofrecen servicios de planificación familiar, incluidas la educación y la orientación. A principios de 1997 está programado lanzar un programa integral a nivel nacional. La OPS cooperará en los aspectos educacionales del mismo, analizando el cambio de comportamiento de los varones y las aptitudes de negociación de las mujeres, tanto jóvenes como adultos.

17. Las cuestiones ambientales del país son tratadas por el Departamento de Servicios de Salud Ambiental. Por tratarse de un país tropical con numerosos visitantes e inmigrantes, las Bahamas deben mantenerse alerta en cuanto al control de vectores. Si bien la malaria no es una enfermedad autóctona, no se debe bajar la guardia con respecto a la misma ni con respecto al dengue. Se calculó que el nivel de incidencia de *Aedes aegypti* en los hogares ascendió, en un sector de Nueva Providencia (Yellow Elder) a 30,4% (1993) y, en zonas de la Gran Bahama, a 25%. En 1993 comenzó un programa integrado de lucha antivectorial. Asimismo, en 1995 se calculó que 70% de la población urbana (es decir, los habitantes de Nueva Providencia y Freeport) cuenta con servicios periódicos de recolección de residuos sólidos.

Además de los servicios brindados por la unidad de recolección y eliminación de residuos sólidos del DEHS, varias empresas privadas de recolección de desechos atienden a las comunidades empresariales y privadas. El DEHS se ocupa también de la inspección sanitaria, la vigilancia ambiental y la evaluación de riesgos.

18. El agua potable y los sistemas de alcantarillado son administrados por la Empresa de Agua y Alcantarillado. Se calcula que 88% de la población urbana recibe agua potable por conexiones domiciliarias y otro 8% tiene acceso a fuentes públicas. En cuanto a la población rural, 86% tiene un nivel de acceso razonable al agua potable. La mayoría de los hogares (aproximadamente 84% en las zonas urbanas) tienen sistemas individuales de eliminación de excretas. Asimismo, 16% de la población urbana cuenta con sistemas públicos de alcantarillado.

19. La estructura orgánica del Ministerio de Salud y Medio Ambiente sigue en una etapa de transición, en la cual se están tratando de ultimar el proceso de traslado de hospitales y la ampliación de los sistemas locales de salud. La estructura de gestión de los hospitales se modificó para permitir tanto la introducción de residentes especialistas y equipos de gestión como la privatización selectiva.

20. Los gobiernos municipales son una realidad, y se deben hallar formas para integrar el funcionamiento de los servicios de salud dentro de este sistema. La OPS seguirá brindando apoyo al Ministerio en lo que hace al establecimiento de SILOS.

21. En general, el empleo de datos para la toma de decisiones, la planificación y la gestión todavía no se ha generalizado. El análisis y la utilización de datos en el punto de generación siguen adoleciendo de inconvenientes. El Ministerio está elaborando o estudiando distintos sistemas de información, para los que es necesario establecer un orden de prioridad. El aporte de la OPS facilitará el examen y la actualización de los sistemas de notificación de ciertos programas y la identificación de tecnologías adecuadas.

22. Existen mecanismos limitados, tanto sistemáticos como coordinados, para atender las demandas de un entorno de atención de salud creciente y cambiante. En consecuencia, el Ministerio estableció una Unidad de Planificación

que aún no funciona plenamente, pese a que ya se le designó jefe. Se reconoce que, en definitiva, la planificación se debe realizar a todos los niveles, por lo cual, además de brindar respaldo para el establecimiento de dicha unidad, la OPS seguirá facilitando la institucionalización de la planificación dentro de los SILOS.

23. Se tiene conciencia de que las incongruencias y las faltas de adecuación que existen en el sistema de atención de salud surgen en parte del hecho de que las operaciones y el suministro de una atención sanitaria de calidad no existen o no se cumplen. El Ministerio propone introducir en 1997 un programa de gestión de la calidad total, que se concentrará al principio en el Hospital Princess Margaret. El Departamento de Accidentes y Emergencias, los Servicios Farmacéuticos y el Programa de Equipos Biomédicos y de Instalaciones seguirán siendo objeto de atención especial, y se requiere la cooperación de la OPS al respecto.

24. La actual legislación sanitaria no ha seguido el ritmo de crecimiento del sector, de los adelantos tecnológicos ni de las numerosas cuestiones ambientales que se le plantean al país. Se debe dar cabida a nuevas categorías de personal y nuevos tipos de establecimientos, especialmente en el sector privado. Si bien algo se ha venido haciendo en cuanto a salud ambiental, es mucho lo que queda por hacer tanto en ese rubro como en otros. La OPS deberá identificar y ubicar fuentes de conocimientos especializados idóneos para facilitar el proceso de análisis y reformulación/formulación de leyes.

25. Lo disperso del archipiélago plantea un problema logístico para el suministro de servicios médicos de emergencia. Las distintas islas no tienen posibilidades de respuesta inicial, siendo necesario garantizar, en todas las comunidades, la disponibilidad de aptitudes adecuadas para complementar los esfuerzos del equipo local de salud. Se ha solicitado el apoyo de la OPS para estas tareas.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

26. Fortalecimiento de los sistemas de información, tanto epidemiológicos como de gestión, así como de su diseño y utilización, para que las decisiones técnicas y de gestión se tomen sobre la base de datos

concretos. Establecimiento de un programa vigoroso de gestión total de la calidad en el Ministerio, concentrándose inicialmente en el Hospital Princess Margaret. Desarrollo de la Unidad de Planificación y mejoramiento de la capacidad de planificación estratégica del personal de esta y otras unidades, para lograr el funcionamiento eficaz de los servicios de salud. Desarrollo y mejoramiento continuo de los servicios farmacéuticos nacionales. Fortalecimiento del proceso de selección y normalización de equipo y del mantenimiento preventivo y correctivo. Actualización de la legislación vigente en materia de salud y otras leyes afines, e introducción de nueva legislación apropiada para seguir el mismo ritmo. Fortalecimiento y desarrollo adicional de los sistemas locales de salud. Fortalecimiento de la capacidad de preparativos para casos de desastre y desarrollo de la capacidad de primera respuesta en las Family Islands. Elaboración de un programa integrado para adolescentes que aborde temas de salud, entre otros; son motivos de inquietud el embarazo en adolescentes y el aumento de la infección por el VIH y la violencia. Fortalecimiento adicional de los servicios de salud maternoinfantil, haciendo hincapié en la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, y la morbilidad infantil. Desarrollo de programas de educación sanitaria y promoción de la salud, en particular con relación a los cambios del modo de vida con concentración en nutrición y enfermedades crónicas, inocuidad de los alimentos, embarazo en adolescentes, SIDA y ETS, drogas, abuso del alcohol y de otras sustancias tóxicas, y violencia. Establecimiento de normas de agua potable, mejoramiento de la vigilancia y el control de la calidad del agua y la contaminación de la zona costera, y medidas para controlar la descarga de efluentes al sistema de aguas subterráneas. Fortalecimiento de la capacidad de manejo de efluentes y residuos sólidos.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

27. Se ofrecerá cooperación técnica mediante seis proyectos: evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias, fortalecimiento infraestructural de los servicios de salud, salud de los adolescentes, salud de la familia, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y protección del medio ambiente. Cada proyecto estará bajo la responsabilidad de un funcionario técnico o administrativo determinado. En los proyectos de indole multidisciplinaria se le

podrá asignar a otro funcionario la responsabilidad de los resultados concretos esperados.

28. Cada funcionario trabajará en estrecha colaboración con el homólogo nacional que se le designe para la ejecución del proyecto particular o el logro del resultado esperado. Donde resulte apropiado, se alentará la participación de otras partes interesadas, pertenecientes o no al Ministerio, tanto durante la planificación como en la ejecución.

29. A las ONG se les prestará una atención especial. Los recursos humanos en cuestión se movilizarán para complementar a los del Ministerio de Salud.

30. Se elaborarán seis proyecciones mensuales, con planes de trabajo trimestrales más detallados.

31. La mayor parte de la cooperación técnica se destinará a respaldar el adiestramiento a nivel local en cuanto a sistemas de información, vigilancia, planificación, administración y determinados rubros clínicos. Incluirá la formulación de programas de estudios, la preparación de materiales de adiestramiento, el apoyo a los profesores y la realización de cursos y talleres. Asimismo, se ofrecerán becas en el extranjero para las disciplinas que no se enseñen en el país.

32. Se realizará una serie de estudios a fin de determinar las condiciones existentes para la planificación de medidas correctivas, establecer datos básicos para la realización de evaluaciones y sentar las bases para los programas educacionales.

33. Se elaborarán normas, pautas y manuales de índole operativa para facilitar el suministro de atención y servicios de calidad.

34. La difusión de información será el elemento esencial para impulsar la educación sanitaria y la promoción de la salud, pero se utilizará también para promover la cooperación regional en los rubros prioritarios y las iniciativas de la OPS.

35. Se brindará asistencia técnica directa en cuanto a planificación sanitaria, desarrollo de sistemas locales de salud, salud ambiental, nutrición y educación sanitaria y promoción de la salud.

36. En lo que hace al desarrollo infraestructural, se aprovecharán los conocimientos especializados disponibles en otras partes de la región, para ayudar al Ministerio a establecer y poner en práctica su programa de mejoramiento de la calidad.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias**

- Se habrá examinado y actualizado el sistema de notificación de ciertos programas.
- Se habrá determinado y adquirido la tecnología adecuada para ciertos sistemas de vigilancia, y se habrá adiestrado a las personas que las utilizarán.
- Se habrá impartido adiestramiento en epidemiología.

### **Fortalecimiento infraestructural de los servicios de salud**

- Se habrá fortalecido el programa hospitalario de control/mejoramiento de la calidad.
- Se habrá incrementado aun más la capacidad del personal sanitario en materia de planificación y gestión de ciertos rubros dentro de los servicios de salud.
- Se habrán fortalecido los servicios farmacéuticos nacionales.
- Se habrá fortalecido aun más el programa de mantenimiento de equipos e instalaciones.



## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá actualizado la legislación sanitaria en respaldo del fortalecimiento de los servicios de salud.
- Se habrán suministrado las herramientas necesarias para que los equipos de salud locales y las organizaciones de los gobiernos municipales puedan planificar y formular programas de salud.
- Se habrá fortalecido la capacidad del sector de salud y otros sectores, en lo que hace a la prevención y mitigación de desastres y la respuesta frente a los mismos.
- Se habrá promovido la necesidad de formular un plan nacional de salud de los trabajadores.

### **Salud de los adolescentes**

- Se habrán identificado los programas existentes para los adolescentes y se habrá formulado un plan para la difusión de información.
- Se habrán ultimado los detalles de los materiales y el adiestramiento pertinentes para la puesta en práctica de ciertos aspectos de la iniciativa de "Escuelas saludables".
- Se habrá formulado un plan de salud integral de los adolescentes.

### **Salud de la familia**

- Se habrán preparado conjuntos de materiales (relativos a la salud reproductiva) que podrán utilizarse en distintos entornos, y que estarán dirigidos a jóvenes y adultos de los dos sexos.
- Se habrá adiestrado en el manejo de IRA/ED al personal sanitario clave y a otras personas que cuidan de los niños, y se habrán evaluado los resultados del programa.
- Se habrá fortalecido aún más el programa de vacunación.
- Se habrá elaborado un sistema para la identificación de niños en situaciones de maltrato.
- Se habrá iniciado un proyecto piloto para la elaboración de normas para quienes cuidan de los niños en las guarderías.

### **Control de enfermedades transmisibles y no transmisibles**

- Se habrán difundido normas alimentarias y se las estará utilizando para los grupos de alto riesgo.
- Se habrá formulado y puesto en práctica un programa piloto de aptitud física y bienestar.
- Habrá aumentado el grado de conciencia sobre los factores de riesgo de complicaciones diabéticas.
- Se habrá formulado un programa de educación para la reducción de traumatismos.
- Se habrá fortalecido aun más el programa comunitario de rehabilitación.
- Se contará con mayor capacidad para vigilar, diagnosticar y notificar las enfermedades infecciosas.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrán elaborado materiales de adiestramiento y protocolos para la higiene y las prácticas seguras de manipulación de alimentos.
- Se habrán preparado herramientas y brindado adiestramiento para fortalecer la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua.

**Protección del medio ambiente**

- Se habrán realizado los estudios necesarios para lograr una mejor gestión de los recursos hídricos.
- Se habrá adiestrado a personal en lo que hace al manejo de desechos (líquidos, sólidos y peligrosos).
- Se habrá promovido un enfoque multisectorial para la lucha antivectorial.

**Apoyo a la cooperación técnica**

- Se habrá logrado una gestión eficiente y eficaz de la oficina en respaldo de la cooperación técnica.
- Al personal técnico y administrativo se le habrán ofrecido oportunidades para adiestrarse e interactuar en foros nacionales e internacionales.
- Las actividades regionales patrocinadas o respaldadas por la OPS se habrán promovido entre las autoridades nacionales.

**Cooperación técnica entre países**

- Se habrán identificado proyectos de cooperación técnica entre países y se habrá solicitado financiamiento para los mismos.

<b>BAHAMAS</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	502,900	640,000	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	202,900	128,400	0	0
Promoción y Protección de la Salud	57,000	94,200	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	291,900	295,000	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	40,700	45,600	74,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>1,095,400</b>	<b>1,203,200</b>	<b>74,600</b>	<b>0</b>



# BARBADOS

## *Situación de Salud*

1. Barbados es una economía insular pequeña, con un historial de estabilidad social y política y una reputación sólida en cuanto a la gestión económica. Tras tres años de disminución económica, de 1990 a 1992, la economía se halla en su quinto año de crecimiento en 1997, que se proyecta será más lento que en 1996 debido al aumento de la inflación causado por la introducción del impuesto al valor agregado (IVA), el crecimiento moderado del turismo y una disminución continua del producto del sector manufacturero. La producción de azúcar aumentó 52% en 1996 y se calcula que para 1999 Barbados podrá producir todo el azúcar que necesita para el consumo local. Si bien el gobierno ha tomado medidas para aliviar la carga que, según se prevé, será el IVA en los pobres, aunque no está aplicándose a los medicamentos de prescripción que figuran en el formulario del Servicio de Medicamentos de Barbados y los Servicios de Salud Pública, el MS necesitará determinar la repercusión que tendrá este impuesto en la accesibilidad a la atención de calidad asequible, en particular en el sector privado.

2. En 1996 el desempleo promedio descendió a 16,3%, pero los jóvenes y las mujeres siguen sintiendo el peso del desempleo. El sistema de educación ha estado experimentando reformas en gran medida, sobre todo por lo que hace a la asistencia al nivel secundario. Si bien Barbados fue uno de los países en los cuales se puso a prueba el programa de educación escolar sobre el SIDA, se necesita aplicar un programa integral de estudios de salud y educación familiar en las escuelas primarias y secundarias.

3. Desde la independencia, en 1966, la situación de salud ha seguido mejorando, pero la reaparición de la rubéola congénita y la persistencia de la leptospirosis han servido para alertar al sector en cuanto a la necesidad de prestar atención a las enfermedades transmisibles, así como de tratar las enfermedades emergentes o nuevas como el SIDA que, en 1993, causó un quinto de las defunciones en el grupo de 15 a 24 años de edad.

4. Las causas principales de defunción en la población de adultos son el cáncer, las cardiopatías, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares. El cáncer de mama y del cuello uterino y el cáncer de próstata son los de inquietud para la población femenina y masculina, respectivamente. Mientras la mamografía no está fácilmente disponible a un costo asequible, la cobertura de las pruebas de Papanicolaou sigue siendo baja.

5. La tasa de mortalidad infantil y las tasas neonatales han seguido descendiendo, sin disminución significativa en la tasa de mortalidad perinatal. Además, ahora el SIDA se encuentra entre las causas principales de muerte en los niños menores de 5 años.

6. Barbados sigue haciendo hincapié en la mejora de las condiciones ambientales. Dos de los principales proyectos de inversión, financiados por el BID en este momento, tienen el propósito de mejorar la capacidad de desecho de efluentes en las costas occidental y meridional y crear una mayor capacidad de operación de vertederos. Se necesita complementar esto con una mayor capacidad del sector público de vigilar el ambiente, incluida la contaminación del aire, y de introducir un programa de reciclado. Sigue causando inquietud la repercusión de las tendencias actuales de desarrollo en el nivel de las reservas de agua en el país. Pese al considerable gasto en el desbroce a escala nacional y la fumigación, los índices de *Aedes aegypti* en los hogares siguen siendo altos. Es preciso aumentar los esfuerzos de lucha antivectorial comunitaria integrada.

7. Barbados proporciona acceso universal a la atención primaria y secundaria mediante una red de policlínicas y un hospital docente terciario. Los planes de desarrollo recientes amplían la definición de grupos vulnerables para abarcar a los discapacitados y enfermos mentales, además de los ancianos, grupo este en el cual se comenzó a concentrar esfuerzos hace algunos años. Hay necesidad de contar con una mayor participación comunitaria y de aplicación de las estrategias de promoción de la salud en los programas de salud pública, así como de aumentar la capacidad de

gestión al nivel primario. El MS puede aprovechar los buenos ejemplos de liderazgo de la comunidad en las actividades de promoción de la salud por los medios de comunicación y el comité nacional del SIDA.

8. Lo inadecuado de la gestión a nivel de los hospitales se ha tratado públicamente. Se han individualizado el mantenimiento de plantas y equipos, la deficiente gestión financiera y los servicios inadecuados de accidentes y urgencias. El MS asigna prioridad a esto y tiene planes de establecer una junta directiva para el hospital así como de introducir prácticas modernas empresariales y de gestión en el sector. Tendrán que redefinirse el papel y las funciones del nivel central del ministerio.

9. El ministerio ha identificado la necesidad de racionalizar sus recursos de salud y ha encomendado la realización de un estudio, financiado por el BID, con énfasis en los servicios de salud mental, geriátricos y de rehabilitación, por medio de la aplicación de enfoques de promoción de la salud y atención primaria de salud.

10. Aparte de lo que se obtiene de los proyectos del BID, la OPS es la principal fuente de cooperación técnica para el sector de la salud.

11. Las prioridades que la OPS abordará serán las siguientes: el mejoramiento de la capacidad de gestión; el fortalecimiento de la aplicación de la promoción de la salud, incluida la salud mental; el mejoramiento del tratamiento de las condiciones de salud ambiental; la administración eficaz de la cooperación técnica.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

12. Mantener o aumentar los ingresos, elaborar sistemas y servicios de salud en respuesta a las necesidades, institucionalizar la promoción de la salud a todos los niveles de los servicios sanitarios, gestión eficaz de la cooperación técnica de la OPS/OMS.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

13. Atendiendo a los planes para realizar una evaluación conjunta en Barbados en 1997 y la planificación que tiene lugar con el proyecto del BID para racionalizar los servicios de salud, la estrategia de la cooperación con Barbados debe considerarse como algo provisional.

14. En el campo de la salud ambiental, la cooperación se concentrará en la inocuidad de los alimentos y la lucha antivectorial. La OPS complementará las actividades del proyecto de manejo de residuos sólidos del BID concentrando sus actividades en la realización del programa nacional de reciclado y reutilización. Por otro lado, se usará principalmente el adiestramiento para aumentar la capacidad del programa nacional en las otras esferas.

15. Se da por sentado que para fines de 1997 se habrán tomado decisiones significativas en cuanto a políticas con relación a la organización y la administración de hospitales. La OPS procurará mejorar la capacidad de gestión mediante el diseño de sistemas y el adiestramiento para usar la información en la toma de decisiones.

16. Una parte importante de la cooperación será la asistencia técnica directa e individual a los gerentes durante un período determinado, con el fin de introducir una cultura de gestión en la institución.

17. Será importante contar con manuales de normas y procedimientos a fin de fortalecer los sistemas de información en los servicios de la comunidad. La OPS aprovechará la capacidad desarrollada durante el bienio anterior.

18. La investigación para identificar mecanismos alternativos para la financiación ayudará en la toma de decisiones para un servicio de salud más nacional. Se utilizarán enfoques funcionales apropiados para poner en práctica las recomendaciones de los planes de racionalización.

19. La estrategia en el campo de promoción de la salud será trabajar con los medios locales y las ONG para incorporar los temas de los programas de salud pública a las iniciativas en curso. Se necesitará adiestramiento para mejorar la comprensión de los sectores de salud y desarrollo de las aptitudes en

esferas críticas para la promoción de la salud. Se elaborarán políticas en los campos de la salud de los adolescentes y se recalcará el campo de la salud mental.

20. La OPS seguirá apoyando los esfuerzos de los programas nacionales para el control de las enfermedades transmisibles, especialmente la

tuberculosis y el SIDA, en todos los grupos de edad. Se necesitará investigación para apoyar el deseo del MS de ampliar el PAI.

21. Barbados sigue siendo un firme partidario de la CTP, y la OPS ayudará a que se faciliten los servicios de diagnóstico y terapéuticos.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Reforma del sector de la salud**

- Se habrán ejecutado los componentes del plan de manejo de QEH.
- Se habrán fortalecido los sistemas de información sanitaria.
- Se habrán identificado los mecanismos alternativos de financiamiento de la atención de salud en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) y consultores.
- Se habrá facilitado la ejecución de la racionalización de los sistemas de salud.
- Se habrán adiestrado recursos humanos.

### **Promoción de la salud y modos de vida**

- Se habrá mejorado la capacidad para la participación comunitaria en PS.
- Habrá aumentado la capacidad para la comunicación social por conducto de los medios de comunicación.
- Habrá aumentado la capacidad de PS en el programa de diabetes.
- Se habrán fortalecido los servicios comunitarios de salud mental.
- Se habrá mejorado el programa de atención de la salud de los adolescentes.
- Se habrá iniciado la campaña para el control de C.C.

### **Salud ambiental y turismo**

- Se habrá aumentado la capacidad de vigilar la calidad del agua.
- Se habrá mejorado el manejo de los residuos sólidos.
- Se habrá aumentado la capacidad de ejecución, evaluación y vigilancia del programa de lucha antivectorial integrada.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá fortalecido la capacidad de ejecución de la protección alimentaria integrada y la vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos.

**Salud de la familia**

- Se habrá evaluado el programa; el coordinador habrá facilitado la reunión anual.
- Se habrá fortalecido el programa de control de la tuberculosis.
- Se habrá apoyado la realización de programas de enfermedades transmisibles, incluidas las ETS e infección por el VIH/SIDA.

**Respaldo logístico para el apoyo técnico**

- Se habrán apoyado las actividades de cooperación técnica en Barbados.

<b>BARBADOS</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	207,500	195,000	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	415,000	360,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	106,400	166,900	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	64,800	79,000	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	7,200	0	53,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>800,900</b>	<b>800,900</b>	<b>53,600</b>	<b>0</b>

# BELICE

## *Situación de Salud*

1. Belice está ubicado en América Central pero comparte la cultura, la economía y el pasado colonial de otros países del Caribe. Este pequeño país es miembro tanto de la Comunidad del Caribe como de la Organización de los Estados Americanos. Su población asciende a 217.000 habitantes y su superficie, a 22.978 km<sup>2</sup>. Belice tiene una composición étnica variada, como reflejo de su rica historia.

2. La economía de Belice es básicamente agrícola. La caña de azúcar, los productos cítricos concentrados, los plátanos y los productos marinos representan casi las tres cuartas partes del total de exportaciones. El turismo también es un rubro importante de la economía. Más de un tercio de la superficie nacional ha sido preservado por el gobierno, que constituyó allí reservas forestales y zonas protegidas.

3. En 1994 se registró en Belice una tasa de desempleo de 11,1%. Los trabajadores en ocupaciones básicas, los especialistas en agricultura y los artesanos constituían 63% de la fuerza laboral empleada. De esta, los hombres conformaban el 70% y las mujeres tan sólo el 30%. Se estima que la tasa de alfabetismo asciende a 70%. La escuela primaria es gratuita. Si bien las zonas urbanas cuentan casi en su totalidad con abastecimiento de agua seguro y adecuado, tan sólo alrededor de dos tercios de las poblaciones rurales disponen de él.

4. Indicadores y condiciones de salud: En Belice, los indicadores de salud habituales, como la esperanza de vida, las tasas brutas de mortalidad y las tasas de mortalidad infantil (TML) son relativamente favorables. Comparada con la región del Caribe, esta nación se ubica dentro de los valores medios en cuanto a tasa bruta de mortalidad y esperanza de vida. Con respecto a las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil, Belice se ubica en el grupo menos favorecido, que comparte con tan sólo otros tres países (Guyana, República Dominicana y Haití) (BID/OPS/OMS: Estudio de salud regional del Caribe, mayo de 1996). Dentro de la región centroamericana, el país integra el grupo más favorecido, junto con Costa Rica y Panamá.

5. El análisis minucioso de las tendencias de mortalidad y morbilidad permite constatar el carácter cambiante de los problemas de salud y la carga de morbilidad. Entre 1980 y 1990 las tendencias de mortalidad bruta no exhibieron ninguna disminución abrupta, mientras que entre 1990 y 1995 la mortalidad acusó un aumento pequeño pero muy perceptible. Si bien la misma disminuyó en los distritos de Belice y Cayo, aumentó en los demás. La mortalidad infantil acusó caídas más grandes pese a las variaciones atribuidas a los cálculos efectuados para poblaciones pequeñas. Las enfermedades inmunoprevenibles se han reducido, manteniéndose en un nivel substancialmente bajo gracias a los programas de inmunización puestos en práctica con éxito en los últimos diez años.

6. Del análisis de mortalidad y morbilidad se desprende la existencia de los siguientes problemas:

7. Gran prevalencia de las enfermedades transmisibles como malaria y enfermedades respiratorias e intestinales.

8. Tasas de mortalidad elevadas para algunas enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares parecen ser una causa importante de muerte, no sólo entre los ancianos sino también en la población en edad productiva (de 20 a 49 años);

9. Claro aumento de los problemas relacionados con el comportamiento humano y la forma de vida, como las lesiones, los accidentes de tránsito, la violencia, el embarazo de las adolescentes, los abortos, el SIDA y las ETS, y los suicidios.

10. Gran prevalencia de problemas relacionados con la calidad de la atención, según se desprende de las causas de la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y las causas de hospitalización.

11. Prevalencia relativamente elevada de problemas relacionados con la nutrición, como retraso del crecimiento en el distrito de Toledo, anemia, malnutrición (sobrenutrición en Belice e infranutrición en Toledo), diabetes etc.



12. Diferencias pronunciadas del perfil epidemiológico entre grupos etarios y entre ambos sexos. Los factores relacionados con el género son elementos importantes del perfil epidemiológico de adolescentes (14 a 19 años de edad) y adultos (20 a 49 años).

13. Grupos de población: Al dividir a la población por grupos etarios se detectan aspectos importantes de la situación sanitaria. En los "lactantes" (niños de menos de 1 año de edad), las principales causas de mortalidad resultaron ser los trastornos derivados de traumatismos entre 1993 y 1995. En este grupo etario, Toledo tuvo una tasa de mortalidad dos veces más grande que la nacional. La calidad de la atención se relaciona con la mortalidad perinatal.

14. En el grupo etario de la "primera infancia" (de 1 a 4 años) se detectan tendencias semejantes en relación con las causas principales de defunción; aquí la malaria es una de las diez causas principales de hospitalización. Asimismo, en esta etapa se detectan carencias nutricionales pronunciadas, que comprenden la hiponutrición, la anemia, el bajo peso en relación con la edad y la carencia de vitamina A. En el grupo etario en cuestión, la prevalencia de este último problema es más elevada entre los garífuna y los mayas.

15. Entre los beliceños que tienen de 5 a 19 años de edad (niñez y adolescencia) las causas externas y los traumatismos de todo tipo representaron más de la mitad de las defunciones entre 1993 y 1995. En las mujeres de 15 a 19 años, los abortos y los partos dan lugar a la mitad de las hospitalizaciones. Según un censo realizado en 1996, en los niños en edad escolar (de 6 a 9 años) la prevalencia del retraso del crecimiento, medido en función de la talla para la edad ( $z < -2,0$ ), fue igual a 15,4%, promedio que se ve influido por un valor mucho más elevado en el distrito de Toledo (39%). Los niños mayas acusan el mayor retraso del crecimiento.

16. Si bien la tasa de mortalidad debida a las lesiones de todo tipo y a causas externas sigue siendo elevada en el grupo etario de los adultos jóvenes (de 20 a 49 años), los factores relacionados con el sexo son componentes importantes del perfil epidemiológico correspondiente. La tasa bruta de mortalidad de los hombres es dos veces más elevada que la de las mujeres. Los accidentes de tránsito son una causa de muerte importante entre los varones. Los abortos, las causas obstétricas y las

enfermedades genitales femeninas representan 53,9% del total de hospitalizaciones de las mujeres, mientras que en el caso de los hombres, los traumatismos de todo tipo y las enfermedades del aparato digestivo representan 44,7% del total de hospitalizaciones.

17. El grupo de los adultos maduros, es decir, de más de 50 años de edad, tiene la tasa de mortalidad más elevada. Aquí, las cinco causas principales de hospitalización son las enfermedades cardiovasculares, las del aparato digestivo y las respiratorias, junto con las lesiones de todo tipo y las neoplasias.

18. Enfermedades transmisibles y no transmisibles: En los cinco últimos años, la malaria, la infección por el VIH y el SIDA han tenido un crecimiento más pronunciado que las demás enfermedades transmisibles. La malaria sigue siendo un problema importante en Belice, si bien el número total de casos disminuyó de 1994 a 1995, verificándose la misma principalmente en los distritos de Corozal y Orange Walk. En 1995, los casos registrados totalizaron 9.413. Los casos de SIDA están aumentando en Belice, país que, después de Honduras, tiene la tasa más elevada de casos notificados de esta enfermedad en América Central.

19. De las enfermedades no transmisibles, las que ocasionan más muertes son las cardiopatías, cuyas formas más comunes son la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares. La diabetes es una causa importante de muerte en las personas de 50 años de edad o más.

20. Deficiencias de salud: Los principales problemas nutricionales en Belice son el déficit de peso y talla para la edad en los niños pequeños, la anemia ferropénica, sobre todo en las mujeres embarazadas, y la carencia de vitamina A en los niños. La mayor prevalencia de carencias nutricionales se registra en Toledo.

21. En el período 1993-1995, las causas externas representaron 7,1% de las defunciones notificadas para la población general, siendo los accidentes automovilísticos la causa más importante. Por su parte, los traumatismos de todo tipo representaron 12,8% de las hospitalizaciones (4.388 casos) durante el mismo período.

22. Respuesta del sector salud: El gobierno de Belice es el principal proveedor de servicios de salud. En los últimos años, los servicios sanitarios gubernamentales se brindaron en forma prácticamente gratuita, con financiación del gobierno central, incluido el suministro de preparaciones farmacéuticas. La estructura básica para el suministro de atención de salud la ofrece una red nacional de 7 hospitales de distrito, 34 centros de salud y 17 puestos sanitarios.

23. La gestión de la atención de salud es básicamente centralizada, si bien se registra una tendencia hacia una mayor autonomía de los distritos en el proceso de toma de decisiones. Esto no incluye las finanzas, que se siguen controlando en forma central. El monto asignado para la salud, como porcentaje del presupuesto nacional, disminuyó de 9% en 1992 a 8% en 1995. Tradicionalmente, viene existiendo una amplia brecha de comunicación entre la atención curativa (basada en hospitales) y la preventiva (basada en programas). La asignación relativa de recursos dentro del campo de la salud muestra preferencia por los servicios curativos y la atención de segundo nivel (27,7% del presupuesto de 1995 se asignó al Hospital de la Ciudad de Belice). En cambio, a los programas de salud pública que incluyen, entre otros aspectos, malaria, dengue, rabia, agua y saneamiento, salud materno-infantil, salud mental y salud bucodental, se les asignó tan sólo 17% del presupuesto.

24. En los últimos 4 años, la estructura presupuestaria permaneció igual. El personal representa más de dos tercios de los gastos del Ministerio de Salud (MS) (75% en 1995), proporción que no ha hecho sino aumentar en años recientes, mientras que los medicamentos y los suministros médicos representan cerca del 20% (17% en 1995). Más de dos tercios de los gastos de capital del MS se cubren con ayuda exterior y se cuenta con muy escasos fondos para las actividades de mantenimiento corriente.

25. Pese a que tanto el sector público como el privado hacen su aporte a la producción de servicios de salud, sus funciones respectivas no están claramente delimitadas. No existe coordinación formal a nivel sectorial, pese a que al MS compete la formulación de las políticas sanitarias y el establecimiento de convenios informales entre las instituciones públicas y privadas y los proveedores, como la utilización de los hospitales

gubernamentales por parte de los médicos para su práctica privada.

26. Además de los recursos financieros insuficientes, las ineficiencias en cuanto a la asignación y el empleo de recursos están contribuyendo al deterioro tanto de la calidad como del número de servicios prestados por el MS, lo cual afecta asimismo a la equidad, según lo observado por Gerard La Forgia (1993) y el proyecto de reforma de políticas de salud del BID/MS (1995). Entre los problemas cuya gestión merece atención cabe mencionar los siguientes:

27. Ausencia de planificación y políticas en cuanto a asignación de recursos; empleo de servicios curativos y de segundo nivel para problemas de salud que se podrían tratar en un establecimiento de atención de primer nivel a un costo relativamente reducido; bajo nivel de recuperación de costos, influido por una legislación inadecuada en cuanto a cargos al usuario, pruebas de medios defectuosas, mecanismos de exención ambiguos y métodos de facturación tributaria y cobro; baja productividad de los médicos, sobre todo en lo que hace a las especialidades, mientras que, por el contrario, los médicos generales y las enfermeras que integran la plantilla de los centros de salud parecen estar sobrecargados de pacientes; derroches en el suministro y la adquisición de materiales.

28. Subsidio gubernamental del ejercicio de la medicina privada, al permitirse que los especialistas admitan pacientes privados en los establecimientos del MS; se subvenciona así desde el gobierno la práctica privada mediante el suministro, a título gratuito o casi gratuito, de servicios de hotelería, quirófano, enfermería, diagnóstico y administración. Asimismo, el gobierno, al pagarles un sueldo a los especialistas que contrata, al tiempo que estos ejercen su práctica privada durante el horario normal de trabajo, de hecho les está otorgando una subvención de ingresos. Fuentes hospitalarias calculan que, de los casos de cirugía y maternidad, entre un tercio y la mitad son privados. No se dispone de datos sobre el volumen real de pacientes privados.

29. Baja productividad de los hospitales y demanda escasa de atención hospitalaria: en 1995, la tasa más alta de ocupación de camas fue la del Karl Heusner Memorial Hospital (promedio, 56,1%; 27,2% para la unidad especial de cuidado de bebés). En los distritos, la tasa de ocupación de camas oscilaba

entre 23,1% y 43,4%. Cabe señalar que el proyecto para la remodelación de tres hospitales y la elevación de los mismos de la categoría de hospitales de distrito a la de regionales (Stann Creek, Orange Walk y Belmopan) esta en la última fase de ejecución.

30. Los servicios de mantenimiento de rutina se ven comprometidos por la asignación de partidas presupuestarias limitadas y la falta de protocolos y directrices.

31. Equidad y calidad: El sistema de salud pública de Belice está en crisis. Una población en rápido crecimiento, cambios estructurales y una organización y un suministro ineficientes de los servicios de salud están contribuyendo al deterioro de la calidad y cantidad de servicios y a la ampliación de la "brecha de la desigualdad de salud".

32. La concentración de los recursos, tanto financieros como humanos, en los hospitales crea una amplia brecha entre las zonas rurales y urbanas y entre el distrito de Belice y el resto del país.

33. La tasa de distribución de los médicos es 23 veces mayor en las zonas urbanas que en las rurales, y en las comarcas rurales de tres distritos (Belice, Toledo y Stann Creek) no existe un solo médico.

34. Aproximadamente 60% de los centros de salud y los consultorios (servicios ambulatorios) se encuentran en zonas urbanas, con 63,5% en el distrito de Belice.

35. La cantidad de consultorios móviles, que representan cerca de 40% del suministro de servicios por parte de los centros de salud, se redujo debido a restricciones presupuestarias.

36. Ninguno de los hospitales de distrito tiene médicos en servicio activo las 24 horas del día para atender enfermos hospitalizados o urgencias.

37. Sólo 3 distritos tienen consultorios especializados (de obstetricia, cirugía pediátrica y medicina interna). San Ignacio tiene un consultorio obstétrico en forma ocasional, mientras que Stann Creek tiene tan sólo un consultorio de medicina interna y Toledo carece de consultorio especializado, lo que hace que los pacientes ambulatorios sean atendidos por un médico general.

38. En la práctica, el acceso a muchos establecimientos del MS se ve demorado a menudo debido a la existencia de reglas oficiosas que desvían y limitan el acceso al sistema de salud. Es sabido que el camino más rápido para poder acceder a la sala del Karl Heusner Memorial Hospital pasa por los consultorios privados de los especialistas. Una vez ingresados en el hospital, los pacientes privados también reciben tratamiento preferencial a través de un mayor contacto con los médicos (Gerard La Foriga). La práctica privada no reglamentada dentro de los establecimientos públicos es un factor importante de desigualdad en cuanto al acceso a una atención de calidad. En este caso también la población rural y quienes no pueden pagarle a un médico particular son los más afectados.

39. De lo que antecede se desprende que el acceso equitativo a la atención de primer nivel (tanto preventiva como curativa) se ve muy comprometido, y la situación no hace sino empeorar con respecto al segundo y tercer niveles de atención.

40. Hay muchas variables que se pueden utilizar para determinar la calidad de la atención sanitaria suministrada. En un estudio reciente se dice que la acreditación hospitalaria en Belice todavía no se puede conseguir y que la necesidad de medidas de calidad suscita gran preocupación.

41. Los aspectos de la atención médica que suscitan preocupación son la falta de mecanismos para garantizar la continuidad de asistencia al enfermo, la ausencia de programas de control de calidad y la falta de procedimientos o de protocolos escritos. En el terreno administrativo, es objeto de preocupación la condición defectuosa de los registros. Más de la mitad de los registros examinados resultaron ser difíciles de leer, no estar firmados por ningún médico o carecer de diagnóstico de egreso.

42. Otras cuestiones importantes relativas a la calidad de la atención son las incongruencias crónicas en el registro de certificados de defunción, el sistema de información no integrado y los datos no siempre separados por sexo. Las causas de mortalidad materna se ubican dentro de la categoría de causas obstétricas directas y, básicamente, se pueden evitar. De los datos sobre atención pediátrica se desprende que en los seis primeros meses de 1995 se registraron 4,2 defunciones neonatales por 1.000 nacidos vivos, debidas a septicemia.

43. En el sector de la salud, el Plan Nacional de Salud 1996-2000 acompaña a un proceso de reforma de las políticas sanitarias, junto al cual constituye un método trascendental para enfocar en forma unificada la necesidad de equidad y de eficiencia dentro del sector. En 1998 se celebrarán elecciones parlamentarias generales, cuyo resultado puede influir en la ejecución del plan nacional y el proceso de reforma antedichos. Asimismo, la política pública relativa a la privatización de ciertos servicios sanitarios, el desarrollo del sector privado en la salud y la reglamentación de la práctica privada dentro de los establecimientos públicos (por ejemplo, los hospitales públicos), al igual que las responsabilidades de otros sectores como la educación, la agricultura y los recursos humanos en el tratamiento de los factores determinantes básicos de la salud, son cuestiones críticas que deben ser tratadas. Una de las hipótesis fundamentales sobre las que descansan los cambios propuestos en el sistema de salud es la de que el gobierno comprenderá y aceptará la responsabilidad y el papel propios de los distintos sectores, para alcanzar la visión suprema de una sociedad saludable. Un aspecto integral al respecto es la necesidad de ejecución del Plan Nacional de Salud y sus estrategias. Dicho plan fue lanzado por el Primer Ministro en noviembre de 1996 y, si el gobierno de Belice lo pone en práctica, se espera que mejore la calidad del servicio proporcionado a la población beliceña.

44. La actual reforma de las políticas de salud se orienta por la dirección que ha tomado el Ministerio de Salud, según lo expresado en la declaración de visión correspondiente. Las áreas de interés particular para el Ministerio, y de las cuales trata el proyecto de reforma de políticas, son la financiación sanitaria, la administración de los servicios sanitarios, los equipos y su mantenimiento, el desarrollo de los recursos humanos, los sistemas de información y el desarrollo y la planificación institucionales.

45. Sin embargo, los cambios en el sector de la salud dependerán, de hecho, del ritmo y la dirección de la reforma general del sector público y el estado. La descentralización no es un proceso uniforme y requerirá cambios culturales y de actitud. La existencia de un ambiente macropolítico favorable para la democracia sólida y la toma de decisiones a nivel comunitario deberá ser un requisito esencial para garantizar la participación comunitaria en la salud. La reforma estatal ya se vislumbra en Belice,

y los procesos de consulta y participación han conquistado nuevos adeptos en los últimos años.

46. Las metas indicadas en el Plan Nacional de Salud 1996-2000 proporcionan el macromarco general que orientará al Ministerio de Salud y a las demás partes interesadas, a nivel tanto central como local. Los indicadores definidos reflejan las prioridades nacionales de salud hasta el año 2000.

47. Enumeración de las metas nacionales: Garantizar acceso universal a un conjunto acordado de servicios de salud de calidad aceptable, utilizando la estrategia de atención primaria de salud.

48. Garantizar la supervivencia y el desarrollo saludable de niños y adolescentes.

49. Mejorar la salud, el bienestar y el desarrollo de todos los hombres y mujeres, en forma que permita reducir las diferencias entre grupos sociales.

50. Hacer que todas las personas puedan adoptar y mantener modos de vida y comportamientos sanos.

51. Permitir el acceso universal a ambientes y condiciones de vida seguros y saludables.

52. Erradicar, eliminar o controlar las enfermedades graves que constituyen problemas de salud nacionales.

53. Reducir las discapacidades evitables, mediante medidas adecuadas tanto preventivas como de rehabilitación.

54. De conformidad con la definición de las autoridades nacionales, las prioridades nacionales para la cooperación técnica son las siguientes:

55. Definir un modelo de atención sanitaria integral, accesible y adecuado.

56. Desarrollar un sistema eficaz y eficiente para la gestión de las organizaciones.

57. Mejorar la salud, el bienestar y el desarrollo de hombres, mujeres y niños mediante el suministro de servicios de salud integrales.

58. Rubros que requieren de la cooperación técnica de la OPS: Elaboración y puesta en práctica de

directrices, procedimientos y protocolos de gestión normalizados.

59. Sistema de información sanitaria, recursos humanos y descentralización.

60. Salud reproductiva, enfermedades transmisibles, promoción de la salud.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

61. Definir un modelo integral, accesible y adecuado de atención de salud, haciendo hincapié en la elaboración y la aplicación de normas, procedimientos y protocolos de gestión uniformes. Elaborar un sistema eficaz y eficiente para la gestión organizativa, que recalque el sistema de información sanitaria, los recursos humanos y la descentralización. Mejorar la salud, el bienestar y el desarrollo de hombres, mujeres y niños por medio de la prestación de servicios integrales de salud, haciendo hincapié en la salud reproductiva, las enfermedades transmisibles y la promoción de la salud.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

62. La función de la Representación tendrá importancia fundamental durante el bienio 1998-1999 en lo que hace al respaldo a los esfuerzos nacionales y el sostén de los principios del 9º Programa General de Trabajo (PGT) y las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) 1995-1998. La respuesta proyectada para 1998-1999 promueve la congruencia en los siguientes aspectos: armonización de las prioridades de la Organización con los procesos nacionales; puesta en práctica de la descentralización de la cooperación técnica, y realización de cambios internos en cuanto a método y visión.

63. Tras un examen minucioso de las conclusiones y recomendaciones del informe de la reunión de evaluación conjunta 1992-1995 y del análisis del informe anual de evaluación 1996, la Representación seguirá utilizando estrategias globales para la cooperación técnica, además de estrategias direccionales incipientes, para potenciar el papel que

desempeña la Organización ayudando al país a lograr la salud para todos.

64. La Organización está acompañando un nuevo proceso nacional que depende de las reformas y la descentralización; nuestra respuesta requiere un mandato claro en previsión de la reconfiguración nacional o regional.

65. Es dentro de este contexto que se han definido las estrategias para la prestación de cooperación técnica 1998-1999. La Representación de la OPS/OMS en Belice seguirá utilizando las estrategias globales de promoción de la salud, equidad, atención primaria de salud, enfoque multisectorial y descentralización.

66. Además, la Representación utilizará las estrategias sensibles internas de horizontalización/descentralización de la cooperación técnica, manejo de consultores de procesos y enfoque de equipo.

67. Esta respuesta hace hincapié en la planificación, el presupuestado, la ejecución y la evaluación del programa de país, incluida la reorganización de los proyectos para los países, en forma horizontal, descentralizada y colectiva.

68. Pese a que se utilizarán todos los métodos funcionales recomendados, los de interés especial son los de la cooperación técnica directa, la formulación de planes y normas, la movilización de recursos, el adiestramiento y la difusión de información.

69. Durante el bienio se hará hincapié en el respaldo a la ejecución del Plan Nacional de Salud, lo que se verá reflejado en el peso de los métodos funcionales utilizados por la Representación.

70. Cooperación técnica directa: se brindará acompañamiento técnico inmediato a los sistemas locales de salud en el proceso de descentralización y reorganización, lo cual se aplicará también al MS a nivel central en lo que hace a la puesta en práctica de las normas y protocolos de los nuevos programas de salud. Ello se brindará por intermedio de seis consultores que se destacarán en Belice y también facilitando el acceso a consultores a corto plazo y a asesores temporeros, de ser necesario.

71. Movilización de recursos: la falta de financiación es un obstáculo importante para la

ejecución satisfactoria del plan, por lo que se asignará prioridad al desarrollo de la capacidad nacional para la concepción, gestión y ejecución de proyectos y para la coordinación interinstitucional e intersectorial, tanto en el macronivel como a nivel comunitario.

72. Adiestramiento: la ejecución de los programas nuevos requerirá el desarrollo y el adiestramiento del personal de salud actualmente disponible en los establecimientos. Se facilitará la participación del personal local en reuniones subregionales e internacionales, y se ofrecerán cursos breves de adiestramiento y perfeccionamiento.

73. Difusión de información: se fomentarán alianzas nuevas con los medios de comunicación, y a la Biblioteca Nacional de Salud se le dará una mayor proyección hacia la comunidad y el sector sanitario en general. Se posibilitará el acceso a Internet para facilitar la comunicación tanto entre la OPS y el MS a nivel de país como entre el MS y otras naciones.

74. Formulación de planes y normas: los consultores destacados en el país y los asesores a corto plazo brindarán acompañamiento técnico al nivel central para la puesta en práctica, el seguimiento y la evaluación de las normas y los procedimientos definidos para los nuevos programas de salud y para su reproducción y distribución.

75. Pese a que en algunos de los proyectos se incluirán unas pocas actividades de investigación, este método funcional no tendrá carácter prioritario en el próximo bienio.

76. El presupuesto bienal por programas 1998-1999 (BPB) comprenderá 10 proyectos para la cooperación técnica directa y uno de respaldo al programa de país, que incluirá la administración general. Los tres primeros proyectos responden al proceso de formulación de políticas de salud a nivel nacional y a las unidades normativas a nivel central del MS, los seis siguientes permiten concretar la descentralización de la cooperación técnica y el último gira eminentemente en torno de la gestión.

77. Un consultor se encargará de la coordinación general de cada proyecto, si bien se empleará el enfoque de equipos.

78. Proyectos de cooperación técnica: Servicios de salud y desarrollo humano; servicios sanitarios de la familia y la comunidad; salud ambiental; sistemas locales de salud: Corozal; sistemas locales de salud: Orange Walk; sistemas locales de salud: Belice; sistemas locales de salud: Cayo; sistemas locales de salud: Stann Creek; sistemas locales de salud: Toledo; apoyo al programa de país.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Servicios de salud y desarrollo humano**

- Se habrá fortalecido la capacidad del MS para realizar cambios estructurales y orgánicos para proseguir con la ejecución del Plan Nacional de Salud 1996-2000.
- Se habrá potenciado la capacidad del MS para ejecutar, seguir y evaluar políticas.
- Se habrá fortalecido la capacidad nacional para la planificación, el seguimiento y la evaluación de salud a nivel intersectorial e interinstitucional.
- Se habrá fortalecido la capacidad del Ministerio de Salud para garantizar una atención de calidad.
- Se habrá fortalecido la capacidad nacional para la concepción y ejecución de proyectos de cooperación técnica entre países (TCC).

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Se habrá mejorado la capacidad nacional para el manejo de la información sanitaria y la vigilancia epidemiológica.
- Se habrá fortalecido la capacidad del MS y la OPS en cuanto a la difusión de información sobre salud.

### **Servicios de salud de la familia y la comunidad**

- Se habrá fortalecido la capacidad nacional para el desarrollo, la introducción y el seguimiento de las estrategias de promoción de salud en el marco de la Carta del Caribe sobre Promoción de la Salud.
- Se habrá fortalecido la capacidad nacional para coordinar y apoyar la ejecución del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Se habrá fortalecido la capacidad nacional para el suministro y el seguimiento de servicios de educación sanitaria escolar, educación física y servicios de salud.
- Se habrá fortalecido la capacidad nacional para brindar un modelo integral de atención frente a la violencia doméstica.

### **Protección del medio ambiente y salud**

- Se habrá fortalecido la capacidad del MS para establecer medidas integrales sobre salud ambiental.
- Se habrá potenciado la capacidad del MS en cuanto a la ejecución, el seguimiento y la evaluación de planes de salud ocupacional.

### **Sistemas locales de salud: Corozal**

- Se habrá fortalecido la capacidad local para suministrar servicios de salud integrales a fin de mejorar el acceso y la cobertura para los distintos grupos etarios.
- Se habrá brindado apoyo al programa de fomento de salud y educación sanitaria para aumentar la participación comunitaria.
- Se habrá mejorado la capacidad local para formular y poner en práctica programas integrales de salud ambiental.
- Se habrá fortalecido la capacidad local para la planificación, puesta en práctica, seguimiento y evaluación de planes sanitarios de distrito.

### **Sistemas locales de salud: Orange Walk**

- Se habrá fortalecido la capacidad local para brindar servicios sanitarios integrales a fin de mejorar el acceso y la cobertura para los distintos grupos etarios.
- Se habrá brindado apoyo al programa de fomento de la salud y educación sanitaria para aumentar el poder de decisión de la comunidad.
- Se habrá mejorado la capacidad local para formular y ejecutar programas integrales de salud ambiental.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Se habrá fortalecido la capacidad local en cuanto a planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de salud del distrito.

### **Sistemas locales de salud: Belice**

- Se habrá fortalecido la capacidad local para brindar servicios de salud integrales a fin de mejorar la cobertura y el acceso para todos los grupos etarios.
- Se habrá brindado apoyo al conjunto de medidas de promoción de la salud y los programas de educación sanitaria, a fin de aumentar el poder de decisión de la comunidad.
- Se habrá mejorado la capacidad local para elaborar y poner en práctica programas de salud ambiental integrales.
- Se habrá fortalecido la capacidad local para planificar, ejecutar y evaluar el plan de salud del distrito.

### **Sistemas locales de salud: Cayo**

- Se habrá fortalecido la capacidad local para brindar servicios de salud integrales para los distintos grupos etarios, a fin de mejorar el acceso y la cobertura.
- Se habrá brindado respaldo al conjunto de medidas de promoción de la salud y los programas de educación sanitaria para aumentar el poder de decisión de la comunidad.
- Se habrá mejorado la capacidad local para formular y ejecutar programas de salud ambiental.
- Se habrá fortalecido la capacidad local para planificar, ejecutar y evaluar los planes de salud del distrito.

### **Sistemas locales de salud: Stann Creek**

- Se habrá fortalecido la capacidad local para brindar servicios de salud integrales para los distintos grupos etarios a fin de mejorar la cobertura y el acceso.
- Se habrá brindado apoyo al conjunto de medidas de promoción de la salud y los programas de educación sanitaria para aumentar el poder de decisión de la comunidad.
- Se habrá mejorado la capacidad local para formular y ejecutar planes de salud ambiental.
- Se habrá fortalecido la capacidad local para planificar, ejecutar y evaluar los planes de salud del distrito.

### **Sistemas locales de salud: Toledo**

- Se habrá fortalecido la capacidad local para brindar servicios de salud integrales a fin de mejorar el acceso y la cobertura para los distintos grupos etarios.
- Se habrá brindado respaldo al programa de promoción de la salud y de educación sanitaria para aumentar el poder de decisión de la comunidad.



**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá mejorado la capacidad local para formular y poner en práctica programas integrales de salud ambiental.
- Se habrá fortalecido la capacidad local en lo que hace a la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los planes de salud del distrito.

**Apoyo al programa de país**

- Se habrá fortalecido la capacidad de la OPS/OMS para brindar cooperación técnica.

<b>BELICE</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	598,500	933,100	150,900	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	289,800	24,500	29,000	0
Promoción y Protección de la Salud	67,200	149,500	37,700	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	49,300	17,300	205,500	296,000
Prevención y Control de Enfermedades	81,900	22,000	206,300	10,000
<b>TOTAL</b>	<b>1,086,700</b>	<b>1,146,400</b>	<b>629,400</b>	<b>306,000</b>

# BOLIVIA

## *Situación de Salud*

1. Salud y Desarrollo: Las Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa han remodelado el escenario para la organización de Servicios de Salud, introduciendo la necesidad de una gestión compartida con la Prefecturas, los Municipios y las Organizaciones Comunitarias de Base.

2. Se aprobó la Ley de Medicamentos, quedando la necesidad de implementar su reglamentación; Bolivia asume la Presidencia de la rama americana de la Organización de Médicos Parlamentarios, constituida luego de la "I Conferencia Panamericana de la Organización (Santa Cruz, Octubre de 1996)".

3. La creación del Ministerio de Desarrollo Humano permite reforzar la política social del país, integrando diferentes sectores de esta área. De particular importancia es la presencia de la Subsecretaría de Género, para la implementación de los aspectos de género y en particular La Ley Contra la Violencia Intrafamiliar.

4. El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) sigue siendo la principal fuente de datos para el sector, además de encuestas especializadas. Se está adecuando el Sistema a la División Municipal del País.

5. La Red Boliviana de Información de Ciencias de la Salud tiene el propósito de sistematizar e integrar la producción bibliográfica nacional. El Centro de Documentación de la PWR además de sus servicios tradicionales ofrece un acceso vía INTERNET, a archivos de análisis de la situación de salud y a bases electrónicas de datos.

6. Desarrollo de los Servicios de Salud: Se ha completado el Plan de Reforma del Estado de la Gestión Gubernamental que terminó en agosto de 1997. Se requiere un enorme esfuerzo de consolidación a través del desarrollo instrumental y la capacitación de los Recursos Humanos. Hay un conjunto de Reformas del Sector Salud que requieren

ser implementadas. Todo lo anterior ha sido y será objeto central de la Cooperación Técnica.

7. Promoción y Protección de la Salud: En el período 98/99 se tratará de continuar con la estrategia de Municipios Saludables, apoyando las acciones prioritarias en salud, con un criterio básicamente intersectorial. Calidad de atención, aumento de las coberturas de la atención en el Sistema Público de Salud, disminución de las Tasas de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Promoción de Programas de Seguridad Alimentaria y Salud Mental.

8. Un Programa fundamental que debe consolidarse en el bienio es la Fortificación de la Harina de Trigo con Hierro, la implementación con Hierro y Vigilancia Epidemiológica de las Anémias Nutricionales.

9. Protección y Desarrollo Ambiental: En el Saneamiento Básico la principal propuesta nacional es la implementación del Plan Nacional de Saneamiento Básico, reactualizado para el período 1995/2000. Este Plan prioriza el incremento de la cobertura, incremento significativo de tratamiento de los residuos sólidos y líquidos. Se reconoce la necesidad de la formación de recursos humanos y el incremento de la capacidad de preinversión. Asimismo, es necesario la modernización del sector y su fortalecimiento de acuerdo con el nuevo reordenamiento del Gobierno, donde adquiere gran importancia el rol del municipio.

10. En el campo del Sector Ambiental el país está desarrollando un Plan Nacional de Desarrollo Sostenible basado en la incorporación de la Agenda 21, en sus planes de Desarrollo. Para ello se fortalecerá el Ministerio de Desarrollo Sostenible, así como las Unidades Municipales de Medio Ambiente, para operativizar la obtención de estos planes. Sin embargo, en el campo específico de la Salud Ambiental existe una debilidad en cuanto no hay un ente dentro de la estructura del Gobierno actual, el que se responsabilice directamente de estos agentes.

11. Control y Prevención de Enfermedades: El país cuenta con un fuerte programa de Vacunación insertado en los servicios y con apoyo a la población. Las prioridades son: la eliminación del Sarampión, erradicación de la Poliomielitis y eliminación del Tétanos Neonatal.

12. Las enfermedades Diarreicas Agudas y las Infecciones Respiratorias Agudas junto con la Desnutrición y la Malaria son prioritarios dentro de la estrategia AIEPI. El país ha asumido el compromiso del Programa de Eliminación de la Lepra para el año 2000. Se cuenta con un programa de Eliminación del T. Infestans con estrategias concretas de control. Se aprobó la "Ley de Sangre" y se concretaron los primeros pasos para contra con sangre segura en los principales departamentos del país.

13. El Programa ETS/SIDA sigue con dificultades en contextualizar el problema en la sociedad, con múltiples actores. En el sector salud, la dificultad principal estriba en los servicios. Se conformó el grupo temático ONUSIDA.

14. Para el Control de la Malaria se continúan priorizando el área del Norte del País, donde hay transmisión activa de la Malaria por P. Falciparum y muerte por Malaria. En el Chaco Boliviano la Malaria es muy vulnerable a las medidas de control. La Tuberculosis sigue dependiendo en gran medida del financiamiento externo para su control.

15. La meta de eliminación de la transmisión de la rabia por animales domésticos se está cumpliendo. Con relación al compromiso subregioanal de control de Teniasis/Cistecercosis, existe un Plan elaborado y se trabaja en áreas de demostración. En salud animal, Bolivia asumió el compromiso de eliminación de la Fiebre Aftosa.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

16. Fortalecimiento operativo, financiero y legal de los Seguros de Maternidad y Niñez y Vejez y el desarrollo de similares esquemas de acceso a la atención de la salud; Aumento de la capacidad resolutoria de la Red de Servicios, tanto a nivel local como departamental; Desarrollo de las instancias de

gestión sectorial y compartida de salud en los distintos niveles a través de su desarrollo conceptual, operativo y técnico; Apoyo al desarrollo del rol regulador, técnico de apoyo y de vigilancia del nivel central y de los institutos nacionales. Apoyo a la capacitación del personal para asegurar la sostenibilidad del nuevo modelo sanitario; Desarrollo de un programa integral de gestión de calidad dirigido a incrementar la demanda, la satisfacción del usuario y la eficacia y seguridad en la atención de salud; Fortalecimiento del Programa de Salud Reproductiva e Infantil que incluya la institucionalización de la consejería, para la regulación voluntaria de la fecundidad; Promoción de la salud de los adolescentes y organización del programa de atención de sus necesidades y la promoción de estilos de vida saludables; Estrategia de movilizar recursos locales para la salud y la participación ciudadana; Intensificación de las acciones de control de Cólera, TB y enfermedades vectoriales; Organización de la Red de Bancos de Sangre y de la Donación y Transfusión segura; Formación de personal en áreas críticas y crear mecanismos en la carrera sanitaria que promuevan la estabilidad y productividad del personal; Reorganización y fortalecimiento del Programa Nacional de Medicamentos Esenciales y el CEASS, a fin de asegurar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos y su uso racional; Continuación del Programa Nacional de Reforma Sectorial, sobre todo en áreas de financiamiento, recursos humanos y regulación sectorial; Fortalecimiento del SNIS, integrándolo la vigilancia de la equidad, del gasto en salud y otros subsistemas (Recursos Humanos); Movilización y consolidación de una estrategia técnico-financiera para el control del Chagas; Desarrollo de los mecanismos e instrumentos para la supervisión, monitoreo y evaluación en salud; Apoyar a las Prefecturas y Municipios en la definición y puesta en marcha de políticas y programas de Saneamiento Básico, Control de Calidad del Agua y de los Alimentos.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

17. Los distintos escenarios analizados indican que probablemente el nuevo gobierno continuará en la senda de los cambios estructurales que el país ha recorrido en estos últimos años, modificando sólo aquellos aspectos de estilos de negociación y concertación y buscando desarrollar el rol regulador

del estado, para mantener cierto equilibrio entre lo público y lo privado, lo nacional y lo local y el desarrollo de mayor responsabilidad del estado ante la sociedad. En términos de su orientación, se enfatizará lo rural, lo agrario y lo social, en especial los temas pendientes de justicia y empleo.

18. El país acelerará su proceso de integración regional y económica; pero, priorizará el MERCOSUR.

19. En el plano social y epidemiológico, persistirán las endemias tradicionales con probabilidad de que resurjan (cólera, malaria) debido al cambio de orientación que sufre la gestión pública durante los años electorales y la alta reconversión de personal asociado al cambio de gobierno.

20. Los cambios estructurales y la integración económica promueven una urbanización más acelerada y la función municipal será más relevante, sobre todo en las ciudades intermedias.

21. En el plano macroeconómico, se reforzará la actividad económica relacionada al turismo, la producción agraria, comunicaciones y transportes.

22. Ante este escenario, la Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS (CT) se centrará en consolidar el actual proceso de Reforma y de Desarrollo del Sistema Nacional de Salud, estimulando paralelamente la identificación de las reformas pendientes y complementarias. Es así que se apoyará el desarrollo del rol conductor y regulador de la Secretaría Nacional de Salud y, a través de Cooperación Técnica Territorial, fortalecer técnica y operativamente las Direcciones Departamentales de Salud y las instancias de gestión de salud a nivel municipal. Estas acciones se acompañarán de una estrategia de comunicación y difusión de la

información en salud que provea del conocimiento y la información en salud a todos los actores, especialmente los municipios y ciudadanos.

23. En este contexto la CT deberá apoyar la capacitación permanente de los recursos humanos, a partir de la experiencia y de los cambios que se requiere implantar. Esto es crucial para garantizar la sostenibilidad de las reformas y la eficiencia en la gestión de las redes de servicio y eficacia de la atención programática, lo que permitirá ampliar los seguros de maternidad, niñez y el de vejez, posibilitando la puesta en marcha de esquemas de atención y financiamiento local o departamental que se orienten a la cobertura universal.

24. Otro componente de la estrategia de CT será consolidar en una agenda, los temas de salud y desarrollo, saneamiento básico, educación y salud, promoción de la salud y los aquellos asociados a género y violencia y abordarlos integralmente a través de la iniciativa de municipios saludables (MS), sobre todo, en las ciudades intermedias. MS se relanzará con mayor cobertura y profundidad, convirtiéndose en el "argumento" más potente para desarrollar nuestra relación con los municipios y movilizar recursos locales en función de la salud, además nos parece que Municipios Saludables tiene el potencial de aprovechar plenamente las reformas en curso y desarrollar una visión global de la salud y es el contexto ideal para el desarrollo de consensos, contribuyendo simultáneamente a la democratización de la sociedad boliviana.

25. En el plano regional se profundizará el apoyo a los mecanismos de coordinación regional en salud, desarrollados por el Cono Sur y se dará especial interés a aquellos aspectos que complementen el proceso de integración (Aftosa, Cólera, Cooperación Fronteriza y Reglamentación del Intercambio de Servicios e Insumos) buscando fortalecer la CTP en Salud entre los miembros del MERCOSUR.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Desarrollo del sistema nacional de salud**

- Elementos técnicos proporcionados para la definición y establecimiento del rol normativo y de vigilancia de la Secretaría Nacional de Salud, sobre el sistema nacional de salud para la implementación del Nuevo Modelo Sanitario.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Recursos movilizados para el establecimiento de foros de concertación sobre temas prioritarios de política de salud.
- Cooperación proporcionada para la incorporación de procesos de atención y prevención de la Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil en las políticas nacionales y la provisión de servicios sociales.
- Cooperación proporcionada para el establecimiento y fortalecimiento de la capacidad nacional de respuesta para acciones de emergencia y humanitarias.
- Uso promovido de la información sanitaria y biomédica a través de medios técnicos adaptados y de una estrategia de comunicación social.

### **Acceso universal a la atención de la salud**

- Cobertura ampliada a través del análisis de acceso e impacto de los seguros de maternidad, niñez y vejez, organizando los seguros con base municipal y comunitaria en al menos 5 Direcciones Departamentales de Salud.
- Programa Integral de Gestión de Calidad, organizado y puesto en marcha a nivel descentralizado y con participación popular o social.
- Red de Centros de Capacitación en Gestión de Servicios y Calidad de la Atención, funcionando en forma coordinada y sostenible, tanto para personal institucional como comunitario (Cochabamba, Santa Cruz y La Paz y áreas rurales a designar).
- Conjunto de reformas sectoriales en la gestión y capacitación de los recursos humanos concertado y promulgado.
- Cobertura de atención de las redes de rehabilitación, salud mental y mantenimiento ampliada, y disponibilidad en los servicios de salud de suministros y medicamentos esenciales.
- Aplicación por la Secretaría Nacional de Salud, las DIDES y los DILOS, en forma sostenida, de los instrumentos y normas de la gestión sectorial y compartida del nuevo modelo sanitario.
- Sistema Nacional de Evaluación y Supervisión en Salud funcionando, como un componente del Sistema Nacional de Información Nacional (SNIS).

### **Atención a problemas prioritarios de salud**

- Se ha logrado implementar en la Red de Atención Primaria, acciones de vigilancia, prevención y control de enfermedades prioritarias de niños menores de 5 años (EDA, IRA, Desnutrición, Malaria), en el marco de la estrategia AIEPI.
- Acciones de vigilancia y prevención de enfermedades inmunoprevenibles desarrolladas en la red de servicios y en la comunidad con énfasis en la eliminación del sarampión, mantenimiento de la erradicación de la Polio y eliminación del tétanos neonatal.
- Programas nacionales de enfermedades transmitidas por vectores, en especial la enfermedad de Chagas, Malaria, Leishmaniasis y Dengue funcionando.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Programas de vigilancia, prevención y control de otras enfermedades transmisibles, implantadas y desarrolladas en áreas seleccionadas.
- Acciones de control de la rabia y de erradicación de la Fiebre Aftosa y control de otras enfermedades del ganado de importancia económica funcionando en los Municipios del territorio boliviano.
- Problemas no transmisibles de mayor importancia en Salud Pública, priorizada en programas de atención.
- Desarrollo de Sistemas de Información, Vigilancia Epidemiológica, Análisis de Situación y Perfiles Locales de Salud en Municipios y DIDES.
- Bancos de sangre proporcionando sangre segura y centros de referencia para enfermedades transmisibles.

### **Promoción y protección de la salud**

- Programas de promoción de la salud infantil y adolescente establecidos y desarrollados en los municipios seleccionados, especialmente aquellos programas que se operacionalizan a través del Seguro de Maternidad y Niñez.
- Educación y servicios en Salud Reproductiva, que incluya la Planificación Familiar, proveídos en todos los establecimientos del Sistema Público de Salud y con aumento de cobertura y calidad de la atención de la salud de la mujer, del recién nacido y la infancia.
- Capacidad de gestión en los municipios, direcciones departamentales y nacional de salud, desarrollada para la implementación de acciones que mejoren la situación de la seguridad alimentaria y nutricional de la población, incluyendo la promoción de la defensa del consumidor.
- Población de los municipios seleccionados participando activamente en programas de Salud Mental, generando y demandando actividades dirigidas a mejorar su calidad de vida.
- Los municipios seleccionados han adoptado la estrategia de municipio saludable.
- Programas de salud de los trabajadores desarrollados.
- Programas de salud intercultural funcionando en las comunidades indígenas.

### **Apoyo al desarrollo gestión y coordinación de programas**

- Mejoramiento de la funcionalidad de la Representación.
- Desarrollo y mejoramiento de los Sistema de Información Gerencial de la Representación.
- Análisis de los logros, metas y alcances de la OPS/OMS en la Cooperación Externa de Salud.

### **Saneamiento básico y calidad ambiental**

- Se habrán movilizado recursos para la implementación de Proyectos de Saneamiento Básico en la población rural dispersa y periurbana.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Programas de Post-grado de Ingeniería Ambiental funcionando en la Universidades de San Andrés y San Simón, para formación de profesionales en el área.
- Tener funcionando programas de formación de Técnicos de Saneamiento en Ivirgarzama y Pucarani, y de formación de Perforistas en San Julian (Santa Cruz).
- Se habrá implementado el Programa Nacional de Calidad del Agua.
- La Dirección Nacional de Saneamiento Básico (DINASBA) y la Asociación Boliviana de Ingeniería Sanitaria, fortalecidas en el manejo de información.
- Haber incorporado la agenda 21 en el Plan General de Desarrollo.
- Se habrán implementado el Instituto Nacional de Salud Ocupacional y Ambiental.
- El Programa Nacional de Sustancias Químicas implementado.

<b>BOLIVIA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,557,500	1,480,600	367,800	978,800
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,073,400	1,260,800	1,256,900	90,000
Promoción y Protección de la Salud	513,700	440,000	1,808,700	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	553,700	443,500	170,700	0
Prevención y Control de Enfermedades	893,900	1,032,000	324,100	0
<b>TOTAL</b>	<b>4,592,200</b>	<b>4,656,900</b>	<b>3,928,200</b>	<b>1,068,800</b>

# BRASIL

## *Situación de Salud*

1. Consideraciones generales: La población total del Brasil, estimada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), para 1998, es de 161,8 millones de habitantes, distribuidos en un territorio de 8,5 millones de km<sup>2</sup>; el 43% se concentra en la Región Sudeste, 29% en la Región Nordeste, 15% en la Región Sur, 7% en la Región Norte y 6% en la Región Centro-Oeste. Las proyecciones demográficas para 1998, muestran una tasa bruta anual de natalidad de 18.8 nacimientos por mil habitantes, la tasa bruta de mortalidad 6.7 muertes por mil habitantes, mientras que la tasa anual de crecimiento de la población marca el 1,2% y la tasa global de fecundidad de 2,1 hijos por mujer. La población urbana se estima en 80,2%, la razón de dependencia 60% y la esperanza de vida al nacer en 67,9 años. Se estima que para el año 2000 existirán 13.1 millones de habitantes de más de 60 años de edad.

2. No obstante el crecimiento económico verificado en las últimas décadas, presenta disparidades regionales que afectan a grandes sectores de población. En 1994 el Producto Nacional Bruto era de US\$3.370 per capita, pero el 43% de la población permanecía en estado de pobreza. La Región Nordeste participa sólo con el 13% del PIB, la tasa de mortalidad infantil alcanza valores extremos de 74 por mil nacidos vivos y la tasa de analfabetismo en 1991 llegaba a 36%, frente a 11% en las Regiones Sur y Sudeste.

3. La tasa de Mortalidad Infantil proyectada para 1998 es de 41.3 por mil nacidos vivos y entre las causas más importantes en los últimos años se encuentran las originadas en el período perinatal (50.6%). La distribución de mortalidad específica por grupos de causas definidas en 1993, fue la siguiente: enfermedades del aparato circulatorio (33.8%); causas externas (14.4%); neoplasias malignas (12.7%); enfermedades del aparato respiratorio (11%); enfermedades infecciosas y parasitarias (5.8%); y otras causas (4.3%). Las causas mal definidas representan el 18% del total de muertes. Existe un subregistro elevado en las Regiones Norte y Nordeste. En el año 1995, se destacaron las siguientes enfermedades

transmisibles: malaria en la Región Amazónica (561 mil casos); los brotes epidémicos de dengue (130.000 casos) y la expansión de la infestación por *A. aegypti*; el cólera tiende a ser endémico en las Regiones Norte y Nordeste, enfermedades tales como la tuberculosis, lepra, enfermedad de Chagas y la rabia canina persisten como importantes problemas de salud pública.

4. El Sistema Unico de Salud (SUS) instituido en 1990, viene enfrentando dificultades para su consolidación debido a limitaciones financieras y al incipiente desarrollo de modelos de gestión capaces de coordinar los esfuerzos institucionales para la descentralización de acciones y servicios, la integralidad de la atención y el control social. Como resultado se presenta un cuadro caracterizado por la elevada presión en demanda de una prestación de servicios de mayor resolutiveidad y adecuación de los costos asistenciales.

5. Estado de la Cooperación según las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP): Salud en el Desarrollo. Desde 1995 el Ministerio de Salud cuenta con el Plan Plurianual (1995-98), con el cual se busca elevar la capacidad de análisis, formulación de políticas y estrategias y planificación, para cumplir con su importante papel en el desarrollo del país. En ese proceso se busca la participación cada vez mayor de los órganos colegiados de la dirección central del SUS, tales como el Consejo Nacional de Salud y la Comisión Intergestora Tripartita, así como de los Consejos Nacionales de Secretarios Estatales y Secretarios Municipales de Salud. Entre los recientes avances observados en esa dirección, se destaca la implementación de la Norma Operacional Básica 1996, que establece condiciones objetivas para la descentralización e incentivos para actividades prioritarias del SUS. El Ministerio de Salud realiza esfuerzos para articular los contenidos de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de OPS al proceso de elaboración de políticas, planes y programas nacionales de salud.

6. Se encuentra en desarrollo la Red Integrada de Informaciones en Salud que articula entidades representativas con capacidad de análisis de situación y tendencias. El desarrollo y consolidación del SUS a través del REFORSUS continuará como



una de las actividades más importantes para jerarquizar la Red de Servicios de nivel local. También existe interés en el desarrollo armónico y uso de tecnologías, en el fortalecimiento de las actividades de investigación en salud y en los aspectos relacionados con la bioética.

7. Desarrollo de Sistemas de Salud: El momento actual es de transición hacia una plena implementación del SUS y se busca introducir medidas de eficiencia en un modelo de atención participativo. Es reconocida la necesidad de fortalecer la capacidad de liderazgo y gestión en el nivel central del Ministerio de Salud, paralelamente al desarrollo institucional de las Secretarías Estatales y Municipales de Salud. El mayor desafío es alcanzar la equidad y el acceso universal en la atención de salud, con énfasis en los grupos de población más postergados, en el marco de la descentralización y los procesos de desarrollo local. Resultados satisfactorios vienen siendo obtenidos en el desarrollo de los Recursos Humanos y en los próximos años serán necesarios mayores esfuerzos para el funcionamiento eficaz de los servicios.

8. Promoción y Protección de Salud: Se tienen en ejecución importantes iniciativas para fomentar el reconocimiento y la asimilación del concepto de salud como parte del bienestar social e individual y como recurso fundamental para el desarrollo. Mayores esfuerzos serán necesarios en la formulación e implementación de políticas orientadas a intervenir en los patrones de conductas de riesgo, alimentario-nutricionales, uso de drogas, alcoholismo, tabaquismo y de la violencia. Se busca desarrollar modelos de prestación de servicios de salud eficientes y eficaces en la prevención y manejo de las enfermedades no transmisibles. Avances significativos se observan en salud reproductiva, regulación de la fecundidad y en algunos problemas de salud en niños y adolescentes, no obstante persiste como prioridad la reducción de la mortalidad infantil y materna en áreas de mayor riesgo.

9. Desarrollo y Protección del Medio Ambiente: Un significativo aumento en la cobertura de abastecimiento de agua en cantidad y calidad se ha verificado en los últimos años. También fueron ampliados los servicios de eliminación de desechos y excretas, no obstante, mayores esfuerzos deben ser realizados en ese sentido. La potencialidad del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud podrá

ser mejor utilizada en función de las prioridades en salud que tiene el país. Persisten grandes desafíos para mejorar la calidad del ambiente para alcanzar un desarrollo ambiental sustentable, de conformidad con los convenios firmados en la CNUMAD, incluidos los riesgos para la salud humana presentes en los ambientes de trabajo.

10. Prevención y Control de enfermedades transmisibles: En 1994, el Brasil fue declarado, junto con los países miembros de la región, libre de la circulación del poliovirus salvaje autóctono, situación que está siendo mantenida hasta el presente. Avances importantes se están logrando para la eliminación del tétanos neonatal, aunque existen áreas donde persiste el riesgo. Desde 1992, la incidencia del sarampión se mantiene en bajos niveles, aunque en 1996, se presentaron pequeños brotes focalizados. En el marco de la Iniciativa del Cono Sur, importantes esfuerzos vienen realizándose para la eliminación del T. infestans y la Interrupción de la Tripanosomiasis Transfusional. Se encuentra en ejecución el Plan Director para erradicar el A. aegypti y se continúan las acciones para el control de la malaria, leishmaniasis visceral, fiebre amarilla selvática, esquistosomiasis, oncocercosis, hanseniasis, enfermedad diarreica y cólera. El control del SIDA se mantiene como una actividad principal tanto a nivel nacional como local. En el área de Salud Pública Veterinaria las coberturas de vacunación nacional antirrábica canina y felina en 1996, alcanzaron el 83% y los tres estados del Sur del país permanecen libres de la enfermedad, asimismo esfuerzos conjuntos con los países del Cono Sur se desarrollan para mejorar la productividad agropecuaria y elevar el nivel de vida de la población. Existe la necesidad de ampliar la cobertura de información relacionada con enfermedades transmitidas por alimentos, así como sobre calidad e inocuidad de alimentos.

11. Planes y Prioridades para el desarrollo nacional de la salud: Los principios y directrices que orientan el desarrollo del SUS en los últimos años son: Universalidad de la Atención, Integralidad de la Asistencia, Equidad en el Acceso a Acciones y Servicios, Derecho a la Información, Uso de la Epidemiología en el establecimiento de prioridades y en la evaluación de resultados, Control Social, Descentralización Político-Administrativa con dirección única en cada esfera de Gobierno, Regionalización, Intersectorialidad y Jerarquización de la Red de Servicios.

12. Prioridades Nacionales para la Cooperación en Salud. Consolidar el SUS desarrollando: el papel coordinador y normatizador del Gobierno Federal, la capacidad de formulación estratégica de políticas así como la implementación y evaluación de acciones y programas de salud en los diferentes niveles del sistema, el fortalecimiento de los Consejos Nacional, Estatales y Municipales de Salud, la regulación del sistema privado de atención supletiva, la capacidad de cooperación externa en salud, la delimitación de competencias entre los tres niveles de dirección del SUS, la capacidad institucional y los procesos de gestión del sistema a partir de la implementación de la Norma Operacional Básica 96, el sistema de información para orientar la formulación de políticas públicas y la difusión de conocimientos; el sistema nacional de ciencia y tecnología en salud, la movilización de recursos en apoyo a los programas y prioridades nacionales y las políticas asumidas por el país junto a los cuerpos directivos de OPS/OMS. Aumentar la eficiencia del SUS y mejorar la calidad de sus acciones promoviendo: el desarrollo institucional de las Secretarías Estatales y Municipales de salud, la implementación de políticas de recursos humanos en forma compartida entre los gestores del sistema, fortalecimiento de la política de asistencia farmacéutica y del programa de autosuficiencia en inmunobiológicos y hemoderivados, el control y evaluación de los servicios, el desarrollo de normas y procesos de control de calidad de productos de interés para la salud, la implantación de sistemas de control de la incorporación y utilización de tecnologías, la capacidad de análisis epidemiológico en los servicios de salud, las acciones integrales y de promoción de la salud destinadas a mejorar la salud del niño, la mujer, el adolescente y del adulto mayor, el saneamiento básico y el manejo de riesgos ambientales para la salud principalmente en las áreas rurales y urbano-periféricas. Aumentar la eficiencia de las acciones de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades y riesgos, comprendiendo: las enfermedades transmitidas por vector (enfermedad de Chagas, malaria, dengue, esquistosomiasis, leishmaniasis visceral), tuberculosis y lepra, zoonosis y enfermedades transmitidas por alimentos, los riesgos derivados de la contaminación ambiental incluyendo el ambiente de trabajo, las enfermedades prevenibles por vacunación, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónico-degenerativas, salud mental, la desnutrición infantil y las carencias nutricionales específicas.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

13. Consolidar el Sistema Unico de Salud democratizando la salud a través del fortalecimiento institucional de las Secretarías Estatales y Municipales de Salud, en base al análisis de situación, la comunicación, participación y control social, para el logro de mayor equidad, resolutivez, eficiencia y calidad en la prestación de servicios; Fortalecer la cooperación internacional en salud y técnica entre países, priorizando las relaciones con los países miembros del MERCOSUR, la Iniciativa en Salud del Cono Sur y otros países fronterizos con Brasil; Implantar un nuevo modelo, descentralizado y participativo, de atención de salud, priorizando la organización y desarrollo de la red de servicios de salud hospitalares y ambulatoriales, así como de un sistema de desarrollo tecnológico de equipos biomédicos y de prevención y recuperación de los servicios de salud; Asegurar la disponibilidad, uso racional de medicamentos y otros insumos críticos indispensables, y mejoramiento del sistema de vigilancia sanitaria de los medicamentos; Implementar políticas de recursos humanos de manera compartida entre los gestores del SUS, con el fin de incrementar los niveles de satisfacción, cobertura e resolutivez de los servicios de salud; Mejorar el nivel de Salud y Nutrición y la calidad de vida de la población, en particular de la mujer, del niño, adolescente y del adulto mayor, a través de la Promoción de Salud y Nutrición. Desarrollar programas de adiestramiento en epidemiología y manejo de intervenciones integradas para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles; Contribuir a mejorar los programas de control del impacto del medio ambiente en la salud y la evaluación y manejo de riesgos ambientales para la salud y a incrementar las coberturas y calidad de los servicios de agua y saneamiento, teniendo como principales puntos las poblaciones rurales y los cinturones de pobreza de las grandes ciudades; Fortalecer los programas de prevención y control de las principales enfermedades transmisibles que afectan la población (malaria, dengue, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, lepra, cólera), Tuberculosis, enfermedades emergentes y apoyar al programa nacional de control de SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; Profundizar el proceso de descentralización de acciones de control de zoonosis y vigilancia

sanitaria de los alimentos, a nivel municipal, y padronización de técnicas de laboratorio para el diagnóstico de las zoonosis prevalentes y para el control sanitario de los alimentos. Fortalecer la capacidad Nacional para la formulación de la política, estrategia y acciones orientadas a producir, adquirir, distribuir y utilizar Inmunobiológicos necesarios para el Programa Nacional de Inmunizaciones. Aumentar la cobertura vacunal y mejorar el control de las enfermedades inmunoprevenibles con la utilización de inmunobiológicos de calidad controlada, la introducción de nuevas vacuna y el fortalecimiento de las actividades de Vigilancia Epidemiológica. 20 Mejorar las condiciones de vida y de salud de las mujeres y destacar su papel en el desarrollo económico y social del país; Promover las capacidades de cooperación internacional en salud, y movilizar recursos políticos, técnicos y financieros en apoyo al desarrollo de los programas y prioridades nacionales de salud, y de las políticas y acuerdos asumidos en los cuerpos directivos de la OPS y OMS; Desarrollar conjuntamente con el Ministerio de Salud acciones para reducir la mortalidad en niños menores de 5 años de edad, fundamentalmente debida a las enfermedades prevalentes de la infancia: diarrea, IRA, desnutrición y malaria, en las regiones prioritarias, así como reducir la incidencia y gravedad de casos de IRA y enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años de edad; Fortalecer la capacidad de Brasil para ejecutar el Plan Director de Erradicación de *Aedes aegypti* (PEAa) y de los otros países de las Américas para vigilar, prevenir y combatir dengue, fiebre amarilla y otras enfermedades transmitidas por vectores.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

14. En interacción permanente con las diferentes instancias de Gobierno Nacional, Estatal y Municipal, impulsar iniciativas, desarrollar y hacer seguimiento de acciones para eliminar las desigualdades en el acceso a las acciones y a los servicios de salud a través de actividades conjuntas para el análisis de situación y la identificación de necesidades y prioridades de cooperación en salud en concordancia con las OEP; así como para la

coordinación interagencial de las acciones a desarrollar para la solución de los principales problemas identificados.

15. Hacer efectiva la movilización de recursos nacionales y locales (humanos, financieros, materiales, y de conocimiento científico-técnico) sobre la base de Proyectos Integrados de Cooperación, dentro del sector, Secretarías Estatales, Municipalidades, instituciones públicas y privadas, ONG's, Universidades y Centros de Estudios e investigación vinculados a la salud y al desarrollo humano.

16. Desarrollar e instrumentar la Red Integrada de Información en Salud como apoyo efectivo al fortalecimiento de la capacidad institucional nacional para análisis, elaboración e implementación de políticas y estrategias de desarrollo de la salud. Así como apoyar las iniciativas para la evaluación e incorporación de tecnologías en salud.

17. Continuar con el desarrollo y fortalecimiento la capacidad institucional de la Representación de OPS/OMS en Brasil, en correspondencia con sus características y necesidades, para brindar una cooperación científico-técnica con eficiencia y efectividad, desarrollando la capacidad administrativa, la capacidad político-diplomática y la excelencia técnica de sus recursos humanos.

18. Ejecutar actividades de coordinación con organismos internacionales, bilaterales y multilaterales, que tienen presencia en el país, con la finalidad de optimizar los recursos de cooperación técnica que están disponibles para salud, en coordinación con la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). 6. Apoyar actividades de capacitación gerencial como parte de los esfuerzos mantenidos para el desarrollo de la capacidad de gestión y liderazgo del nivel central y las Secretarías Estatales y Municipales, la descentralización, municipalización, y los nuevos modelos de atención con base en los Programas de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios. Continuar apoyando la iniciativa de Municipios Saludables y el desarrollo de los Gobiernos Locales.

---

## ***Resultados Esperados***

---

***1998-1999***

### **Zoonosis y protección de alimentos**

- Consolidar la eliminación de la rabia transmitida por el perro y fortalecer el sistema epidemiológico de la rabia
- Consolidación del Proyecto de Prevención y Control del Complejo Teniasis/Cisticercosis.
- Elaboración conjunta Salud/Agricultura/OPS, de los Planes de Acción para el Control de otras zoonosis (hidatidosis, brucelosis, tuberculosis)
- Desarrollo de la gerencia técnica administrativa de los servicios de salud animal y salud pública veterinaria
- Fortalecido Programa de conservación y uso racional de primates no humanos
- Desarrollo de los Recursos humanos en zoonosis y protección de los alimentos
- Fortalecido el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades transmitidas por los alimentos.
- Incorporar nuevas metodologías y procedimientos para mejorar la inspección y control de alimentos.

### **Cooperación técnica entre países**

- Consolidación de la cooperación entre Brasil y países del MERCOSUR, en el sector salud, para problemas prioritarios que requieran apoyo de OPS con fondos TCC
- Consolidación de la cooperación en salud con proyectos y actividades prioritarias para Brasil y otros países de la región.

### **Desarrollo de políticas públicas de salud.**

- Cooperar con el Ministerio de Salud en la reestructuración de la administración nacional del Sistema Único de Salud.

### **Salud y ambiente**

- Cooperar con las instituciones nacionales en el desarrollo de la capacidad de los sectores involucrados con salud y ambiente para asumir sus funciones de liderazgo y de asesoría para la atención a la salud y ambiente desde su enfoque multisectorial (gestión).
- Desarrollo de métodos e instrumento para fortalecimiento de la cooperación técnica en el área de salud y ambiente.
- Concientización de las autoridades del gobierno, organizaciones civiles y población en general, sobre la necesidad de conservar los recursos naturales y su utilización de forma racional.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia**

- Integración del enfoque de AIEPI dentro de los programas ya existentes: Programa de Salud de la Familia/Agentes Comunitarios (PSF/PACS), Programa de Reducción Mortalidad Infantil (PRMI), y coordinación con las distintas áreas de control de enfermedades prevalentes de la infancia del Ministerio de Salud y Secretarías estatales.
- Elaboración e implementación de planes operativos de AIEPI en todos los Estados del Norte y Nordeste a finales de 1999.
- Integración de la metodología de enseñanza de AIEPI para profesionales de salud.
- Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica y control de casos de cólera en los municipios más afectados.

### **Desarrollo de recursos humanos para el SUS**

- Fortalecimiento de la capacidad política y técnico-operacional de las instituciones gestoras de SUS, en las áreas de (i) regulación de trabajo y de ejercicio profesional en los servicios de salud; y (ii) formación de recursos humanos en conjunto con las instituciones del sistema educacional.

### **Promoción y protección de la salud familiar y comunitaria**

- Difusión de conocimiento, metodologías y modelos para la promoción y atención de la salud a las mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores a nivel individual, familiar comunitario y en la red de servicios.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional para mejorar la calidad de la asistencia materna y perinatal.
- Promoción y apoyo a la ejecución de iniciativas sectoriales e intersectoriales para la atención de la salud de los adolescentes.
- Promover y apoyar iniciativas para implementar el movimiento sobre Municipios Saludables, integrando sus componentes de participación de la comunidad, Comunicación Social, fomento de Estilos de Vida Saludables y Salud Mental.
- Promover la implementación de políticas públicas que contribuyan a mejorar la planificación e operación de servicios y actividades de alimentación y nutrición para la población y particularmente para las mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores.
- Cooperación con las Instituciones formadoras de personal de salud para promover y efectivizar la incorporación en sus respectivos curriculums de los avances científicos, técnicos y metodológicos de promoción y protección de la salud física y mental.
- Apoyo a las Instituciones científicas, gremiales y de Educación de Enfermería para desarrollar planes estratégicos de fortalecimiento de práctica de enfermería en los servicios de Salud a la Mujer, Salud Reproductiva y Comunicación Social.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Prevención y control de las enfermedades transmisibles**

- Fortalecimiento de los programas nacionales de prevención y control de las principales enfermedades transmisibles que afectan a la familia.
- Mejoría de la capacidad nacional de investigación y formación de recursos humanos en enfermedades transmisibles que afectan a la familia.
- Desarrollar el Sistema de Vigilancia de enfermedades emergentes, infecciones hospitalarias y resistencia a antibióticos.
- Proporcionar cooperación técnica para la prevención y control de la malaria en la región amazónica, con énfasis en la vigilancia epidemiológica y control selectivo de vectores.

### **Programa especial para vacunas e inmunizaciones**

- Incrementar las coberturas para DPT3 arriba de 90% al final de 1999. Mantener coberturas de mayor de 90% en 80% de los municipios. Introducir nuevas vacunas para controlar las enfermedades inmunoprevenibles. Mantener la erradicación de poliomielitis, eliminar la circulación del virus de sarampión y la eliminación del Tétanos neonatal. Bajar la incidencia de tos ferina, difteria, Tétanos accidental, hepatitis-B. Mejorar la capacidad operacional para la Vigilancia Epidemiológica y la investigación de brotes epidémicos.
- Productos biológicos disponibles en cantidad y calidad para necesarios para cumplir con los Programas Nacionales
- Estudio e Investigación para el perfeccionamiento de la producción y control de vacunas, sueros terapéuticos y hemoderivados y el desarrollo de nuevos productos

### **Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de la cooperación técnica**

- Haber mejorado y consolidado la Cooperación Técnica a través de una gestión participativa, administración práctica, reuniones internas de programación y evaluación, actualización de procedimientos, adaptación a nivel local y evaluación de los mismos.

### **Desarrollo de sistemas y servicios de salud y atención a situaciones de emergencia**

- Fortalecer la capacidad de gestión de las Secretarías Estatales y Municipales para que asuman plenamente y en forma participativa la red jerarquizada y regionalizada de Servicios de Salud.
- Fortalecer el desarrollo institucional de las Secretarías Estatales y Municipales de Salud para que asuman plenamente la gestión de las acciones y servicios de salud.
- Capacidad sectorial nacional desarrollada en preparativos, atención y mitigación de accidentes, desastres o catástrofes.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Medicamentos esenciales**

- Diseño de un nuevo modelo de Vigilancia Sanitaria que integre los aspectos de legislación, regulación, producción, calidad, comercialización y vigilancia sobre el uso de los medicamentos.
- Servicios farmacéuticos funcionando en correspondencia con el fortalecimiento del Sistema Unico de Salud.

### **Prevención y control de enfermedades no transmisibles**

- Disponer de información actualizada disponible sobre la situación de enfermedades crónicas y degenerativas por estados.
- Personal de salud capacitado para la promoción, prevención y control integrales de enfermedades crónico-degenerativas
- Normas Nacionales integrales y consensadas para la prevención y manejo de riesgos en enfermedades crónico-degenerativas aplicándose en los Servicios de Salud

### **Prevención y control de dengue y fiebre amarilla.**

- Se habrán movilizado recursos humanos y financieros en Brasil, para la ejecución del Plan de Erradicación de *Aedes aegypti*.
- Haber promovido participación en congresos y simposios para la divulgación de información sobre la prevención y combate de dengue, fiebre amarilla y otras enfermedades transmitidas por vectores.
- Haber apoyado en el desarrollo de políticas, planes y normas para el combate contra dengue, fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles por vectores.
- Haber apoyado en la promoción, coordinación, diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de proyectos de investigación sobre la prevención y combate de dengue, fiebre amarilla y otras enfermedades transmitidas por vectores.

### **La mujer, la salud , y el desarrollo**

- Cooperar para movilizar instancias formales de articulación de las principales organizaciones de mujeres con los sectores Educación, Justicia, Trabajo y Salud, para el cumplimiento de las recomendaciones internacionales sobre la Mujer y el Desarrollo Social.
- Desarrollo de experiencias conjuntas: ONG's, Universidades, Servicios sobre modelos de Atención a la Salud de la Mujer, que tomen en cuenta las expectativas de las usuarias y el enfoque de género y subsidien la producción de los materiales básicos para discusión y análisis de este enfoque en la capacitación y formación de personal de salud.
- Sensibilización del Sector Publico de Salud para asumir la situación de violencia contra la mujer como problema de salud pública y promover estrategias de prevención, lucha y atención a víctimas.
- Articulación con las agencias de la Comunidad Internacional y con Organos Públicos, para compatibilizar y operacionalizar proyectos que implementen políticas publicas sobre la salud de la mujer.

**Resultados Esperados****1998-1999****Eliminación de la lepra como problema de salud pública**

- Perfeccionamiento y reforzamiento técnico y gerencial de los niveles nacional, estatal y municipal del sistema de salud, en lo que respecta a las acciones de eliminación.
- Promoción y apoyo a la integración del componente de eliminación de la lepra en los sistemas locales de salud.
- Implementación de enfoques especiales de eliminación/post-eliminación de carácter multinacional en el área amazónica y en el cono sur.
- Desarrollo de proyectos especiales para la búsqueda de la prevalencia oculta e integración de las acciones de control/eliminación/vigilancia en las áreas metropolitanas.
- Desarrollar acciones sistemáticas de monitoreo y evaluación de la situación epidemiológica y operacional.

<b>BRASIL</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	4,101,000	4,775,600	416,800	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,833,500	1,645,000	4,853,000	9,592,800
Promoción y Protección de la Salud	1,462,000	1,539,500	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	920,400	627,500	58,500	0
Prevención y Control de Enfermedades	1,860,000	2,098,200	4,026,800	4,000,000
<b>TOTAL</b>	<b>10,176,900</b>	<b>10,685,800</b>	<b>9,355,100</b>	<b>13,592,800</b>





# CANADÁ

## *Situación de Salud*

1. El Canadá tiene un sistema de atención sanitaria financiado principalmente con fondos públicos, que constituye en realidad un conjunto vinculado de doce planes de seguro de salud (diez provinciales y dos territoriales). Ese sistema, que se conoce como "medicare", brinda acceso a una cobertura universal e integral para servicios médicos necesarios, tanto hospitalarios de internación como ambulatorios. La función del gobierno federal comprende el establecimiento y la administración de principios o normas nacionales para el sistema de atención de salud (es decir, la Ley Canadiense de Atención a la Salud), la asistencia a la financiación de los servicios de atención sanitaria provinciales mediante transferencias fiscales, y el desempeño de funciones por las que es responsable según la Constitución.

2. Indicadores de la situación de salud. Se estima que al 1 de julio de 1996 la población canadiense ascendía a 29.963.631 habitantes, lo que representa un aumento de 9,7% desde 1991. De esa cifra, 21,4% tenían menos de 15 años de edad y 12,2%, 65 años o más. Los canadienses gozan de uno de los niveles de vida más altos del mundo. La mortalidad infantil ha descendido a 6,3 defunciones por 1000 nacidos vivos (1993). La esperanza de vida de los canadienses nacidos en 1994 es de aproximadamente 78 años (74,9 para los hombres y 81,0 para las mujeres). Las enfermedades del aparato circulatorio (incluidos la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares) son las causas principales de defunción en el Canadá: 36,3% para los hombres y 39,7% para las mujeres (CIE 390-459). Los cánceres, incluidos el de pulmón y el de próstata, representan 28,3% del total de defunciones en los hombres y 27% en las mujeres (CIE 140-208). Entre las demás causas de defunción en el Canadá, tanto para los hombres como para las mujeres, cabe mencionar, en orden descendente, las enfermedades respiratorias, los accidentes y sus efectos adversos y las enfermedades del aparato digestivo. En el informe titulado "Estadísticas canadienses sobre cáncer, 1996" se señalan para 1996, como las tres causas principales de defunción según la ubicación del tumor, el cáncer de pulmón, de próstata y

colorrectal entre los hombres, y el de pulmón, de mama y colorrectal entre las mujeres.

3. La encuesta sobre salud y limitación de actividades realizada en 1991 demostró que 15,5% de la población sufría algún grado de discapacidad. Para el sector de la población de 64 o más años de edad, dicho porcentaje ascendió a 46%.

4. Los canadienses tienen a su alcance una amplia gama de servicios sanitarios. El sistema de atención de salud hace hincapié en la importancia del bienestar y la calidad de vida, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Los canadienses tienen acceso a una amplia red de servicios de salud, que abarca desde la atención primaria de salud a cargo de las comunidades hasta los servicios hospitalarios ofrecidos en 1069 hospitales generales, de enseñanza y especializados, con un total aproximado de 5,5 camas por 1000 habitantes. Cerca de 6129 establecimientos residenciales de atención ofrecen cuidados de enfermería para los ancianos, además de otros servicios.

5. En 1992, el personal de salud incluía 53.836 médicos activos, de los cuales 53% eran médicos de familia o generales, existiendo asimismo 263.683 enfermeras y 14.897 dentistas. En 1994, los gastos en concepto de salud ascendieron a CAN\$ 72.400 millones, es decir, CAN\$ 2.478 per cápita, cifra equivalente a 9,7% del PIB. La categoría más grande de gastos en concepto de salud corresponde al rubro hospitalario (37,3%), seguida por los gastos en concepto de médicos y de medicamentos (14,2% y 12,7% del total, respectivamente). El 66,3% del total de gastos se sufragó con fondos provenientes de las arcas públicas. Las transferencias federales en concepto de salud equivalen aproximadamente a un tercio del total, mientras que los gobiernos provinciales y territoriales representan cerca de dos tercios de las fuentes de financiación pública. Por su parte, las fuentes de fondos privadas representaron 28,2% del total en 1994. También cabe mencionar otras opciones de financiación, como los fondos directos del gobierno federal (3,6%), los gobiernos municipales (1,2%) y la Junta de Indemnización de los Trabajadores (0,8%).

6. Iniciativas de salud recientes. En octubre de 1994 se creó el Foro Nacional de Salud, como respuesta a las inquietudes suscitadas en torno a los costos, la accesibilidad y la calidad del sistema de salud del Canadá. El Foro tiene al Primer Ministro como presidente y al Ministro de Salud como vicepresidente, está integrado por 24 miembros elegidos por sus conocimientos especializados en salud y su representatividad de distintos sectores de la sociedad canadiense, y ha creado grupos de trabajo para tratar cuatro campos temáticos: factores determinantes de la salud; toma de decisiones basada en pruebas; valores, y cómo lograr un equilibrio. Con base en las investigaciones que se realicen y mediante consultas nacionales, el Foro ha formulado recomendaciones sobre cambios al sistema de salud canadiense.

7. En septiembre de 1994, la Comisión Consultiva Federal, Provincial y Territorial sobre Salud de la Población publicó un documento titulado "Estrategias para la salud de la población: Cómo invertir en la salud de los canadienses", en el que se identifica y analiza la importancia de los siguientes factores determinantes de la salud: nivel de ingresos y posición social, redes de apoyo social, educación, prácticas de empleo y de salud laboral y aptitudes para hacer frente a los problemas, desarrollo de niños sanos y servicios de salud.

8. En la reunión de los Ministros de Salud, celebrada el 10 de septiembre de 1996, se presentó el "Informe sobre la salud de los canadienses", documento que tiene por objeto estimular el debate sobre el estado de salud de los canadienses y ayudar a los responsables de las políticas generales, los trabajadores de salud y el público a medir los avances registrados por el Canadá en cuanto al logro de una mejor salud general para la población.

9. El 28 de noviembre de 1996, el Ministro de Salud anunció una estrategia integral para proteger la salud de los canadienses (especialmente los jóvenes) contra los efectos nocivos del consumo de tabaco. La estrategia de lucha antitabáquica se articula en torno a una nueva legislación sobre el tabaco, además de medidas impositivas, iniciativas contra el contrabando, el cumplimiento de las leyes y la educación. La nueva legislación sobre el tabaco limitará aún más el acceso de los jóvenes a los productos tabacaleros, restringirá la promoción de dichos productos, aumentará la información en salud

contenida en los paquetes de tabaco y establecerá facultades para reglamentar dichos productos.

10. El Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) publicó un documento sobre políticas generales titulado "Estrategia para la salud", en el cual se identifican sus objetivos y sus métodos estratégicos para brindar asistencia para el desarrollo. Las prioridades programáticas del Canadá en cuanto a asistencia oficial para el desarrollo se relacionan con los siguientes aspectos: necesidades humanas básicas; la mujer en el desarrollo; servicios de infraestructura; derechos humanos, democracia y buen gobierno; desarrollo del sector privado, y medio ambiente.

11. Plan y prioridades para el desarrollo sanitario nacional. En estos momentos, debido en parte a las crecientes limitaciones financieras, todos los elementos del sistema de atención de salud están atravesando un proceso de análisis, cuando no de reforma. Se está produciendo un gran cambio de énfasis, ya que se está pasando de un sistema de salud basado en hospitales a otro que reconoce la importancia de factores como la salud y el nivel de ingresos, la educación, el medio ambiente, la vivienda y la nutrición. Éstos y otros "factores determinantes" de la salud pueden tener mucha más importancia que la atención médica y hospitalaria para la salud a largo plazo de la población. Sin embargo, dicha reforma se lleva a cabo con una adhesión constante a los principios de la Ley Canadiense de Atención a la Salud (es decir, administración pública, universalidad, servicios integrales, accesibilidad y facilidad de transferencia). Por su parte, las provincias están tratando de trasladar la responsabilidad de la atención a la salud de las instituciones a las comunidades y de mejorar la eficacia de los componentes actuales del sistema de salud.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

12. Cooperación en salud pública y desarrollo en las Américas proporcionando respaldo y pericia canadienses y aprovechando la experiencia adquirida en la Región para abordar temas específicos del sector de la salud en Canadá. Mayor conocimiento de Canadá sobre las actividades de los programas de la OPS/OMS y participación en ellas.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

13. La estrategia de cooperación entre la OPS y el Canadá supone el empleo del acervo de conocimientos especializados y recursos de este país en apoyo del desarrollo sanitario de la Región de las Américas. Por su parte, la experiencia y los recursos de la Región se podrían aplicar a asuntos del sector salud canadiense y a los problemas de salud surgidos

en ciertos grupos poblacionales del Canadá. Los métodos básicos a utilizarse son la movilización de recursos, la difusión de información, el adiestramiento y la cooperación técnica directa. Un elemento especial de la cooperación entre la OPS y el Canadá es el de un convenio contractual entre la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), en virtud del cual ésta actúa como "representante técnico" de la OPS en el Canadá para aumentar tanto el conocimiento de los canadienses sobre las actividades programáticas de la OPS, como su participación en las mismas.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Actividades de cooperación regional**

- Los profesionales y las instituciones canadienses participarán activamente en las cuestiones sanitarias de la región en general, y en las actividades de la OPS/OMS en particular

### **Conocimiento de la OPS por los canadienses y participación de estos en la labor de aquella**

- Aumentará sensiblemente la participación canadiense en las actividades programáticas de la OPS/OMS
- Aumentarán los aportes financieros canadienses a los programas de la OPS o a las actividades con aporte técnico substancial de la Organización
- Aumentará el conocimiento canadiense de la OPS y de los temas relacionados con ésta.

<b>CANADA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	500,000	0	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	347,800	847,800	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>847,800</b>	<b>847,800</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



## *Situación de Salud*

1. Las economías regionales reflejan en cierto modo el poco o lento crecimiento en los países industrializados. Las economías del Caribe se mostraron vigorosas en algunos casos, pero existe cierta preocupación por las posibles consecuencias sociales ya que el efecto sobre el desempleo ha sido mínimo. Trinidad, Barbados, Jamaica y todos los países del Caribe oriental, con la excepción de Anguila y Montserrat, han experimentado crecimiento y Guyana ha registrado por quinto año consecutivo un crecimiento superior a 5%. En Trinidad, las tasas de cambio volvieron a la normalidad, uniéndose a la estabilidad que ya experimentan Jamaica y Guyana.

2. El turismo y el sector de servicios siguen siendo las industrias principales en general, inclusive mientras los países luchan por reparar los daños de los huracanes de 1995. La isla de Montserrat se ha visto amenazada por una erupción volcánica durante casi dos años y ha perdido gran parte de su capacidad productiva en el sur.

3. La industria manufacturera ha tardado en reorganizar sus procesos para responder a la mayor competitividad de las exportaciones que se produjo a partir de la aplicación del Arancel Común a las Exportaciones de CARICOM. Mientras los países más grandes han respondido a la continua amenaza a la agricultura preferencial con el aumento de la productividad, el Caribe oriental continúa acosado por contratiempos en materia de producción y comercialización, y el fuerte crecimiento en el sector turístico ha reducido la mano de obra y la superficie de tierra cultivable.

4. El sector de la salud, reconociendo la importancia del turismo, está contribuyendo a poner énfasis en rubros a los que anteriormente se destinaron pocos recursos, como la lucha antivectorial, la inocuidad de los alimentos y la gestión de los riesgos para la salud.

5. El Caribe ha reconocido la necesidad de contar con planes para diversas enfermedades en esta fase de transición. La tuberculosis, el cólera y la leptospirosis deben recibir ahora la atención que merecen, al igual que las principales causas de

muerte: las neoplasias, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y la hipertensión. El SIDA aparece ahora como la principal causa de defunción en el grupo de 25 a 44 años en algunos países, y la malnutrición ha resurgido como causa de muerte después de haber desaparecido durante los años setenta.

6. Los países reconocen la necesidad de aplicar las estrategias de promoción de la salud a los problemas del modo de vida; el personal de salud no está adiestrado adecuadamente para orientarse hacia la comunidad en la planificación; y ha sido muy escasa la asignación de recursos en apoyo de este nuevo paradigma. Estos enfoques son fundamentales para las necesarias intervenciones en el grupo de los jóvenes, cada vez más vulnerable. La violencia y el abuso de sustancias son a menudo síntomas de una deficiente comprensión de la salud mental y de la inadecuación de los programas de apoyo social.

7. Si bien se ha observado reducción de la tasa de mortalidad infantil en el período posterior a la independencia, los países del Caribe no han podido reducir la mortalidad y la morbilidad por causas perinatales. Además, aunque los niños ya no mueren debido a las enfermedades diarreicas, la mortalidad causada por el asma ha alcanzado proporciones casi epidémicas.

8. Dentro del Caribe, los países se encuentran en diversas etapas de la epidemia de SIDA, pero la subregión, tomada en su totalidad, parece encontrarse en un punto medio en la curva proyectada de la enfermedad, y se prevé que la epidemia tendrá graves consecuencias. Las personas de 20 a 39 años representan al grupo de mayor riesgo. En el Caribe, la transmisión del VIH sigue produciéndose fundamentalmente por medio del contacto heterosexual, con un mayor número de mujeres infectadas, por lo cual se incrementa la incidencia de la transmisión perinatal.

9. El financiamiento internacional ha descendido y persiste la necesidad de otorgar al SIDA mayor prioridad en la agenda política y producir un mayor compromiso y el apoyo tangible de los gobiernos en tanto que los países intentan resolver la prevención y el tratamiento de las personas con SIDA. Se han tomado medidas en la mayoría de los países para

integrar la infección por el VIH/SIDA en los programas orientados a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por otra parte, los datos sobre las ETS convencionales son inadecuados y la subnotificación de casos es un verdadero problema. Además, la gestión de los programas de ETS debe integrarse más plenamente a los servicios de atención primaria de salud y no considerarlos como programas verticales.

10. Si bien no se registraron casos de fiebre amarilla en este decenio, el dengue se considera endémico y los países continentales tienen la carga adicional de la malaria. El Caribe debe permanecer en estado de alerta ante la posibilidad del dengue hemorrágico, en vista de la presencia de los cuatro serotipos del virus del dengue y el hecho de que los trabajadores experimentaron una epidemia de dengue en 1996. La reciente cooperación para la lucha antivectorial integrada ha destacado la dificultad de movilizar la comunidad en forma sostenida para reducir las fuentes de vectores mediante un mejor saneamiento. Los índices domésticos de *Aedes aegypti* registraron un aumento en muchos países del proyecto. Los envases para almacenamiento de agua siguen siendo un tema importante para el control de vectores debido a la baja cobertura de agua potable. Será necesario controlar las enfermedades transmitidas por vectores para poder mantener el interés en el ecoturismo.

11. Las causas y los factores de riesgo que producen la aparición de las enfermedades transmitidas por los alimentos y las enfermedades diarreicas no se han determinado con exactitud. Los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos plantean una amenaza para la industria del turismo, ya que se siguen registrando episodios en todos los sectores de la industria hotelera. El reciente brote de la enfermedad de los legionarios en un hotel destaca la necesidad de mejores normas de salud ambiental y vigilancia en el sector turístico.

12. El Caribe sigue exento de la fiebre aftosa y la rabia, pero la rabia bovina urbana, transmitida por murciélagos, es endémica en Guyana, Suriname, y Trinidad y Tabago; la rabia salvaje es endémica en la población de mangostas en Granada. Algunos focos selváticos constituyen un riesgo para la población humana. Los países necesitan poder certificar que el ganado bovino no padece tuberculosis bovina y

brucelosis para mantener su competitividad en la región. Las pruebas epidemiológicas indican un aumento de la incidencia de la leptospirosis asociada con la población de roedores. Se han informado brotes humanos de leptospirosis en zonas económicamente deprimidas de Paramaribo, Suriname, y de creciente inquietud en Jamaica, Trinidad y Tabago, Barbados y Dominica. Por otro lado, es importante realizar una encuesta sobre los alimentos importados, para evitar la introducción de enfermedades exóticas.

13. Los continuos problemas económicos y la ejecución de programas de ajuste estructural han centrado la atención en la gestión de los servicios de salud y la necesidad de reformar el sector para mejorar la eficiencia y abordar las principales necesidades sanitarias. Persisten las deficiencias de gestión y, como se sigue insistiendo en la descentralización, se ha vuelto urgente la necesidad de fortalecer esta capacidad en todos los niveles. La falta de mantenimiento de las plantas y los equipos da como resultado pérdidas considerables de la capacidad de operación. Se han realizado grandes progresos en el Caribe oriental para establecer unidades de información sanitaria y diseñar programas de software específicos para las necesidades de los servicios comunitarios. Durante los próximos cuatro años habrá que conseguir que todo esto funcione y fomentar un sistema en el que la toma de decisiones se base en la información. La tendencia de las reformas es a delegar la autoridad y la responsabilidad de la administración de los hospitales a comisiones creadas por ley en los países más pequeños, y descentralización más integrada de la atención primaria y secundaria en los países más grandes. Los esfuerzos en el Caribe oriental han pasado de la contención de costos y el establecimiento de SNIS a las necesidades críticas para aumentar la capacidad de los MS para administrar estos procesos.

14. Los ajustes estructurales en el sector público han dado lugar a reducciones de personal que ponen en riesgo la calidad de los servicios. Pocos países han institucionalizado el proceso de planificación y por ende las intervenciones estratégicas tienden a ser fragmentarias e insostenibles. La composición del personal sanitario ha cambiado muy poco para reflejar los nuevos problemas de salud. La planificación estratégica será crítica para las instituciones educativas en el futuro.

15. Como nota positiva, la profesión de enfermería ha sido pionera en la puesta en práctica de un examen común de certificación para todos los profesionales caribeños adiestrados, un enfoque que los ministros de salud están promoviendo con el fin de facilitar el compartir recursos entre los países. Se espera que la reunión especial sobre HRD destaque la importancia de los temas clave a nivel de los jefes de Gobierno.

16. La vulnerabilidad de los territorios del Caribe a los desastres naturales, como los huracanes y los terremotos, es muy alta y los mecanismos para mitigarlos no son bien conocidos por el público en general. Con excepción de cinco territorios, la mayoría de las otras islas no cuentan con un código de construcción obligatorio. La carencia de mantenimiento preventivo hace que los establecimientos de salud sean víctimas fáciles de los desastres naturales. En el pasado reciente, las amenazas de derrames químicos y pequeños disturbios sociales han recordado que el Caribe no es inmune a los desastres producidos por el hombre.

17. Ha mejorado la capacidad del sector de la salud de prepararse para los desastres, pero una mayor coordinación multisectorial a nivel nacional en el momento de los sucesos que ocasionan gran número de víctimas debe ser reforzada mediante la reforma jurídica. La coordinación entre las organizaciones internacionales y regionales sigue siendo crucial, sobre todo en las Antillas mayores.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

18. Aumentar la cantidad y la eficiencia de los servicios de salud; mejorar la calidad de los servicios por medio de los recursos humanos; mejorar las condiciones para la salud y los comportamientos saludables en los países; reducir la morbilidad y la mortalidad de ciertas ENT; proteger la integridad de los adelantos logrados en la situación y los servicios de salud en casos de desastre; aumentar la capacidad de producción de la población adulta y el potencial de aprendizaje de los niños; mejorar la salud de los adolescentes y los servicios de salud que se prestan a este grupo; reducir la incidencia de las enfermedades relacionadas con la higiene ambiental mediante la vigilancia de los riesgos para la salud derivados del ambiente y el tratamiento y la reducción de las zoonosis.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

19. El BPB se preparó antes de que los ministros de salud de CARICOM redefinieran las áreas prioritarias para la segunda fase de la iniciativa de CCH y se han creado proyectos para responder a las áreas prioritarias identificadas por las unidades subregionales de la OPS en el Caribe (CPC, CAREC y CFNI). En general están dentro de las anteriores siete áreas prioritarias, con la excepción de que se ha identificado la necesidad de: 1) incluir la salud mental dentro de las enfermedades crónicas de especial interés; 2) revitalizar el centro de interés en la higiene ambiental mediante un enfoque integrado para responder a la prioridad de desarrollo, que es el turismo; 3) prever la necesidad de apoyo en el desarrollo de los recursos humanos como resultado de la reunión especial de los ministros de salud y los jefes de Gobierno sobre este tema en 1997.

20. Se han elaborado proyectos en los siguientes rubros: desarrollo de los sistemas de salud, sistemas de información sanitaria, desarrollo de recursos humanos, gestión en casos de desastre, salud de la familia, salud de los adolescentes, prevención y control de enfermedades no transmisibles, higiene del medio y turismo, y desarrollo sostenible y promoción de la salud.

21. Si bien es cierto que la prevención y el control del SIDA no es considerada como un proyecto por separado, sigue siendo una prioridad que los países han de abordar mediante la coordinación de CPC y CAREC y su participación en ONUSIDA. Además, si bien la promoción de la salud es el título de un proyecto, se usará la estrategia definida en la Carta del Caribe de Promoción de la Salud como marco de evaluación y planificación para la cooperación en todas las áreas.

22. El CPC prestará apoyo técnico a CARICOM en la redefinición de la CCH y la formulación de nuevas metas y objetivos. Se aprovechará la oportunidad para integrar los compromisos de los países mediante planes de acción mundiales en los objetivos y las estrategias regionales de CCH.

23. Los proyectos se han elaborado en respuesta al análisis de problemas específicos y contienen por lo tanto enfoques multidisciplinarios e intervenciones



que serán ejecutadas por el equipo de asesores. Por estas razones, se procurará formar equipos para la ejecución eficaz de los proyectos y se incorporará además el adiestramiento en gestión de proyectos en colaboración con CDB. Por otra parte, la Coordinación de Programas en el Caribe coordinará los recursos de la OPS en la subregión, especialmente entre los proyectos que tienen componentes en más de una unidad. Se promoverá la programación y la ejecución en forma conjunta.

24. Se destacará la identificación previa de los recursos críticos para la sostenibilidad de las intervenciones a nivel de país y los mecanismos utilizados para escalonar las actividades a fin de que los países se vean obligados a completar el incremento requerido para la sostenibilidad en cada fase. En la aplicación de la CTP, se alentará a los países con ventaja a que presten apoyo a mediano plazo para desarrollar la capacidad en otros países. La CTP será integrada en varios proyectos, con lo cual se refuerza la misma como estrategia en lugar de ser un rubro aparte en el proyecto.

25. Dados los últimos adelantos técnicos en la tecnología de la información, CPC en colaboración con CAREC y CFNI formulará una estrategia que incluirá el uso de Internet y tomará en cuenta la limitada capacidad de absorción de algunos países para mantener la tecnología y el costo elevado de las comunicaciones en el Caribe. Procuraremos optimar el programa de educación a distancia de la UWI, cuya capacidad ha sido mejorada recientemente.

26. La colaboración interinstitucional seguirá siendo una estrategia importante para maximizar los recursos escasos. Esto se logrará con la adaptación de las actividades de cooperación técnica para que se ajusten a los distintos niveles de desarrollo de los países atendidos.

27. El adiestramiento se usará en todos los proyectos. Si bien se apoyarán las becas en el extranjero por medio de programas nacionales en este proyecto, la OPS colaborará con las instituciones nacionales y subregionales para movilizar los recursos y elaborar enfoques innovadores para responder a la necesidad de adiestrar a grandes números de personas en las áreas prioritarias de salud y planificación y gestión hospitalaria, geriatría y oncología y otros temas afines.

28. La participación de las ONG regionales en las discusiones técnicas de 1996 ha originado un mayor

interés de estos organismos de colaborar con la OPS. Procuraremos usar a estas ONG para la ejecución en los casos en que la capacidad sea apropiada y emprender programas de adiestramiento para que otras mejoren su capacidad de planificación estratégica y diseño y gestión de proyectos. Además, se estimulará mediante el Premio a la Comunidad Sana.

29. En este bienio, se hará más hincapié en la educación de la comunidad y el público en apoyo del enfoque de promoción de la salud. Se aplicarán enfoques modernos de comunicación social y se promoverá la relación con los medios de comunicación en vista de la función clave que este aliado social debe desempeñar para incorporar la salud en los temas de carácter público y complementar las estrategias que son fundamentales para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas y el SIDA.

30. La difusión de información, de vital importancia en todos los proyectos, no se limitará a la transmisión de documentos. Los gerentes nacionales y los funcionarios técnicos serán guiados por las revisiones de los documentos que destacarán las secciones pertinentes y se introducirá tecnología moderna para vincular más directamente la base de datos en la oficina de CPC o, por su intermedio, con los ministerios de salud. Se ofrecerá a los países información sobre la situación sanitaria en el Caribe y las técnicas actuales, por medio de la red de centros de publicaciones de la OPS en los países y el Centro de Documentación en CPC. Se explorará el uso del *CCH Update* u otro vehículo apropiado que pueda servir como foro para el intercambio de experiencias a nivel nacional en asuntos de salud pública.

31. Una contribución importante de este proyecto regional será la creación de modelos de legislación, políticas, y normas y procedimientos para la elaboración de programas. En el caso de los sistemas de información, la OPS insistirá en el mejoramiento de la gestión del medio ambiente, incluidas las aptitudes de los supervisores, como requisito previo o complemento de la creación de módulos. Se brindará apoyo a los países para desarrollar la capacidad de mantener el software proporcionado.

32. Se mantendrá la promoción de la investigación durante la colaboración con CCMRC y el apoyo de los gerentes para realizar investigaciones sobre los servicios de salud. Los programas de comunicación

social se elaborarán después de la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los grupos destinatarios. La bioética será un tema central en colaboración con el Centro de Bioética de la OPS, CCMRC y UWI.

33. No se hará hincapié en la provisión de suministros y equipos, en particular en el Proyecto de Sistemas de Información Sanitaria. Se proporcionarán suministros y equipos cuando representen el apoyo lógico para alcanzar los resultados esperados. Esta decisión no se aplicará en casos de desastres o epidemias.

34. La movilización de recursos para los proyectos subregionales será fundamental, puesto que representa el enfoque más eficaz en función de los costos para la cooperación con los pequeños estados insulares.

35. Se proporcionará información a los países sobre la situación sanitaria en el Caribe y las técnicas vigentes por medio de la red de los centros de publicaciones de la OPS. CPC procurará usar los medios de comunicación y la Internet cuando sea apropiado para difundir la información al público en general.

36. La estrategia de la oficina del CPC reconoce que la clave de la excelencia en la cooperación estriba en procurar que el conocimiento técnico de los asesores esté actualizado y sea aplicable a las situaciones, elaborar enfoques innovadores para la cooperación con los estados insulares pequeños y mejorar el ambiente para la gestión y la planificación de los proyectos de cooperación técnica.

37. Por consiguiente, se hará hincapié en el adiestramiento, el mejoramiento de la vigilancia del desempeño y la introducción de sistemas de información para la gestión a fin de permitir la detección temprana de la desviación de las metas relativas a la gestión.

38. Los funcionarios técnicos recibirán apoyo en su búsqueda de nuevos conocimientos mediante la distribución de los costos en las áreas pertinentes a las prioridades de la Organización y la incorporación de personas que estén en la vanguardia en las actividades emprendidas, en particular a nivel subregional. Se promoverá la participación en la educación a distancia mediante la Internet para no perturbar la continuidad de la cooperación. Se aumentará la eficacia de la cooperación mediante el adiestramiento de los asesores de CPC en los principios de la educación para adultos y la asesoría sobre procesos.

39. Se deberá actualizar el centro de documentación y los centros de publicaciones de la OPS en los países con la utilización de redes para brindar a los clientes información oportuna y fácil de usar. Se realizarán esfuerzos para convertir al centro de documentación en un depósito de documentos sobre los estudios de investigación y los esfuerzos de desarrollo para la salud en los países del Caribe de habla inglesa.

40. El desarrollo de la eficiencia de los equipos técnicos y de gestión será facilitado por el hecho de que, por primera vez, los proyectos han sido elaborados por los equipos. Los sistemas de gestión se automatizarán aún más para ofrecer a los programas informes analíticos sobre el uso de los recursos. Se normalizará la producción de las secretarías mediante el adiestramiento descrito en el manual operativo que se creará en 1997. Aumentará la capacidad para las comunicaciones bilingües con la oficina mediante programas permanentes en español en la oficina.

41. Las vinculaciones con CARICOM, UWI y otras instituciones subregionales se fortalecerán por medio de la formulación y ejecución de la segunda fase de la iniciativa de CCH.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Desarrollo de los sistemas de salud**

- Se habrán creado o apoyado mecanismos de financiamiento de la asistencia sanitaria.
- Se habrá ayudado a mejorar los sistemas de mantenimiento.
- Se habrán elaborado o apoyado políticas de reforma sanitaria o de la asistencia sanitaria.
- Habrá mejorado la capacidad de planificación.
- Se habrán apoyado los servicios comunes o compartidos.

### **Desarrollo de recursos humanos**

- Se habrán proporcionado instrumentos para la planificación y la gestión de los recursos humanos.
- Habrá mejorado la capacidad de adiestramiento en zonas nuevas y subatendidas.
- Se habrán apoyado ciertos resultados de la Reunión de los Ministros de Salud del CARICOM sobre HRD celebrada en 1997.
- Se habrá decidido la factibilidad del registro común para los profesionales de la salud.
- Se habrán adiestrado recursos humanos en ciertas materias.

### **Sistemas de información sanitaria**

- Habrá aumentado la capacidad de los recursos humanos de usar la tecnología de información y los sistemas de información.
- Habrá aumentado la capacidad de planificación estratégica de la tecnología de la información y los sistemas de información.
- Se habrá revisado el software de información.
- Habrá aumentado la conciencia del valor de la información.
- Se habrán creado nuevos sistemas.

### **Gestión en casos de desastre**

- Habrá mejorado la capacidad nacional y subregional de preparativos para casos de desastre.
- Habrá mejorado la capacidad de mitigación.
- Capacidad nacional y subregional para responder a los desastres.
- Gestión general del programa.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Promoción de la salud**

- Habrá aumentado la capacidad del sector sanitario de concentrarse en el bienestar y la prevención de las enfermedades.
- Se habrá formado un lazo de asociación entre los medios de comunicación y el sector sanitario.
- Se habrá desarrollado y fortalecido la capacidad de aplicar las estrategias de promoción de la salud en ciertos entornos.
- Se habrá fortalecido la capacidad de las comunidades y las ONG de iniciar y formar sociedades para ejecutar las estrategias de promoción de la salud.

### **Salud de la familia**

- Habrá mejorado la capacidad de diagnóstico temprano de los niños con discapacidades y el tratamiento de las mismas.
- Habrá mejorado la capacidad de diagnóstico y tratamiento tempranos de la asfixia neonatal y perinatal.
- Habrá mejorado la capacidad de identificación y tratamiento de los embarazos de alto riesgo.
- Habrá mejorado la capacidad de diagnóstico y tratamiento tempranos del asma.

### **Adolescentes y jóvenes**

- Se habrá logrado la colaboración con las ONG y otras entidades para mejorar la vida familiar.
- Se habrán elaborado directrices para el establecimiento de los servicios integrales para los adolescentes, incluidos la gestión de empleos y recreación.
- Se habrán revisado, elaborado o fortalecido las estrategias para fomentar la presión positiva de los pares que se ejecutarán en los países en 1999.
- Se habrá vigilado y evaluado el proyecto.

### **Prevención y control de enfermedades no transmisibles**

- Se habrán producido y difundido políticas y normas modelos para la planificación de programas en ciertas ENT.
- Se habrán analizado los datos de morbilidad y mortalidad para ciertas ENT.
- Se habrá informado a ciertos públicos interesados acerca de la importancia de ciertas ENT y su método de prevención y control.
- Habrá aumentado la capacidad de los países de elaborar programas de comunicación a fin de promover la adopción de comportamientos saludables con la finalidad de prevenir y controlar ciertas ENT.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá evaluado la realización y los logros del programa de ENT para el bienio 1998/99.
- Se habrán realizado esfuerzos para movilizar recursos a fin de facilitar el establecimiento de programas de prevención y control de ciertas ENT.

### **Higiene del medio y turismo**

- Habrá mejorado la capacidad de los programas de vigilancia de vectores.
- Habrá mejorado la capacidad para el enfoque de la lucha antivectorial integrada en cinco países.
- Habrá mejorado la capacidad para la prevención y el control de las zoonosis en tres países.
- Habrá mejorado la capacidad técnica de las unidades de higiene del medio.
- Se habrá fortalecido la capacidad de vigilar la calidad del agua.
- Habrá mejorado la capacidad de gestión de las unidades de higiene del medio.
- Se habrán vigilado y apoyado los compromisos específicos de los planes regionales y mundiales.
- Habrá mejorado la capacidad para el enfoque integrado de la protección de alimentos en cinco países.

### **Gestión de la cooperación técnica**

- Habrán mejorado materialmente los establecimientos.
- Se habrán adiestrado recursos humanos en forma adecuada.
- Se habrán incorporado mecanismos para la administración y la coordinación de la prestación de cooperación técnica a nivel subregional y de país.
- Se habrán incorporado sistemas de información para la gestión.
- Se habrá reformulado y vigilado la iniciativa.
- Se habrá gestionado el conocimiento o la información para complementar la cooperación técnica junto con CAREC y CFNI para 1998.

<b>CARIBE</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	2,557,800	2,790,000	2,351,100	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,679,700	1,620,100	425,000	0
Promoción y Protección de la Salud	925,500	979,800	403,600	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	385,600	472,600	395,000	0
Prevención y Control de Enfermedades	1,060,900	906,600	403,900	0
<b>TOTAL</b>	<b>6,609,500</b>	<b>6,769,100</b>	<b>3,978,600</b>	<b>0</b>



# CHILE

## *Situación de Salud*

1. Ubicado en la parte occidental y meridional de Sudamérica, Chile cuenta con más de 400.000 km cuadrados.
2. La división política administrativa del país contempla trece regiones y trescientos treinta y cinco comunas.
3. Población y Educación. Las estimaciones de la población total de Chile para el año 1995 son de 14.210.429 habitantes, de los cuales el 49,4% corresponde al sexo masculino.
4. El 30,66% corresponde a menores de 15 años, de los cuales un 10,8% se encuentra entre 0 y 4 años, un 47% entre los 15 y 44 años, mientras que un 22,4% de la población corresponde a mayores de 44 años, de los cuales un 6,3% representa a personas con 65 años o más.
5. La población urbana en la actualidad alcanza al 85,8%. La Región Metropolitana donde se encuentra la capital, Santiago, concentra el 39,7%, seguida de las regiones del Bio-Bío, situada en el sur del país, con un 9,8%, y de Valparaíso, ubicada en la zona centro-costa, con el 9,5%.
6. El promedio de años de escolaridad es de 7,8 años, siendo el de los hombres de 8,8 y el de las mujeres de 7,4 años. La tasa de alfabetismo en Chile es del 94,5%.
7. En cuanto a escolaridad, los alumnos matriculados en los diferentes niveles de la educación en el año 1995 alcanzaron 3.399.086, correspondiendo el 7,5% a educación pre-básica, 62,3% a educación básica, 20,9% a educación media y el 9,3% a educación superior.
8. Economía. La estrategia de desarrollo asumida en el país busca integrar crecimiento económico, equidad social y sustentabilidad ambiental en el marco de un sistema democrático basado en la búsqueda permanente de consensos sociales y políticos.
9. Junto con el consenso alcanzado en torno a las ventajas de dicho sistema, se ha reconocido la conveniencia de una economía basada en mercados regulados y competitivos, con reglas claras y no discriminatorias, abierta al comercio mundial, que mantenga un ambiente macroeconómico estable, promueva la inversión y genere un mayor número de empleos productivos. Sin embargo, se considera que estos factores no aseguran por sí mismos que el crecimiento sea equitativo, sostenido y sustentable. Ello reafirma la responsabilidad del estado en el diseño e implementación de políticas en áreas vitales para el desarrollo.
10. La aplicación de esta estrategia ha permitido que durante el período 1991-95, el Producto Interno Bruto (PIB) creciera a una tasa promedio de un 7,4% anual y que la tasa de inflación experimentara una notable baja, pasando de 27,3% en 1990 a un 8,2% en 1995.
11. En el mismo período la balanza comercial muestra un saldo promedio positivo de US\$ 686,5 millones aunque muestra un resultado negativo en 1993. En 1995, se alcanza un superávit de US\$ 385 millones, que se explica por el aumento en los volúmenes exportados, en el repunte del precio del cobre en los mercados internacionales y porque las exportaciones de celulosa, metanol y molibdeno registraron un crecimiento mayor al 100% cada uno. Este dinamismo se extiende también a las exportaciones no tradicionales, las que exhibieron un alza de valor de alrededor del 20%.
12. El crecimiento del Producto Interno Bruto fue de 8,3% en 1995. De esta manera, el ingreso per cápita alcanzó a US\$ 4.550, en comparación a los US\$ 3.000 de 1992.
13. La población en situación de pobreza, medida en noviembre de 1994 por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), equivale a un 24,1% de los hogares y 28,5% de la población total, lo que representa una mejoría de un 4,2% respecto de lo observado en 1992.



14. Situación de Salud y Tendencias. Chile enfrenta actualmente una compleja situación de salud, caracterizada por la coexistencia de problemas ligados al subdesarrollo, a estilos de vida no saludables y al envejecimiento poblacional.

15. Los indicadores biodemográficos clásicos indican que Chile se encuentra en una situación demográfica intermedia, demostrado por la mortalidad general (5,4 por 1000 habitantes en 1994), la experiencia de vida al nacer (74,4 años en el quinquenio 1990-1995) y la tasa de crecimiento poblacional bruta (1,7 como promedio de los últimos 10 años).

16. En relación al saneamiento básico, Chile presenta una situación favorable, con una disponibilidad de agua potable a nivel urbano de 96,9% y en las zonas rurales de 73,3%, así como una cobertura de alcantarillado del 70% en el sector urbano.

17. Mortalidad. En el campo de la salud del lactante y del preescolar, Chile se destaca por tener una mortalidad infantil de 12,0 muertes por 1000 nacidos vivos en 1994. Ello se debe fundamentalmente a la aplicación del programa de atención de salud que privilegiaron al grupo materno infantil, además de la mejoría del nivel de instrucción de la población, del saneamiento básico y del ingreso per capita.

18. La mortalidad materna es de 0.25 por mil nacidos vivos, siendo la principal causa el aborto, con 0,09 por mil. Las tendencias de mortalidad infantil y materna han sido descendentes hasta 1985, año en que comienza una fase de relativa estabilización. Sin embargo, a partir de 1989 se ha reanudado la tendencia descendente.

19. Desde hace varios años, las principales causas de muerte en el país corresponden a patologías fuertemente ligadas a los estilos de vida y al envejecimiento de la población, tales como enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, accidentes y violencias, los que representan en conjunto aproximadamente el 60% del total de muertes. Son de alta importancia en estos grupos de causas la enfermedad coronaria, el accidente vascular encefálico, el cáncer de estómago y de cuello uterino y el traumatismo encefalo craneano,

problemas que en su conjunto han experimentado poca o ninguna variación en sus indicadores durante los últimos años.

20. Morbilidad. Aproximadamente un 27% de los egresos del país están ligados a la gestación y sus complicaciones, seguidos de las enfermedades del aparato digestivo de resolución quirúrgica, traumatismo y enfermedades del aparato respiratorio.

21. En materia de enfermedades infecciosas transmisibles, la tasa de incidencia de tuberculosis fue de 2,84 por cien mil habitantes en 1994 con diferencias regionales notables. Además, cabe destacar que la epidemia de cólera iniciada en Perú en 1991 y extendida a Chile, determinó una intensa campaña de educación, control sanitario de alimento y vigilancia epidemiológica, intervenciones que lograron limitar la incidencia de tifoidea y otras enfermedades infecciosas entéricas. En 1994, al igual que el año anterior, no se han observado casos de Sarampión en el País.

22. La epidemiología del SIDA en nuestro país corresponde a una diseminación predominantemente sexual (91%), con predominio de las conductas homo/bisexual, con un aumento lento pero progresivo en la población heterosexual. La transmisión vía drogadicción intravenosa es un problema emergente. La tasa nacional de incidencia acumulada de SIDA alcanza a 10,5 por 100.000 habitantes (1995).

23. Al analizar las causas de muerte en relación a los años de vida potencialmente perdidos, se observa que adquieren especial relevancia patologías ligadas a traumatismos y disminuyen su importancia relativa las enfermedades del aparato circulatorio y tumores. A continuación se presentan las primeras causas de muerte por años de vida potencialmente perdidos de la Región Metropolitana. Cabe destacar que en esta región se agrupa aproximadamente el 40% de la población del país.

24. Adicionalmente, el 70% de los chilenos adultos consume alcohol. Los bebedores anormales alcanzan al 20% de los hombres adultos, con 5% de alcohólicos. Asimismo, la prevalencia de tabaquismo es de 27,8% y las

benzodiazepinas son consumidas por el 5% de la población en busca de efectos ansiolíticos. La gestión del sistema de salud, expresada en algunos indicadores de resultados, da cuenta de una adecuada cobertura de los programas de inmunización, de atención profesión del parto y, cifras bajas y estables en el tiempo, de desnutrición infantil y materna.

25. Recursos. El sistema de salud de Chile, está compuesto por un subsector público y un subsector privado, con participación de los seguros de salud y de las prestaciones. Ambos son regidos por el Ministerio de Salud, el cual supervisa al sistema de seguro privado a través de la Superintendencia de Isapre.

26. Tanto el subsector público como el privado ofrecen una vasta gama de servicios. En el subsector público las acciones de salud se realizan a través del sistema Nacional de Servicios de Salud, conformado por 27 servicios a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria, consultorios adosados, así como una red de establecimientos de atención primaria de administración municipal.

27. Como resultado de lo anterior, Chile tiene actualmente una disponibilidad de 3.1 camas por mil habitantes. En los últimos años la oferta de camas del subsector privado se ha triplicado, pasando de 3.855 unidades en 1981 a 11.208 en 1994, es así como en la actualidad representa el 26% del total de camas hospitalarias del país.

28. Respecto del financiamiento del sector salud, además del aporte fiscal, en Chile existe un aporte obligatorio o cotización de un 7% de las remuneraciones, el cual se destina al seguro público o privado, según decisión del asegurado. El 27% de la población es beneficiaria del seguro privado.

29. El presupuesto del subsector público para 1996 es de MM\$ 745.961, alrededor de un mil ochocientos millones de dólares.

30. En cuanto al gasto público en salud per cápita, hubo un considerable aumento en el período 1986-1995, del 108% para la población beneficiaria.

31. La inversión real en el sector público de salud en el período 1986-1995 se ha incrementando en un 907%, destacando el enfoque prioritario hacia la reposición y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de la red asistencial.

32. El subsector público está integrado por 64.800 funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y aproximadamente 16.500 funcionarios del nivel primario de atención municipal.

33. Sector Público de Salud. Misión. El Ministerio de Salud es la instancia del Estado que tiene a su cargo la formulación de estrategias y políticas con el fin de garantizar el ejercicio del derecho a la salud de toda la población, en un esquema de creciente igualdad de oportunidades y eficaz y eficiente aprovechamiento de los recursos.

34. También tiene a su cargo la coordinación y desarrollo armónico e integrado del conjunto del sistema de salud chileno, así como la supervisión, evaluación y mejoramiento permanente de las orientaciones y normas que genera.

35. Principios Orientadores. Para cumplir su tarea prioritaria que es el fortalecimiento y modernización del sector público para atender las necesidades de los más pobres, la presente gestión definió cuatro principios orientadores.

36. Satisfacción del Usuario, asegurándole una atención oportuna, adecuada y digna de parte de los servicios de salud, así como acciones efectivas frente a los condicionantes de su salud.

37. Equidad y Eficiencia, como compromiso del Estado para garantizar el acceso a la salud de quienes disponen de menos recursos y de aquellos que se encuentran en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad.

38. Descentralización, como un proceso de transferencia de recursos, riesgos y oportunidades a los Servicios de Salud, para adoptar los cursos de acción más adecuados a las características epidemiológicas y geodemográficas propias de la región.

39. Participación e Intersectorialidad, a través de la creación de instancias de control social que contribuyan al mejoramiento sostenido de la salud y de los servicios que proporcionan. La intersectorialidad, como proceso de coordinación tras objetivos de equidad y bienestar potencia el efecto de las políticas sociales.

40. Fortalecimiento del sector público de salud. La modernización para las personas que el Ministerio lleva adelante, se realiza con la participación de los distintos sectores y actores que forman parte del quehacer de salud en Chile, en torno a los siguientes Objetivos estratégicos y Cursos de Acción:

41. Reorientación de los programas de salud. El perfil epidemiológico chileno plantea la necesidad de redefinir operacionalmente los grupos-objetivo de los programas. Además del niño y del adulto se incorporan separadamente la mujer con una perspectiva integral y no meramente reproductiva, el adolescente, reconociendo la complejidad y el impacto social de los problemas de salud emergentes en este grupo etéreo, y el adulto mayor, considerando las limitaciones de cobertura observadas para resolver los problemas de salud de la tercera edad.

42. En los ámbitos de la salud ambiental y la salud ocupacional, se sistematiza la acción normativa y fiscalizadora sobre productos de consumo humano y animal, y sobre las actividades productivas y recreativas que tengan riesgos para la salud de las personas.

43. Fortalecer la gestión descentralizada. Se plantea el desafío que los Servicios de Salud y del Ambiente establezcan prioridades programáticas regionales, formulen planes y proyectos locales, y consecuentemente, definan sus necesidades de recursos. En este proceso de descentralización se han elaborado instrumentos de negociación denominados "compromisos de Gestión", los cuales son suscritos entre los distintos niveles del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

44. En lo relativo a la gestión de recursos humanos, se otorga un fuerte impulso a la mejoría en las capacidades de gerencia en los niveles locales. Lo mismo ocurre para la

administración de insumos y las decisiones de inversión.

45. Redefinición del Modelo de Atención. Se plantea redefinir el modelo de atención, entendido como el marco de organización de la red asistencial cuya readecuación se encuentra en marcha, utilizando una estrategia participativa, con distintos sectores del país que representan a prestadores y usuarios. Para ello se contempla el equilibrio entre aumento de cobertura y calidad, aumentos de la eficiencia en el uso de los recursos, complementación de los sectores público y privado, integración del nivel primario de atención a los niveles secundario y terciario, y el reconocimiento del rol de la intersectorialidad y de la participación social.

46. Fortalecer el rol regulador del Estado en Salud. Esta actividad normativa y fiscalizadora del Estado sobre las acciones de salud o con impacto en la salud de las personas, implicará orientar el desarrollo de los sectores público y privado en los campos de acción de las entidades prestadoras de atención, de los seguros y de los insumos.

47. En lo concerniente a los prestadores, se intensificará el control de los establecimientos asistenciales. En cuanto a seguros, se perfeccionarán los mecanismos de financiamiento y asignación de recursos del seguro público solidario que administra el Fondo nacional de salud (FONASA) y fortalecer el rol contralor de la Superintendencia de Isapre.

48. En el mercado de los insumos se avanzará en la promulgación de estándares que permitan definir sus aplicaciones y se cuidará que la información a los profesionales y usuarios refleje los verdaderos atributos de los productos.

49. Gestión 1996: avances en salud dentro del compromiso fundamental de su mandato de superar la extrema pobreza y de mejorar la calidad de vida de los chilenos.

50. La concreción de este compromiso implica para el sector salud la comprensión de que el desafío se sitúa en una perspectiva de Estado.

51. Para ello, se reconoce que no es posible garantizar equidad en el acceso y calidad de la atención, sin un sistema de salud público fuerte,

con recursos altamente calificados y trabajando en condiciones laborales dignas, eficiente, de amplia cobertura, tecnológicamente vanguardista y descentralizado para responder a las necesidades reales de las personas.

52. Los Desafíos. En ese contexto, aún reconociendo los avances logrados durante la administración del Presidente Aylwin, los desafíos pendientes son de tal envergadura que obligan a asumir el proceso de cambio con un sentido de gradualidad, como condición de viabilidad y consolidación.

53. Los siguientes son algunos de los principales esfuerzos realizados durante la gestión correspondiente al período 1994.

54. Reforma de Programas. El esfuerzo anual está orientado a responder integralmente a los problemas de salud, evitando la fragmentación de las acciones.

55. En este ámbito, destaca la incorporación de un Programa de la Mujer, que asume como categoría de trabajo la perspectiva del género, desarrollando acciones en el campo de la salud mental, ocupacional, vida post menopausia, violencia intrafamiliar, ciertos cánceres y exposiciones que reconocen diferencias por sexo, más allá de situaciones relacionadas con la maternidad.

56. A su vez el programa del Adolescente se basó en una estrategia de intervención que considera globalmente las necesidades del grupo con énfasis en la vida sexual y reproductiva, así como problemas de salud mental que generan conductas de riesgo.

57. Mención especial requiere la puesta en marcha del Programa del Adulto Mayor, que intenta satisfacer sus demandas de salud y facilitarles el acceso a servicios y tratamientos que requieran con urgencia.

58. Estos programas se han abordado desde una perspectiva sistémica, al integrarse a los mismos las actividades del Programa Odontológico, de Salud Mental y de Rehabilitación. Además, se vincularon los Programas de Salud del Adulto y de la Mujer con el Programa de Salud Ocupacional.

59. Desde 1994 se desarrolla una Campaña de Invierno destinada a enfrentar el importante incremento de la demanda de atención que significan las enfermedades invernales. Para tal efecto se destinan recursos especiales bajo dos conceptos: 1. Campaña de Comunicaciones; 2. Traspaso de recursos adicionales al presupuesto de los Servicios de Salud. Esa campaña se desarrolla utilizando como soporte las acciones regulares y permanentes del programa IRA, y ha permitido quebrar la tendencia de la mortalidad infantil por neumonía y además ha permitido al sistema de salud absorber la alta demanda provocada por un año epidémico, sin rechazos en los hospitales e incluso con la reducción de la letalidad por neumonía.

60. El resultado fue espectacular: las muertes por neumonía de niños menores de cinco años disminuyeron un 39% en 1994 con respecto al año anterior. Es decir, se evitó que 256 niños, fundamentalmente de sectores populares, murieran víctimas de infecciones respiratorias agudas. También se logró disminuir la letalidad de las infecciones meningocócicas de un 11% en 1993 a un 8,2% en 1994, así como aumentar considerablemente las consultas médicas.

61. Por último, en este campo destacan la aplicación de los Programas del Control del Cólera y Prevención del Sarampión, que permitieron finalizar el año sin que se registraran nuevos casos. Asimismo, cabe destacar la favorable acogida en la población de la campaña masiva de prevención del SIDA, basado en testimonios reales.

62. Gestión Eficiente y cercana a las Personas.  
a) Una Gestión Descentralizada Durante 1996 se continuó con el impulso al Proceso de Descentralización del Sector Público de Salud.  
b) Compromisos de Gestión.

63. Estos comprenden el compromiso en el cumplimiento de metas establecidas de común acuerdo entre el Ministerio y los Servicios de Salud, abarcando resultados en los indicadores de salud y en materias de gestión operativa y financiera.

64. En el ámbito de los compromisos de gestión, en su tercer año de vigencia, 1996 fue un período de consolidación, cuando ese mecanismo pasó a ser incorporado como una

herramienta de gestión cotidiana de los Servicios de Salud, representando la forma habitual de relacionamiento Servicio/Establecimiento. Las resistencias iniciales han cedido paso a una progresiva aceptación e incorporación de la herramienta, agregando transparencia y posibilidad de monitoreo al proceso planificación/programación a nivel de los Servicios. El énfasis propuesto para 1997 es lo relacionado a la mejora continua de la calidad. En cuanto a la Licitación de las Listas de Espera, el mecanismo que de igual forma fue blanco de no poca resistencia por parte de algunos Servicios y profesionales, obtuvo una muy buena respuesta por parte de éstos en términos de la absorción y/o manejo de cerca de 8.000 intervenciones involucradas en las áreas prioritarias (Región Metropolitana y V Región - Viña del Mar).

65. Función Financiera. Al radicar la función financiera en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), ha sido necesario efectuar los siguientes cambios:

66. Implementación del sistema Per Cápita como mecanismo de asignación de recursos en la atención primaria.

67. Implementación del Sistema Pago Asociado a Diagnóstico como mecanismo de asignación de recursos en la Atención Secundaria y Terciaria.

68. Proceso de eliminación de los subsidios cruzados del sector público al privado, por medio de la identificación (catastro computacional) de los usuarios del sistema privado a nivel de los hospitales públicos.

69. Reforma del Instituto de Salud Pública (ISP). La modernización del ISP implica el fortalecimiento del rol de control sanitario, propendiendo a mejorar y certificar la calidad de medicamentos, alimentos, plaguicidas y residuos tóxicos. Además, de supervisar el cumplimiento de normas técnicas de acreditación de laboratorios clínicos tanto públicos como privados.

70. Reforma de la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Tras el objetivo de incrementar

substantialmente su potencial comercializador e intermediador, se ha procedido a iniciar el sistema de compras por mandato mediante convenios con Servicios de Salud, elevando la exigencia de calidad de los productos, modernizando el arsenal de productos disponibles, saneando las deudas vencidas con acreedores y disminuyendo los precios como consecuencia de una mejor situación de liquidez y optimización del estudio de costos operacionales.

71. Inversión para las personas. El presupuesto de inversiones para el año 1995 alcanzó un aumento de 5,30% real en relación a 1994 y un 98% real superior al promedio de inversión del período 90-94.

72. Esta inversión implicó el inicio de una serie de obras, como la construcción de tres Centros de Referencia de Salud y un Centro de Diagnóstico Terapéutico, equipamiento, inicio y/o conclusión de obras en 7 Hospitales y la terminación de 4 Consultorios en la Región Metropolitana.

73. Proyectos de Ley. Los instrumentos legales más importantes que han sido generados por el Ministerio de Salud se relacionan a Políticas Laborales - Asignación de desempeño (en tramitación), respuesta a una ardua lucha entre el Ministerio y uso de tabaco en todo el territorio nacional (en tramitación), la Política Nacional de Medicamentos (aprobado) y el de Reglamento de Alimentos (aprobado). Se tramita además en el Congreso Nacional el proyecto de ley que define a la profesión de Enfermería como gestor básico de los cuidados de salud. Dicho instrumento legal cubre una brecha en la legislación de salud, ya que la clara definición de esa profesión es un elemento fundamental a la consolidación de los cambios necesarios en el Sector.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

74. Asegurar la satisfacción del usuario y su plena participación en la gestión de los servicios

de salud. Definir roles de los subsectores público y privado y reforzarlos para lograr un sistema de salud armónico. Incremento de la capacidad de respuesta del País a las nuevas situaciones resultantes del comercio subregional y la proyección regional y subregional de Chile como experiencia de formulación y ejecución de políticas de formulación de políticas y acciones de salud. Actualización legal y normativa compatibilizada en el ámbito de las iniciativas subregionales. Fomento de la capacidad rectora del Ministerio dentro del marco de la descentralización, participación social y de la intersectorialidad. Estudios de soluciones utilizadas en otros países para fortalecer la capacidad rectora del Minsal en el sentido de descentralización, participación social e intersectorialidad. Apoyo a experiencias de descentralización con desarrollo metodológico en gestión estratégico y experiencias de servicios. Análisis de experiencias nacionales e internacionales para mejorar ese proceso en Chile. Desarrollo de áreas específicas como la formulación y discusión de un Plan clínico y banco de sangre. Proseguir en la discusión y diseño de mecanismos sociales y de gestión para implementar ese tipo de instrumento de rectoría. Apoyo a experiencias nacionales y locales de promoción de salud, control de riesgos y problemas específicos de violencia y farmacodependencia. Diseño e implementación de experiencias de comunidades y ambientes saludables en el marco de los Servicios Regionales de Salud. Desarrollo de la capacidad institucional intra e intersectorial para la respuesta coordinada a los riesgos y problemas ambientales. Apoyo a proyectos interinstitucionales e intersectoriales de respuesta a riesgos y problemas ambientales, incluido el conocimiento de experiencias internacionales. Formulación y ejecución descentralizada de actividades de prevención, control y erradicación de enfermedades transmisibles y crónicas. Desarrollo metodológico de mecanismos de evaluación y control de factores de riesgo de enfermedades a nivel de los Servicios Regionales de Salud.

## *Estrategia de Cooperación Técnica*

75. Estas estrategias responden a la evaluación y adecuación de las formuladas anteriormente.

76. Chile como un país en situación de desarrollo intermedio, exige una adecuación cuidadosa y dinámica de la cooperación en salud a sus necesidades progresivas y cambiantes.

77. La estrategia de acción que la OPS tiene negociada con el País incluye:

78. Orientación progresiva de los recursos de cooperación al apoyo a procesos en desarrollo, más que a actividades puntuales de corto plazo y aplicar formas de cooperación acorde a las medidas de países en desarrollo intermedio.

79. Creación de espacios de negociación y consenso sobre tópicos estratégicos que permitan la movilización de recursos políticos, técnicos y de opinión para la implementación de las políticas de salud y por este intermedio reforzar la rectoría del Ministerio de Salud.

80. Programación en detalle de la participación de Chile en los Cuerpos Directivos de la Organización haciendo más proactiva su presencia en la discusión en los temas fundamentales de la salud pública internacional.

81. Promoción de la colaboración horizontal de Chile con los países de la Región aportando la experiencia de un proceso histórico y su capacidad técnica e intensificación del estudio por parte de técnicos chilenos, de experiencias regionales y extraregionales que puedan ser de beneficio al País.

82. Siendo la integración de Chile al desarrollo mundial y regional tema de alta política nacional, se responderá a ella desde salud, colaborando en la homogenización de los marcos regulatorios, apoyando al desarrollo integral de las áreas fronterizas y luchando

contra enfermedades y factores de riesgo ambiental y tecnológico que pueden afectar negativamente dicha inserción.

83. Mantención del apoyo a programas específicos de interés nacional que aseguren la continuidad de los resultados alcanzados en el control y erradicación de enfermedades.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Apoyo a la reforma del Sector Salud**

- Consolidado un espacio internacional de análisis sobre los asuntos estratégicos de la reforma del sector con la participación de al menos 5 instituciones de distintos países
- Mantenido el debate sobre la Salud Pública como accionar político-técnico en el contexto del desarrollo nacional.
- Espacios de negociación y consenso abiertos con el fin de otorgar viabilidad a las políticas y programas de salud
- Se continúa con el Foro Nacional para mantener actualizado el marco conceptual sobre la salud en el desarrollo nacional en un marco ético.
- Interiorizada la estrategia de Municipios Saludables en niveles políticos nacional y regional

### **Apoyo a la gestión para el desarrollo nacional**

- Se habrá aumentado las capacidades técnica y operativa de la Representación

### **Análisis de situación de salud y disseminación de información biomédica**

- Se habrá contribuido a la capacitación continua de los epidemiólogos de los Servicios de salud y del nivel central en el país
- Se habrá mejorado la calificación de los Epidemiólogos contratados a nivel de ministerio de Salud y regiones.
- Se fortalecerán sistemas de vigilancia en Salud Pública para procesamiento de información generada localmente con lenguaje informático común en los Servicios de Salud del país
- Se habrá implementado la CIE 10 en el país
- Se continuará expansión y desarrollo de red nacional de disseminación de información científica y tecnológica con núcleo en Centro de Documentación Minsal-OPS
- Se mantendrá perfil básico de país actualizado y disponible
- Se apoyará investigaciones epidemiológicas y eventos científicos locales y nacionales en temas relevantes de salud pública

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Desarrollo organizacional y de recursos humanos de los servicios regionales de salud**

- Se habrá promovido el intercambio de experiencias de Gestión Regional entre 04 (de los 28) Servicios de Salud.
- Se habrá evaluado la continuidad de los Proyectos de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos a nivel de los 05 Servicios ya trabajados en 95/97
- Se habrán incorporado proyectos de Gestión Regional de Recursos Humanos en 10 nuevos Servicios de Salud.
- Se habrá establecido los lineamientos básicos del Rol de las Instituciones de Salud en especial de la Escuela de Salud Pública
- Se habrá dado continuidad a la Propuesta de Desarrollo Estratégico de Enfermería.
- Se habrá apoyado el desarrollo de la capacidad nacional de respuesta a situaciones de desastres

### **Promoción de salud y salud comunitaria**

- Promover los fundamentos del Proyecto CARMEN en los servicios de salud del país.
- Incorporar otros Servicios de Salud al Proyecto CARMEN
- Apoyar la implementación de un Programa Nacional de Educación en Diabetes
- Incorporar objetivos de salud en los planes y misiones de otras comunidades, en otros sectores del quehacer nacional (Educación, Empresas, Organizaciones Sociales, etc

### **Salud ambiental y desarrollo**

- Apoyado el modelo de gestión descentralizado para dar respuesta nacional y local a riesgos ambientales y a problemas específicos prioritarios. Los Servicios Regionales dotados de los instrumentos para el análisis epidemiológico de la situación ambiental para la toma de decisiones.
- Implementado el programa de Fortalecimiento de la Gestión Sectorial sobre Salud del Trabajador
- Implantado el Programa de Bioética y Ambiente en apoyo a la legislación nacional

### **Control integrado de enfermedades**

- Se habrá mantenido el programa de Erradicación de Chagas en el país.
- Se habrá mantenido erradicación de Polio y Sarampión.
- Se habrá iniciado acciones para el enfrentamiento de enfermedades transmisibles emergentes



**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá continuado el apoyo a proyectos conjuntos en las áreas de reestructuración de atención psiquiátrica, reforma legislativa, promoción de conductas saludables, y prevención de violencia y drogadicción.
- Se habrá apoyado proceso de reforma organizacional de los programas de salud de las personas a nivel del Ministerio de Salud

<b>CHILE</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,013,600	1,168,600	48,200	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,091,100	1,114,200	8,600	0
Promoción y Protección de la Salud	40,800	40,800	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	132,700	132,700	2,500	0
Prevención y Control de Enfermedades	164,200	164,200	146,500	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,442,400</b>	<b>2,620,500</b>	<b>205,800</b>	<b>0</b>

# COLOMBIA

## *Situación de Salud*

1. La población se estimó en 1996 en 39.554.000 habitantes, 48% femenina y 52% masculina, un 71% es urbana; la tasa de crecimiento anual se estima en 1.9%.

2. Colombia tiene una extensión de 1.141.748 kilómetros cuadrados, esta conformada por una zona montañosa de los Andes, la zona costera o plana, la región isleña, los llanos orientales y la selva amazónica.

3. La esperanza de vida al nacer para 1995 fue de 69,7 años, la tasa bruta de mortalidad 5.8 (por 1.000 habitantes), para ese mismo año la tasa de natalidad fue de 26,5 (por 1.000 habitantes). La población de menores de 15 años se estima en 34,4% y la de 65 y mas años en 5%.

4. La población masculina con educación primaria es de 50% y de 48% en las mujeres. Los hombres con secundaria representan el 31% y las mujeres 35%, en tanto que la población con educación superior es de 8% entre los hombres y 7% entre las mujeres. el promedio de años de estudio para los hombres mayores de 5 años es de 5.3 años y para las mujeres de 5.5 años.

5. Se estima que en un periodo de veinticinco años (respecto a 1965) el analfabetismo se redujo en mas del 50% y la escolaridad promedio se duplicó, para 1993 la tasa de analfabetismo en la población de 15 y mas años se estimó en 11,1%.

6. La pobreza ha venido decreciendo en forma constante, bajando en mas del 50% en un periodo de 10 años, para 1993 el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas se estimó en 32.2%; la población catalogada en estado de miseria de 44.9% estimada en 1973, pasó a 13.5% en 1.993.

7. Las cifras anteriores encubren desigualdades de la forma como se distribuye la pobreza en los departamentos y en los municipios en un estudio realizado por el DANE en 1989, demostró que en solo cinco del total de 32 departamentos más de la mitad de sus municipios tenían necesidades básicas insatisfechas (NBI) con un porcentaje mayor al 50%,

y en nueve de ellos mas del 96.8% de seis municipios tenían NBI por debajo del 50%.

8. Existen además otros grupos postergados a los cuales no se ha caracterizado con exactitud su situación, el ejemplo lo constituyen la población indígena la cual se estimaba en 1.9% (del total de la población en 1993), y se carece de información sobre las comunidades negras y otros grupos étnicos.

9. El país destinó el 5.37% del PIB a salud y 4.30% del mismo a seguridad social en 1995, estas cifras son muy superiores a lo que se invirtió en estos rubros en los años anteriores, ya que para 1990 constituían únicamente el 1.38% del PIB y el 3.50% respectivamente.

10. La tasa de desempleo alcanzó para finales de 1996 el 11.5%, para ese mismo año la tasa de empleo informal fue de 52.1%.

11. Para el año 1993 un 82.1% de los hogares disponían de servicios de acueducto, 69% de servicios de alcantarillado y 91.2% de servicios de energía eléctrica, estos servicios tienen una cobertura mayor en las áreas urbanas.

12. Si bien globalmente la esperanza de vida al nacer ha mejorado desde los años 50 (hoy para hombres es de 65 años y de 70 para las mujeres), hay grandes diferencias geográficas directamente relacionadas con las condiciones de pobreza de una buena proporción de sus habitantes. En el departamento del Chocó, por ejemplo, es de 52 años para los primeros y de 54 para ellas, en contraste, para Bogotá es de 67 en hombres y 73 en mujeres.

13. Para todo el país, la tasa de mortalidad infantil (TMI) es de 28 por mil nacidos vivos pero en el departamento del Chocó es de 83, en Nariño de 50 y en Bogotá de 23 por mil. Dentro de cada una de estas localidades hay población con indicadores mejores y peores que el departamento o el distrito, dependiendo del cobertura de necesidades básicas. En Bogotá solo el 14% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas, en el Chocó el 60.7%, en Sucre el 64%. En general, en el área urbana la TMI es de 26 por mil y en la rural de 32 por mil nacidos vivos. El hecho que una madre tenga

al menos estudios de primaria hace que la incidencia de desnutrición infantil global entre sus hijos baje en un 50% con respecto a aquellas madres sin ningún tipo de estudio.

14. La mortalidad específica por IRA entre menores de 1 año es de 45.7 por mil y por EDA 31.7 por 100 mil con grandes contrastes, en algunas localidades de la costa pacífica colombiana es más de 3 veces la nacional y al menos un 50% mayor en los antiguos territorios nacionales (zonas de selva y llano). El 35% de los casos de cólera en 1996 ocurrieron en la Guajira, sitio que todos los años, desde 1991 cuando comenzó la epidemia, ha presentado picos de transmisión entre su población indígena, asociados a problemas de abastecimiento de agua potable. Los departamentos de la costa pacífica colombiana no han dejado de registrar casos de cólera cada año, a diferencia de los departamentos del interior donde las coberturas de los sistemas de agua potable son bastante mayores.

15. Al evaluar el programa de inmunizaciones a nivel nacional, las coberturas de vacunación en menores de un año para los biológicos DPT3 y Anti-Polio 3 son mayores del 90% en los años 94 y 95.

16. Sin embargo, en la zona rural las coberturas de vacunación descienden a 71% para DPT y Anti-Polio 3, siendo menores en 10 puntos comparados con las coberturas de la zona urbana. Para Cauca y Nariño la cobertura con DPT3 es 61%, Guajira/Cesar/Magdalena 75%, Tolima/Huila/Caquetá 68%, mientras que Cali alcanzó el 85% y Medellín el 90%.

17. De los 8 Municipios que presentaron casos de tétanos neonatal durante los últimos 6 a 7 años, el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas es mayor del 50% como sigue: Turbo (77%), Maria la Baja (83%), Puerto Asis (61%), Maicao (71%), Riohacha (50%). En las ciudades con alta reincidencia como son Buenaventura, Cali, Cartagena y Barranquilla, se ha identificado que casi todos los casos de tétanos neonatal se presentan en los estratos de población 1 y 2 sobretodo en el estrato 1, en estrecha relación con las condiciones de miseria de la población.

18. La estrategia de municipios saludables por la paz busca el desarrollo a nivel local que permita la reducción de las inequidades existentes en educación, alimentación, empleo, servicios básicos, vivienda y acceso a servicios de salud. La estrategia

pretende un desarrollo sostenible a través del empoderamiento de las comunidades quienes actuarán en espacios decisorios y como veedores de la gestión local.

19. El sistema general de seguridad social de Colombia, reglamentado por la ley 100 incluye dentro del plan obligatorio de salud el PAB (plan de atención básica) acciones de promoción de la salud y preenfermedad, que ejecutadas desde el gobierno local deberán llegar de manera gratuita a toda la comunidad y responder a las necesidades expresadas por la misma.

20. Las acciones de los próximos dos años están orientadas a eliminar o al menos disminuir la brecha entre las inequidades de acceso a los servicios de salud, por ejemplo las geográficas (distancia/tiempo) observando que las poblaciones de más bajo nivel socioeconómico son las que tienen peores transportes y vías de comunicación, lo que hace que los traslados para atención estén por fuera de las isocronas que garanticen un tiempo de respuesta útil; Las administrativas (modelo disponible/posibilidad de uso) en las que los menos favorecidos socialmente tienen mayor complejidad en los trámites, procesos y procedimientos; las económicas (capacidad adquisitiva/costo de la atención) que muestra que la clase de bajo ingreso en ocasiones para atenderse paga más de transporte y las culturales (características del modelo/aceptabilidad de los servicios) en la que la oferta de servicios no toma en cuenta creencias, valores, principios, idioma, alfabetismo, usos y costumbres. Por otro lado habrá de evitarse que aumente la desproporción de médicos/enfermeras (2 a 1) y la mala distribución de los recursos humanos existentes. Actualmente se encuentran estas distorsiones, alto porcentaje de médicos (25.9%), baja participación de enfermeras (8.4%) y concentración de los especialistas en los grandes centros urbanos.

21. La ley 100 de 1993 de Seguridad Social Integral indica que todas aquellas personas con ingresos superiores a dos salarios mínimos deben cotizar al régimen contributivo y los pobres, desempleados o campesinos se encuentran en el régimen subsidiado.

22. Todos los vinculados a la SS tienen derecho a recibir un plan obligatorio de salud (POS) que contienen atención de urgencias, hospitalización, consultas y medicamentos.

23. Existen 28 EPS (Empresas Solidarias de Salud) encargadas de prestar el POS y ambos regímenes obtienen las UPC (Unidad de Pago por Captación) de un fondo común; FSYG(Fondo de Solidaridad y Garantía).

24. Colombia es un país con gran riqueza de recursos naturales, sin embargo; el uso irracional de estos recursos ha conducido a su creciente deterioro, al aniquilamiento de la biodiversidad, la deforestación, la degradación del suelo, el desecamiento de las fuentes de agua, la destrucción de manglares y la contaminación del agua y el aire, en fin, un deterioro ambiental que afecta el bienestar actual y futuro de la población.

25. El deterioro ambiental, el inadecuado manejo de los recursos naturales y la deficiente prevención de riesgos son responsables de múltiples desastres. Las poblaciones mas pobres son las mas vulnerables a ellos, ya que se localizan en zonas de alto riesgo de inundación o en sitios inestables en los limites de las ciudades.

26. Los principales problemas de calidad de aguas originados por fuentes puntuales de contaminación pueden agruparse de la siguiente manera: (1) Descargas de materia orgánica de fuentes residenciales e industriales; (2) presencia de bacterias y virus por descargas de origen residencial y de algunos tipos de industrias; y (3) presencia de sustancias peligrosas descargadas por las industrias.

27. Menos del 5% de los 1.065 municipios del país tratan sus aguas residuales antes de disponerlas. El manejo de las aproximadamente 17.000 toneladas de residuos sólidos producidos diariamente en el país es aún muy deficiente.

28. En el marco de agua potable y saneamiento básico, recientemente (agosto, septiembre, octubre 1.996), se realizó en Colombia un análisis del sector, dentro del plan regional de inversiones en ambiente y salud (PIAS).

29. Vale la pena resaltar que del análisis se concluyó que de los 8.5 millones de colombianos que no tienen sistema de agua potable, al menos 5 millones se sitúan en la zona rural, y que la solución por familia rural puede triplicar el costo de áreas urbanas.

30. Dentro de los diferentes aspectos analizados se destacan las siguientes líneas de acción para el

fortalecimiento del sector: (1) formulación de un plan integrado de acción sectorial para crear una cultura de trabajo en equipo; (2) Disminución en los índices de pérdidas de agua que rondan entre el 43 y 50%; (3) conformación de asociaciones municipales para fortalecer el financiamiento y puesta en operación en cada uno de los municipios; (4) Preparación de un plan nacional de agua y saneamiento rural, ya que este grupo poblacional es el más afectado y el que exige una acción mas dinámica del gobierno; (5) consolidación de la asistencia técnica y capacitación a los municipios y empresas, con el fin de encontrar nuevas estrategias y mecanismos para aumentar su efectividad; (6) fortalecer las acciones de los planes de gestión y resultados a fin de que se conviertan en una verdadera herramienta orientadora de la gestión empresarial y de su seguimiento.

31. Las características geológicas, topográficas e hidrometeorológicas, el inadecuado manejo ambiental, unido a la localización de asentamientos en zonas de riesgo, hacen que el país sea propenso a ser afectado por inundaciones, deslizamientos, avalanchas y otras catástrofes de origen natural y antropico. Por consiguiente, es necesario consolidar una estrategia para reducir la vulnerabilidad, mejorar la capacidad de respuesta institucional y tomar las medidas preventivas frente a desastres naturales.

32. En consecuencia las acciones del gobierno buscan garantizar un manejo oportuno de los recursos técnicos, administrativos y financieros para la prevención, atención de desastres y rehabilitación de zonas afectadas, así como establecer responsabilidades institucionales que permitan cumplir con los objetivos de las políticas.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

33. Superar las inequidades existentes en las condiciones de salud en la población y lograr acceso universal a los servicios de salud con énfasis en la atención en los grupos de población mas postergados promoviendo procesos locales de desarrollo. Superar las inequidades existentes en las condiciones de salud en la población y lograr acceso universal a los servicios de salud, con énfasis en la atención a los grupos mas postergados, promoviendo procesos locales. Superar las inequidades existentes en las

Condiciones de Salud de la Población, logrando el acceso Universal a los Servicios de Salud, promoviendo procesos locales de desarrollo. Superar las inequidades existentes en las condiciones de salud de la población y lograr acceso universal a los servicios de salud, con énfasis de atención en los grupos de población más postergados, promoviendo procesos locales de desarrollo.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

34. Las siguientes prioridades fueron definidas por la Dirección Nacional de Planeación: Apoyo al plan nacional de desarrollo alternativo (Plante); Salto Social en Materia de Salud, Educación y Vivienda; Apoyo a Procesos de Paz; Mejoramiento del Medio Ambiente; Desarrollo de la Ciencia y Tecnología; Apoyo al Sistema Industrial y Agrícola; Apoyo a los Departamentos y Municipios en el Proceso de Descentralización y la Eliminación de la pobreza.

35. En el sector salud se han definido dos grandes lineamientos: El reforzamiento de la salud pública y el proceso de seguridad social universal.

36. Dentro de este marco, las prioridades nacionales de cooperación técnica para la Organización Panamericana de la Salud, son las siguientes:

37. Con el sector salud, Plante y Salto Social, cooperar mediante la estrategia de Municipios Saludables por La Paz en el establecimiento del plan de atención básico y en el proceso de descentralización y transferencia de competencias hacia los Municipios, en apoyo al establecimiento del régimen subsidiado de salud plan obligatorio de salud.

38. En lo relacionado con el mejoramiento del saneamiento básico cooperar en la descentralización de Acueductos, Alcantarillado, Servicios de Manejo y Disposición de Desechos Sólidos.

39. Focalizar las acciones de cooperación técnica en Municipios (uno por Departamento), con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas con el propósito de la disminución de la pobreza para conseguir la equidad en salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud con garantía de calidad.

40. La cooperación técnica de la OPS-OMS en respuesta a las prioridades nacionales identificadas se apoya en el proceso de descentralización para conseguir la equidad en salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud.

41. Para el logro de estos objetivos, la cooperación se ha organizado en cinco grandes proyectos:

42. Proyecto de nivel municipal para que a través de la participación comunitaria y el trabajo intersectorial se alcance la equidad en salud y en el acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico, focalizando las acciones con el enfoque de oportunidades de vida a nivel macro sobre los municipios postergados y dentro de ellos, los barrios y comunas con necesidades básicas insatisfechas, identificándose y jerarquizándose sus principales problemas para elaborar proyectos de intervención con plena participación comunitaria y medir el impacto en la equidad en salud (municipios saludables por la paz).

43. Paralelo a esto se promoverá la transformación de los hospitales en Empresas Sociales de Salud, la incorporación de los individuos en pobreza extrema al régimen subsidiado y la formación de EP e IPS con la finalidad de satisfacer las necesidades de mantener y recuperar la salud de los grupos mas vulnerables.

44. Proyecto de nivel departamental. Con el objeto de que la experiencia piloto municipal que se desarrolle con la cooperación técnica, sirva para establecer la red departamental a través de las direcciones seccionales de salud con apoyo de las gobernaciones departamentales.

45. Proyecto de nivel nacional. Fortalecer el liderazgo del Ministerio de Salud, establecer una red nacional de municipios saludables por la paz y apoyar la regulación de la calidad de la prestación de los servicios de salud el fortalecimiento de la gestión de las IPS.

46. Proyecto de Gestión de la Cooperación. Propone un desarrollo de la Representación consecuente con las necesidades manifestadas por los consultores, profesionales nacionales, secretarías y funcionarios de servicios generales.

47. Propuesta de Cooperación Técnica entre países. Dará énfasis a las fronteras saludables, a la vigilancia epidemiológica fronteriza y al

intercambio de experiencias entre países, en reforma del sector salud.

48. De esta forma el programa de Cooperación Técnica propuesto se hará por niveles, Municipal, Departamental y Nacional, cada uno de ellos presentado por un proyecto. El nivel nacional, norma y supervisa, el nivel departamental y local acompaña el proceso de descentralización, hacia los departamentos y municipios. La selección de los municipios para el desarrollo de la experiencia local se basará en ser postergado, tener un liderazgo

político focalizado en salud y haber acuerdo con las direcciones departamentales para desarrollarlo como modelo y establecer la red municipal. La selección de los departamentos se hace de acuerdo con el nivel nacional, tanto en departamentos descentralizados como no descentralizados.

49. Para la entrega de la cooperación se ha distribuido el país entre los consultores y los profesionales nacionales con la finalidad de tener atrás de cada iniciativa, un responsable por departamento.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de los programas en Colombia**

- Gerenciar, coordinar y administrar la Representación en Colombia.
- Consolidar la Cooperación Andina en Salud.
- Promover la Imagen de la Organización Panamericana de Salud en Colombia.
- Desarrollo de la Representación mediante un plan de educación continua para consultores y personal de Servicios Generales.
- Garantizar el funcionamiento operativo de la Representación

### **Proyecto de cooperación municipal para el logro de la equidad en salud**

- Se habrá apoyado al nivel municipal a focalizar acciones con enfoque de riesgo y oportunidades de vida para obtener la equidad en salud.
- Se habrá promocionado el concepto de control social entre los ciudadanos más pobres y vulnerables, entre ellos los indígenas, buscando trato igual a los usuarios en calidad, cantidad y oportunidad en el marco de la Seguridad Social en Salud y en coordinación con los programas sociales, a la vez que los planes locales de desarrollo del recurso humano en salud y la mejoría del suministro farmacoterapéutico y del mantenimiento de los hospitales públicos.
- Se habrá apoyado el desarrollo de la Promoción de la Salud a nivel local promoviendo la implementación de la estrategia de Municipios Saludables por la paz.
- Se habrá asesorado a nivel municipal la aplicación de tecnologías de bajo costo en agua potable y saneamiento, y difusión de las políticas de control de la contaminación ambiental.
- Se habrá fortalecido institucionalmente la gestión para la atención en situaciones de emergencias y urgencias.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrán realizado acciones de prevención y control (de casos o brotes) de Enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles, no transmisibles y enfermedades sociales prioritarias hacia el logro de las metas del proyecto.

### **Fortalecimiento de la capacidad departamental en la reforma del sector salud**

- Se habrá apoyado la identificación de grupos más postergados y la capacidad institucional de priorizar, elaborar proyectos y evaluar acciones de salud a Nivel Departamental.
- Se habrá promovido la modernización de la gestión y el desarrollo de la capacidad institucional de los Servicios Departamentales, la organización de la Red Departamental de Municipios Saludables por la Paz, la concertación intersectorial (salud, educación y trabajo), la ampliación de cobertura del sistema cooperativo y mantenimiento hospitalario.
- Se habrá conformado un grupo técnico en Promoción de la Salud a nivel departamental.
- Se habrá promovido y asesorado a los departamentos de propuestas, planes y proyectos para mejorar las condiciones de calidad del agua potable y saneamiento básico y cobertura de los servicios.
- Los Departamentos estarán en capacidad de dar respuesta oportuna ante las necesidades de los municipios en lo referente a vigilancia y control de enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles, crónicas no transmisibles y sociales.

### **Proyecto de apoyo al pacto social y la reforma a la seguridad social a nivel nacional**

- Se habrá apoyado a nivel nacional a focalizar acciones con enfoque de riesgo y oportunidades de vida para obtener la equidad en salud.
- Se habrá apoyado el proceso de consolidación de la Reforma del Sector Salud, fortaleciendo el liderazgo sectorial, el desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de garantía de calidad, la política y el plan de desarrollo de Recursos Humanos, la política de medicamentos y de tecnología biomédica, así como la Ley de Medicamentos.
- Se habrá contribuido al desarrollo de la estrategia de Promoción de la Salud a nivel nacional en el contexto del Sistema de Seguridad Social Integral en Salud.
- Se habrán fortalecido las instituciones responsables del sector, con relación a la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de Saneamiento Básico y Contaminación ambiental
- Se habrá apoyado y promovido mecanismos nacionales para la evaluación de los riesgos a la salud originados por los inadecuados usos de los diferentes componentes ambientales.
- Se habrá fortalecido la asesoría técnica y apoyo administrativo del área de salud y ambiente.
- Se habrán apoyado y promovido actividades para la elaboración de un sistema de información para urgencias y emergencias.
- Se habrá fortalecido la capacidad de respuesta del país en aspectos de vigilancia y control de enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles, sociales e inmunoprevenibles.

**Resultados Esperados****1998-1999****Municipios saludables por la paz en el contexto de la reforma sectorial en el área Andina**

- Se habrán establecido entre los municipios fronterizos de Colombia acuerdos de cooperación sobre la estrategia de fronteras saludables y se habrán intercambiado experiencias en Reforma Sectorial entre países Andinos y el resto del mundo.

<b>COLOMBIA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,771,400	1,877,200	152,400	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,206,600	884,500	286,900	0
Promoción y Protección de la Salud	349,800	417,300	61,100	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	500,500	511,100	1,871,900	0
Prevención y Control de Enfermedades	625,900	932,100	360,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>4,454,200</b>	<b>4,622,200</b>	<b>2,732,900</b>	<b>0</b>





# COSTA RICA

## *Situación de Salud*

1. Plan nacional de desarrollo y reforma del sector salud: Área Social del Plan Nacional de Desarrollo (1994-1998) destaca la salud como base del bienestar, debiendo enfrentar los desafíos de la universalización del acceso a servicios básicos, la calidad, la participación social y la eficiencia. La superación de los retos permitirá pasar de una Costa Rica dividida por la enfermedad a una Costa Rica unida por la salud.

2. La transformación de los servicios se basa en el enfoque integral, en que el Estado asume el papel central para asegurar la salud a toda la población, sin exclusiones, con equidad, solidaridad y justicia.

3. El acceso universal se efectúa a través de una oferta de servicios que tiene como propósito, la satisfacción de las necesidades básicas. La CCSS tiene como meta hacia 1998, desarrollar 800 sectores de salud atendidos por Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), conformando 90 Áreas con Grupos Técnicos de Apoyo, en un sistema regionalizado de servicios a nivel nacional.

4. El Ministerio de Salud ejerce la Rectoría del Sector mediante el desarrollo de funciones estratégicas de conducción, regulación, vigilancia de la salud, desarrollo científico y tecnológico; y programas prioritarios vinculados a la promoción y protección de la salud, la alimentación y nutrición y la salud ambiental.

5. El MS, la CCSS y AyA tienen en ejecución agendas para la modernización institucional, que permitirá los procesos de descentralización, mayor eficiencia, buena capacidad resolutoria, mejores niveles de recaudación de cuotas y sistemas de información para la toma de decisiones y reorientación de los servicios.

6. Las Autoridades de Salud procuran un trabajo conjunto, coordinando esfuerzos con otros sectores sociales y económicos, públicos y privados, en los contextos actuales y en la visión de escenarios alternativos hacia el 2000. La búsqueda de mayores oportunidades se armoniza con los cambios en los

perfiles sociales, económicos, epidemiológicos, demográficos y ambientales.

7. La Situación de salud: Los indicadores demográficos señalan el tránsito de la población hacia niveles de mayor esperanza de vida (76,4 en 1995), con reducción de la mortalidad en los menores de 15 años e incremento de adultos mayores que demandan complejos servicios de salud y de pensiones crecientes. Los movimientos migratorios internos y externos están marcados por procesos complejos de urbanización, incremento de la marginalidad, inseguridad, dificultades en la inserción laboral competitiva, además de presión sobre vivienda, servicios públicos (educación, salud), trabajo, desplazamiento de enfermedades emergentes y reemergentes hacia regiones anteriormente de bajo riesgo.

8. La mortalidad general tiene niveles muy bajos (3,9 por 1000), debiendo esperarse incrementos en el futuro, derivados de la estructura poblacional. El promedio de 69 años en las defunciones revela la importante opción de utilizar una amplia franja de capacidad productiva.

9. El grupo de 15 a 49 años de edad contribuye con un sexto de la mortalidad, teniendo como causas básicas los traumatismos y envenenamientos, que en gran medida pueden ser prevenidos y controlados con medidas de promoción y protección de la salud. Los programas de salud de los trabajadores, control de plaguicidas y de los ambientes de trabajo, pueden constituir factores fundamentales en la reducción de la mortalidad y la discapacidad. Diversos proyectos OPS prestan cooperación en áreas prioritarias.

10. Se observa una marcada reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación, sobre todo el sarampión, enfermedad que se espera eliminar en 1997, lo mismo que el tétanos neonatal. Se mantiene un programa de control de parálisis flácidas y de vacunación para asegurar coberturas por encima de los niveles técnicos establecidos. Hacia el año 2000 deberán incorporarse nuevas vacunas (*Haemophilus influenza* b). En 1995 se incorporó la vacuna contra la Hepatitis B, que habrá de producir importantes resultados en el futuro cercano. La vigilancia epidemiológica de estas

enfermedades constituye un reto importante. OPS da amplio apoyo dentro del PAI.

11. El grupo de enfermedades que han sido erradicadas o eliminadas del territorio nacional mediante vacunación sistemática (difteria, poliomielitis, rabia y fiebre amarilla) requieren vigilancia epidemiológica permanente. El Ministerio de Salud y la CCSS tienen capacidad para mantener la situación de enfermedades ausentes del territorio nacional. OPS presta apoyo para fortalecer las medidas que eviten su reintroducción.

12. Las enfermedades emergentes y reemergentes constituyen un grupo que requiere vigilancia permanente. El cólera está siendo controlado en su introducción al país, pese a la presión de la enfermedad en países vecinos. La detección de casos importados con multiresistencia a los quimioterápicos de primera línea constituye un riesgo que está siendo valorado constantemente. El INCIENSA está alcanzando niveles técnicos que es necesario incrementar en el proceso de vigilancia de la salud.

13. El dengue reapareció en Costa Rica en 1993, determinando brotes epidémicos intensos en Puntarenas y Limón. Aunque se observa una marcada reducción en la incidencia de la enfermedad es necesario fortalecer las medidas de control integral con participación comunitaria permanente.

14. La malaria mantiene niveles altos de incidencia requiriéndose intensificar acciones en la áreas bananeras del Atlántico. La incorporación de las medidas de control en los EBAIS y los demás servicios de salud ha de permitir mejores resultados en el control de esta enfermedad, que continúa siendo un problema en áreas de productos de exportación, con alta migración.

15. Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA constituyen enfermedades que requieren para su control de participación intensa de la población, bajo la orientación de los servicios de salud y educación, que están fomentando estilos de vida saludables. OPS en ONUSIDA coordina los esfuerzos a nivel nacional.

16. La desnutrición moderada y severa se han reducido de manera importante en todo el país, observándose incremento en la malnutrición por exceso, que ha de requerir acciones de control. La anemia por deficiencia de hierro afecta a mujeres y

niños, constituyendo un problema que requiere acciones inmediatas, al igual que la reaparición de deficiencias por iodo. El fortalecimiento de los programas de seguridad alimentaria y reducción de la deficiencia de micronutrientes constituyen la base del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, que con el apoyo de INCAP (OPS se está implementando).

17. La atención del parto en instituciones de salud se mantiene en niveles altos (98%), requiriéndose mejorar la calidad de la atención prenatal y del recién nacido, con el propósito de concentrar acciones en los períodos de mayor ganancia biológica. Acciones importantes están en desarrollo para reducir el bajo peso al nacer y los nacimientos en mujeres menores de 18 años.

18. La salud ambiental presenta niveles de más de 95% cobertura en abastecimiento de agua y eliminación sanitaria de excreta. Se están concentrando esfuerzos en mejorar la calidad del agua en todos los grupos de población. Está en marcha el proyecto SANEBAR que permitiría la cancelación de la deuda de saneamiento básico en todo el país, hacia 1998. Asimismo, se está abordando el problema de la contaminación de cuencas hidrográficas, áreas costeras, cuerpos y cursos de agua. La eliminación de desechos sólidos constituye un importante problema que requiere soluciones inmediatas, estando en marcha el Plan Nacional de Desechos Sólidos, en asociación con los Municipios y Grupos organizados de las comunidades. OPS contribuye a la movilización de recursos nacionales y externos.

19. El control de las intoxicaciones por plaguicidas se ha intensificado en la vertiente Atlántica y el Pacífico Central mediante la vigilancia epidemiológica (Proyecto Plagsalud). De la misma manera se está estudiando el problema de la contaminación de los tributarios del río San Juan, frontera con Nicaragua, con el propósito de reducir al máximo la contaminación.

20. Las sustancias capaces de crear adicción (estupefacientes, alcohol, tabaco) mantienen alta prevalencia. Están en ejecución abordajes integrales de fomento de estilos de vida saludables, con participación de la comunidad, con apoyo del Proyecto de Promoción y Protección de la Salud.

21. La red de servicios de salud es amplia. El proceso de expansión de la oferta, privilegiando la

atención en el primer nivel, ha comenzado a producir resultados favorables que deberán ampliarse de manera sostenida. OPS está contribuyendo con estudios y acciones para mejorar la capacidad resolutoria de los niveles II y III.

22. La formación y capacitación de los recursos humanos en salud constituye un desafío que demanda coordinación de esfuerzos de todos los centros formadores y utilizadores, públicos y privados, con el propósito de dotar a los servicios actuales y futuros de los recursos idóneos en cantidad y calidad. El CENDEISSS está desarrollando un papel fundamental en este proceso junto a los Institutos Técnicos y Universidades.

23. La inversión en salud en los últimos años ha estado por encima del 7% del PIB, con la mayor concentración del gasto en la CCSS (más del 77% del total). Para 1997 la inversión per cápita será aproximadamente US\$193, que va subir en forma significativa en los años siguientes para poder satisfacer las necesidades básicas en salud integral (atención médica, salud ambiental).

24. El Ministerio de Salud y la CCSS han coordinado acciones en el Istmo Centroamericano dentro del Programa de Acciones Inmediatas en Salud de Centroamérica, con el propósito de realizar acciones conjuntas para desarrollar proyectos prioritarios para la prevención y control de los problemas de mayor relevancia en la región (Dengue, Malaria, VIH/SIDA, enfermedades inmunoprevenibles, saneamiento básico, e intercambio de información para la vigilancia epidemiológica por medio de INTERNET). Estas acciones a nivel centroamericano están en concordancia con el esfuerzo que se realiza a nivel de Presidentes de la República, para desarrollar una Alianza para el Desarrollo Sostenible, con énfasis en los sectores sociales y el ambiente. El desarrollo coordinado de la salud en Centroamérica ha de favorecer la reducción de los riesgos de enfermedades emergentes y reemergentes, así como los esfuerzos de integración económica y social, que Costa Rica viene impulsando de manera constante. La Iniciativa de Salud de Centroamérica de OPS mantiene esfuerzos para movilizar recursos y concentrar cooperación interpaíses en las áreas prioritarias.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

25. Consolidar el proceso de reforma sectorial dentro de los postulados del plan nacional de desarrollo y las orientaciones estratégicas y programáticas con el propósito de universalizar el acceso a servicios integrales de salud, complementando la modernización y desarrollo del sector salud y sus instituciones bajo los principios de equidad y solidaridad para ofrecer servicios de calidad a toda la población; Promover las acciones de preparativos para situaciones emergencia por desastres; Desarrollar el sistema de vigilancia de la salud a nivel nacional y la investigación y vigilancia epidemiológica en las áreas de salud. Fortalecer las acciones para la participación de la mujer en salud y desarrollo. operacionalización del modelo de control de la violencia intrafamiliar. Consolidar la rectoría del ministerio de salud mediante el ejercicio de las funciones estratégicas de dirección/conducción, vigilancia, regulación, investigación y promoción de la salud, así como la ejecución de los programas prioritarios de salud ambiental, alimentación/nutrición y promoción y protección de la salud, asimismo fortalecer el desarrollo del modelo de atención de la salud en las áreas de salud implantadas, y la calidad de atención, mediante la validación de las normas, la capacitación del personal, análisis de capacidad y la implementación de la metodología de atención integral. Apoyar el desarrollo de recursos humanos en las instituciones del sector salud, tanto en su etapa de formación como en la educación permanente, planificación estratégica y administración de personal en el marco de la reforma del sector salud. Promover la salud de los costarricenses, especialmente de los grupos mas vulnerables, de manera integral y buscando la participación de la comunidad, en la producción solidaria de su propio bienestar y salud, desarrollo de estilos de vida saludables y participación en la producción de la salud. fortalecer la salud del grupo familiar y de los adolescentes; promover acciones de seguridad alimentaria nutricional en los niveles nacional y local, con énfasis en la reducción de la deficiencia de micronutrientes (iodo, hierro y vitamina a) y reducción de los riesgos nutricionales en enfermedades no transmisibles; Mejorar las condiciones sanitarias de las comunidades rurales y urbano-marginales en agua potable y disposición de excretas; fortalecer los programas de manejo de residuos para incrementar la cobertura y el manejo de residuos sólidos y proteger la salud publica y el

ambiente; y fortalecer programa de atención al medio de los tres niveles (central, regional y local) para que lleve a cabo su función rectora. formalizar dentro del marco legal de la sectorialización nacional el subsector de agua potable y alcantarillado sanitario como parte del sector salud, coordinado por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados; y fortalecer los sistemas de planeamiento empresarial, de gestión financiera, gerencial, de control de operaciones y de atención a los usuarios, para mejorar la calidad y atención de los servicios que presta el; mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica de salud ocupacional, con énfasis en las intoxicaciones por plaguicidas, así como fortalecer los programas de manejo de residuos y protección y desarrollo ambiental para incrementar la cobertura y salvaguardar la salud pública y el ambiente; mantener la erradicación de la poliomielitis. Eliminar el sarampión y el tétanos neonatal. Aumentar la cobertura con la vacuna antihepatitis B. Introducir nuevas vacunas en el esquema de vacunación (*haemophilus influenzae*); fortalecer las medidas de prevención y control de enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes; evitar la transmisión del VIH/SIDA en la población para disminuir el impacto psicosocial, movilizandolos recursos nacionales y de la comunidad internacional; Desarrollar el programa nacional de prevención y control de factores de riesgo y de enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en control de cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes y violencia. Mantener libre al país de brucelosis, aftosa y rabia, y controlar la tuberculosis y leptospirosis, así como otras zoonosis que pudieran emerger en un futuro próximo. desarrollar el programa nacional de control de alimentos y vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos (VETA0). Desarrollo de los Recursos Humanos de las Instituciones del Sector Salud en el marco de la Reforma Sectorial, las Políticas de Salud, y las prioridades nacionales.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

26. El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1994-1998 (MIDEPLAN), la Política Nacional de Salud (Ministerio de Salud), las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OPS, 1995-1998), la Iniciativa de Salud y Programa de Acciones Inmediatas en Centroamérica, constituyen la base para establecer la estrategia de la cooperación

de OPS a Costa Rica. El propósito es lograr la universalización del acceso a servicios integrales de salud, sustentada en los principios de equidad, solidaridad, descentralización de acciones y participación social. Este conjunto contribuirá al desarrollo sostenible y la gobernabilidad del proceso democrático costarricense, y a la consolidación de la integración del Istmo Centroamericano.

27. El perfil de proyectos de la cooperación OPS está orientado a la satisfacción de las necesidades prioritarias de los programas nacionales (Apartado III), en función de la Política Nacional de Salud, las orientaciones de la Reunión de Evaluación Conjunta y los compromisos internacionales que sustentan la cooperación externa.

28. Los enfoques funcionales de la cooperación están definidos en las áreas y líneas de acción del BPP, en cada proyecto. en términos generales el énfasis estará puesto en:

29. Movilización de recursos financieros, físicos, humanos, informativos, políticos e institucionales, que sean necesarios para concentrar esfuerzos en las áreas prioritarias, en la consolidación del proceso de Reforma Sectorial de Salud, en el trabajo conjunto, en la descentralización de acciones, en la participación social, el mejoramiento del ambiente, dentro del esfuerzo de la Atención Primaria de la Salud y la renovación de Salud para Todos.

30. Fortalecimiento del desarrollo de los recursos humanos con acciones compartidas entre formadores y utilizadores, empleo de procesos de educación permanente, planificación estratégica, educación a distancia, apoyo al CENDEISS, Universidades, Institutos Técnicos, Centros de Documentación y Bibliotecas del área de Ciencias de la Salud, así como la adjudicación de becas y trámites de intercambio docente con universidades y centros colaboradores de otros países.

31. Diseminación y producción de información para los análisis de situación, vigilancia de la salud, estudio de tendencias y toma de decisiones, forman parte de acciones de todos los proyectos de cooperación. La utilización de la telecomunicación en salud constituye una área de énfasis del apoyo de OPS/COR. d. La investigación y el desarrollo tecnológico fueron parte la cooperación en las diversas instituciones que integran el sistema de salud, y será fortalecido dentro del proceso de Reforma Sectorial.

32. La cooperación tiene énfasis en el desarrollo de políticas, planes y normas en los programas nacionales, en todos los proyectos, como elementos sustantivos en el ordenamiento de la formulación y entrega de servicios integrales a la población.

33. La cooperación técnica directa de funcionarios de todos los niveles de acción de OPS está incluida en los proyectos locales como elemento complementario del esfuerzo de los funcionarios nacionales.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de los programas**

- Proceso de reforma sectorial de salud en pleno desarrollo en todas las instituciones, incluidas las de otros sectores vinculados al proceso.
- Participación adecuada de Costa Rica en el proceso de integración social en Centroamérica (CIS, SIS), la iniciativa de salud Centroamérica (ISCA), las reuniones del sector salud (RESSCA), las reuniones de comisca, COCISS y otros foros de acción en el istmo. asimismo, participación activa del país en los Cuerpos Directivos de OPS y OMS.
- Participación activa de Costa Rica en la cooperación técnica entre países, con énfasis de acción conjunta con Nicaragua y Panamá, en el desarrollo de servicios de salud fronterizos, acciones de salud ambiental y protección de cuencas hidrográficas, proceso migratorios, desarrollo de recursos humanos, control de enfermedades emergentes y reemergentes, atención de emergencias.
- Adecuada capacidad administrativa y gerencial de la representación OPS/OMS en Costa Rica que permita una eficiente coordinación y apoyo a la cooperación técnica en todos los proyectos.

### **Abastecimiento de agua y saneamiento**

- Fortalecimiento de la salud ambiental o higiene del medio en los diversos niveles de actuación del ministerio de salud y otras contrapartes.
- Dada cooperación para la universalidad de acceso a agua segura y saneamiento de la población del país, y especialmente a agua desinfectada; acciones para mejorar las condiciones sanitarias y físicas de las edificaciones y asentamientos humanos, recibiendo apoyo.
- Acciones en protección y desarrollo ambiental como sistemas de información, capacitación, legislación y normas, manejo de residuos sólidos, salud y ambiente en SILOS/municipios, monitoreo de la calidad del aire, salud ocupacional, vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas y otras, siendo apoyadas.
- El subsector de agua potable y alcantarillado sanitario creado y organizado, definidas las políticas de inversión y recuperación de costos; institucionalmente fortalecido con los sistemas de planeamiento, de gestión financiera, suministros y comercial; desconcentrado administrativamente y contratados con el sector privado algunas actividades, así como también, con un sistema de control e información de operación y mantenimiento para los servicios, funcionando; realizados los estudios hidrogeológicos y de suelos para la gran área metropolitana, y realizados los estudios para proteger y disminuir la vulnerabilidad del acueducto de Orosi.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Acción de emergencia y humanitaria**

- Se encuentren implementados, revisados, actualizados y probados los planes operativos para emergencias y desastres en los principales hospitales a nivel nacional.
- Se tenga institucionalizada la enseñanza del tema de administración sanitaria en casos de desastre en el mayor número posible de facultades y escuelas de ciencias de la salud e ingeniería, a nivel de pregrado y postgrado.
- Se mantenga fortalecida la rectoría del ministerio de salud en el campo de salud y desastres a través del ejercicio de las funciones sectoriales de dirección, conducción, vigilancia, regulación, investigación y desarrollo tecnológico

### **Nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos**

- Participación en el desarrollo de los programas de seguridad alimentaria y estilos de vida saludables en los niveles local e intersectorial, en acción conjunta con ministerios de salud, educación y de agricultura, INCIENSA, la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social.

### **Desarrollo de sistemas y servicios de salud**

- Ministerio de Salud ejerciendo la rectoría sobre el sistema nacional de salud a través de las funciones estratégicas de regulación, vigilancia de la salud, investigación y desarrollo tecnológico y conducción.
- Caja Costarricense de Seguro Social operando el modelo de atención integral a las personas.

### **Salud de la familia y cuestiones de población**

- Promover acciones que fortalezcan técnicamente las áreas de la atención de mujeres, niños y adolescentes mediante la actualización de las normas, capacitación del personal y participación comunitaria y de adolescentes, evaluación de la calidad e implementación de acciones para mejorarla.
- Participación en los procesos de revisión de normas e implantación de las metodologías de la evaluación de calidad y del mejoramiento continuo de la calidad en el Ministerio de Salud y la CCSS
- Promover acciones que fortalezcan técnicamente las áreas de salud y la calidad de la atención de la salud integral de los adolescentes apoyando además la difusión de políticas, acciones intersectoriales, y la capacitación docente, participación juvenil y comunitaria con énfasis en adolescentes no escolarizados

### **Evaluación de la situación sanitaria y sus tendencias**

- Estrategias de capacitación en epidemiología identificadas o consolidadas.
- Haber contribuido a la consolidación de la función rectora de vigilancia de la salud consolidada en todos los niveles.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Haber contribuido a un centro nacional de información en salud consolidado, integrado a servicios y programas de salud y articulado con sistemas de información y bases de datos nacionales.
- Haber contribuido a la consolidación de la función rectora de investigación y desarrollo tecnológico.

### **Prevención y control de enfermedades transmisibles**

- Apoyo a la consolidación del sistema de vigilancia y control de enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes consolidado.
- Apoyo a la consolidación de la atención integral de las enfermedades transmisibles por los servicios de la CCSS.
- Logros del país consolidados hasta 1999

### **Salud pública veterinaria**

- Sistemas de vigilancia epidemiológica y control de zoonosis/inocuidad de alimentos/salud animal consolidados en sector salud y MAG.

### **Modos de vida sanos y salud mental**

- Fortalecer el componente promoción de la salud y lograr que sea un eficaz instrumento de producción de salud y de la rectoría, desarrollando sus estrategias de participación social, intersectorial, comunicación social, educación sanitaria, legislación y desarrollo de políticas.
- La promoción de la salud se habrá convertido en un proyecto estratégico de la función rectora del Ministerio de Salud, así como de otras instituciones gubernamentales interesadas en políticas integrales de comunicación, participación social, educación y fomento de estilos de vida saludables.
- Se tendrán implantados proyectos destinados a desarrollar entornos saludables: cantones, escuelas y lugares de trabajo.

### **Control de enfermedades no transmisibles**

- Se habrán priorizado en los programas nacionales algunas de las ECNT más frecuentes y vulnerables: cáncer cérvico uterino, diabetes, accidentes, enfermedades cardiovasculares y se estarán desarrollando intervenciones de control.
- Se habrán sentado las bases para la implantación de un programa nacional integral y preventivo del tipo CARMEN, para su ejecución a nivel nacional.



**Resultados Esperados****1998-1999****Recursos humanos para la salud**

- Ministerio de Salud fortalecido en la gestión descentralizada de recursos humanos a nivel regional.
- CENDEISSS fortaleciendo como promotor y coordinador del desarrollo de los recursos humanos en el sector salud.
- CENDEISSS desempeñando el rol de centro colaborador regional de la OPS para el desarrollo de recursos humanos.

<b>COSTA RICA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,201,300	1,446,300	688,400	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	786,500	694,800	21,300	0
Promoción y Protección de la Salud	333,800	328,600	34,600	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	324,300	327,400	5,795,600	5,942,400
Prevención y Control de Enfermedades	248,600	232,000	196,000	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,894,500</b>	<b>3,029,100</b>	<b>6,735,900</b>	<b>5,942,400</b>

## *Situación de Salud*

1. El contexto nacional ha cambiado significativamente en los últimos años, siempre en el marco del modelo socialista adoptado desde hace más de treinta años. Los cambios mundiales y sus consecuencias para el país, determinaron transformaciones en los sectores económico, financiero y laboral. A la vez se produce un perfeccionamiento del sistema político, dirigido a fortalecer la descentralización y la participación popular en la gestión del Estado, con énfasis en los niveles locales, especialmente en los Consejos Populares y Municipios. En la esfera social se mantiene la voluntad política de defender y fortalecer la equidad alcanzada y continuar con el desarrollo de sistemas públicos universales de salud y educación.

2. El país está rebasando la grave crisis económica sufrida a partir de 1989, lo que se sustenta en el hecho de que la economía ha crecido en los últimos tres años, pasando de un tímido crecimiento del 0,7% en 1994, a un 2,5% en 1995 y un relevante 7,8% en 1996. Para 1997 se prevee un crecimiento de entre 4 y 5% del PIB, un incremento de las inversiones de un 9% con prioridad para los sectores productivos claves, un aumento de la productividad del trabajo entre el 3 y el 4% y una disminución del déficit fiscal del 19%.

3. La población estimada de Cuba al 30 de Junio de 1996 era de 11,005,866 habitantes. En el perfil demográfico se destaca un proceso de envejecimiento acelerado, con elevado nivel de urbanización y niveles de fecundidad y mortalidad muy bajos. El acelerado envejecimiento de la población uno de los principales problemas que debe enfrentar el país, demanda acciones en varias esferas vitales como la vivienda, la alimentación, la seguridad social y los servicios de salud. Para enfrentar este problema se requieren servicios de salud especializados y personal calificado, así como fortalecer las redes de apoyo comunitario. El gran volumen de servicios que demandan los adultos mayores, aumentando por el envejecimiento poblacional, repercuten en los costos

del sector de salud haciendo más complejo el problema.

4. En 1995 el 9.0% de la población tenía más de 65 años, casi el doble que en 1960 cuando sólo 4,8% de la población rebasaba esa edad. Situación inversa se aprecia en los menores de 15 años, que en 1960 representaban el 35% de la población total del país y en 1995 eran sólo 22,2% de dicha población. La esperanza de vida al nacer proyectada para el quinquenio 1995-2000 es del 75,48 años para ambos sexos, 73,56 para los hombres y 77,51 para las mujeres. Se estima que alrededor del 75% de la población reside en zonas urbanas.

5. Con relación a mortalidad, resalta la importancia relativa en los últimos 20 años de las denominadas enfermedades no transmisibles y lesiones por violencia, que aportan las primeras causas de muerte para todas las edades. La mayor proporción de los años de vida potencial perdidos por 1,000 habitantes de 1 a 64 años, están en dependencia de tres problemas prioritarios: accidente, tumores malignos y enfermedades del corazón.

6. El análisis del comportamiento de los indicadores de salud materno-infantil, ofrece otra interesante perspectiva de lo ocurrido en la situación de salud en este período de crisis. La mortalidad infantil ha continuado descendiendo aun en las adversas condiciones descritas. Sólo en 1994, la tasa fue superior a las anteriores, pasando de 9,4 por 1,000 nacidos vivos en 1993, a 9,9 en 1994. En 1995 la tasa nacional volvió a hacer de 9,4 por 1,000 nacidos vivos y en 1996 de 7,9, la más baja de la historia. La mortalidad en menores de 5 años (TMM5), con una tendencia descendente sostenida desde 1980, aumentó ligeramente en 1994 a 12,8 y retomó la tendencia descendente en 1995 con 12,5 y en 1996 alcanzó la cifra de 10,6. Igualmente, la mortalidad materna directa, que había aumentado de 2,7 por 10,000 nacidos vivos en 1993 a 4,2 en 1994, volvió a descender en 1995 a 3,3 y a 2,4 en 1996. El bajo peso al nacer, que también había aumentado pasando de 7,3% de los nacidos vivos con bajo peso en 1989 a 9% en 1993, volvió a descender en 1995 a 7,9% y en 1996 registró de nuevo 7,3%. Este comportamiento, que parece recomenzar la favorable tendencia sostenida en los años previos de la crisis, está relacionada con la voluntad política permanente

de priorizar socialmente este grupo poblacional, incluyendo las acciones del sistema de salud. Un ejemplo de ello es que desde 1986 más del 99% de los niños nacen en instituciones de salud.

7. Las enfermedades inmunoprevenibles como poliomielitis, difteria, tos ferina, sarampión, tétanos neonatal y meningoencefalitis meningocócica, están controladas o virtualmente eliminadas. En 1995 el 99,9% de los menores de 2 años había recibido todas las dosis del esquema de vacunación contra ocho enfermedades.

8. En términos de situación de salud, se identifican como problemas principales las enfermedades no transmisibles, especialmente las enfermedades del corazón, cerebrovasculares, cáncer y los accidentes, que constituyen las principales causas de muerte e invalidez para todas las edades, los problemas de salud mental, la reducción de hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo, la prevención de las enfermedades transmisibles con énfasis en las de transmisión sexual, el abordaje de los problemas de salud de los adultos mayores y de los adolescentes y jóvenes, grupos etáreos que adquieren mayor importancia debido en el primer caso, al envejecimiento que tiene lugar en la población cubana y, en el segundo, por la asociación con este grupo de los problemas de salud reproductiva y la adquisición de hábitos y estilos de vida que pueden favorecer o no la aparición de enfermedades. Además de estas áreas problemas, se prioriza el sostenimiento de los logros alcanzados en salud de la madre y el niño y en las enfermedades inmunoprevenibles.

9. El Ministerio de Salud Pública ha trazado una estrategia de acción que contiene las bases de un nuevo momento de reforma sectorial para dar respuesta a los problemas y necesidades acumulados y emergentes. En la estrategia del MINSAP, se destacan el fortalecimiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud, así como la necesidad de incrementar la eficiencia, la efectividad y calidad del sistema de salud, logrando una mayor satisfacción de la población con los servicios que presta el sector. Se enfatiza la necesidad de continuar impulsando las acciones de promoción de la salud, especialmente a través del movimiento de municipios y consejos populares por la salud, la prevención de enfermedades y los principios del sistema de salud cubano, todo ello en el marco del perfeccionamiento

de la atención primaria y la revitalización de los servicios hospitalarios.

10. Ante la estrategia y prioridades nacionales, se plantea una cooperación más integral alrededor de dos ejes principales. Por una parte el fortalecimiento de la cooperación descentralizada en municipios seleccionados a partir de la identificación local de los problemas y las estrategias de intervención, enfatizando la vinculación de salud con producción económica, y, por otra, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud mediante la cooperación con las funciones de rectoría y conducción, y los programas prioritarios con énfasis en los aspectos preventivos y de promoción de la salud.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

11. Continuar al perfeccionamiento del SNS hacia el desarrollo permanente de la actitud colectiva en favor de la salud y del bienestar, involucrando los servicios, la comunidad y la acción intersectorial; Incrementar la atención al mejoramiento constante de los hábitos personales y de los comportamientos relacionados con la salud. Continuar trabajando en el desarrollo de una cultura por la salud y el bienestar; Continuar orientando la cooperación hacia el desarrollo local, espacio fundamental de identificación del individuo con su entorno y donde debe apoyarse el desarrollo de iniciativas en favor de la salud y el bienestar, y en particular "Municipios por la Salud"; Favorecer la búsqueda de soluciones más eficaces y menos costosas. Perfeccionar el proceso de descentralización, implementación de la dirección por objetivos, desarrollo de la economía y la salud, modernización de los sistemas de control y evaluación; Mantener e incrementar la actividad de desarrollo de los R.H. Desarrollo de la Escuela Nacional de Salud Pública, capacitación de los equipos de dirección del SNS, evaluación de la competencia y desempeño y el mejoramiento del personal de salud en áreas prioritarias; Estimular las actividades de educación y prevención y mejora de la salud, acentuando los servicios destinados a los jóvenes y adolescentes e implicando a la familia, la comunidad y otros sectores. Privilegiar un enfoque intersectorial en las acciones a favor de los ancianos, favoreciendo su participación en la prevención y promoción de la salud y el bienestar, y en el mejoramiento de sus condiciones de vida; Incrementar los refuerzos de integración al entorno

de las personas con problemas de salud mental; Reforzar en la población la educación sobre hábitos sanos de higiene bucal, incrementar el uso de fluoruro y consolidar las acciones preventivas; Incrementar la cooperación en el fortalecimiento de alimentos con micronutrientes (Fe, Iodo, Vit.A); Incrementar los esfuerzos de la cooperación hacia la movilización de recursos financieros, físicos, humanos, de información, políticas e institucionales, favoreciendo iniciativas locales, nacionales e internacionales orientadas a la solución de las prioridades nacionales en materia de salud; Prestar especial atención a la protección y desarrollo ambiental garantizando la acción intersectorial en el saneamiento, eliminación de residuos sólidos, protección de las fuentes de abasto de agua potable y la evaluación y control de los riesgos ambientales incluidos los del trabajo; Continuar desarrollando el trabajo en el área de medicamentos, orientando esfuerzos en lo concerniente a la medicina tradicional y natural.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

12. Está fundamentada en los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación de la cooperación de OPS/OMS con Cuba en 1991, 1992 y 1994, y de los procesos de control y evaluación del MINSAP a nivel nacional, provincial y municipal. Así mismo, en el análisis de la situación de salud del país y en las capacidades que ha venido alcanzando OPS/OMS para responder a los actuales desafíos de la salud pública cubana.

13. La orientación de la cooperación hacia los niveles locales, con la participación amplia y activa de las comunidades, de las unidades organizativas del MINSAP y la inclusión de otros sectores e instituciones provee nuevas y variadas dimensiones

a la gestión participativa en el proceso de cooperación de los diferentes proyectos.

14. La estrategia de cooperación está encaminada esencialmente a fortalecer el proceso de descentralización del SNS, a nivel provincial y municipal en cuanto a lograr un fortalecimiento integral que involucre la promoción y protección de la salud, la atención primaria ambiental, y el desarrollo del sistema de servicios a nivel local. Para ello se descentraliza, también, nuestra cooperación técnica, creándose los Puntos Focales (grupos funcionales de trabajo) en los territorios occidental, central y oriental que interactúan con el MINSAP y la Representación en esas regiones del país donde se generan nuevas formas de movilización de recursos locales, nacionales e internacionales.

15. La descentralización se complementa con el fortalecimiento del SNS, su conducción y rectoría como elemento gestor de coordinación e integración de las políticas nacionales en materia de salud y bienestar. Enfatiza los aspectos de capacitación, vigilancia, desarrollo de la información científico-técnica, la investigación, los micronutrientes y la prevención de desastres.

16. Por lo tanto la cooperación de OPS/OMS con Cuba se expresa en dos grandes dimensiones: el desarrollo local y el fortalecimiento del SNS.

17. Para 1998-1999 la movilización de recursos será el principal enfoque funcional de la cooperación que junto a la disseminación de información y el adiestramiento coadyuvará al desarrollo de los planes nacionales orientados a fortalecer el nivel local que incluye la modernización de la conducción del Sistema, el acceso a la información oportuna y el desarrollo de los recursos humanos, políticos, técnicos y administrativos vinculados a la salud y el bienestar.

**Resultados Esperados****1998-1999****Desarrollo Municipal**

- Fortalecida la capacidad resolutive de los Sistemas Municipales de Salud
- Haber contribuido a la capacitación de los equipos de dirección en todos los niveles del SNS involucrados en la descentralización y el desarrollo local.
- Fortalecida la capacidad de los recursos humanos y de los sistemas y servicios de salud para diseñar, ejecutar y evaluar procedimientos, técnicas, investigaciones e intervenciones para el nivel local en correspondencia con las realidades de cada territorio.
- Descentralizada la cooperación técnica favoreciendo la movilización de recursos hacia el nivel local.

**Fortalecimiento del sistema nacional de salud**

- Fortalecida la capacidad de conducción del MINSAP.
- Fortalecidas las funciones de regulación sectorial
- Haber contribuido a fortalecer los Programas Nacionales prioritarios.
- Haber apoyado los procesos de formación, especialización y perfeccionamiento de los RRHH
- Haber contribuido al desarrollo científico y tecnológico del SNS.

**Apoyo a la gestión**

- Fortalecer la capacidad humana y física de la Representación
- Apoyar la movilización de recursos extrapresupuestarios internos y externos
- Fortalecer la diseminación de información del SNS y las capacidades nacionales en esta área
- Apoyar la elaboración de planes y normas de los programas nacionales

<b>CUBA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	982,500	942,700	1,092,700	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	731,900	1,381,800	28,300	0
Promoción y Protección de la Salud	215,100	100,000	18,100	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	90,200	50,000	50,600	0
Prevención y Control de Enfermedades	449,000	82,500	4,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,468,700</b>	<b>2,557,000</b>	<b>1,194,300</b>	<b>0</b>

# DOMINICA

## *Situación de Salud*

1. En el censo de 1991, la población total del Commonwealth de Dominica se estimó en 71.183 habitantes, comparada con 73.795 en 1981. Las cifras revelaron además que 34% de la población es menor de 15 años, 54,5% es menor de 25 y 76% menor de 44. La tasa de crecimiento proyectada se ha estimado en 0,5%. La razón entre hombres y mujeres es aproximadamente 1:1.

2. Durante el período 1991-1995, la esperanza de vida al nacer aumentó de 68 a 74 años para las mujeres y de 61 a 71 para los hombres, lo cual contribuye a un aumento de la prevalencia de las afecciones crónicas. La tasa de mortalidad infantil se ha mantenido estable entre 15 y 16 por 1000 nacimientos desde 1991-1995. La tasa de mortalidad neonatal ha registrado una disminución de 16 por 1000 en 1991 a 10 por 1000 en 1995.

3. Las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión contribuyen decididamente a la morbilidad. La prevalencia de la diabetes en 1993 se registró como el 3,5% de la población total. Un cálculo del número de personas que sufrían hipertensión indica que 18% de la población padece esta enfermedad.

4. En 1985, las personas con trastornos hipertensivos representaron el 3,7% del total de los ingresos hospitalarios, cifra que ascendió a 12,0% en 1995. La obesidad infantil es un problema inminente. Un estudio en 1993 reveló que 89% de los niños eran obesos. Es evidente la necesidad de contar con programas orientados a la promoción de la salud y de introducir cambios en el modo de vida. Las enfermedades transmisibles siguen comprometiendo la situación sanitaria de la población, pero la notificación deficiente con criterios de diagnóstico mal definidos y limitada confirmación de laboratorio afectan en su conjunto la evaluación adecuada de la epidemiología de las enfermedades de notificación obligatoria. La incidencia de infección por el VIH fue inferior a 20 por 100.000 habitantes en 1987; sin embargo, el índice aumentó a 22 por 100.000 en 1995. La razón hombre-mujer es de 4:1, registrándose la tasa más alta entre los adultos de 25-44 años. Para abordar

estos problemas, deben introducirse además programas dirigidos a la promoción de la salud, la información del público y servicios de orientación dirigidos al grupo destinatario.

5. Se ha registrado una disminución de las ETS como la sífilis, la gonorrea, la hepatitis B y el herpes, pero se han observado aumentos en las ETS que causan vaginosis como la tricomoniasis, la presencia de células indicadoras (clue cells) y la moniliasis. La tuberculosis sigue siendo un problema considerable en la Reserva del Carib, aunque la incidencia y la mortalidad han descendido en los demás lugares. La fiebre tifoidea ya no representa un problema: las tasas fueron de 4 y 3 por 100.000 para 1995 y 1996, respectivamente.

6. Las cifras del censo de 1981 revelan que la tasa de desempleo ascendió a 18,8%, mientras que en 1991 se observó una reducción significativa de 9,9%. Ello se atribuyó en parte al crecimiento paralelo en los sectores de la construcción y el turismo. El programa de ajuste estructural que empezó en 1986/1987 ha finalizado; sin embargo, el elemento importante derivado fue la mejora en el desempeño fiscal mediante la reforma tributaria y del gasto en 1991. Los sueldos aumentaron 28%, por comparación con un promedio de 7%. El gobierno, por lo tanto, sigue procurando restringir el crecimiento de los sueldos de la administración pública.

7. Aproximadamente el 25% de la población no tiene acceso a sistemas de alcantarillado aceptables. La mayor parte de la población está concentrada en la costa occidental de la isla, donde 60% de las viviendas carecen de sistemas de eliminación de excretas. La infestación con *Aedes aegypti* continúa siendo un grave problema. El índice domiciliario sobrepasa notablemente el 1% recomendado por la OPS/OMS. La inadecuación de los reglamentos existentes en materia de alimentos dificultan el control eficaz de las operaciones de manipulación y venta. La ausencia de mataderos y pescaderías evita las inspecciones obligadas de estos alimentos antes de que lleguen al consumidor. Han surgido nuevos riesgos en los hogares y los lugares de trabajo, y existe una mayor exposición a los productos químicos, el calor excesivo y el ruido. El tratamiento de los desechos sólidos todavía no está orientado

completamente a reducir al mínimo el efecto de los seres humanos sobre el medio ambiente. Noventa por ciento de la población tiene acceso al agua corriente, aunque todavía resulta difícil garantizar la calidad del agua. Se debe prestar más atención a las necesidades de salud en los puertos para reducir significativamente las enfermedades transmitidas por vectores, que son facilitadas por los viajes internacionales en buques y aeronaves.

8. La cobertura de servicios de salud sigue siendo elevada en todo el país. La administración del Hospital Princess Margaret (HPM) aún representa un problema crítico al cual se ha respondido con la asistencia de Francia. Con el funcionamiento del nuevo hospital en Portsmouth (tasa de ocupación estimada, 50%) se ha aliviado en parte el hacinamiento del HPM. Es preocupante que el problema de hacinamiento en el pabellón de maternidad persista a pesar de la construcción de un sector nuevo (con el mismo número de camas), dada la poca descentralización de los partos. A ello se suma que la mayoría de las mujeres prefieren dar a luz en un hospital. Siguen los esfuerzos por mejorar la prestación de los servicios de salud a nivel de distrito. No se ha establecido completamente un programa comunitario de salud mental, aunque ha mejorado el estado de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el hospital, incorporando nuevos enfoques a la salud mental, un programa de terapia ocupacional de asistencia diurna y un asistente psicosocial. Además, la atención de salud odontológica debe hacerse extensiva a la mujer embarazada.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

9. Mejorar la higiene del medio en aspectos como la calidad del agua, la eliminación de desechos sólidos y líquidos, la protección de alimentos y la salud ocupacional. Promover el desarrollo de una

cultura sanitaria basada en un ambiente sano y la adopción de modos de vida que promuevan la salud por medio del desarrollo de intervenciones estratégicas orientadas a crear opciones saludables para la población.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

10. La estrategia de cooperación técnica de la OPS se aplicará a nivel bilateral y subregional procurando servir como complemento, dada la limitada capacidad de absorción del país. En el bienio, la OPS se concentrará en proyectos de sistemas y servicios de salud, desarrollo de determinados servicios de salud, promoción de la salud y servicios de higiene del medio. Se hará hincapié en la provisión de instrumentos y el aumento de la asistencia técnica directa para apoyar los programas por medio de personas clave. Entretanto, los ministros caribeños de salud todavía no han aprobado las prioridades regionales.

11. La difusión de información se realizará principalmente por medio de los centros de la OPS y programas como la lucha antivectorial integrada. Se usarán políticas, planes y normas a fin de brindar apoyo a los programas de control de calidad para los servicios hospitalarios. El adiestramiento en salud mental forense e higiene del medio constará de programas regionales y en el país para garantizar la disponibilidad de suficiente personal, en números y categorías, acorde con las necesidades de recursos humanos del país. La investigación estará dirigida a los servicios de salud para aumentar la capacidad de planificación en aspectos como la higiene del medio. Los asesores de la OPS y los recursos de los centros de la OPS y la UWI prestarán asistencia técnica directa.

### ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

#### **Sistemas de salud y gestión**

- Habrá mejorado el tratamiento de la anemia de células falciformes.
- Se habrá fortalecido el tratamiento del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Habrá mejorado el control de la tuberculosis en la Reserva del Carib.
- Se habrán fortalecido los servicios epidemiológicos.
- Habrá mejorado la calidad de la atención en el Hospital Princess Margaret.
- Se habrá adiestrado a personal en las áreas prioritarias para el apoyo a los servicios de salud.

### **Desarrollo de ciertos servicios de salud**

- Se habrán fortalecido los servicios comunitarios de salud mental.
- Habrá aumentado la capacidad para administrar el programa de salud mental forense.
- Se habrán fortalecido el manejo de desastres y la respuesta en casos de emergencia.
- Se habrá fortalecido el programa integral de atención oftalmológica.
- Habrá mejorado el sistema de información para la gestión en el ámbito de la enfermería.

### **Promoción de la salud**

- Habrá mejorado la capacidad de promover modos de vida sanos entre los adolescentes.
- Se habrá fortalecido el programa de enfermedades crónicas.
- Habrá aumentado la capacidad del Ministerio de Salud de ofrecer educación sanitaria.
- Habrán mejorado los servicios de nutrición de la población adulta.

### **Servicios de higiene del medio**

- Habrá aumentado la capacidad para mejorar el desecho de los efluentes en las comunidades con absorción deficiente del suelo.
- Habrán mejorado las prácticas de salud ocupacional.
- Habrá aumentado la capacidad de la protección de alimentos.
- Habrá aumentado la capacidad de vigilar e influir en las prácticas de higiene del medio.



<b>DOMINICA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	233,000	221,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	41,000	41,500	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	30,500	42,000	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	0	15,100	0
<b>TOTAL</b>	<b>304,500</b>	<b>304,500</b>	<b>15,100</b>	<b>0</b>

# REPÚBLICA DOMINICANA

## *Situación de Salud*

1. En los últimos 20 años la sociedad dominicana ha sufrido profundos cambios. En el campo económico, el país pasó de exportador de productos agrícolas tradicionales (el azúcar significaba más del 60% del valor de las exportaciones, más del 70% del empleo industrial y más del 45% de la P.E.A ocupada), a una economía de servicios (el azúcar representa el 4% de las exportaciones; el turismo, las zonas francas industriales y las remesas monetarias de los residentes en el exterior son los principales ejes de la economía). Este modelo económico ha sido considerado como altamente vulnerable, profundamente inequitativo y poco sustentable a largo plazo.

2. En el campo demográfico, la población ha pasado a ser predominantemente urbana y concentrada en los principales polos de desarrollo y con un aumento progresivo de la densidad. Se estima que más del 10% de los habitantes han migrado internamente entre 1980 y 1991. La población continúa siendo predominantemente joven (35% menores de 15 años), con tendencia al crecimiento de la PEA. El saldo migratorio externo es negativo por las fuertes corrientes de emigrantes.

3. Estos cambios se han acompañado en lo social por un crecimiento considerable de la población en condiciones de pobreza. Este fuerte deterioro de las condiciones de vida a nivel rural y urbano, se relaciona con las elevadas tasas de inflación y desempleo ocurridas en los años 80 y comienzos de los 90 y con el acentuado deterioro de los sistemas de educación y salud ocurridos en el mismo período como consecuencia de la reducción del gasto social y de la no adecuación de los mismos a las nuevas realidades económicas y demográficas. En 1991 la SESPAS gastó, en términos reales, el 27% de lo que gastó en 1980. Aun cuando en años posteriores este gasto subió un poco, no alcanza los niveles de 1980, se ha mantenido alrededor del 1% del PIB y el aumento ha sido básicamente en construcción de infraestructura. La sociedad dominicana de hoy se caracteriza por profundas inequidades sociales y por un elevado potencial de conflictividad social, y la

deuda social acumulada en salud juega un papel relevante en estas inequidades.

4. Al mismo tiempo, la ubicación geográfica y los intensos movimientos poblacionales turísticos y migratorios, hacen que el país sea altamente vulnerable a la circulación de agentes infecciosos. El país ha realizado importantes esfuerzos por fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, principalmente de las enfermedades infecciosas más frecuentes, creando una red de puestos centinela, mejorando los registros a nivel de servicios y capacitando a los epidemiólogos regionales y de área y a los gerentes, y desarrollando investigaciones operativas. Especial mención merece el Sistema de Vigilancia del PAI, que ha logrado un alto nivel de desarrollo. En cambio, el registro de hechos vitales presenta grandes deficiencias.

5. Las autoridades nacionales han identificado como prioritaria la transformación de la economía hacia un modelo de desarrollo humano y sostenible y, sobre todo, la reducción de las inequidades sociales.

6. En el campo de la salud, la República Dominicana ha logrado avances significativos en el control de las enfermedades prevenibles por vacunas y en la reducción de la mortalidad por EDA, así como en el desarrollo de una infraestructura de servicios extendida en todo el territorio. Es destacable que por dos años no se ha notificado casos de sarampión debido al esfuerzo de vacunación del PAI en forma permanente y mediante por lo menos dos jornadas por año. Sin embargo, persisten grandes brechas reducibles de mortalidad con respecto a países de similares recursos que alcanzan alrededor del 40% de las muertes estimadas. Más del 50% de dichas brechas reducibles corresponden a muertes menores de cinco años. El 57% de los AVPP perdidos antes de los 70 años de edad, corresponden a menores de cinco años. La más importante causa de AVPP son las enfermedades infecciosas y en particular las EDA, seguidas de las deficiencias nutricionales. La tasa de mortalidad infantil estimada es de 42 por mil NV y hay evidencias de que en los últimos años tiende a estabilizarse y frenar su disminución. Otro hecho relevante es la elevada tasa de mortalidad materna, estimada en 120 por 100,000 nacidos vivos.

7. Este perfil de brechas reducibles e inequidades sociales se asienta en las deterioradas condiciones de vida de la mayoría de la población. Uno de los más importantes componentes de esta situación es la accesibilidad al agua segura y a la disposición sanitaria de excretas. No obstante los esfuerzos realizados en los últimos años, cerca del 40% de la población no tiene conexión intradomiciliaria de agua y las deficiencias en el suministro están relacionadas a las deficiencias en el alcantarillado sanitario. Las mayores carencias corresponden a zonas rurales y marginales urbanas.

8. Al mismo tiempo, ha crecido progresivamente la importancia de los accidentes y violencias y algunas enfermedades degenerativas, sobre todo cardiovasculares y cáncer. Representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en adultos.

9. Para fines de 1995, la SESPAS contaba con 741 establecimientos (49 hospitales con 7,234 camas). Sin embargo, y aún cuando los programas de vacunación y algunos otros programas de prevención y control tienen elevadas coberturas nacionales, se ha estimado que los servicios de atención médica del sector público sólo cubren alrededor del 40% de la demanda de la población, con diferenciales y regionales y sociales considerables. A esta se agrega una baja aceptabilidad pública de dichos servicios y la percepción generalizada de que tienen baja calidad.

10. En el contexto de los esfuerzos por una reforma significativa de la economía y del Estado, se ha planteado un importante debate en el cual se han destacado como prioridades la recuperación de la eficiencia y eficacia del sistema de salud y su reforma tendiente a reestructurar la Secretaría de Salud, fortaleciendo su papel rector y conductor del sistema. Persigue igualmente la descentralización y la búsqueda de nuevas formas de articulación entre el sector público y privado, en función de una mayor equidad en la accesibilidad a servicios básicos y asignando prioridad a la reducción de las inequidades sociales en la situación de salud. Este debate continúa en el país sin que se hayan definido aún las modalidades organizativas, modelos de atención y mecanismos de financiamiento que regirán en el proceso de reforma sanitaria.

11. Desde hace varios años la reforma del sector salud se ha venido abordando mediante una

Comisión Nacional de Salud y desde hace dos años, a partir de 1995, ha tomado un mayor impulso con la creación de una oficina de coordinación técnica, dependiente de la Comisión y vinculada a la SESPAS, la cual adelanta acciones con participación técnica de la OPS, PNUD, AID y financieramente del BID y BIRF.

12. El desarrollo de tecnologías en salud no está siendo abordado en el país, aun cuando se han hecho grandes esfuerzos por la incorporación de tecnologías médicas de última generación en clínicas privadas y Plaza de la Salud, que está en proceso de habilitación.

13. La producción de biológicos de uso humano (vacuna antirrábica) y uso animal ha tenido un buen nivel y el país exporta a algunos países de Centroamérica.

14. En consecuencia de lo anterior, se considera prioritaria la cooperación técnica que contribuya a fortalecer el rol rector de la SESPAS en el sector salud y sus capacidades para liderizar el proceso de reforma, así como fortalecer sus capacidades epidemiológicas para identificar problemas prioritarios, grupos sociales y territorios postergados y para la vigilancia. Igualmente, fortalecer las capacidades gerenciales de instituciones públicas de salud, fortalecer los programas, con énfasis en salud de la niñez y de las madres y en el saneamiento básico.

15. Fundamentalmente, el país requiere cooperación técnica externa para el desarrollo de los servicios de salud, la capacitación y gerencia del personal de salud, apoyar los procesos de reforma sectorial, desarrollo de los sistemas locales de salud y salud ambiental, alimentos, salud reproductiva y adolescencia, desarrollo de la epidemiología y control de enfermedades prevalentes, promoción de la salud y participación social.

16. De la OPS se requiere apoyo para todas estas áreas, en especial para gerencia de servicios, la gestión de personal, la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de la descentralización, para mejorar los programas de promoción de la salud y salud reproductiva, para los programas de vacunación, la atención de las enfermedades prevalentes en grupos de riesgo, el saneamiento básico, para acompañar los procesos de reforma sectorial.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

17. Reducir las inequidades sociales en salud y aumentar la eficiencia y eficacia del sistema y servicios de salud; Como parte del proceso de modernización del Estado, se iniciará el proceso de reforma del sector salud mediante el reordenamiento y reingeniería de las instituciones que lo conforman. Se dará especial énfasis a la implementación de la estrategia de atención primaria, que permita disminuir las inequidades sociales. La situación, con énfasis en inequidades sociales y para la vigilancia y control de enfermedades y problemas prioritarios de salud, incluyendo las prevenibles por vacunas y las relacionadas con el turismo; Reforzamiento de las intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad infantil y materna; promover la salud de las mujeres, niñez, adolescentes y jóvenes; y políticas de seguridad nutricional y alimentación y alimentaria, con énfasis en los grupos sociales y de población más prioritarios y en la promoción de estilos y condiciones de vida saludables; Fortalecer las capacidades nacionales de formulación de proyectos de inversión y desarrollo para aumentar la cobertura de agua segura, alcantarillados y eliminación de desechos sólidos, orientada a la preservación de los ecosistemas urbanos y rurales; Fortalecimiento de las capacidades nacionales para promover y consolidar un proceso de desarrollo integral de los recursos humanos, con base en las metas de STP, con énfasis en la Epidemiología, Administración y Gerencia de Servicios y en la formación de personal de salud y orientado a impulsar el fortalecimiento de la SESPAS, la reforma sectorial y la mejoría de la calidad resolutoria de los servicios; Promover la investigación aplicada en salud y fortalecer la accesibilidad y la diseminación científico técnica en salud.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

18. Hemos partido de las orientaciones estratégicas y programáticas, las prioridades establecidas por las autoridades nacionales en la I Asamblea Nacional de Salud (septiembre 1996) y las prioridades de cooperación establecidas en la Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación, entre la PWR/DOR y las autoridades nacionales de salud (diciembre/1996). El Gobierno ha establecido como

su principal prioridad la reducción de las inequidades sociales en salud y aumentar la eficiencia y eficacia de los servicios. Este será también el fin de nuestra estrategia de cooperación.

19. Para aumentar la coherencia interprogramática, todos los proyectos tendrán el mismo fin ya señalados y cada uno de ellos tendrá como propósito una de las prioridades de cooperación establecidas conjuntamente entre OPS y las autoridades, las cuales han sido establecidas de tal forma que se fortalezca la interacción y apoyo mutuo interproyectos.

20. Desarrollo de Políticas, Planes y Normas: Se enfatizará fortalecer las capacidades de la SESPAS para liderizar el proceso de reforma sanitaria y su rol rector del sistema de salud. Para ello, se apoyará el fortalecimiento de sus capacidades para la definición y aplicación de políticas y planes de carácter intersectorial, vinculados a una concepción integral de la salud y en sus vinculaciones con el desarrollo económico y social, con énfasis en la reducción de las inequidades sociales en la situación de salud y en la accesibilidad a servicios básicos de salud. Se apoyará el fortalecimiento de las capacidades administrativo gerenciales y epidemiológicas.

21. Se reforzarán los procesos de descentralización, fortalecimiento y desarrollo de los niveles locales e instituciones descentralizadas, así como la interacción entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

22. Cooperación Técnica Directa: Se mantendrá la asesoría técnica permanente en las áreas priorizadas y asesorías temporales cuando sea necesario reforzar algunos aspectos específicos. Se ha priorizado las áreas de Servicios de Salud, Epidemiología, Materno Infantil y Adolescentes, Recursos Humanos e Información Científico Técnica. Las actividades de cooperación de cada proyecto se priorizarán de acuerdo al fin establecido en esta estrategia.

23. Adiestramiento: Se cooperará para fortalecer la capacidad nacional para formular y ejecutar políticas y planes de desarrollo integral de recursos humanos para salud. Las actividades de educación se coordinarán entre los diferentes proyectos. Se apoyará el fortalecimiento de las instituciones educativas a nivel de pregrado y postgrado. Se priorizará las actividades más vinculadas con el fin establecido.

**24. Movilización de Recursos:** Se promoverá la interacción y mutuo apoyo entre las diferentes agencias de cooperación multilateral y bilateral en el campo de salud. Se apoyará el desarrollo de las capacidades nacionales para la formulación y ejecución de proyectos de inversión y desarrollo y se promoverá el fortalecimiento de las capacidades de la PWR para participar activamente en la movilización y ejecución de recursos externos y extrapresupuestarios, con énfasis en proyectos que más contribuyan al fin establecido.

**25. Investigación:** Se promoverá el fortalecimiento de las capacidades de instituciones nacionales para formular y ejecutar proyectos de investigación

aplicada a problemas prioritarios de salud, con énfasis en los campos de la administración de servicios y programas, y en la vigilancia, prevención y control epidemiológico. Se apoyará el fortalecimiento de una comunidad científica nacional de salud, particularmente en los aspectos vinculados al fin de esta estrategia.

**26. Disseminación de Información:** Se promoverá la accesibilidad de los trabajadores de salud a información científico técnica actualizada y especializada, así como el fortalecimiento de una red institucional de centros de documentación bibliográfica en salud.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Control de EDA/IRA/AIEPI**

- Estrategia de AIEPI incluida dentro del plan nacional de reducción de la mortalidad materno infantil.
- Fortalecida la capacidad de planificación y resolución de los diferentes niveles de atención para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño menor de 5 años
- Los técnicos del nivel central y local de la SESPAS de las áreas priorizadas, se encuentran en capacidad de realizar análisis epidemiológicos y desarrollar sistemas de información en salud para la AIEPI.
- Desarrollar procesos de actualización curricular en universidades y residencias de pediatría

### **Información científica y técnica en salud**

- La Red Nacional de Información en Salud (RENAINSA) y la subred de bibliotecas hospitalarias se han extendido y se ha fortalecido la automatización de ambas
- El personal de salud del país dispone de acceso a información técnica de calidad.
- Está actualizada la base bibliográfica del país y se mantiene la participación nacional en las bases regionales coordinadas por BIREME.
- Las publicaciones dominicanas del área de la salud, incluidas las de OPS son editadas siguiendo normas internacionales
- El Centro de Documentación de la PWR tiene sus procesos técnicos y sus servicios automatizados, sus colecciones actualizadas y está ofreciendo servicios de referencia y préstamo, DSI, y de conmutación bibliográfica a sus usuarios.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Atención a la salud integral de la mujer la niñez**

- El país cuenta con políticas, planes y normas para mejoría de la salud reproductiva principalmente la salud materna-perinatal para ser implementados a nivel local con énfasis en la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- La SESPAS, en coordinación con otras instituciones, está en capacidad de revisar y mejorar las políticas y programas que fomenten y protejan la salud integral de la mujer.
- El país está en condiciones de llevar a cabo acciones para el desarrollo de la adolescencia y juventud.
- Se cuenta con propuestas operativas para implementar el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Se dispone de una propuesta de política nacional de comunicación en salud dentro del marco de la puesta en práctica de actividades de promoción de la salud que fomenten actitudes y prácticas saludables.

### **Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)**

- Fortalecida la capacidad nacional para el desarrollo y sostenibilidad del programa de vacunación.
- Fortalecido el sistema nacional de mantenimiento, conservación y reparación de la cadena de frío
- Existen condiciones en los servicios de vacunaciones para reducir las oportunidades perdidas de vacunación.
- Personal de salud de los diferentes niveles están en capacidad de ejecutar la vigilancia epidemiológica utilizando los criterios de evaluación y servicios oportuno de laboratorio
- Realizar investigaciones para las tomas de decisiones en el Programa Nacional del PAI

### **Epidemiología**

- La PWR, la SESPAS (nacional, regional y local) y otras instituciones de salud están en capacidad de realizar análisis de situación de salud, con enfoque de equidad, y aplicarlo en los procesos de decisión y a los esfuerzos nacionales de reducción de la mortalidad infantil y materna
- El sistema nacional de vigilancia epidemiológica y los sistemas de vigilancia de los programas de prevención y control están en capacidad, a nivel Regional y Local, de detectar oportunamente e investigar los principales brotes epidémicos y situaciones de riesgo, y de monitorear y evaluar el impacto de los programas nacionales
- Las Unidades de Epidemiología Hospitalaria, están en condiciones de elaborar y operar programas de control de infecciones y de participar en las acciones de reducción de la mortalidad infantil y materna a nivel institucional.
- Se ha fortalecido el programa de prevención y control de la rabia urbana, el Laboratorio Veterinario Central y los programas de inocuidad de los alimentos.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Salud ambiental**

- Las instituciones del sector agua potable y saneamiento están en capacidad de mejorar su eficiencia técnico-financiera y el reordenamiento del sector.
- La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y otros organismos vinculados al sub-sector residuos sólidos, han iniciado el proceso de modernización del referido sub-sector.
- Se ha fortalecido la capacidad de ejecutar proyectos demostrativos de intervenciones ambientales integradas (SILOS, Municipios Saludables, etc.) con participación comunitaria.
- Se ha fortalecido la capacidad técnico-administrativa de la Unidad de Saneamiento Ambiental de la SESPAS.
- Ha aumentado la capacidad del país para actuar frente a los riesgos de la salud asociados con la contaminación ambiental y a los desastres, en forma estructurada y sistemática.

### **Reingeniería del sector salud en base al desarrollo**

- Se dispone de un proyecto de reforma y planes de implementación articulados entre SESPAS, IDSS y FFAA.
- Se cuenta con los censos de población plan de acción, programación de actividades y evaluación del desarrollo de las áreas donde se está aplicando la estrategia de Municipios Saludables, basado en la estrategia de la Atención Primaria en Salud.
- Se dispone de un plan de reordenamiento administrativo de hospitales, se cuenta con las normas actualizadas de funcionamiento y se ha capacitado personal en gerencia hospitalaria para su implementación
- Se dispondrá de la base de datos y de la información de establecimientos de salud que permite determinar si están debidamente acreditados.
- Fortalecer la gerencia institucional de los servicios mediante el apoyo a los programas de enfermería, laboratorios, bancos de sangre, rehabilitación, salud mental, mantenimiento y radioterapia.
- La SESPAS está en capacidad de desarrollar los componentes básicos de suministro, regulación, control y vigilancia del Programa Nacional de Medicamentos.
- La SESPAS ha fortalecido los componentes de educación y atención a través de un proceso de reorganización de sus servicios en regiones y áreas seleccionadas en un trabajo conjunto con universidades y asociaciones profesionales.
- La SESPAS ha iniciado el proceso de fluoración de la sal de consumo humano para el fortalecimiento de sus programas preventivos y dispone de los estudios correspondientes y definición de las estrategias operacionales. Se dispone de toda la tecnología y asesoría necesaria para la producción de sal fluorada para consumo de la población, a fines del bienio.

**Resultados Esperados****1998-1999****Apoyo de gestión para el desarrollo nacional**

- El programa de cooperación se ejecuta de acuerdo a las necesidades de la OEP, a las necesidades del país y a las normas administrativas de la organización.

**Desarrollo integral de los recursos humanos**

- La SESPAS, en trabajo conjunto con los demás actores vinculados al desarrollo de los RRHH, está en condiciones de aplicar la política y planes de desarrollo de RRHH en determinadas regiones y áreas de salud en el marco de la reforma sectorial
- La SESPAS, y las instituciones formadoras de RRHH, han mejorado sus capacidades para desarrollar adecuadamente los procesos de formación y capacitación de los RRHH, que contribuyan a la mejoría de la capacidad resolutoria de los servicios de salud.
- Los niveles central, regional y local de la SESPAS han fortalecido sus capacidades para la gestión de RRHH en los servicios de salud.

<b>REPUBLICA DOMINICANA</b> <b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,555,100	1,742,200	7,300	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	870,200	823,800	86,800	0
Promoción y Protección de la Salud	271,400	270,000	5,000	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	464,500	469,500	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	72,000	28,800	0
<b>TOTAL</b>	<b>3,161,200</b>	<b>3,377,500</b>	<b>127,900</b>	<b>0</b>





# CARIBE ORIENTAL

## *Situación de Salud*

1. Demografía: Anguila, Islas Virgenes Británicas y Montserrat son tres territorios dependientes británicos con poblaciones de 10.302 (1995), 16.644 (censo de 1991) y 10.444 habitantes (censo de 1991), respectivamente.

2. Como resultado de las evacuaciones voluntarias ocasionadas por la actividad del volcán Lang Soufriere, la población de Montserrat se redujo a aproximadamente 7.500 habitantes a comienzos de 1997 y la población de la capital y zonas circundantes en el sector sur fue reubicada en una zona segura en el norte.

3. En Anguila, aproximadamente 50% de la población tiene menos de 20 años y 33% se encuentra en edad escolar. En la población general, 10% tiene más de 65 años. El porcentaje de menores de 15 años en las Islas Virgenes Británicas es 26%, y aproximadamente 59,6% de la población tiene entre 15 y 64 años.

4. Factores que determinan la situación de salud: La situación en Montserrat ha cambiado como resultado de la actividad volcánica en curso desde julio de 1995. Se ha interrumpido la base económica. La molienda de arroz se ha reducido como consecuencia de la reducción de las cuotas europeas y hay un menor flujo turístico debido a la disminución en el número de cruceros. La industria de la construcción nunca retornó a los niveles previos al huracán de 1995.

5. La mayoría de la población vive en condiciones de hacinamiento en casas arrendadas o albergues temporales; esta situación hizo que el Ministerio de Salud asignara prioridad al diagnóstico y manejo de la tuberculosis. Las actividades de la vida cotidiana y las actividades sociales se han reducido sustancialmente. Las personas que eran agricultores o empresarios independientes dependen ahora del Estado para vivienda y alimentos.

6. La educación de los niños ha continuado en condiciones de hacinamiento y el sector sanitario y el educativo han perdido profesionales, incluidos

aquellos con adiestramiento en la gestión sanitaria mediante el proyecto USAID/HPM.

7. Se registró un cambio en los riesgos para la salud ambiental. Si bien se ha mantenido el control de *Aedes aegypti*, existe un problema con mosquitos molestos en las zonas recientemente pobladas. Es muy limitado el transporte para control y monitoreo. El Ministerio manifestó preocupación acerca de las prácticas de inocuidad de los alimentos en los establecimientos alimentarios, los cuales continúan creciendo en locales que no fueron construidos para tal fin.

8. La calidad del agua es estable y se espera que para fines de 1997 el análisis microbiológico se realice habitualmente y se restablezca la capacidad para cloración de las fuentes en la zona segura. Se deben controlar radicales extraños en el agua que pueden ser el resultado de la emanación de gases volcánicos; la capacidad local se encuentra limitada por la insuficiencia de equipos y espacio.

9. El desecho de residuos sólidos y líquidos es motivo de preocupación. Si bien ha mejorado la recolección de basura, como resultado de la reciente privatización, la reubicación de la población obligó a una reubicación de los operadores de vertedero y desecho de efluentes en una zona destinada para el desarrollo de hoteles en Little Bay. Se trata de una zona baja cercana a la costa y los riesgos ambientales aumentan aun más por el tratamiento de efluentes. Además, los albergues y las zonas recientemente pobladas presentan deficiencias respecto al depósito y recolección de efluentes. El número de letrinas de fosa ha aumentado sustancialmente en algunas de las zonas con nivel freático alto.

10. Las políticas nacionales de salud en Montserrat no se han modificado en términos generales, sobre la base de estrategias sanitarias de atención primaria y dando mayor relieve a la promoción de la salud. Sin embargo, los planes para la reforma del sector sanitario se encuentran actualmente paralizados y es posible que sea necesario analizar algunos de los temas, como por ejemplo el financiamiento de la asistencia sanitaria, debido a los cambios en la situación económica de la gente. El financiamiento para el desarrollo sanitario nacional proviene principalmente del gobierno británico. A pesar de la

reubicación del hospital, el mismo continúa presentando problemas de infraestructura y el número de centros de salud se ha reducido de 12 a 5. Sin embargo, ha aumentado la demanda de servicios públicos y se están realizando esfuerzos para incluir áreas nuevas tales como salud de la mujer y control de la diabetes. Se ha reconocido la necesidad de mejorar los servicios de salud mental en el entorno con problemas. Los servicios de referencia son prestados por estados vecinos, en particular Antigua y Barbuda.

11. En Anguila y las Islas Vírgenes Británicas, el mejoramiento del ambiente continua siendo una prioridad. El énfasis será en el manejo de residuos sólidos.

12. La insuficiencia de los recursos humanos para abordar algunos de los problemas en los sistemas y servicios sanitarios continúa siendo una preocupación. La capacidad limitada para la gestión y planificación de los servicios sanitarios ha representado un reto para los gobiernos. Anguila y las Islas Vírgenes Británicas están en el proceso de reorganización de los servicios sanitarios mediante un proceso más descentralizado destinado a mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

13. Mejoramiento de la inocuidad de los alimentos en todos los establecimientos alimentarios (Anguila, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat); mejorar la capacidad para analizar datos y distribuir informes a los administradores del sistema (Anguila, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat); prevención de enfermedades crónicas (cáncer del cuello uterino, de mama, de próstata); extensión de los programas de vacunación para incluir la vacuna contra la hepatitis B, educación nutricional y vigilancia de enfermedades crónicas (Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat); orientación sobre ETS, VIH, SIDA; gestión de la calidad del agua, incluido el monitoreo de radicales de origen volcánico (Montserrat) y el CEHI (Anguila e Islas Vírgenes Británicas), incluida la reubicación del vertedero (Montserrat). Manejo de residuos sólidos; integración de las estrategias de promoción de la salud a los programas sanitarios; fortalecimiento del programa de salud mental y servicios de enfermos hospitalizados (Anguila y Montserrat); consolidación

de la capacidad para diagnosticar y manejar la tuberculosis (Montserrat); movilización de recursos tales como SIDA; estudios para determinar el plan para saneamiento de efluentes y eliminación de excretas (Montserrat); mantenimiento de la capacidad de respuesta ante desastres (Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat).

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

14. La estrategia que la OPS utilizará en la prestación de la cooperación técnica estará dirigida al nivel bilateral y al nivel subregional con el objetivo de mejorar la complementariedad. Dada la capacidad limitada de absorción del país en el curso del bienio (1998-1999), los proyectos se concentrarán en menos áreas, destacando la importancia de proporcionar las herramientas e intensificando la asistencia técnica directa a los programas mediante personas clave. De manera creciente, la OPS procurará adiestrar a más de una persona en algún método o aptitud con miras a fomentar la sostenibilidad.

15. La elaboración de políticas, planes y normas se utilizará para el fortalecimiento de programas de enfermedades no transmisibles, incluidos la prevención de accidentes, el desarrollo de servicios sanitarios, los planes sanitarios y la lucha antivectorial.

16. El adiestramiento continuará siendo una estrategia importante y se usará en los tres proyectos. En Montserrat, se utilizará el apoyo innovador de la CTP para asegurar la continuación de los servicios mientras se envían ciudadanos al extranjero para adiestramiento.

17. La difusión de información se realizará principalmente mediante los centros panamericanos de la OPS, tales como el CFNI y el CAREC.

18. La cooperación técnica directa será suministrada por los asesores de la OPS y la Universidad de las Indias Occidentales.

19. La OPS seguirá colaborando con la Secretaría Regional de Territorios Dependientes para abordar las necesidades especiales de estas islas.

---

## ***Resultados Esperados***

---

***1998-1999***

---

### **Salud Ambiental**

- Se habrá mejorado la capacidad para la lucha antivectorial sostenible.
- Se incrementará la capacidad para poner en práctica los programas de inocuidad de los alimentos.
- Se habrá mejorado el manejo de la calidad del agua.
- Se habrá mejorado el manejo de los residuos sólidos.
- Se habrá aumentado la capacidad para el manejo de efluentes.

### **Promoción de la salud y prevención de enfermedades**

- Se habrá mejorado la programación de la NCD.
- Se habrá mejorado los medios de acción para la promoción sanitaria.
- Se habrán consolidado los programas nutricionales.
- Se habrá ampliado el PAI.
- Se habrá aumentado la capacidad para la participación comunitaria.
- Se apoyará una campaña de difusión para la prueba de Papanicolaou.
- Se habrá incrementado la capacidad para la vigilancia nutricional.

### **Desarrollo de los servicios sanitarios**

- Se habrá desarrollado la capacidad de planificación sanitaria.
- Se habrán adiestrado recursos humanos.
- Se habrá incrementado la capacidad para analizar el financiamiento de la atención sanitaria.
- Se habrá mejorado la capacidad para elaborar políticas y normas en los servicios sanitarios.
- Se habrá mejorado el análisis e interpretación de los datos recopilados.
- Se habrá mantenido la preparación y la capacidad de respuesta para casos de desastres.

<b>CARIBE ORIENTAL</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	218,300	155,500	9,700	0
Promoción y Protección de la Salud	27,300	71,000	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	27,300	46,400	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	0	46,000	0
<b>TOTAL</b>	<b>272,900</b>	<b>272,900</b>	<b>55,700</b>	<b>0</b>

## *Situación de Salud*

1. La población del Ecuador mantiene un ritmo de crecimiento acelerado y un perfil inicial de transición demográfica, constituida en una tercera parte por indígenas, que habitan predominantemente en el área rural andina, observándose un proceso de migración hacia los polos de desarrollo urbano, con la consiguiente carencia de recursos y servicios, con un deterioro manifiesto de las condiciones de salud y de vida. Hay persistencia de inequidades en el acceso a los servicios básicos, incluidos los de salud, bajos niveles de empleo formal, abultada deuda externa, crisis fiscal, disminución del gasto social y reducción del papel del Estado en la vida nacional.

2. El perfil epidemiológico se caracteriza por la coexistencia de problemas asociados con el subdesarrollo (altas tasas de mortalidad infantil y materna, malnutrición, infecciones intestinales y respiratorias agudas, enfermedades inmunoprevenibles, transmitidas por vectores y por contacto sexual) con problemas propios de la "modernidad" (accidentes, violencias, enfermedades cerebro y cardiovasculares, cáncer y problemas género-específicos), enfermedades emergentes, (VIH/SIDA y problemas de salud mental) y reemergentes (malaria, dengue, cólera, rabia humana y otras zoonosis); además persiste la fiebre aftosa que afecta la producción ganadera.

3. Los principales factores de riesgo para la salud son: carencia de vivienda, baja cobertura con servicios de saneamiento básico en zonas rurales y urbano-populares, mala calidad del agua, déficits y desbalances alimentario-nutricionales, hábitos de vida no saludables, alta migración rural que ocasiona crecimiento urbano incontrolado, y deterioro de las condiciones ambientales y el medioambiente laboral.

4. Los servicios públicos de salud son inequitativos, de baja cobertura y calidad, poco accesibles a importantes grupos de población, en particular la indígena, y de eficacia limitada para satisfacer la demanda de la población. Además, hay atraso tecnológico en la captación y disseminación de información estadística y científico-técnica en salud. Esto se explica en parte por la estructura atomizada e incoordinada del sector salud con insuficiencia de

recursos financieros y uso ineficiente de los mismos, deficiente formación y motivación del personal, gestión centralizada, ineficacia administrativo-gerencial, enfoque predominantemente asistencialista y hospitalario, desigual distribución de los servicios y recursos entre regiones y grupos sociales, así como con un gasto en salud no solidario, principalmente privado, y un autoconsumo excesivo de medicamentos en determinados grupos de población.

5. Los principales esfuerzos nacionales desplegados para abordar los problemas reseñados configuran un conjunto de políticas, estrategias y líneas de acción desde varias instancias del Estado y la sociedad civil: a) Planteamiento de políticas y propuestas de reforma en la concepción, organización, gestión y financiamiento del sector salud, en base a alternativas tendientes a lograr consenso para el desarrollo de un sistema de salud más equitativo y solidario. b) Organización y desarrollo del sistema de servicios de salud en el nivel local, mediante la gestión descentralizada, con participación comunitaria. c) Propuesta de política social en conjunto con otras estructuras de gobierno y con la sociedad civil, en especial para el abordaje alimentario-nutricional, protección ambiental y control de epidemias. d) Control sanitario y vigilancia epidemiológica de los principales enfermedades e inicio de la coordinación de un sistema de información oficial en salud. e) Desarrollo inicial de la estrategia de promoción de salud para el desarrollo de espacios saludables con la participación de municipios, ONGs y la comunidad. f) Esfuerzos para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y definición de estándares de acreditación en todo el sistema de servicios, previa concertación con las instituciones del sector. En salud, el gobierno actual plantea: ampliación de cobertura geográfica y poblacional con servicios básicos de salud; modernización hospitalaria, promoviendo su autogestión y recuperación de costos; ampliación del acceso a los medicamentos genéricos; y el desarrollo del seguro comunitario de salud, para proveer sin costo, un paquete de servicios básicos a población indigente.

6. La PWR-Ecuador plantea cinco áreas estratégicas de cooperación para 1998-1999: Fortalecimiento de la gestión pública de la salud;

7. Mejoramiento de la calidad de la atención de salud; Promoción de la salud y la calidad de vida; Desarrollo de ambientes saludables; y Prevención, vigilancia y control de problemas prioritarios de salud.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

8. Llevar a reformas que cambien en profundidad la institucionalidad y gestión pública del Ecuador, de tal manera que posibiliten frente a la pobreza desarrollar el principio de solidaridad nacional, para superar las barreras de discriminación por género, raza, cultura y clase social; El Sector Salud del Ecuador requiere elevar la capacidad de los servicios de salud para manejar adecuadamente los recursos, disponer de alternativas de financiamiento equitativo y solucionar eficazmente los problemas de salud de la población, especialmente la que habita en las zonas rurales y urbano-marginales; Lograr el reconocimiento de la salud como un bien y derecho social, dependiente de la participación multisectorial y de la sociedad civil y no únicamente del sector salud; Elevar los niveles de salud de la población, a través de la disminución de la contaminación ambiental en las zonas urbanas y el mejoramiento de saneamiento básico en las zonas rurales; Elevar los niveles de salud de la población a través de la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad por problemas prioritarios y factores de riesgo asociados.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

8. La PWR Ecuador ha situado como eje de su visión a la EQUITAD, a fin de proteger a los grupos humanos más carenciados, desafío que compromete la acción irrenunciable del Estado y la búsqueda de alternativas con la sociedad civil para lograr el acceso equitativo a mejores condiciones y servicios de salud. La estrategia de cooperación intenta crear viabilidad política y factibilidad económica, técnica y

organizativa del plan de trabajo, aumentar su eficacia operativa y sostener la direccionalidad del proceso en función de sus fines y propósitos. En particular, se utilizarán los enfoques funcionales:

9. Desarrollo de Políticas: Reconocimiento de la salud como política pública indispensable al desarrollo, al Estado como garante de su derecho y rector del sistema, la participación de la sociedad en su gestión y control, y la generación de "actores por la salud", y una concepción de salud que incorpora la perspectiva de promoción, espacios saludables, vigilancia comunitaria y articulación intersectorial.

10. Movilización de Recursos: Abogacía y movilización de actores sociales mediante la concertación, negociación y alianza entre el Estado, en particular del Ministerio de Salud Pública, con la sociedad civil y la coordinación interagencial e interinstitucional.

11. Cooperación Técnica Directa: Aumento de la eficacia técnica en base a: i) acompañamiento a los actores clave, ii) reducción de la complejidad para su abordaje, iii) prácticas de gestión de calidad, iv) priorización y focalización, v) monitoreo de procesos y resultados, y vi) práctica ética de la cooperación

12. Desarrollo De Los Recursos Humanos: Especial preocupación por la forja de recursos humanos creativos, libres y solidarios que conozcan e impulsen el fortalecimiento del saber y la ciencia-técnica para el cambio en salud.

13. Disseminación de Información: Disseminación proactiva de información a través de medios de comunicación masiva y electrónica (Internet) y creación de espacios de análisis sobre temas relevantes e innovadores en salud.

14. Promoción de la Investigación: Énfasis en la investigación epidemiológica y operativa sobre temas prioritarios y de aplicación inmediata en la orientación de políticas y estrategias de cambio del sector .

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Fortalecimiento de la Gestión Pública en Salud**

- Desarrollo y aplicación de un sistema de formalización y revisión de políticas públicas saludables y de elaboración de iniciativas legales para definir y estructurar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que conjugue adecuadamente las dimensiones políticas y técnicas necesarias para el desarrollo del sector.
- Incorporación de diferentes actores de la sociedad ecuatoriana a grupos de consulta y concertación sobre temas claves que hacen a cambios estratégicos para el desarrollo del sector salud.
- Haber introducido cambios sustantivos en las relaciones y funciones de diferentes instancias del sector salud. Especialmente se contarán con propuestas de implementación sobre el rol del Estado en salud, financiamiento público en salud y prestación de servicios de salud de calidad.
- Estará elaborada una propuesta para el funcionamiento de Comités de Bioética en Salud e inicio de sus trabajos.
- Estará funcionando a plenitud el sistema de documentación e información de la Representación que interconectadamente permita un acceso rápido y oportuno del personal técnico de la OPS/OMS y sus contrapartes nacionales para la actualización de sus conocimientos e impulsar la creatividad en el desarrollo de sus trabajos en salud.

### **Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud**

- Los servicios de salud de las áreas prioritarias funcionarán de acuerdo al modelo de atención definido por el proyecto FASBASE, con un grado de suficiencia en dotación de recursos humanos y equipamiento, que les permita solucionar los principales problemas de salud de aproximadamente 4 millones de habitantes.
- Desarrollo y aplicación de sistemas e instrumentos técnico-normativos que regulen en los hospitales del país la calidad de las atenciones y la eficiencia de la gestión y que desarrollen mecanismos de financiamiento que preserven la equidad, en beneficio de los usuarios mas desprotegidos, dentro de un marco jurídico adecuado.
- Los servicios hospitalarios del sector público extenderán su cobertura a grupos poblacionales prioritarios y podrán financiarse con mecanismos alternativos que preserven la equidad (fuentes y mecanismos), producto de la sistematización de experiencias nacionales e internacionales.
- Desarrollo del saber y prácticas de salud y atención a la enfermedad de los recursos humanos; formación y capacitación que amplíe la razón comunicativa e instrumental de profesores, alumnos y trabajadores de la salud, dinamizando su acción creativa, libre y responsable; e impulsar a la participación de nuevos actores en la gestión de salud.
- Los medicamentos esenciales son accesibles en las áreas de salud seleccionadas por el Proyecto en las provincias de Loja, Azuay, Cañar y El Oro.



## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Promoción de la Salud y Calidad de Vida**

- Haber participado en el desarrollado de experiencias intersectoriales de gestión de los gobiernos locales en las cuales se haya incorporado el enfoque de promoción de la salud, mediante una participación social activa.
- Haber iniciado la ejecución de una experiencia intersectorial con amplia participación social en cinco cantones prioritarios de la Provincia de Loja
- Procesos de articulación Sociedad Civil - Gobierno a nivel local, consolidados a fin de dar respuestas concertadas e intersectoriales a problemas de salud género específicos y promover la formulación de políticas públicas y de iniciativas que visibilicen y den respuesta a las inequidades de género en salud.
- Estarán en desarrollo en áreas prioritarias las estrategias y los proyectos que promuevan y protejan la salud de la niñez y la adolescencia, así como la salud reproductiva en el marco de los compromisos internacionales y los planes nacionales.
- Haber implementado acciones multisectoriales de alimentación y nutrición en áreas geográficas predeterminadas, enfatizando en el fortalecimiento del rol del sector salud para la ejecución de actividades de nutrición.

### **Desarrollo de Espacios Saludables**

- Que las autoridades dispongan de las metodologías e información requerida para integrar el objetivo de lograr ambientes saludables, tanto en las políticas y planes de desarrollo nacional como en los sectoriales, especialmente en la reforma del sector de la salud.
- Se habrá desarrollado programas e instrumentos que permitan fortalecer la capacidad nacional y municipal para gerenciar coordinada y eficientemente los principales problemas de contaminación en el medio ambiente y el medio laboral.
- Que las entidades nacionales y seccionales sean públicas o privadas, incorporen en su agenda política decisiones en salud que integren a otros sectores tales como vivienda o turismo y que fortalezcan así la construcción de ambientes saludables en la población ecuatoriana.
- Que los organismos nacionales pertinentes, cuenten con conocimientos y metodologías que les permitan fortalecer sus capacidades para reducir los riesgos y daños provocados por los desastres naturales en el ambiente y la salud.

### **Prevención y Control de Problemas Prioritarios**

- Se habrá diseñado un sistema de información que priorice la vigilancia epidemiológica de problemas prioritarios y la estadística de acciones, recursos y servicios de salud para permitir el adecuado análisis de la situación, y se habrá difundido la información generada a través de medios electrónicos.
- En todas las provincias y áreas de salud del país se habrá incrementado las coberturas de vacunación en los grupos de menores de un año y de mujeres en edad fértil (MEF) que habitan en zonas de riesgo para tétanos neonatal (TNN), consolidando el sistema de vigilancia epidemiológica de poliomielitis, sarampión, tétanos neonatal y otras enfermedades prevenibles por vacunación.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá fortalecido el desarrollo, integración y consolidación de los programas de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles prevalentes y particularmente malaria, dengue, otras enfermedades transmitidas por vectores, las enfermedades de transmisión sexual y las enfermedades emergentes, como la TBC y el VIH/SIDA, y las reemergentes, como la fiebre amarilla, en las provincias mas afectadas del país.
- Se habrá apoyado a las instituciones nacionales con el objeto de fortalecer los programas para el control de los programas crónicos y no transmisibles más relevantes.
- Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia epidemiológica y control sanitario de las zoonosis, con énfasis en rabia, de alimentos y de las enfermedades transmitidas por alimentos, así como de salud animal, particularmente de la Fiebre Aftosa.

<b>ECUADOR</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,101,200	1,370,200	404,500	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,072,000	887,200	2,749,500	5,000,000
Promoción y Protección de la Salud	289,800	249,300	54,400	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	401,900	542,200	126,400	0
Prevención y Control de Enfermedades	470,800	489,700	325,800	0
<b>TOTAL</b>	<b>3,335,700</b>	<b>3,538,600</b>	<b>3,660,600</b>	<b>5,000,000</b>



# EL SALVADOR

## *Situación de Salud*

1. El Gobierno de El Salvador ha planteado como grandes objetivos nacionales, en el contexto del Programa de Modernización Pública: consolidar un ambiente político estable, facilitar el desarrollo humano pleno, lograr la autonomía económica y fomentar el espíritu de reconciliación nacional.

2. En este ámbito, las autoridades del Ministerio de Salud han definido como Política General: "Mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendientes a la atención integral de la salud de las personas de disminución de los riesgos y daños al medio ambiente".

3. Las principales estrategias planteadas para el desarrollo de los diferentes programas son: la descentralización, la participación social, la coordinación interinstitucional, el desarrollo y fortalecimiento del "Rol Rector" del Ministerio de Salud Pública con el propósito de construir un sector de salud moderno, articulador de los intereses de la sociedad donde el Ministerio le correspondería desempeñar un rol subsidiario para aquellas poblaciones que por sus características socioeconómicas tienen limitada accesibilidad a una mejor calidad de vida. También facilitará la iniciativa privada en la búsqueda de participación para la provisión de servicios de salud eficientes, eficaces, equitativos, mejorando así la salud integral de la población.

4. La pobreza es el hecho principal que determina, en gran parte, la problemática sectorial en salud. En 1994 la encuesta de hogares reveló, que el 52,4% de la población se encontraba afectada por la pobreza. El 23,9% en situación extrema, y el 28,5% en pobreza relativa.

5. En El Salvador se estima para 1997 una población de 5.908.461 habitantes, la mitad aproximadamente reside en área urbana. El 51% son mujeres, en su mayoría en edad fértil. El 36,5% son menores de 15 años y de ellos el 36,1% no han

cumplido los cinco años de edad. Esto sitúa al grupo de adolescentes y niños como prioritarios.

6. El perfil epidemiológico actual muestra altas tasas de mortalidad y de morbilidad, con predominio de enfermedades propias de la pobreza, lo que se agrava con el insuficiente acceso a la atención médica.

7. Asimismo, esto último da lugar a subregistros en las estadísticas de mortalidad y morbilidad, como fue documentado en 1991, en el que el subregistro de certificados de defunción alcanzó el 33,4%.

8. Igualmente es importante la mortalidad por tumores malignos (estómago, pulmón, mama y cuello uterino).

9. En cuanto a la morbilidad según FESAL/93 se estimó que el 22,8% de los niños menores de 5 años presentaban talla baja para la edad, lo que indica que viven en condiciones socioeconómicas y ambientales adversas a su desarrollo. En el área rural el 28,1% de los niños presentó desnutrición crónica.

10. En menores de un año en 1996 se alcanzó el 100% en Terceras Dosis de DPT y en OPV; y en Sarampión el 98% para ese grupo de edad. Las mujeres en edad fértil fueron vacunadas con segunda dosis de Toxoide Tetánico en el 82% del total estimado. Además, en la evaluación de la Vigilancia del Sarampión se comprobó la no circulación del virus natural y que el país cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica eficiente para la detección oportuna de esta enfermedad. Asimismo, en la evaluación del programa de eliminación del Tétanos Neonatal se logró disminuir los municipios de alto riesgo de 97 a 21. También se cumplió en más del 85% los indicadores de la vigilancia de la Parálisis Flácida en menores de 15 años.

11. La prevalencia de hipovitaminosis "A" de acuerdo a la Evaluación de la Situación Alimentaria Nutricional en El Salvador en 1988 (E.S.A.N.E.S.) ubicó al país como el de más alta prevalencia en América Latina.

12. La prevalencia de bocio endémico en escolares y la anemia nutricional son de gran dimensión, por una dieta baja en yodo, hierro y folatos, esta última

entidad agravada por la alta prevalencia de parasitismo intestinal. El UNICEF en 1994 reportó que el 43% de las mujeres embarazadas padecen de algún grado de anemia.

13. La tuberculosis pulmonar se estima con una tasa de incidencia de alrededor de 85 x 100.000 habitantes, por lo que el país fue catalogado como de alta severidad y prioridad en la región para esta enfermedad. La malaria y el dengue continúan como las principales enfermedades transmisibles por vectores que constituyen un problema importante de salud; la primera influenciada por la migración externa e interna, y la segunda, por la aparición de varios serotipos y elevados índices de infestación de *Aedes aegypti*, lo que determinó una epidemia de dengue hemorrágico en 1995.

14. Actualmente hay que añadir la infestación por el *Aedes albopictus*.

15. Como un reflejo de la falta de acceso a los servicios tenemos que en 1995 el parto intrahospitalario alcanzó el 57,9%; la atención prenatal el 33,6%, con un promedio de atenciones por embarazadas de 3,6%. La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL/93) detectó que sólo el 30% de las madres habían acudido a control postnatal y que para la detección precoz de cáncer cervicouterino asistió el 45,9% de las mujeres en edad reproductiva. Esta encuesta arrojó también que sólo el 33,8% de las mujeres de 15 a 44 años hacían uso de algún método anticonceptivo.

16. En cuanto a la mortalidad se estimó por FESAL/93 que la tasa de mortalidad infantil fue de 41 x 1.000 nacidos vivos. La prematuridad y el bajo peso al nacer fueron las principales causas de mortalidad neonatal; y en la postneonatal, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias agudas. En 1995 el Ministerio de Salud Pública señaló que las tres primeras causas de muerte infantil, en orden de importancia fueron: la prematuridad, la sepsis y las infecciones respiratorias agudas.

17. La mortalidad materna institucional del Ministerio de Salud Pública en 1995 era de 73,6 x 1.000 nacidos vivos y las tres primeras causas de muerte directa fueron: hemorragias (44%); toxemia (22%) y sepsis (14%). El mayor número de defunciones maternas ocurrió en el grupo de 20 a 34 años, lo que denota que la mayoría de estas muertes pueden ser prevenibles con un adecuado y oportuno

control prenatal, atención del parto y espaciamiento intergenésico.

18. La principal causa de muerte en el país está vinculada a la violencia y a los accidentes. Asimismo entre las primeras causas de defunción están las enfermedades cardiovasculares y accidentes vasculares y encefálicos, causas muy relacionadas con la hipertensión arterial; así como la intoxicación por plaguicidas.

19. El cólera y la fiebre tifoidea se mantienen endemoepidémicas, así como la ocurrencia de brotes de intoxicaciones alimentarias, fundamentalmente por mala higiene en los alimentos.

20. La infección por VIH/SIDA presenta una tendencia francamente ascendente, la rabia humana y canina se mantienen como un problema de salud.

21. En cuanto a la salud y el medio ambiente hay baja cobertura de agua potable y de saneamiento básico, sobre todo en el área rural. No obstante, ha habido algunos avances en esta área.

22. La contaminación del aire ha surgido como otra importante alteración del ambiente.

## *Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS*

23. Contribuir a mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante el desarrollo de políticas que fomentan la participación de los niveles locales y la sociedad civil en la formulación, ejecución y evaluación de planes y programas de promoción y protección de la salud reproductiva de grupos específicos de poblaciones en riesgo; Disminuir los riesgos ambientales que afectan la salud de los salvadoreños; Mejorar el nivel de salud de la población a través de la reducción de la morbilidad de las enfermedades con mayor prevalencia en el país

## *Estrategia de Cooperación Técnica*

24. En este escenario y habiéndose considerado la problemática de salud, las prioridades nacionales y de la Organización se ha proyectado la cooperación

técnica y financiera para el Bienio 1998-1999, estructurada en torno a los siguientes componentes:

25. Salud en el Desarrollo y Sistemas de Salud: El proyecto focalizará su esfuerzo principalmente a través del Desarrollo de Políticas, Planes y Normas que favorezcan: Acompañar y fortalecer los procesos de modernización y su articulación con proyectos más amplios de desarrollo humano sostenible. Apoyar el desarrollo de una visión de cambio en el sector, que produzca la transformación institucional requerida y responda a los principios de equidad, eficacia y eficiencia. Promover la movilización externa e interna de recursos y focalizar la cooperación en la capacitación en gerencia, planificación estratégica y epidemiología aplicada a los servicios, implementación de estrategias de participación social en espacios saludables; en la prevención y control de las enfermedades; y, en la protección y desarrollo ambiental. Apoyar aquellas iniciativas que el país considere convergentes con el proceso de integración centroamericana.

26. Promoción y Protección de la Salud: La investigación y el adiestramiento constituyen las principales estrategias de este proyecto.

27. La Organización promoverá esquemas de respuesta más integrales a la salud, de acuerdo con la compleja naturaleza de la problemática nacional, caracterizada por la presencia de nuevos factores de riesgo, tales como la violencia, la inseguridad y la drogadicción. Dicha problemática se ha visto agravada por las presiones demográficas y la concentración poblacional en comunidades que no ofrecen un ambiente saludable. La política de salud destaca el principio de la salud como derecho y responsabilidad de todos. La respuesta integral al problema sanitario sigue el mismo principio, a partir de una participación más activa de actores sociales y políticos. De esta manera se crean espacios más eficaces para que dichos actores, actuando en forma articulada con el Ministerio y otras instituciones sectoriales y extra-sectoriales, incrementen su capacidad resolutoria sobre problemas asociados con estilos de vida y patrones de comportamiento individual y colectivos.

28. La cooperación técnica se dirigirá en especial hacia el desarrollo de políticas, planes y programas, la investigación, el adiestramiento de los recursos humanos y la disseminación de información.

29. Los conceptos de municipios saludables, escuelas saludables y otras iniciativas, permitirán instrumentar gradualmente una cultura de salud como parte del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.

30. Prevención y Control de Enfermedades: Para alcanzar los resultados propuestos, el proyecto se apoyará en la cooperación técnica directa como la principal estrategia de cooperación, promoviendo además actividades de adiestramiento e investigación en áreas prioritarias.

31. Destacan como políticas específicas la reducción de la morbilidad y mortalidad de los padecimientos más frecuentes y se establecen estrategias precisas para el control, eliminación y/o erradicación de las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, sobre todo lo concerniente a enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes. Asimismo la generación de datos exactos, confiables y oportunos para mejorar decisiones técnicas y políticas a todos los niveles de atención. Estos lineamientos son coincidentes con lo establecido dentro de nuestras Orientaciones Estratégicas y Programáticas, particularmente en lo relacionado a identificar los grupos de población más afectados, fortalecer la programación local y hacer efectiva la participación social. Dentro de estos marcos generales el país viene efectuando avances progresivos tales como contar con equipos epidemiológicos interinstitucionales a nivel nacional y equipos locales de investigación y control de brotes; se han incrementado las coberturas de vacunación y se está consolidando la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis; se han iniciado las actividades para eliminar el sarampión y el tétanos neonatal con éxito.

32. Por otro lado los esfuerzos para el cumplimiento del compromiso para eliminar la transmisión transfusional de la infección por T. cruzi, así como la lepra, están logrando un mejor conocimiento de la situación y acciones concretas para avanzar en ese cometido. Se cuenta también con un laboratorio de producción de vacunas antirrábicas con proyección para alcanzar la autosuficiencia en ese biológico e impulsar nuevamente las acciones para eliminar la rabia urbana. Programas tales como Dengue y Malaria contaron con financiamiento extrapresupuestario.

33. Promoción y Desarrollo Ambiental: El desarrollo de políticas, planes y normas constituye el eje de la cooperación del proyecto.

34. El esfuerzo va dirigido a brindar cooperación técnica directa con miras a mejorar la capacidad institucional para enfrentar eficientemente los

problemas de saneamiento básico, aumento en la cobertura de abastecimiento de agua, así como en abordar el problema de los desechos sólidos y excretas. Como estrategias en saneamiento, se ha dado especial énfasis a proporcionar controlar su calidad.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Salud en el desarrollo y sistemas de salud**

- La definición y ejecución de políticas y procesos de Reforma del Sector, que impulsen la descentralización, la departamentalización y el fortalecimiento del rol rector del MSPAS.
- Autogestión sostenible de los servicios de salud de los departamentos de la Libertad, Zona Oriente de San Salvador y Chalatenango, en el contexto de la departamentalización como expresión local de la Modernización y Reforma del Sector.
- Consolidar el desarrollo y sostenibilidad del Sistema Local de Salud de la Zona Norte del departamento de San Salvador en el contexto de la departamentalización como expresión local de la Modernización y reforma del Sector.
- Desarrollo y consolidación de los sistemas locales de salud en el departamento de Cabañas, en el contexto de la departamentalización como expresión local de la Modernización y reforma del Sector.
- El desarrollo de los recursos humanos, de acuerdo a los roles y necesidades de los niveles central, departamental y local, en el marco de la Reforma del Sector.

### **Promoción y protección de salud**

- Programas y proyectos de Salud Reproductiva desarrollados en zonas seleccionadas para grupos prioritarios, con enfoque integral y coordinado que fomenten acciones de promoción y protección de la salud con calidad tanto a nivel institucional como por parte de la población.
- Políticas y estrategias de salud, alimentación, nutrición, formuladas e implementadas y orientadas a procurar el mejoramiento del estado de nutrición de los diferentes grupos de población.
- Información en salud, generada y difundida, con énfasis en la del área de promoción y protección de la salud de la niñez, adolescentes y del grupo materno perinatal.

### **Protección desarrollo ambiental**

- Instituciones nacionales comprometidas con el manejo de los recursos hídricos fortalecidas en las áreas de desarrollo tecnológico, sistemas administrativos y establecimiento de políticas, normas y reglamentos que protejan los recursos hídricos y la calidad de agua de consumo humano.
- Instituciones nacionales y sistemas locales con capacidad de gestión y con capacidad de resolver problemas ambientales que sean un riesgo para la salud humana.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Disminución de riesgos ocupacionales y ambientales causados por los plaguicidas y otras sustancias químicas.
- Elevar las condiciones de salud y calidad de vida de la población a través del aumento en la cobertura de los servicios básicos, el fortalecimiento de las entidades responsables del saneamiento y la mejora de la disposición final de los residuos sólidos y líquidos.
- Elevar las condiciones de salud y calidad de vida de la población mediante el fortalecimiento de las capacidades nacionales en la protección y uso de los recursos naturales, monitoreo y control del impacto ambiental de los proyectos de desarrollo, vigilancia y evaluación de riesgos ambientales para la salud, fortalecimiento integral de la salud de los trabajadores
- Elevar las condiciones de vida de la población mediante la promoción de proyectos de medio ambiente y desarrollo; la cooperación entre salud, ambiente y otros sectores; la participación comunitaria; ambientes saludables; apoyo al establecimiento de planes, leyes y normas ambientales; y apoyar acciones regionales que conduzcan al mejoramiento de la salud ambiental.

**Promoción, prevención y control de enfermedades**

- Se habrá desarrollado la capacidad de intervención local mediante la aplicación de la epidemiología en la sistematización de la vigilancia, focalización, identificación de grupos más vulnerables, definición de prioridades, programación y evaluación.
- Capacidad técnica de los servicios de salud fortalecida para la promoción, prevención, normatización, estudio, evaluación y control de las enfermedades infectocontagiosas más frecuentes
- Se habrá colaborado en el desarrollo técnico y logístico del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Se habrán coordinado y apoyado las acciones sectoriales e intersectoriales de promoción, prevención del SIDA/ETS y enfermedades transmitidas por la sangre a nivel nacional.
- Se habrá promovido y desarrollado estrategias de espacios saludables con participación activa de las autoridades locales y actores de diferentes sectores públicos y privados.

<b>EL SALVADOR</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,028,300	1,209,800	198,000	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	839,000	813,000	2,512,100	1,742,000
Promoción y Protección de la Salud	43,400	44,000	82,900	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	394,400	405,100	808,700	296,000
Prevención y Control de Enfermedades	374,600	408,900	297,800	10,000
<b>TOTAL</b>	<b>2,679,700</b>	<b>2,880,800</b>	<b>3,899,500</b>	<b>2,048,000</b>





# ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS

## *Situación de Salud*

1. Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa son tanto regiones como departamentos franceses, que en 1995 tenían una población estimada en 383.600, 416.600 y 146.000 habitantes, respectivamente. En la Guayana Francesa, que es un territorio continental, la población se concentra en las llanuras costeras. Guadalupe abarca un archipiélago de 6 islas, de las cuales una es compartida con el territorio holandés de St Maarten. Mientras que un elevado porcentaje (30%) de la población de la Guayana Francesa tiene menos de 15 años, en Martinica y Guadalupe se sigue registrando una tendencia hacia una población de más edad, y actualmente 12% de sus habitantes tienen más de 60 años.

2. Estos departamentos comparten tipos de mortalidad semejantes a los del territorio metropolitano de Francia y los países de habla inglesa del Caribe. Es así como las causas principales de defunción son los problemas del aparato circulatorio, los tumores y los accidentes de vehículos automotores. La mortalidad perinatal y el SIDA también constituyen un problema importante.

3. Hay poca información sobre los tipos de morbilidad. La malaria resistente a la cloroquina está aumentando en la Guayana Francesa y se reconoce que ahora el dengue es endémico en todos los demás departamentos. Otras enfermedades importantes son la diabetes y la hipertensión; por su parte, el alcoholismo es uno de los factores más importantes de gran parte de los ingresos hospitalarios.

4. Factores que afectan a la salud: los departamentos tienen un PIB de \$10.760 (Martinica), \$8.181 (Guadalupe) y \$10.403 (Guayana Francesa). Los tres comparten problemas sociales semejantes, incluidas tasas de desempleo elevadas (25%, 26,1% y 24,1%, respectivamente). La proliferación de asentamientos por parte de la población marginada se ha hecho patente en todo el territorio de los departamentos, por lo que ya dejó de ser un problema suburbano. La matriculación escolar se acerca a 100% hasta los 16 años de edad.

5. La calidad del agua se vigila periódicamente y resulta ser satisfactoria en todo el territorio de los tres departamentos, con un suministro domiciliario de alrededor de 95% en Martinica, Guadalupe y la costa de Cayena. Si bien en todo el territorio de los departamentos se cuenta en general con servicios de tratamiento de residuos sólidos, la recolección inadecuada de ciertos tipos de desechos (automóviles abandonados) y el manejo deficiente de envases de agua en los hogares se traducen en índices elevados de *Aedes aegypti*. Se debe reforzar la educación pública en este aspecto. La inocuidad de los alimentos no se considera un problema en ningún sector de los departamentos.

6. En 1992 se sancionaron leyes en virtud de las que se transfirió a los departamentos la responsabilidad de los servicios sociales, incluidas la salud maternoinfantil, las vacunaciones y la prevención, y el control de ETS (salvo SIDA). Las responsabilidades estatales están a cargo de una unidad en cada departamento, e incluyen los fondos de seguro social, los hospitales públicos, la salud ambiental (incluida la lucha antivectorial), la salud mental, el control del abuso de alcohol y drogas, la vigilancia epidemiológica y el manejo de epidemias. La salud de los adolescentes en las escuelas es responsabilidad del Ministerio de Educación a nivel departamental, y actualmente tiene carácter prioritario en Guadalupe.

7. La cobertura total con el seguro de salud nacional les permite a los pacientes buscar atención sanitaria directamente en cualquier nivel. La atención primaria de salud es proporcionada en todos los departamentos por los médicos generales privados, y a los consultorios de salud pública les cabe ante todo la responsabilidad de la atención preventiva básica. Los servicios hospitalarios son brindados por un conjunto de instituciones públicas y privadas, y la mayoría de los especialistas de nivel terciario se encuentran en los centros hospitalarios regionales ubicados en Fort de France (Martinica) y Pointe à Pitre (Guadalupe). Dichos centros brindan servicios a un porcentaje elevado de pacientes de estados vecinos (que llega a 30% en Cayena). Lo oneroso de la atención y las preocupaciones por la calidad han promovido la realización de estudios para reformar el sistema, tendiendo al modelo que tiene al médico general por "puerta de acceso". Los

servicios de urgencias médicas de Martinica y Guadalupe han evolucionado hasta alcanzar un excelente nivel de desarrollo, suministran una atención multisectorial integrada a la población de esas islas y de los estados vecinos, y se les debería alentar a participar en cualquier proyecto de CTP afín.

8. El programa de prevención y control del SIDA está bien desarrollado a nivel departamental, con amplia participación del sector no gubernamental en las actividades de prevención y un programa modelo en los hospitales principales de los tres departamentos para la atención ambulatoria de personas infectadas por el VIH. Los servicios de laboratorio y terapéuticos para el control del cáncer de cuello uterino han sido los núcleos de la cooperación técnica brindada a los países del Caribe oriental, y el éxito de estos programas sirve de referencia en cuanto a las posibilidades de suministrar otros servicios integrales de CTP para el control de la diabetes y la hipertensión, que está en una etapa incipiente en todos los departamentos y será un elemento prioritario para la cooperación durante este bienio.

9. Si bien los servicios sanitarios en el departamento de salud cuentan con un buen concurso de especialistas, todavía se necesita adiestrar en salud pública y rehabilitación frente al abuso de sustancias a una cantidad suficiente de personas y, además, a los profesionales se les debe dar la oportunidad de concurrir a los centros modelos de América del Norte y Francia.

10. Se han hecho grandes esfuerzos por introducir la estrategia de promoción de la salud en los programas sanitarios, y uno de los desafíos al respecto radica en provocar cambios de comportamiento y producir módulos educativos aptos para el sector de la población que habla créole y otros dialectos. Los servicios de salud mental se hacen extensivos a la comunidad pero no tienen un carácter intrínsecamente comunitario. La promoción de la salud dental se da en forma esporádica y no existen estrategias claras para reducir los índices relativamente elevados de D-CPO.

11. Como en todos los demás países, se han aplicado estrategias para controlar los gastos de salud. Al asignarse los presupuestos del sector sanitario en los departamentos se deben tener en cuenta no sólo criterios sanitarios y demográficos, sino también las diferencias de tamaño entre las plantillas de personal

médico y paramédico. Por su parte, la Guayana Francesa seguirá teniendo ante sí un problema de cierta magnitud al tratar de atender una población que la migración desde países vecinos está haciendo crecer rápidamente.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

12. Capacitación de recursos humanos en determinadas esferas. Extensión de la cooperación a países de habla inglesa del Caribe en ciertas esferas, como son bancos de sangre, diagnóstico e investigación de tuberculosis, respuesta en casos de emergencia, administración de hospitales, mantenimiento de equipo y telemedicina. Fortalecimiento de la capacidad del gobierno para focalizar la promoción de la salud en grupos marginales. Mejoramiento de la atención de salud materno-infantil en la Guayana Francesa. Ampliación del programa de prevención y control del SIDA. Mayor eficacia de los programas para controlar *Aedes aegypti*. Mejoramiento del programa de prevención de abuso de sustancias y tratamiento, especialmente el abuso de cocaína (crack). Mayor eficacia del programa de salud mental. Reducción de la morbilidad debida a accidentes de tránsito. Mejoramiento de la salud de los adolescentes.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

13. En lo que hace a la asistencia técnica directa para mejorar los programas de SMI y de salud ambiental, se pondrá el énfasis en la Guayana Francesa. Además, las estrategias de cooperación técnica de la OPS/OMS consistirían en apoyar la participación del personal sanitario de los territorios franceses en las actividades de salud del Caribe y en facilitar CTP entre la Guayana Francesa y Suriname. En cuanto a la promoción de la salud, la cooperación técnica consistirá en suministrar asistencia para la elaboración de materiales educativos culturalmente apropiados, concretamente para los grupos inmigrantes. El adiestramiento por medio de becas

constituirá la base de la estrategia y se debería ofrecer en ciertos rubros para los que no se imparte capacitación a nivel local; asimismo, se facilitará la cooperación técnica con los estados caribeños vecinos de habla inglesa para mejorar la cobertura de servicios de atención secundaria. En cuanto a los conocimientos técnicos especializados con que se cuenta en los departamentos franceses, se hará un

uso creciente de ellos a mediante asesores, educadores e investigadores en el Caribe de habla inglesa. Los departamentos franceses se incluirán en la planificación de servicios compartidos y se les alentará a brindar su respaldo en proyectos controlados de telemedicina y en el rubro de turismo y salud.

## Resultados Esperados

1998-1999

### Desarrollo de servicios de salud

- Se habrán compartido con los países de habla inglesa los conocimientos especializados de las FRG.
- Se habrá impartido adiestramiento a los recursos humanos.
- Habrán mejorado los servicios.
- Se habrá divulgado información.

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	170,000	170,000	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>170,000</b>	<b>170,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



## *Situación de Salud*

1. Demografía: El censo de 1991 indicó que Granada, la Pequeña Martinica y Carriacou contaban con una población de 94.806 habitantes, lo cual representa un aumento respecto de 1981, cuando la población ascendía a 89.088.

2. La población es joven, pues 13,1% son menores de 5 años y 38,4% son menores de 15 años. Las personas de 65 años de edad y más representan 7,9% de la población. Los hombres superan en número a las mujeres en cada grupo de edad hasta los 30 años, pero hay un excedente de mujeres en todas las edades de ahí en adelante, de modo que estas representan 50,8% de la población y 60,6% de la tercera edad (65 años y más).

3. Indicadores del estado de salud: En 1945, la tasa bruta de natalidad fue de 23,4. La tasa general de fecundidad reveló un aumento de 5,4% entre 1981 (117,84) y 1991 (124,19). El número total de nacidos vivos descendió 20,3% durante el período de 1985 a 1991 y hubo una disminución aun mayor (34,0%) en el número de partos de mujeres adolescentes, lo cual convalida la hipótesis de que la fecundidad de adolescentes descendió a un ritmo más rápido que la fecundidad general. La tasa bruta de mortalidad descendió entre 1970 (7,9 por 1000) y 1981 (6,9 por 1000), pero registró un aumento en 1991 (7,3 por 1000 habitantes). En 1980, la esperanza de vida al nacer fue de 66,7 para los hombres y de 73,1 años para las mujeres. En 1992, la tasa de mortalidad infantil fue de 15,5 por 1000 nacidos vivos.

4. Las causas principales de mortalidad general en 1992 fueron la diabetes mellitus, enfermedades de la circulación pulmonar, infarto agudo de miocardio, bronquitis, enfisema y enfermedades hipertensivas. En el grupo de 0 a 5 años de edad, las enfermedades perinatales, la neumonía y la gastroenteritis son las causas principales de defunción. El número de bebés de bajo peso al nacer varía entre 5 y 9%.

5. La economía de Granada se basa en gran parte en la agricultura y el turismo. En 1991, el crecimiento se desaceleró cuando la economía sólo se expandió 3%, y el crecimiento fue negativo en 1992. El ingreso per cápita se estimó en US\$ 107,7 en

1991, pero declinó más de 20% en 1992. Las dificultades económicas en 1992 orillaron a la adopción de un programa de ajuste estructural que hacía hincapié en la reducción del gasto público y propiciaba un excedente en cuenta corriente. Actualmente la economía se encuentra en una etapa de recuperación, con un excedente registrado de EC\$ 9 millones. Sin embargo, es necesario asegurar la continuidad de condiciones fiscales estrictas.

6. La salud ambiental continúa siendo un motivo de preocupación, especialmente en lo que respecta al desecho de alcantarillado, que afecta al ambiente marino costero, de vital importancia para la economía de Granada. El gobierno ha intentado resolver este problema mediante la instalación de sistemas adecuados de alcantarillado en la ciudad, pero aún se desconoce la magnitud del problema de contaminación de ríos y arroyos con plaguicidas provenientes de la escorrentía de tierras agrícolas. La eliminación de los desechos sólidos y peligrosos, en particular en las zonas agrícolas, se ha identificado como uno de los problemas más graves. El análisis de los sistemas en 1992 apuntó a las deficiencias en los sistemas de recolección al igual que a la falta de un vertedero sanitario. La protección de los alimentos y su manipulación y el expendio de alimentos por parte de vendedores ambulantes y los expendedores de alimentos en las grandes instituciones continúan siendo un problema. Los esfuerzos se ven obstaculizados por legislación inadecuada y la escasez de personal adiestrado.

7. El sistema de salud continúa manteniendo su cobertura mediante una red de centros y hospitales de referencia. La prestación de asistencia sanitaria en el Hospital St. George sigue siendo una preocupación, no sólo en cuanto a la infraestructura física sino también a la administración general y la disponibilidad de mantenimiento para los equipos. El gobierno se encuentra en proceso de allegar los recursos para construir un nuevo hospital que cumpla con las normas para la asistencia de la población. El gobierno está comprometido también con la reforma del sector sanitario que conduzca a un sistema de salud más eficiente y eficaz. La necesidad de racionalizar los servicios sanitarios de distrito, el desarrollo organizativo del nivel central del Ministerio de Salud, la gestión de los sistemas de información y el análisis de políticas para el

financiamiento de la atención sanitaria se han identificado como elementos cruciales del proceso de reforma.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

8. Reforma del sector sanitario; desarrollo de los recursos para salud mental y recursos humanos; vigilancia nutricional que cubra al grupo de 75 años de edad; desarrollo organizativo del nivel central del Ministerio de Salud; fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud; adiestramiento en los sistemas de información sanitaria para registros médicos; sistemas informáticos para la administración de hospitales; estudios de investigación y análisis de políticas para el financiamiento de la asistencia sanitaria; consolidación del proceso de planificación para la formulación del plan de salud y la planificación hospitalaria; fortalecimiento de los servicios sanitarios para jóvenes y adolescentes; ampliación de la lucha antivectorial; protección e inocuidad de los alimentos y en todos los establecimientos alimentarios; adiestramiento en todas las áreas del sector de la salud; mejoramiento de la administración de los servicios de EVH; afianzamiento del manejo de enfermedades no transmisibles crónicas: diabetes, hipertensión y cáncer del cuello uterino; mejoramiento de la salud dental mediante fluoración; fortalecimiento de los sistemas de vigilancia para enfermedades transmisibles y no transmisibles crónicas; mejoramiento del manejo de aguas residuales; consolidación de los servicios de atención perinatal.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

9. La OPS brindará cooperación técnica a nivel bilateral y subregional con el objetivo de mejorar la complementariedad de estos niveles, dada la capacidad limitada de absorción del país. En el curso del bienio (1998-1999), la OPS concentrará sus

esfuerzos en la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades y la reforma del sector sanitario. Se hará hincapié en proporcionar las herramientas e intensificar la asistencia técnica directa a los programas mediante personas clave. De manera creciente, la OPS procurará adiestrar a más de una persona en algún método o aptitud con miras a fomentar la sostenibilidad.

10. Si bien los ministros de salud del Caribe no han aprobado aún las prioridades regionales para la segunda etapa de la Cooperación para la Salud en el Caribe, se espera la continuidad de áreas tales como salud ambiental, reforma del sector sanitario y promoción de la salud. Al examinar el BPB se trazarán los enfoques tan pronto como se aprueben las prioridades.

11. La difusión de la información será por conducto del centro de publicaciones de la OPS, boletines informativos e informes de vigilancia del CAREC y del CFNI. Se producirán materiales audiovisuales y educativos para programas tales como el proyecto integrado de lucha antivectorial, la promoción de la salud y la prevención y el control de enfermedades. La asistencia técnica directa será suministrada por los asesores técnicos de la OPS y los recursos de los centros panamericanos y la UWI.

12. La elaboración de políticas, planes y normas se utilizará en el manejo de aguas residuales, la lucha antivectorial integrada y las enfermedades no transmisibles crónicas.

13. La investigación será realizada principalmente por los servicios sanitarios para la evaluación de los programas de promoción de la salud, las funciones organizativas de nivel central del Ministerio de Salud, la racionalización de los recursos sanitarios del Distrito, la ejecución de políticas del Seguro Nacional de Salud y los sistemas de vigilancia en los diversos programas de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

14. El adiestramiento estará dirigido a todos los niveles del personal de salud en el país y a nivel regional en respuesta a las necesidades de los servicios sanitarios en áreas diversas.

---

## ***Resultados Esperados***

---

***1998-1999***

---

### **Salud ambiental**

- Se habrá mejorado la capacidad para vigilar la calidad de la salud.
- Se habrá mejorado el programa para la prevención y el control de la rabia.
- Se habrá mejorado la gestión del programa de salud ambiental.
- Se habrá mejorado la capacidad para el manejo de las aguas residuales.
- Se habrá aumentado la capacidad para vigilar a vendedores ambulantes, hoteles y restaurantes.
- Se habrá mejorado la lucha antivectorial.

### **Promoción de la Salud**

- Se proporcionarán condiciones para la aplicación de la promoción sanitaria.
- Se habrá mejorado la salud de los adolescentes.
- Se habrá ampliado la vigilancia nutricional para la anemia en todos los grupos de edad.
- Se habrá reforzado el programa de salud mental mediante estrategias de promoción sanitaria.
- Se habrá mejorado la atención perinatal.
- Se habrá aumentado la capacidad de establecer y mantener el programa de fluoración y la capacidad para elaborar un programa integral contra la diabetes y la hipertensión.

### **Promoción y Control de Enfermedades**

- Se habrá incrementado la eficiencia en el mantenimiento de las normas del PAI.
- Se habrá aumentado la capacidad para la vigilancia del asma y la tuberculosis.
- Se habrán mejorado la programación y la vigilancia de ETS e infección por el VIH/SIDA.
- Se habrá mejorado la capacidad para el establecimiento y mantenimiento de un registro de cáncer del cuello uterino.

### **Reforma del Sector Sanitario**

- Se habrán creado sistemas de información para la gestión.
- Se habrá fortalecido el proceso de planificación.
- Se habrán formado recursos humanos.



**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá prestado ayuda a la investigación, el examen y el análisis de opciones.
- Se habrá aumentado la capacidad para la reforma del sector.
- Se habrá aumentado la capacidad del NHIS.

<b>GRANADA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	124,600	83,600	0	0
Promoción y Protección de la Salud	24,900	34,000	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	16,600	38,000	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	10,500	11,500	0
<b>TOTAL</b>	<b>166,100</b>	<b>166,100</b>	<b>11,500</b>	<b>0</b>

# GUATEMALA

## *Situación de Salud*

1. La actual situación política, económica y social del país no puede entenderse sin hacer referencia al proceso de transición democrática y de construcción de la paz que ha estado experimentando el país durante los últimos quince años. En este sentido la Constitución política de 1985 puede interpretarse como el hito histórico que marcó el comienzo de la transición democrática, pues incluyó una serie de objetivos sociales como reflejo de una voluntad popular de renovación. Entre ellos se puede destacar la creación del Tribunal Supremo Electoral, con el cual ganaron legitimidad las elecciones presidenciales de 1986, 1992 y 1996. Por otra parte, dicha constitución hizo notables avances en materia de Derechos Humanos, ya que dio creación a la Procuraduría de Derechos Humanos. Este nuevo marco de referencia democrático estableció las bases para las conversaciones directas entre el gobierno y la URNG. Producto de ellas ha sido la firma de una serie de acuerdos que culminaron con la firma del Acuerdo de la Paz Firme y Duradera, el 29 de diciembre de 1996, en la ciudad de Guatemala. A partir de estos procesos se abren oportunidades concretas para la construcción de un proceso de desarrollo sostenible.

2. La acumulación de desequilibrios económicos internos y externos, amplificada por la turbulencia política y el conflicto armado interno, obligó a la toma de una serie de medidas que se reflejaron en una drástica reducción del ingreso per capita. Durante la última década el PIB no ha logrado superar el 5% de crecimiento y ha estado ligeramente por encima del crecimiento vegetativo de la población (2.9%), aunque entre 1991 y 1995 se notó una cierta recuperación llegando a oscilar entre 3.5 y 4.5 por ciento. Estas cifras ilustran el desafío de alcanzar la meta de un crecimiento anual superior al 6% en el PIB, tal como se planteó en el Acuerdo sobre Socioeconómicos y Situación Agraria. Existe un marcado desequilibrio en la tributación, la cual para 1995 representó solo el 7.5% del PIB, una de las más bajas de Latinoamérica. Los acuerdos de paz suscritos apuntan a un incremento de la carga impositiva hasta un 12% del PIB para el año 2000.

3. Entre las consecuencias más graves de los desequilibrios económicos se encuentra el desempleo y el analfabetismo. El Desarrollo Social ha estado limitado por un alto nivel de desempleo (alrededor del 44% de la PEA, en 1995) acompañado de un acceso muy desigual a los medios de producción (tierra, capital y conocimientos), al reducido gasto social y a la tremenda presión demográfica sobre los escasos recursos; todo esto se ha limitado la capacidad del Estado para llevar a cabo una política socioeconómica de crecimiento con equidad. Se estima que el 75% de la población vive por debajo del nivel de pobreza y el 58% de la misma tiene ingresos que la colocan en extrema pobreza. Con relación al analfabetismo, para 1994, se estima que alcanza el 36% de la población; sin embargo, puede llegar hasta el 90% en la población indígena. El porcentaje de población pobre que carece de educación alcanza el 88.6% comparado con el 11.4% en la población no pobre. Un estudio multivariado sugirió que cada año adicional de escuela estaba, inversamente, asociado con una disminución del 3% en la probabilidad de ser pobre. Esta situación, diferenciada por género, muestra que solo el 42% de las mujeres cursa el nivel primario, 9% el nivel medio y 1% el superior; el 63.7% del analfabetismo en mayores de 15 años es femenino, lo cual se agudiza en el área rural. La deserción escolar fue 11.8% en 1991, lo que sumado a los niños no inscritos representan un 46.5% de niños sin terminar escuela primaria. El índice de desarrollo humano (IDH) de 1996, clasifica a Guatemala en el lugar 112 entre 174 países.

4. Demografía: De acuerdo con la proyección basada en el censo de población de 1994, el país cuenta con 9,975,927 habitantes, 4,939,855 mujeres y 5,036,072 hombres. El 65% vive en el área rural dispersa en 19,000 comunidades menores de 2,000 habitantes, lo cual representa un desafío para la entrega de bienes y servicios, incluido el de salud. Más de la mitad de la población es indígena, (57%) caracterizada por una amplia diversidad cultural y étnica, con 23 idiomas y costumbres diferentes. El país se caracteriza por una alta natalidad, cercana al 37 por mil y una tasa de mortalidad general con tendencia al descenso, 7.0 por mil; la población menor de 15 años representa el 44%, lo cual coloca al país en las primeras etapas de la transición demográfica. La situación epidemiológica,

condicionada en buena parte por la demográfica, se caracteriza por alta morbilidad y mortalidad asociada con la maternidad; las enfermedades infectocontagiosas, las transmitidas por alimentos y las carenciales que afectan preferencialmente a los niños y la creciente presencia de enfermedades crónicas y degenerativas y la patología social asociada a causas externas, como los accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Un estudio realizado en 96 fincas encontró hacinamiento en el 71,1% de las galeras que albergan a los trabajadores en las fincas, 45% de las fincas no tenían letrinas y sólo 39,1% cloraban el agua para beber.

5. Componentes Principales de la Morbi-Mortalidad: Las debilidades en el sistema de información en salud hacen muy difícil el proceso de tomar decisiones, debido al enorme subregistro y la poca confiabilidad en la calidad de los datos disponibles. Aún así, la mortalidad infantil ha sido estimada en 51 por mil nacidos vivos. El 50% de las muertes ocurren entre el período perinatal y el tercer mes de vida. La mortalidad infantil en la población de extrema pobreza, en la región metropolitana durante 1988, duplicó la de la población no pobre; en las zonas residenciales con alto alfabetismo de la capital, mueren menos de 10 menores de un año. La mortalidad materna es elevada, 19 por cada 10,000 nacidos vivos. Se ha encontrado que el 95% de las causas son evitables con la tecnología disponible en el país. El subregistro de la mortalidad materna en el metropolitana asciende a 65%. Dos terceras partes de las muertes son causadas por enfermedades infecciosas, nutricionales, perinatales y las derivadas de los riesgos inherentes a la maternidad. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las causas perinatales representan el 30%, 23% y 20% de las muertes en menores de un año, respectivamente. La desnutrición sigue siendo un problema de salud pública importante en la niñez. El 33,6% de los menores de tres años presenta algún grado de desnutrición, 54,1% para los menores de 6 años. La prevalencia de desnutrición crónica alcanza el 57,8% entre los menores de tres años, 75,4% en niños menores de 6 años. El 68% en hijos de madres analfabetas y 72% entre los indígenas. La deficiencia de vitamina A asciende a 15% en pre-escolares y la deficiencia de hierro afecta entre el 35,4% en las mujeres en edad reproductiva, 39,1% en mujeres embarazadas y 34,9% en mujeres no embarazadas. La deficiencia de yodo alcanza el 22% de los escolares. La tuberculosis, malaria, dengue y oncocercosis continúan siendo problemas

importantes entre la población marginada. La incidencia del cólera continúa descendiendo, igual ha pasado con la letalidad con 1,31% en 1991 a 0,99% en 1994. Con relación al dengue, hasta diciembre de 1996, se han acumulado 3,679 casos, con 19 casos de dengue hemorrágico detectados, sin ninguna defunción. En 1995 se reportaron 55, 544 casos de malaria. Desde 1985 hasta septiembre de 1996 se han registrado 1,371 casos de SIDA, 1,045 portadores asintomáticos. La distribución por sexo muestra 258 mujeres registradas y 1, 113 hombres. Durante este mismo período han fallecido por SIDA 69 mujeres y 332 hombres. Durante 1996 se reportaron 8,000 personas mordidas por animales sospechosos de rabia, las que fueron tratadas oportunamente. De las 7 personas fallecidas, uno se negó a recibir tratamiento, para otro caso no hubo tratamiento oportuno, para los 5 restantes no hubo solicitud de tratamiento. Los casos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) fue de 257,680 en 1994, para una tasa de morbilidad de 258 y de letalidad de 2.5 por 10,000 habitantes.

6. En función a los acuerdos de paz, Guatemala se ha comprometido a reducir al año 2000 las tasas de mortalidad materna e infantil en un 50% en relación a las tasas registradas para 1995.

7. Factores de Riesgo: Ambientales: Otro factor asociado con las precarias condiciones de vida de gran parte de los guatemaltecos se relaciona con el inadecuado saneamiento básico. En 1994, el 60% de la población recibía agua, aunque no necesariamente tratada. En el área urbana la cobertura en agua asciende hasta 92%, 40% en el urbana marginal y 54% en el área rural. Un poco más de la mitad de la población tiene algún tipo de disposición de excretas: 72% en área urbana y 52% en área rural, la cual convierte a las deposiciones a cielo abierto en un importante factor de riesgo para la contaminación del agua y el suelo. En el área urbana el 60% dispone de alcantarillado y esta cobertura es significativamente menos en el área rural. Sólo el 6% de las aguas servidas reciben algún tipo de tratamiento; ninguna cabecera municipal cuenta con tratamiento de desechos sólidos, por lo que depositan a cielo abierto con todas las implicaciones que esto representa para la salud humana y la contaminación ambiental. Existe un notable deterioro de la calidad del aire debido a las emanaciones provenientes de los vehículos automotores, fábricas e industrias y quema de leña para uso domiciliario. Los ambientes de trabajo son inadecuados y pocos seguros, especialmente en los trabajadores de la

agroindustria. En la actualidad se trabaja en la reforma del subsector agua y crítica situación ambiental.

8. **Respuesta Social:** El sector salud contaba, en 1989, con 3,861 establecimientos de salud, clasificados así: 155 hospitales, 32 centros de salud tipo A (con camas), 188 tipo B (sin camas) y 3,458 puestos de salud. Existe gran concentración de recursos en el área Metropolitana, en donde la relación cama/habitante es de 2,1 por 1,000, mientras que el promedio nacional es de 1,0. En algunos departamentos del altiplano occidental esta razón alcanza el 0,04 por 1,000 habitantes. Todas las instituciones, sin excepción, presenta un alto índice de subutilización. Aún en la ciudad de Guatemala en donde se da la mayor concentración de recursos la relación consulta-año/habitante no sobrepasa el 0,5, siendo 1.62 para el IGSS; el estándar recomendado universalmente es de 2,0. Las consultas prenatales registradas en los centros y puestos de salud no sobrepasan el 30% de lo que debieran producir. La cobertura de atención prenatal y del parto, institucional es de 38% y 23%, respectivamente.

9. Una de las barreras importantes para la prestación de servicios es la ruralidad y la quebrada topografía, un estudio efectuado en 7 áreas de salud, arrojó que más de un tercio de los usuarios tiene que recorrer, en promedio, 12 kilómetros o caminar más de dos horas para llegar al servicio más cercano. La infraestructura del sector ha sufrido un notable deterioro través de los años; se estima que un 30% de los establecimientos del primer nivel requieren reconstrucción y renovación del equipamiento, inmediato. La cobertura de vacunación, en menores de un año, reportadas en 1995, fueron: antipolio 80.5%, sarampión 83.0%, BCG 79.0%, DPT 80.0% y TT en 15% de las embarazadas. Desde 1990 no se notifica ningún caso de poliomielitis paralítica, ni difteria desde 1991. La cobertura de vacunación de la población canina, para los años 1991-1995 no superó el 24%, como para 1996, alcanzó el 93%. Sin embargo se considera que la población canina está subestimada. En función a los acuerdos de paz Guatemala se ha comprometido a mantener la erradicación de la poliomielitis y alcanzar la eliminación del sarampión metas del año 2000.

10. **Recursos Humanos:** El Ministerio de Salud Pública contaba, en 1993, con 19,385 trabajadores que representaban el 71,3% de la fuerza laboral del

sector público de salud, lo que convierte a la institución en una fuente importante de generación de empleo directo e indirecto. La región metropolitana que representa el 20% de la población total, concentra casi el 80% de los recursos humanos en salud del IGSS, el 30% de los Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el 50% de los del sector privado.

11. **Gasto en Salud:** El presupuesto del MSPAS, con respecto al presupuesto nacional, ha oscilado entre el 7,4% en 1987 y el 9,1% en 1991. Durante el período 1986-1991 el MSPAS no sobrepasó el 7,14% del gasto público total. En lo que respecta al PIB, la participación del MSPAS fue del 1% en 1986; 1,3 en 1988 y 1989 y 0,9% en 1990, 1991 y 1992. El gasto público en 1995 no ha superado el 1.2% del PIB, el porcentaje del presupuesto general de gastos del Estado dedicado a salud durante el período 1991-1994 ha llegado escasamente al 18,1%.

12. Los 36 hospitales públicos, ubicados en áreas urbanas, consumen el 80% del presupuesto del MSPAS, en estos trabaja el 68% del recurso humano del MSPAS; a los centros y puesto de salud de la periferia se les asigna el 20 % restante. El gasto per capita del MSPAS alcanzó su mínimo nivel en 1988 con Q 13,86.

13. Uno de los compromisos de los acuerdos de paz es el elevar el gasto público en salud en un 50% para el año 2000 (1995 año base) que permita elevar la cobertura de servicios primarios de salud con calidad a población tradicionalmente desatendida a través del SIAS (Sistema Integral Atención Salud), fortaleciendo el esquema de descentralización a través de Sistemas Locales de Salud.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

14. Implementar modelos integrales de atención en salud que permitan la extensión de cobertura y una administración más eficiente transparente y equitativa que incorpore el sector privado, las iglesias las ONGs y demás actores sociales, en la provisión de los servicios y fortalezca simultaneamente el rol conductor, regulador y financiador del MSPAS, así como la participación coordinada del sector salud en el proceso de consolidación de la paz y del proceso de

democrático; Fortalecer la capacidad de gestión en salud y ambiente que posibilite el desarrollo sostenible y el cumplimiento de los Acuerdos de Paz, priorizando el aumento de la cobertura y la mejora de la calidad del agua para consumo humano; la ampliación de la población servida con disposición sanitaria de excretas y aguas residuales y el adecuado manejo y disposición de residuos sólidos; Promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; Aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios y las acciones de vigilancia, promoción, prevención y control de los daños y riesgos; Reordenamiento, integración y modernización del sector salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad rectora del MSPAS y los mecanismos de coordinación sectorial e intersectorial, la descentralización administrativa, vigilancia e información en salud y desarrollo de los recursos humanos; Cumplir con los compromisos que el país ha asumido en salud en las Cumbres Mundiales, Regionales y Centroamericanas, de manera particular, los acuerdos entre los países limítrofes, reconociendo de esta forma que el abordaje común y la cooperación técnica entre países potencializa la utilización de los recursos para el manejo de una problemática en salud que desconoce fronteras; Aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud y descentralización administrativa, mediante el control de las enfermedades transmisibles, diseño de las canastas básicas por nivel asistencial y focalización de las atenciones, acceso universal a los servicios asistenciales públicos, extensión de cobertura del IGSS y participación pública/privada en la prestación de servicios de salud.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

15. De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 1996-2000; la política del MSPAS y la situación derivada de la firma de la paz y el establecimiento de acuerdos de paz que comprometen al Gobierno y a la sociedad en su conjunto con la toma de medidas de modernización, descentralización, incremento de la inversión en salud dirigida hacia la prevención, promoción, el control de riesgos y daños, demandan que la cooperación técnica de la OPS innove estrategias de cooperación de excelencia técnica,

muy cercanas a la toma de decisión de políticas macroeconómicas, legales y tecnológicas.

16. En lo referente al desarrollo de políticas, planes y normas, el apoyo de la OPS se orientará hacia aquellos procesos que reduzcan niveles de inequidad en salud, fortalezcan el desarrollo sostenible y promuevan la salud como un estilo positivo de vida, a través de acciones multisectoriales con plena participación de grupos organizados del Estado y de la sociedad civil.

17. El proceso de reforma sectorial de salud requiere del apoyo de la OPS en el adiestramiento y la formación de nuevos cuadros directivos, técnicos y operativos, como equipos de trabajo que además de ser competentes en temas específicos de la salud, sean capaces de gerenciar el proceso de transformación en curso. Se apoyará al Sector Salud en el cumplimiento de los acuerdos de paz, y el apoyo a la formulación de normas e instrumentos de conducción de los programas de salud a nivel sectorial en particular el Sistema Integrado de Atención Comunitaria (SIAC), el programa de atención a migrantes y reinserción a la sociedad civil de excombatientes y desplazados.

18. En materia de movilización de recursos, la OPS promoverá y apoyará técnicamente a las autoridades nacionales en negociaciones de carácter bi y multinacional con agencias de cooperación y entes financieros que eleven la disponibilidad de fondos en apoyo a los procesos sustantivos orientados a fortalecer la salud como un producto social y al cumplimiento de los acuerdos de paz. Aumentar además la capacidad nacional de redireccionar recursos propios en favor de los programas locales de salud, fortaleciendo procesos de descentralización técnica y de ejecución presupuestaria.

19. La disseminación de información promovida por la OPS dará especial atención a mejorar la capacidad nacional y local para analizar su situación de salud y sus condiciones, con la finalidad de proponer medidas de intervención oportunas, eficaces y pertinentes, así como fortalecer aquellos programas intersectoriales que promuevan con un enfoque integral los espacios saludables, la protección ambiental y el autocuidado de la salud.

20. La cooperación que la OPS brindará en materia de promoción de la investigación se orientará hacia la búsqueda de nuevas formas de organización y

administración de servicios de salud a nivel local, así como sobre el manejo preventivo de aquellos factores de riesgo asociados con el elevado potencial epidémico de enfermedades emergentes y recurrentes que con frecuencia afectan a la población del país.

21. La cooperación técnica directa de la OPS apoyará, por un lado, mejorar la capacidad rectora y

de conducción del Ministerio de Salud, sobre todo en el proceso de reforma sectorial de salud, así como en lo referente a la integración normativa de diversos programas; por el otro, a través de sus oficinas desconcentradas (CTDs) fortalecer la capacidad operativa y resolutive de los SILOS en zonas prioritarias del país.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Apoyo a la Gestión y Coordinación de Programas de País**

- Cooperación técnica en función de las políticas nacionales y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS, fortaleciendo la capacidad normativa y rectora del sector salud.
- Cooperación técnica acompañando los procesos de Reforma Sectorial y el cumplimiento de acuerdos de paz en salud; entregándose focalizada y descentralizadamente con el fin de promover la universalidad y la equidad en la prestación de servicios básicos a las poblaciones más postergadas con énfasis en migrantes, los grupos indígenas y con un enfoque de desarrollo humano sostenible.
- Calidad del proceso y producto de cooperación técnica fortalecido y adecuado para lograr en forma creciente y progresiva una capacidad de respuesta competitiva y con un alto nivel de excelencia.
- Sistema Nacional de Prevención y Mitigación de desastres, funcionando e incorporando al sistema subregional con asistencia técnica de OPS/OMS.
- Modelos de Atención en Salud para los discapacitados de URNG y ejercito desarrollado con las instituciones responsables de rehabilitación con enfoque de desarrollo humano.

### **Salud y Ambiente**

- Capacidad rectora de conducción fortalecida e incrementada en los Sectores de Agua y Saneamiento, y de Residuos Sólidos.
- Apoyada técnicamente la formulación y ejecución de planes, estudios y proyectos de agua potable y saneamiento, vigilancia de la calidad del agua y manejo de residuos sólidos para la extensión de cobertura y mejora de los servicios básicos contemplados en los Acuerdos de Paz y en el Plan de Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible (PSADHS).
- Capacidad gerencial y operativa fortalecidas en entidades, instituciones y organizaciones nacionales, regionales y locales; para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de actuaciones ambientales integrales en el marco del desarrollo humano sostenible, que promuevan la obtención de financiamiento nacional e internacional para su implementación, con metodologías y procesos de promoción, educación ambiental, planeación, programación, ejecución y operación local participativa, en desarrollo de SILOS/Municipios Saludables.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Promoción y Protección de la Salud**

- Capacidad para la conducción y ejecución del Sistema de Vigilancia de Salud Pública en los macrodeterminantes, factores de riesgo y redes sociales para la promoción de salud y la coordinación de los sistemas de salud (oficiales y tradicionales) fortalecidos a nivel institucional (OGs y ONGs) y comunitaria; dentro del marco de la Reforma Sectorial y los Acuerdos de Paz.
- Capacidad técnica y operativa en las OGs, ONGs y Grupos Comunitarios Organizados, fortalecida para la implementación del programa de promoción de la salud, en los distritos de salud priorizados por la reforma sectorial de salud y las CTDs
- Capacidad docente y para la investigación fortalecida en las instituciones formadoras del recurso humano y afines, en función de la promoción de la salud y los factores de riesgo psico-sociales (conductuales) y nutricionales.
- Existen acciones de promoción de la salud de la mujer indígena, de la atención de la salud integral de la mujer y de la atención de la violencia intrafamiliar, coordinadas a nivel local entre los consejos de mujeres y las municipalidades, para la formación de recurso humano, la creación de metodologías de desarrollo humano y la aplicación de modelos de atención que responda a las necesidades de la mujer y su etnia.

### **Prevención y Control de Enfermedades**

- Capacidad del personal institucional y voluntario fortalecida en los aspectos relacionados con la prevención, control, supervisión y monitoreo de las enfermedades transmisibles prevalentes en el país y vigilancia del cáncer cérvico-uterino dentro del Marco de la Reforma del Sector y los Acuerdos de Paz.
- Normas de prevención y control de daños y riesgos de los programas de cólera, diarrea, malaria, dengue, oncocercosis, IRA, tuberculosis, ETS/SIDA, divulgadas en las áreas donde este operativizando el SIAS.
- Programa Nacional de inmunizaciones promueve gerencias locales y participación de la comunidad en áreas de salud y supervisa, evalúa y monitorea las coberturas de vacunación y cumplimiento de normas a nivel nacional.
- Apoyar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la Dirección General de Servicios Pecuarios en las actividades para disminuir la morbilidad de las enfermedades zoonóticas y transmitidas por los alimentos.
- Apoyar a la DIGESEPE para mantener el sistema de prevención y vigilancia de fiebre aftosa y otras enfermedades vesiculares en los animales.
- Apoyar al Ministerio de Salud Pública y MAGA para lograr un Programa de control de alimentos operando a nivel nacional con coordinación interinstitucional y con marco legal actualizado y adaptado a los requerimientos nacionales, los tratados de libre comercio y a las políticas de reordenamiento y desconcentración del Estado.
- Proyecto Plagasalud funcionando a nivel nacional.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

### **Políticas y Sistemas de Salud**

- Metodología e instrumentos elaborados con cooperación técnica de la OPS, utilizándose en: el monitoreo y evaluación de la Política de Salud, el proceso de Reforma Sectorial y el cumplimiento de los compromisos en salud de los Acuerdos de Paz; en la movilización de recursos, su fiscalización y utilización eficiente en áreas y grupos poblacionales prioritarios; en la extensión de cobertura; y en la participación de la sociedad civil organizada en los procesos de control y fiscalización social.
- Marco legal y normas para el registro, control, suministro y uso racional de medicamentos actualizado y elaborado con cooperación técnica de OPS utilizándose en los servicios farmacéuticos y en los procesos de educación permanente del personal involucrado en la logística y uso del medicamento
- Análisis, metodologías e instrumentos elaborados con cooperación técnica de OPS utilizándose en procesos de formación de recursos humanos en salud, capacitación en servicio y gestión descentralizada de los recursos humanos.
- Metodología e instrumentos elaborados con cooperación técnica de OPS aplicándose en la entrega de servicios de salud y de seguridad social en forma continuada, origen-destino-origen, a través de una red social y de servicios que responda a los perfiles diferenciados de la población trabajadora migrante y su familia.

### **Cooperación Técnica entre Países**

- Sistemas locales de salud interfronterizos (Guatemala-Honduras-El Salvador), fortalecidos y recursos movilizados a través de proyectos para el cumplimiento de los acuerdos de paz (socioeconómico/identidad pueblos indígenas), en el marco de la reforma sectorial de salud y la integración centroamericana.
- Acuerdos y programas de trabajo formulados en temas de salud y de interés bilateral y trilateral entre GUT, MEX y BEL, en los que participa OPS.
- Planes y normas elaborados con la cooperación técnica de OPS/OMS para el desarrollo de la capacidad resolutive y la vigilancia de la salud por los SILOS interfronterizos MEXICO-GUATEMALA.
- Se apoya técnicamente la formulación de acuerdos y programas de trabajo sobre temas de salud de interés prioritario de GUT con otros países de la región, dentro del marco de la reforma sectorial, la promoción de salud y los acuerdos de paz.

### **Cooperación Técnica Descentralizada - IXCAN**

- Metodología e instrumentos desarrollados con el sector salud para el fortalecimiento del SILOS y la red de servicios de salud y saneamiento ambiental para el incremento de la cobertura a los grupos más postergados integrando el SIAS y el desarrollo de los pueblos fronterizos.



**Resultados Esperados****1998-1999****Cooperación Técnica Descentralizada - QUICHE**

- Cooperación técnica para el desarrollo de cinco SILOS priorizados por la jefatura de área del departamento de El Quiché, acompañando los procesos del Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS-, para lograr el incremento de la cobertura a los servicios de salud a través de la ejecución de planes participativos elaborados localmente que atiendan el potencial epidemiológico, la incorporación de la medicina tradicional, el fomento de la coordinación sectorial e intersectorial a fin de propiciar la movilización de recursos, el monitoreo y seguimiento de los proyectos en cumplimiento a los acuerdos de paz.
- Cooperación técnica a la Jefatura de Área de Salud de Huehuetenango para el desarrollo de 3 municipios saludables fortaleciendo la implementación del -SIAS-, su capacidad de planificación local, gestión y ejecución de sus prioridades de salud y saneamiento ambiental en cumplimiento a los acuerdos de paz y desarrollo de los pueblos fronterizos.

**Cooperación Técnica Descentralizada - ALTA VERAPAZ**

- Los SILOS seleccionados en la Reforma Sectorial de Salud han incorporado el modelo de atención con enfoque de género y etnia, el ASIS y la PLP como medio para complementar el SIAS en el marco del cumplimiento de los acuerdos de paz
- Implementar la estrategia de municipios saludables para el fortalecimiento de los gobiernos municipales (municipalidades).
- Instituciones del Ministerio de Salud modernizadas en el marco de la Reforma Sectorial de Salud y en concordancia con el modelo de atención.

<b>GUATEMALA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,954,800	2,035,500	662,600	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	839,300	818,800	2,247,200	2,650,000
Promoción y Protección de la Salud	513,600	259,800	35,100	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	557,200	577,700	714,700	296,000
Prevención y Control de Enfermedades	658,700	683,400	602,300	0
<b>TOTAL</b>	<b>4,523,600</b>	<b>4,375,200</b>	<b>4,261,900</b>	<b>2,946,000</b>

## *Situación de Salud*

1. La limitación de los recursos humanos, fiscales y físicos durante un período prolongado ocasionó un deterioro en la calidad de los servicios existentes en el sector de la salud. El gobierno ha procurado abordar la situación desde 1992. Estos esfuerzos se han manifestado en incrementos en el presupuesto sanitario nacional y diversas formas de cooperación técnica de los organismos internacionales, los organismos donantes bilaterales y las instituciones multilaterales de crédito.

2. No se dispone de información sobre la medición de la situación de salud en el país o el impacto de las intervenciones. Por otra parte, con frecuencia es posible cuestionar la exactitud de los datos proporcionados. Los mecanismos para vigilar la calidad del servicio son rudimentarios y el desperdicio en el sistema es de gran magnitud.

3. En materia de salud y medio ambiente la situación continúa siendo grave. La calidad del agua potable en la costa sigue siendo deficiente. Los sistemas de saneamiento funcionan con escaso mantenimiento o ausencia del mismo. Pueden observarse vertidos ilegales y desagradables de basura en la ciudad de Georgetown.

4. Sin embargo, están surgiendo signos positivos. El gobierno se ha comprometido a aumentar la cantidad de agua potable disponible en la costa durante el próximo año. El gobierno también ha asignado \$20 millones de dólares estadounidenses para limpiar la ciudad de Georgetown, incluida la creación de un sitio de descarga de desechos al sur de esta ciudad. La propuesta, sin embargo, está inmersa en una controversia política. Entretanto, el Ayuntamiento de Georgetown ha encomendado el servicio de recolección de basura en todas las zonas, con la excepción de la parte central de la ciudad, a contratistas privados.

5. La cobertura de inmunización infantil en Guyana para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) tiene como objetivo enfermedades prevenibles por vacunación (poliomielitis, tétanos, sarampión, difteria,

tuberculosis y tos ferina) y se ha mantenido en un nivel alto desde hace algunos años. Los porcentajes varían entre 84-93% según la vacuna. En 1995 se introdujo la vacuna combinada contra sarampión, parotiditis y rubéola, y a partir de 1997 se administrará a todos los niños. La vacuna antisarampionosa única, que se usaba en el interior, será eliminada. Aún no se han notificado casos de las seis enfermedades objeto del PAI, con la excepción de la tuberculosis, que es paliada pero no prevenida.

6. Las principales inquietudes que suscita el PAI incluyen el mantenimiento y la sostenibilidad tanto de la cadena de frío como del sistema de vigilancia (para exantema y fiebre, PFA y CRES) y la gestión del programa. Otros dos elementos que merecen atención son el aumento de la participación comunitaria y la integración del PAI en un sistema integral de atención primaria de salud (APS).

7. La nutrición en la primera infancia y la carencia de micronutrientes, en particular para las mujeres y los niños, siguen siendo problemas considerables. Existe además una creciente preocupación por el aumento de la incidencia de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (diabetes, hipertensión). Los métodos de intervención que se utilizan para estos problemas carecen en general de estrategias eficaces para promover cambios en el comportamiento dentro del marco de promoción de la salud.

8. Las enfermedades transmisibles siguen representando un problema importante y adolecen de la falta de recursos humanos y servicios adecuados. Los modos de transmisión están sujetos a variaciones y vinculados a los alimentos, el agua, los vectores, el comportamiento sexual, el saneamiento y las condiciones ambientales.

9. Los alimentos están implicados por lo general en los brotes de gastroenteritis y otras infecciones diarreicas. Se han identificado áreas prioritarias para fortalecer los programas de inocuidad de los alimentos en el plan nacional de inocuidad de los alimentos.

10. En cuanto a la lucha antivectorial, la situación sigue disminuyendo. El mecanismo de notificación

de la malaria debe ser sometido constantemente a considerable escrutinio. La situación se complica aún más debido al número de casos notificados que presentan una mayor resistencia al tratamiento; el aumento de desplazamientos entre la costa y el interior debido a un nuevo desarrollo industrial y la reciente preocupación por la posibilidad de malaria en la costa. Se desconoce la situación del dengue en la actualidad, pero las condiciones ambientales requieren un aumento de la vigilancia. Sin duda, las condiciones para su propagación están dadas en las zonas de acumulación de la planicie costera.

11. Las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA están en aumento. No obstante, el gobierno se ha esforzado por imprimir un enfoque más dinámico para responder a este problema. Se celebró una consulta ministerial sobre el tema a principios de 1996 y se ha aprobado la exención del pago de aranceles aduaneros para la importación de condones.

12. Debido al nivel de la tuberculosis, Guyana ha sido identificada como uno de los países designados para recibir atención especial en un proyecto subregional. El gobierno ha tomado medidas para adiestrar a un mayor número de trabajadores comunitarios de salud en el desempeño de tareas múltiples, y se prevé que el programa de tratamiento de la tuberculosis será beneficiario de estas actividades.

13. Debe mantenerse la vigilancia de las zoonosis debido a la infraestructura física y las actividades fronterizas circundantes. Guyana no ha sido declarada aún exenta de rabia o fiebre aftosa.

14. Prioridades Nacionales. El presupuesto de gastos del gobierno de Guyana para 1997 identifica las prioridades en el sector sanitario para el período 1997-1999 del siguiente modo: reestructuración de la legislación sanitaria y reorganización de los servicios de farmacia, integración del servicio de lucha antivectorial en los servicios de atención primaria de salud, reestructuración y reorganización de los servicios de enfermería. La introducción y puesta en práctica del sistema de presupuesto por programas promueve la participación de la comunidad, el control de calidad y los servicios de gestión.

15. El presupuesto bienal por programas para 1998/1999 apoyará varios de estos rubros y es compatible con las prioridades.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

16. Reducción de los problemas de salud causados por la deficiente calidad del saneamiento básico y ambiental; mejoramiento de la situación sanitaria en el país. Reducción de la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades objeto del PAI y mantener a Guyana como país libre de sarampión y poliomielitis. Fortalecer las medidas nacionales para mejorar los servicios de salud en Guyana. Mejorar el conocimiento de la situación sanitaria del país. Mejorar la prestación de los servicios de salud en ciertas regiones y programas del país.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

17. Salud y medio ambiente: Las principales estrategias para poner en marcha el programa de salud y medio ambiente son la gestión de datos y la difusión de información; educación sanitaria y promoción de la salud mediante la formulación de políticas, planes y normas, además del fortalecimiento institucional y el adiestramiento.

18. Enfermedades transmisibles: Se hará hincapié en el adiestramiento, la elaboración de planes y sistemas y la difusión de información. Las enfermedades específicas a considerar incluyen la malaria, las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas. En este último caso, la cooperación técnica (CT) que presta la OPS estará orientada a la ejecución de planes, en particular para las enfermedades transmitidas por alimentos y la vigilancia de la sanidad animal, promoción de la ejecución del APPCC, el adiestramiento y la educación pública.

19. Las principales estrategias para ejecutar el subprograma de lucha antivectorial del programa de enfermedades transmisibles son el mejoramiento de la vigilancia, la educación, la participación de la comunidad y el adiestramiento.

20. Inmunización: El personal de la OPS participará activamente en todos los aspectos del programa ampliado de inmunización. Se compartirá el apoyo técnico en la computarización del inventario y los sistemas de vigilancia. Se mejorará y mantendrá la

infraestructura, específicamente en rubros como la cadena de frío, la comunicación y el transporte. Los sistemas serán puestos en funcionamiento y estarán vigilados estrictamente por medio de visitas al lugar y reuniones trimestrales con los supervisores regionales. Se hará hincapié en el adiestramiento de un mayor número de trabajadores comunitarios de salud y la formación de grupos comunitarios de salud. Ello favorecerá la meta de la integración del PAI en un sistema integral de APS. El sistema de vigilancia del PAI se usará como modelo para ayudar a elaborar otros sistemas de vigilancia del MS, específicamente para enfermedades transmisibles como las ETS, el SIDA, las IRA y la diarrea.

21. La ejecución de este programa incluirá la provisión de equipos y suministros, el adiestramiento y el apoyo de consultores para: 1) asegurar un suministro continuo de vacunas y equipos de cadena de frío; 2) educar a los trabajadores de salud y la comunidad sobre las normas del programa de vacunación, y 3) fortalecer el sistema de vigilancia de las inmunizaciones.

22. Promoción de la salud: La CT de la OPS brindará apoyo a los esfuerzos realizados en este sentido. La cooperación se efectuará en materia de adiestramiento, difusión de información, movilización de recursos y apoyo de iniciativas a nivel de la comunidad a principios de 1997. Se ha previsto utilizar estos resultados para informar sobre acciones futuras y servicios de nutrición.

23. Para alcanzar esta meta, las actividades del programa incluirán: 1) adiestramiento del personal de salud, los profesores y las ONG en las actividades de promoción de la salud; 2) preparación y difusión de los materiales de promoción de la salud entre los trabajadores de salud y la comunidad; 3) participación de los medios de comunicación en las actividades de promoción de la salud; y 4) planificación y ejecución de las intervenciones de promoción de la salud en áreas específicas del programa como nutrición e inocuidad de los alimentos, maternidad sin riesgo, salud de la mujer, salud del niño y del adolescente, atención del anciano y prevención y control de las ENT. Algunos de los recursos que ofrecerá la OPS son la pericia técnica, equipos, suministros y adiestramiento. Se hará hincapié en trabajar con grupos en riesgo y se intentará por todos los medios que los programas sean pertinentes en función del sexo.

24. Desarrollo de los sistemas de salud: La cooperación técnica en este programa incluirá adiestramiento, investigación, desarrollo de los sistemas de información y desarrollo de las normas. La finalidad de las intervenciones de la OPS será mejorar la gestión de ciertos elementos integrantes del sistema e influir a la vez en la calidad de la atención de la población en general.

25. Apoyo de los centros de la OPS: Existe una estrecha relación de trabajo y planificación conjunta de las actividades en el APB/BPB nacional para incorporar el apoyo técnico de los centros de la OPS, particularmente el CPC, el CFNI, CAREC, INPPAZ y PANAFTOSA. La disponibilidad limitada de recursos en ciertos sectores del servicio de salud pública ha motivado la necesidad de que la OPS proporcione apoyo técnico directo como guía para la elaboración de normas y políticas en rubros como vigilancia, control de calidad y gestión en materia de alimentos y preparaciones farmacéuticas.

26. Tal como se observó en el análisis de la situación, varias enfermedades transmisibles en la población tanto humana como animal están en aumento. En la oficina local de la OPS se dispone de pericia para ofrecer apoyo en temas de nutrición. Un funcionario costado por el CFNI proporciona orientación técnica tanto para proyectos de la OPS como del UNICEF. Los proyectos son nutrición, inocuidad de los alimentos y salud pública veterinaria.

27. La pericia técnica en temas de vigilancia y enfermedades transmisibles se canaliza por intermedio de CAREC. Además, CPC, INPPAZ y PANAFTOSA ofrecen apoyo en materia de enfermedades transmitidas por los alimentos y servicios de salud pública veterinaria.

28. Cooperación técnica: Este ámbito permite la prestación de asistencia técnica in situ para mejorar ciertos aspectos críticos de la prestación de servicios de salud. Esta actividad se ampliará considerablemente en 1998/1999 para continuar con el éxito obtenido en 1996/1997, lo cual ha dado como resultado ciertas mejoras concretas en los servicios de laboratorio, alimentos y preparaciones farmacéuticas.

---

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

---

### **Salud y medio ambiente**

- Se habrá informado al público de los factores que contribuyen a la existencia de condiciones deficientes en materia de salud ambiental.
- Se habrá ofrecido adiestramiento para mejorar las aptitudes del personal en el campo de la salud ambiental.
- Se habrán creado y puesto en funcionamiento los sistemas de información.
- Se habrán fortalecido las instituciones mediante la provisión de pequeñas cantidades de equipos y suministros.

### **Promoción de la salud**

- Habrá mejorado la capacidad de aplicar los principios de promoción de la salud.
- Habrá aumentado la capacidad de integrar la promoción de la salud en los programas de adiestramiento.
- Se habrán fortalecido los vínculos entre la salud y los medios de comunicación.
- Se habrá planificado y ejecutado una serie de programas y actividades en colaboración con el Ministerio de Salud y los medios de comunicación durante el bienio 1988/1999.
- Se habrán esbozado los métodos de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de promoción de la salud en áreas concretas del programa.

### **Inmunización**

- Desarrollo sostenible del sistema computarizado de inventario de la cadena de frío con determinación de las necesidades de cada región.
- Mejor comunicación y coordinación entre la central de SMI y las regiones, al igual que entre RHS y los puestos y centros de salud y los hospitales.
- Elaboración de materiales y métodos para difundir la información del PAI al público.
- Computarización del sistema de vigilancia del PAI.
- Desarrollo y utilización del manual para el adiestramiento de los instructores de los Grupos Comunitarios de Salud (GCS) y para los GCS.
- Plan para utilizar la vigilancia del PAI como punto de partida para la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

### **Proceso de gestión para el desarrollo sanitario nacional**

- Prestación eficiente y eficaz de la cooperación técnica por parte de la OPS.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Se habrá promovido con éxito la fase II de la iniciativa de CCH.
- Se habrá realizado una gestión eficaz por el Representante de la OPS.
- Se habrán ampliado los servicios ofrecidos por el Centro de Documentación.
- Se habrá mantenido el relieve de la OPS/OMS como una organización internacional de salud eficaz en busca de mejores servicios de salud en Guyana.

### **Resultados esperados en enfermedades transmisibles**

- Habrá aumentado la capacidad de desarrollo del sistema de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la ejecución del APPCC.
- Se habrá fortalecido la capacidad de vigilancia de la fiebre aftosa, la rabia, la tuberculosis bovina y la encefalomiелitis equina.
- Se habrá fortalecido el sistema de vigilancia para la malaria y el dengue.
- Se habrá demostrado el tratamiento comunitario de la malaria o el dengue en 5 Consejos Democráticos Vecinales (CDV).
- Se habrá adiestrado al personal regional, de los CDV y el Ministerio de Salud en el tratamiento y el control de la malaria o el dengue.
- Se habrá colaborado con las autoridades nacionales para mejorar el tratamiento y la vigilancia de la tuberculosis.
- Se habrá puesto en funcionamiento el mecanismo para la vigilancia de las enfermedades diarreicas agudas o las enfermedades transmitidas por el agua.
- Se habrá prestado apoyo en las actividades de vigilancia y difusión de información sobre el SIDA y las ETS.
- Se habrá prestado apoyo en la ejecución de la vigilancia de las IRA.
- Se habrá incorporado un mecanismo de apoyo para la creación de un sistema integrado de vigilancia.

### **Desarrollo de los servicios de salud**

- Se habrán producido normas y mecanismos para el establecimiento de un sistema integrado de atención primaria de salud.
- Documento y confirmación de aceptación de la disponibilidad del Ministerio de Salud para diciembre de 1998.
- Se habrá fortalecido la capacidad de llevar a cabo el mantenimiento biomédico en ciertas unidades del Hospital Público de Georgetown.
- Se habrá puesto en funcionamiento el sistema de información sanitaria.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá prestado apoyo para la revisión o ejecución de una selección de leyes revisadas de salud pública.
- Se habrán establecido programas de control de calidad en los laboratorios médicos y alimentarios, los establecimientos de atención ambulatoria y los pabellones de hospitales.
- Se habrán ejecutado los procedimientos para reestructurar los servicios de enfermería en el sector público.
- Se habrán otorgado becas y adiestramiento a corto plazo en las áreas prioritarias para el mejoramiento de la gestión en el sector.

<b>GUYANA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	586,200	709,600	39,900	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	436,700	435,000	16,200	0
Promoción y Protección de la Salud	127,500	129,000	7,900	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	341,000	342,000	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	163,700	163,600	52,700	0
<b>TOTAL</b>	<b>1,655,100</b>	<b>1,779,200</b>	<b>116,700</b>	<b>0</b>

## *Situación de Salud*

1. La República de Haití comparte la Isla de la Hispaniola con la República Dominicana. Su superficie, de 27,700 Km<sup>2</sup>, ocupa el tercio occidental montañoso de la Isla. En 1997, se estimó que la población es de 7,5 millones de habitantes y que la tasa de crecimiento promedio es de 2%. La densidad demográfica es una de las más altas en América Latina: un promedio de 260 habitantes por Km<sup>2</sup> y unas 885 personas por Km<sup>2</sup> de tierra cultivable. La población es muy joven. El grupo de edad de menos de 15 años representa 40% de la población. La migración imprime una característica importante a la población haitiana. Se produce de las zonas rurales a las zonas urbanas marginales, así como a los países vecinos. El éxodo rural da lugar a condiciones precarias de vivienda y constituye un riesgo a la salud, en particular en las zonas urbanas marginales y en los tugurios.

2. La economía haitiana se ha deteriorado progresivamente en los últimos diez años, especialmente durante el periodo 1991-1994. Ha habido una reducción constante del producto interno bruto y un aumento marcado de la tasa de desempleo. Las sanciones económicas impuestas después del "golpe de estado", en septiembre de 1991, han contribuido en gran medida al deterioro de la situación. El aumento del producto interno bruto que se ha registrado después del retorno del gobierno constitucional no ha permitido, hasta el presente, recuperar el descenso de 25% que produjo el embargo en la economía durante el periodo 1991-1994. Mientras tanto, la tasa de crecimiento demográfico siguió aumentando al mismo tiempo que el ingreso per cápita se redujo de US\$ 390, en 1990, a cerca de \$200, en 1996. Como resultado, Haití se ha colocado entre los primeros lugares de la lista de los países más pobres del continente. El aumento constante del índice de precios al consumidor, que en 1996 alcanzó 30%, conlleva la exacerbación de la pobreza entre la población, que sobrelleva una tasa de desempleo de 70%. El desarrollo acelerado del sector informal se está convirtiendo en el método principal de subsistencia. La devaluación rápida de la moneda local, que tuvo lugar entre 1991 y 1995, se está estabilizando. Se ha

observado una reevaluación lenta desde principios de 1996. El acceso a la electricidad doméstica es limitado, siendo las zonas rurales las más afectadas. A pesar de un aumento constante de la tasa de escolaridad primaria y de una participación equilibrada de niños y niñas, se calcula que la tasa de escolaridad comprende solo al 80% de los niños de 6 a 12 años de edad. La cobertura de abastecimiento de agua y de servicios de saneamiento básico es muy limitada. Solo aproximadamente 40% de la población tiene acceso al agua potable. Con respecto a los servicios de saneamiento básico, la cobertura muestra una gran brecha entre las zonas rurales y urbanas. Las zonas urbanas tienen una cobertura de 42%, comparada con un 16% en las zonas rurales. La crisis del país no ha dejado a salvo a ninguna región. El deterioro del entorno físico va en aumento. La deforestación acelerada está reduciendo el nivel de las fuentes de agua y de los manantiales; el estado de las aguas residuales es anárquico y la contaminación atmosférica está alcanzando niveles preocupantes en la ciudad capital de Puerto Príncipe.

3. La situación de la salud. La esperanza de vida al nacer se calcula en 55 años. Aunque la mortalidad infantil ha disminuido en los últimos diez años, de 101 a 74 por mil nacidos vivos, la mortalidad juvenil (1 - 5 años de edad) permanece inalterada, a una tasa de 50 por mil habitantes (EMMUS II 1990-1995). Comparada con los indicadores aceptados, la mortalidad materna es muy alta: actualmente se estima que es de 4,6 por mil nacidos vivos. La cobertura de inmunización de los niños de menos de 1 año de edad contra las enfermedades del PAI es superior a 30%. Las enfermedades infecciosas son la característica dominante; las enfermedades transmisibles son responsables de una alta proporción de la mortalidad y la morbilidad generales. Las causas principales, a menudo vinculadas con la mortalidad juvenil de los lactantes, son enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la malnutrición. Haití se encuentra entre los países más afectados por la tuberculosis, con una incidencia de 5 por mil habitantes. Esta enfermedad ha resurgido en proporciones epidémicas desde el comienzo y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA se están diseminando rápidamente. Se calcula



que entre 7 y 10% de la población sexualmente activa está infectada por el virus del VIH en las zonas urbanas y entre 3 y 5%, en las zonas rurales. Entre otras enfermedades infecciosas, la meningococemia ha sido responsable de varios brotes desde 1994, mientras que el dengue y el carbunco son endémicos. Estas enfermedades requieren un refuerzo apropiado del sistema de vigilancia epidemiológica, apoyado por un nivel de endemicidad moderado de la malaria, un hecho que podría conducir con el tiempo a su erradicación. Además de las enfermedades transmisibles, las enfermedades cardiovasculares, principalmente las afines a la diabetes con hipertensión, la violencia y los accidentes automovilísticos representan una causa creciente de mortalidad y discapacidad.

4. El sector de la salud. A fines de la terrible crisis socioeconómica y política que produjo el "golpe de estado" de 1991, el Gobierno heredó un sistema de salud dividido y en ruinas. Por un lado, había un sector privado filantrópico que cubría a una parte de la población, pero que funcionaba independientemente, y, por otro lado, un sector público debilitado. Este sector enfrenta serias dificultades: falta de recursos humanos y financieros, estructura institucional y legislación inadecuadas, infraestructura física precaria, personal desmotivado, distribución inequitativa de las instituciones y los recursos. En conjunto, la atención de salud moderna está al alcance de solo 60% de la población. Gran parte de la población carece de acceso a la atención de salud, cuya calidad es deficiente. La venta de productos farmacéuticos especializados en el mercado local es anárquica, mientras que los medicamentos esenciales todavía no se conocen bien y, por consiguiente, casi nunca los usan los consumidores. De hecho, solo la medicina tradicional ofrece una cobertura de 100% de la población.

5. Prioridades nacionales. Dentro de las nuevas oportunidades que brinda el gobierno democrático, el Ministerio de Salud formuló una nueva política de salud que reconoce el derecho fundamental a la salud y la obligación del Estado de garantizar a todos el acceso a la atención de salud. Esta política se basa en tres principios básicos: EQUIDAD, JUSTICIA SOCIAL y SOLIDARIDAD. Considerando la grave situación heredada de los gobiernos de facto anteriores, y dados los escasos recursos disponibles, aunados a las limitaciones impuestas por el plan

estructural económico, la aplicación de la política crea un verdadero desafío para el gobierno. Como consecuencia, el Ministerio de Salud ha definido el conjunto de prioridades que siguen:

6. Reforma del sector de la salud, que incluye el fortalecimiento institucional del MS a los niveles central y departamental, mediante el desarrollo de recursos humanos y la capacidad de gestión, las modalidades o alternativas para financiar la atención de salud, la reforma de hospitales, la actualización de la legislación de salud, la política de medicamentos esenciales, el desarrollo del sistema de información sanitaria, la coordinación intersectorial y la puesta en marcha de las unidades de salud comunales (UCS) basada en la descentralización y la participación comunitaria.

7. Desarrollo de la atención primaria de salud a fin de entregar a la población una canasta mínima de servicios, incluida la atención infantil integral, haciendo hincapié en las infecciones respiratorias agudas (IRA); la atención de salud integral de la mujer, en particular del embarazo y para reducir la mortalidad materna; la vacunación; el acceso a los medicamentos esenciales; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, sobre todo de las enfermedades emergentes y reemergentes, como la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual (MST) y el SIDA; las infecciones meningocócicas y las enfermedades transmitidas por vectores; la erradicación del sarampión, el tétanos neonatal y la lepra; las emergencias medico-quirúrgicas, y la atención dental.

8. La promoción de la salud para permitir a la población cuidar de su propia salud con miras a que adopte un modo de vida sano, por medio de la difusión de información sanitaria, de la educación en salud y la movilización social, en particular con respecto a la prevención de las enfermedades transmisibles, la violencia y los accidentes, la salud escolar y las enfermedades vinculadas a los malos hábitos nutricionales.

9. La salud ambiental, incluido el acceso al agua potable, la higiene alimentaria, el control y la eliminación de las excretas y la contaminación atmosférica, así como la prevención y mitigación de los desastres.

10. De la gran variedad de prioridades nacionales en materia de salud, resumidas en el capítulo anterior, el Ministerio de Salud, en colaboración con la OPS/OMS, definió las siguientes prioridades nacionales para la cooperación técnica de la Organización:

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

11. Reforma del sector de la salud, centrando las actividades en la identificación de opciones para la financiación de programas de salud, el desarrollo del sistema de información sanitaria y el refuerzo de la capacidad de coordinación de la cooperación técnica externa, intrasectorial e intersectorial. Reforma hospitalaria, investigación aplicada en el terreno sobre los sistemas locales de salud, en especial en las unidades de salud de la comunidad, la integración de los servicios de salud, la descentralización y la participación comunitaria.

12. Refuerzo de la capacidad técnica epidemiológica y de evaluación de tendencias para identificar los factores de riesgo y establecer sistemas epidemiológicos fiables y contribuir a la planificación y evaluación de los programas de salud pertinentes. Las prioridades proyectadas en este sentido procuran reducir la mortalidad infantil y en la niñez, así como la incidencia de las enfermedades emergentes y reemergentes, las enfermedades no transmisibles y los accidentes.

13. El desarrollo de la atención primaria de salud, en especial el apoyo a un conjunto mínimo de servicios de salud para la población, que comprende el adiestramiento del personal de salud para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA) como parte del programa integral de atención infantil.

14. La reducción de la mortalidad materna y la salud reproductiva como parte del programa de salud integral de la mujer.

15. La vacunación, el refuerzo del programa de medicamentos esenciales y la ejecución del programa de urgencias medicoquirúrgicas.

16. La prevención y control de las enfermedades transmisibles, haciendo hincapié en el adiestramiento, la planificación y la movilización de recursos para fortalecer las actividades del proyecto de enfermedades emergentes y reemergentes como la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA, las infecciones meningocócicas, el dengue, la filariasis, el control de la malaria y la erradicación del sarampión, el tétanos neonatal y la lepra.

17. La promoción de la salud con énfasis en el desarrollo de modos de vida sanos para prevenir la violencia y los accidentes automovilísticos.

18. Promoción de la toma de conciencia y los comportamientos sexuales sin riesgos.

19. Salud de los adolescentes.

20. Reducción de la incidencia de las enfermedades transmisibles y las enfermedades crónicas prevalentes como la hipertensión y la diabetes.

21. La protección del medio ambiente con miras a lograr un ecosistema bien equilibrado.

22. Protección de la salud ambiental, haciendo hincapié en la coordinación sectorial, el refuerzo de la eficacia del SIMAS, elaboración de normas, adiestramiento, desarrollo de tecnologías apropiadas y movilización de recursos para las siguientes esferas: acceso al agua potable, higiene de los alimentos, control de la calidad del agua potable, eliminación de excretas, control de la contaminación atmosférica, y fortalecimiento de la capacidad nacional para la prevención y mitigación de los desastres naturales y producidos por el hombre.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

23. Después del bienio 1994-1995 que coincidió con el final de la ayuda humanitaria y del programa de emergencia para la rehabilitación socioeconómica, el bienio 1996-1997 se podría considerar un periodo de transición y búsqueda de los mejores mecanismos de cooperación entre el Gobierno y la OPS/OMS. Durante el bienio 1998-1999, tal como se acordó con el Ministerio de Salud, la cooperación técnica de la OPS se centrará en dos eje: 1) la concepción de la reforma general del sector de la salud, cimentada en el principio básico de la equidad, y 2) el apoyo a determinadas intervenciones de salud pública elegidas por su posible repercusión en la condición sanitaria de la población. En el contexto del bienio, el desafío consistirá en iniciar la reforma estructural necesaria, garantizando al mismo tiempo la prestación equitativa de un mínimo de servicios de calidad aceptable.

24. En este marco, la OPS/OMS concentrará su apoyo técnico en la reglamentación más que en la ejecución, dado el privilegio de cooperar con el Ministerio de Salud, pero también con otros Ministerios, como los de Educación, del Ambiente y de la Condición de la Mujer y con las ONGs.

25. Este principio se fortalecerá mediante una aplicación cuidadosa de los métodos funcionales para cada proyecto.

26. Se elaborarán y adaptarán las políticas, la legislación y las normas en todos los ámbitos relacionados con la ejecución de la APS y la reforma del sector de la salud.

27. La movilización de recursos nacionales e internacionales, financieros y de otra índole a favor de la salud y el apoyo a una gestión rigurosa y óptima de estos recursos siguen siendo un eje de gran prioridad de la cooperación de la Organización.

28. La capacitación se considerará en un contexto más general y prioritario del desarrollo de recursos humanos. La OPS/OMS, siempre que sea posible, fomentará el desarrollo de la capacitación local, con la colaboración de instructores o instituciones extranjeros, si fuera necesario.

29. Difusión de la información. Además de nuestros medios regulares provenientes de los recursos disponibles de la tecnología moderna, en particular el acceso específico a las redes de información, se usará para mejorar nuestra capacidad en este renglón y para poder llegar no solo al sector de la salud pública, sino a otros segmentos de la sociedad, hasta donde sea posible.

30. Investigación. La Representación seguirá **PROMOVIENDO LAS INVESTIGACIONES OPERATIVAS** en salud, especialmente en el área de las enfermedades transmisibles, los sistemas de salud y la participación comunitaria.

31. La cooperación técnica directa es uno de los métodos principales para redoblar los esfuerzos de las autoridades nacionales en los campos específicos identificados por el Ministerio de Salud. Esto exige la colaboración con los Ministerios y demás participantes en actividades de salud, tales como los organismos de las Naciones Unidas, en particular el UNICEF, el FNUAP, la UNESCO, el PNUD, así como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, otras instituciones bilaterales y multilaterales, instituciones de capacitación, ONG, y grupos religiosos y comunitarios.

---

## ***Resultados Esperados***

---

***1998-1999***

---

### **Reforma del sector de la salud**

- Se reforzó la capacidad de gestión de los oficiales de salud a los niveles central y departamentales.
- Se fortaleció la capacidad técnica de la Dirección de Recursos Humanos.
- Se adaptó el sistema financiero del sector de la salud a los objetivos de equidad de la nueva política nacional de salud.
- Se reforzó la capacidad del MS para ejecutar la reforma de hospitales.
- Se llevaron a cabo investigaciones operativas en el campo de la participación comunitaria en las UCS.

### **Análisis de la situación de salud y evaluación de tendencias**

- Se fortaleció, vigiló y evaluó el sistema de información sanitaria general.
- Se vigilaron eficazmente las enfermedades bajo vigilancia activa, conforme a la definición del MS dentro del subsistema nacional de vigilancia epidemiológica.
- Se analizó la situación de salud en forma sistemática.
- Se capacitó al personal en la gestión de información y programas.

### **Desarrollo de atención primaria de salud**

- Se brindó apoyo técnico eficaz al MS (niveles central y locales) para mejorar el acceso a los servicios adecuados para el tratamiento de casos de IRA, como parte de la atención infantil integral.
- Se prestó cooperación técnica para reforzar las instituciones centrales y demás instancias para mejorar el acceso a los servicios adecuados de atención de salud a la mujer.
- Se mejoró la cobertura nacional de vacunación de los niños de menos de 1 año de edad y de las mujeres en edad fecunda.
- Se proporcionó apoyo técnico para reforzar la capacidad institucional para el tratamiento adecuado de emergencias médicas y quirúrgicas.
- Se fortaleció el conjunto de componentes del sector farmacéutico en todo el país.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- PROMESS, una entidad sin fines de lucro, independiente de la OPS/OMS consiguió la disponibilidad continua de los medicamentos esenciales y del equipo médico al precio más bajo posible.
- Se logró la disponibilidad de una canasta mínima de servicios de salud a nivel de la Unidad Comunal de Salud (UCS).

### **Prevención y control de las enfermedades transmisibles**

- Se fortalecieron las intervenciones para prevenir y controlar la transmisión sexual y sanguínea del VIH y las ETS.
- Se reforzó la capacidad técnica del personal de salud para proporcionar atención de salud en casos de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores.
- Se fortalecieron las intervenciones para prevenir y controlar la tuberculosis.
- Se ampliaron las intervenciones para prevenir y controlar la lepra.
- **Promoción de la salud**
  - El gobierno haitiano adoptó el Esquema Nacional de Promoción de la Salud.
  - Se inició en Haití el movimiento Ciudades Sanas.
  - Se redujo significativamente el número de accidentes de accidentes en las principales carreteras nacionales y en las ciudades grandes.
  - Se promovió y difundió sustancialmente la legislación sobre la violación y la violencia en el hogar.
  - Se mejoraron la higiene alimentaria y las prácticas de alimentación.
  - Se mejoró la higiene en las escuelas.
  - Se mejoró la salud sexual de los adolescentes.
  - La población prefiere el consumo de medicamentos esenciales

**Resultados Esperados****1998-1999****Protección del medio sano y en casos de desastres**

- Entró en funcionamiento la coordinación de los mecanismos del sector "D.W.S. y protección del medio ambiente".
- Se estableció debidamente el SIMAS y se utilizó ampliamente en la planificación sectorial, especialmente en la elaboración del Plan Nacional de Acción Ambiental (ENAP).
- Se reforzó la eficiencia de los organismos nacionales de D.W.S.
- Los servicios correspondientes del MS asumieron adecuadamente el control de los alimentos y la calidad del agua potable.
- Se inició la promoción de los programas de protección del medio ambiente por medio de la educación de los jóvenes, la conciencia pública y la radiodifusión de información.
- Se mejoró la capacidad nacional para la prevención y mitigación de los desastres, así como la preparación de la población.

**Apoyo a la gestión de la Representación de la OPS/OMS**

- Se fortaleció la gestión de los recursos administrativos, financieros y humanos de la Representación de la OPS/OMS para mejorar la eficiencia de la cooperación técnica prestada.

<b>HAITI</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,922,000	1,974,800	2,123,900	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	916,100	620,100	4,193,300	0
Promoción y Protección de la Salud	720,300	953,500	2,278,600	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	943,900	700,700	48,000	0
Prevención y Control de Enfermedades	224,000	314,000	1,963,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>4,726,300</b>	<b>4,563,100</b>	<b>10,607,400</b>	<b>0</b>



# HONDURAS

## *Situación de Salud*

1. Honduras tiene una población estimada de 5,616.000 habitantes de acuerdo con los indicadores básicos de 1996 de la OPS/OMS, con un tasa de crecimiento anual de 2,67 %, una de las más altas de Centroamérica. Un 44 % de la población es urbana, dándose el crecimiento mayor en las ciudades intermedias, particularmente aquellas cercanas a San Pedro Sula, principal polo de desarrollo económico.

2. La tasa de migración anual neta internacional es de -1.6 % en 1996 (-1.7 % para hombres y -1,4 para mujeres), siendo el grupo de 20 a 24 años el que mayormente emigra (-3.2 %); de éste, se movilizan más los hombres(-3.8 %) que las mujeres (-2.8 %). Estas cifras son las más altas alcanzadas desde 1988 y se corresponden con la búsqueda de mejores oportunidades de vida en el extranjero.

3. Para 1996, la estructura de edad de la población continúa evidenciando un predominio de la población joven (21 % de la población corresponde al grupo de 15 a 24 años); los menores de 15 años son el 43 % de la población de Honduras; los mayores de 65 años constituyen el 3.4 % de la población. Este último y la población menor de 15 constituyen la población dependiente (46 %), aunque cada vez es mayor el número de niños incorporados a la fuerza de trabajo familiar.

4. La proporción de hombres y mujeres es muy similar: mujeres el 49.9 % y hombres 50.1 %. A partir de los 25 años existe un franco predominio femenino.

5. La tasa bruta de natalidad se estimó, para 1995, en 34.6 por mil habitantes y la tasa global de fecundidad en 4.7 hijos por mujer.

6. En Honduras existe gran subregistro de la mortalidad, del orden del 48.9 %. La tasa bruta de mortalidad se estimó en 6.5 por mil habitantes entre 1990 y 1995.

7. Indicadores del Estado de Salud: La esperanza de vida al nacer calculada para el año 1988 fue de

62.74 para los hombres y 67.28 para las mujeres; en el período 1990-1995 se estima en 65.4 para los hombres, 70,1 para las mujeres y 67,7 para ambos sexos.

8. La tasa de mortalidad infantil oficial es de 44 por mil nacidos vivos; las principales causas de mortalidad infantil son las infecciones respiratorias agudas, las diarreas agudas y las afecciones perinatales.

9. Las defunciones por enfermedades inmuno prevenibles están en descenso y se logró la certificación de la erradicación del polio virus salvaje en 1994. La tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 73 por 1000 nacidos vivos. El porcentaje de defunciones de menores de 5 años por EDA es del 36 % y el de IRA es de 9 %.

10. La tasa de mortalidad de mujeres entre 12 y 50 años es de 1.43 por mil mujeres en este rango de edad, lo que significa que cada 5 horas muere una mujer de este grupo etáreo. La tasa de mortalidad materna es de 220 por 100,000 nacidos vivos, según los indicadores básicos de la OPS.

11. Las ETS y la infección por VIH/SIDA tienen mayor prevalencia e incidencia en las regiones metropolitanas (Tegucigalpa y San Pedro Sula) y en la zona norte del país. Aunque la población hondureña sólo es el 17 % de la población centroamericana, Honduras concentra el 57 % de los casos de SIDA de la subregión. Desde 1985 la tendencia ascendente de esta enfermedad ha sido vertiginosa. Hasta abril de 1996 se reportaron 5,239 casos y se estima que existen más de 80,000 infectados. El grupo etáreo más afectado es el de 20-39 años. El 49 % de los casos de VIH/SIDA se notifican en la Región Sanitaria No.3 (norte del país) y la vía de transmisión fundamental es la heterosexual; la proporción hombre-mujer es de 1.5: 1, con tendencia a la equiparación.

12. Las ETV siguen siendo un problema de salud pública en Honduras. La malaria presentó tasa de 11.3 por 1000 habitantes., reportándose 63,994 casos en 1995. Por dengue se reportaron 28,069 casos en 1995. La tuberculosis continúa en ascenso, reportándose 4,984 pacientes en 1995, siendo la



quinta causa de morbilidad por transmisibles en ese año. El cólera reportó 4,984 casos en 1995.

13. La violencia ha ido configurándose como una problema de salud pública en el país, afectando a los grupos etáreos entre 15 y 35 años, con mayor incidencia en los hombres, con una preocupante tendencia al ascenso en las cifras de mortalidad, morbilidad y discapacidad debidas a esta causa. Entre 1989 y 1995, las tasas de homicidios por 1000 habitantes. se elevaron de 20.73 a 40.05, lo que significa, prácticamente, una duplicación en solo 6 años. La mayoría de los homicidios se producen por heridas con arma de fuego (69.6 %). Asimismo, las tasas de muertes por accidentes de tránsito se elevaron de 7.6 por 1000 habitantes. en 1989, a 11.82 por 1000 habitantes. en 1995.

14. En 1991, el 52,62 % de la población menor de cinco años presentaba algún grado de desnutrición crónica. Según SECPLAN, el 38.9 % de los niños entre 6 y 9 años, en 1994, se encontraban desnutridos. Son frecuentes las deficiencias de micronutrientes destacándose las de yodo (8.8 % de los escolares) y de vitamina A (53 % de lo niños menores de cinco años).

15. La problemática de los discapacitados no es bien conocida en el país, por no haberse estudiado, pero se considera un problema de salud pública que requiere mayor atención.

16. Factores que Afectan al Estado de Salud de la Población Hondureña: El índice de desarrollo humano de Honduras que en 1991 era de 0.479, se estimó en 0.576 en 1995, para un discreto mejoramiento. El analfabetismo (como una manifestación más de la pobreza) continúa siendo un factor patogénico importante, toda vez que, aunque ha disminuido del 32 % en 1988 a 29 % en 1993, estas cifras aún son altas y son muy superiores en medios rurales y urbano-marginales; a ello hay que sumar el analfabetismo funcional. La relación del analfabetismo y el bajo nivel cultural con las patologías de la pobreza es innegable.

17. En 1994, la Encuesta Nacional de Indicadores Socioeconómicos de 1993-1994 (ENIS 93/94) reveló que el 44% de los hogares eran indigentes y el 66% eran pobres.

18. El ámbito laboral se ha nutrido del sector informal de la economía. En Tegucigalpa de la población ocupada en el sector informal, el 79.5% se

encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 16.8% son considerados no pobres, mientras que del sector formal, el 55.4% está por debajo de la línea de pobreza y el 27.9% son no pobres.

19. Los problemas del empleo y los niveles de pobreza descritos condicionan que la gran mayoría de la población no pueda satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas de alimentación, saneamiento básico, educación y promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

20. En relación a la seguridad alimentaria, la disponibilidad de alimentos ha disminuido, viéndose el país necesitado de importar granos básicos: maíz, frijoles y arroz. Los costos de los alimentos han sufrido alzas impresionantes, incrementándose el índice de precios al consumidor desde 255.5 en 1990 hasta 559.4 en 1994. La inflación ha variado entre el 20 y el 30 % anual en los últimos años. A nivel nacional el 65 % del presupuesto nacional se dedica a la compra de alimentos. La inseguridad alimentaria de los hogares es peor en el occidente del país.

21. En 1995 se estimó que el 79 % de la población cuenta con servicio de agua para consumo humano: 91 % de los hogares urbanos, mientras que sólo el 66 % de los rurales. Dicho servicio es intermitente y la calidad bacteriológica y química del agua no siempre es adecuada. Solo el 49 % del agua que se consume es desinfectada en el sistema. Los resultados de la vigilancia de la calidad del agua de acueductos rurales revelan que el 89 % de las fuentes de agua tienen deficiente calidad bacteriológica, producto de descargas de aguas negras o defecación al aire libre.

22. Similar brecha existe en el sistema de eliminación de excretas, cuyo acceso adecuado corresponde al 95 % de la población urbana (alcantarillado y letrinización) y sólo 71 % de la rural; los sistemas de canalización de aguas negras no reciben ningún tratamiento. Solo el 4 % de las aguas negras recolectadas reciben tratamiento antes de su disposición final. A la recolección periódica de basuras accede el 55 % de la población urbana, pero solo existen tres botaderos controlados y un relleno sanitario manual.

23. Datos de 1994 indican que la educación primaria tiene una cobertura del 86 % de la

población en edad escolar, mientras que la deserción se sitúa en un 3.3 % (1993); la cobertura de educación media (14-19 años) desciende al 39.6 % y la deserción en este grupo se eleva al 19 %.

24. El Ministerio de Salud reporta una cobertura teórica de alrededor un 70 % de la población hondureña, en el entendido que aproximadamente 15 % de población es atendido por el IHSS, un 10 % en la atención privada y el 5 % restante por ONGs que actúan en salud. En realidad, cerca del 30 % de la población no tiene acceso regular a servicios básicos de salud: la ENESF del 91/92 mostró que el 40 % de la población no tenía acceso a servicios de salud; en 1991 se estimó que el 27 % de las embarazadas no tenían acceso a atención prenatal. No obstante, se han alcanzado coberturas adecuadas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones en la mayoría de las Áreas de Salud y Municipios.

25. El Gasto Social general en 1993 representó el 8.3 % del PIB. El presupuesto público de 1995 mostró un aumento sustancial, en lempiras corrientes, en la asignación del gobierno central hacia los sectores sociales, con 37 % destinado a los ministerios de salud, educación y vivienda, así como a los diversos organismos descentralizados que apoya a los sectores sociales. El incremento estuvo relacionado con la inversión en infraestructura de salud y educación, así como la infraestructura de agua y saneamiento.

26. Sin embargo, el gasto público en salud sólo representa el 2,4 % del PIB y el 43 % de los fondos públicos corresponden a la Cooperación Internacional en Salud en 1995.

27. Estrategias, Políticas y Planes Nacionales de Salud: A partir de 1994, el Ministerio de Salud enfatizó que el problema crítico fundamental para la salud de los hondureños era la inaccesibilidad a los servicios de salud. De tal forma, la prioridad política fundamental se concretó en el proceso nacional de acceso, visualizado como eje fundamental de la modernización y reforma del sistema de salud, mismo que involucra a la voluntad política nacional al más alto nivel, a la Secretaría de Salud y a la Cooperación Técnica y Financiera Internacional en Salud (OPS/OMS, Gobierno de Suecia, USAID, UNICEF) y se ha convertido en la plataforma para la negociación de proyectos para el desarrollo de la salud.

28. Los avances en este proceso, que ha articulado a la Cooperación Internacional con un fuerte liderazgo de OPS/OMS en el mismo, lo han configurado como el pivote para la transformación de todo el sistema de salud. A nivel local (Áreas de Salud) se ha iniciado el proceso de descentralización del sistema y se produce el diálogo, negociación y concertación entre el Ministerio de Salud (todas sus instancias) y los gobiernos locales. Ello ha desembocado en la elaboración y ejecución de planes municipales de salud que agrupan acciones intersectoriales y recursos del Ministerio de Salud, de otras Secretarías de Estado, del Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), de los gobiernos locales y de la comunidad.

29. El proceso nacional de acceso está basado en tres estrategias básicas: a) reordenamiento de la red de servicios de salud; b) recuperación y desarrollo de los recursos humanos del sistema; c) la participación social activa en la planificación, ejecución y vigilancia de los planes municipales de salud.

30. Un elemento central de la política de salud y de los planes y estrategias de cambio ha sido el fortalecimiento de la democracia participativa, mediante el control social de la gestión en salud. La política de salud ha promovido la realización de cabildos abiertos para la exposición y aprobación de los planes de salud municipales, y la comunidad pide y rinde cuentas ante las autoridades políticas del CONSUMI (Consejo Superior del Ministerio de Salud) por el cumplimiento de los compromisos contraídos.

31. En la actualidad el proceso nacional de acceso involucra 24 Áreas de Salud (59 % de las 41 que tiene el país), existiendo el compromiso político de extenderlos al resto del país en 1997. Asimismo se han elaborado y están en ejecución 210 planes municipales de salud (en igual número de municipios), de las 297 municipalidades del país, para un 72 % de las municipalidades desarrollando el proceso.

32. En el contenido sustantivo de la atención de la salud se han priorizado las estrategias enfocadas a incrementar coberturas en la atención materno infantil y las jornadas nacionales de vacunación, así como en saneamiento básico y control y erradicación de enfermedades transmisibles y transmitidas por vectores. Estas áreas han sido demandadas reiteradamente dentro de los planes municipales de salud; de tal manera acciones en

estos campos son desarrolladas, conjuntamente, entre los gobiernos locales, la sociedad civil sus instancias.

33. Esfuerzos Nacionales para Mejorar la Vigilancia Epidemiológica: El programa de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud, ha definido como propósitos: 1) Que el sistema de información para la vigilancia epidemiológica del país sea efectivamente el dispositivo de alerta del sistema de salud para la identificación de problemas, condicionantes y determinantes. 2) Convertir el análisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS/CV), en la herramienta fundamental para la identificación de "perfiles de los problemas prioritarios" en diferentes grupos de población para su tratamiento adecuado. 3) Hacer que la investigación aplicada a la epidemiología sirva de herramienta de apoyo y retroalimentación al ASIS.

34. Hasta 1996 se han desarrollado actividades relacionadas con capacitación a los epidemiólogos sobre temas de actualización y reforzamiento del ASIS, de manera que sea utilizado como un instrumento para la planificación local, en el marco del proceso de acceso a servicios de salud, privilegiando la participación social, mediante la elaboración de planes municipales de salud.

35. En la Evaluación Anual de la Secretaría de Salud (1996), se resaltó políticamente la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica en el país, partiendo de una restructuración del departamento de epidemiología de la misma Secretaría, que ha priorizado el desarrollo del enfoque epidemiológico a través de tres elementos complementarios: vigilancia epidemiológica con participación ciudadana, investigación y análisis de situación de salud.

36. Particularmente, los esfuerzos para el diseño y desarrollo de los sistemas de información y en la capacitación para su puesta en marcha y operación, se han concentrado en la recolección y procesamiento de los datos, dándole relativamente poco peso al análisis y presentación de la información que conduce a estimular su uso. Los grandes subregistros de información en el sistema, no han permitido la utilización de ésta en la toma oportuna y eficiente de decisiones para la planificación en salud.

37. Muchos de los programas normativos han establecido su propio subsistema de información, lo que ha ocasionado una redundancia de datos con

diferentes definiciones y clasificaciones en los informes que se preparan con diferentes objetivos.

38. La Secretaría de Salud, con apoyo de la cooperación externa, se ha propuesto realizar ajustes al sistema de información, y se trabaja actualmente en una propuesta que satisfaga las actuales demandas, basándose, entre otras cosas, en el proceso de modernización del sistema de salud y sus implicaciones en lo que se refiere al manejo de la información.

39. Esfuerzos Nacionales para Combatir el Sarampión: Desde que en 1991 se adquiere el compromiso de eliminar el sarampión para 1997, se han intensificado las estrategias de vacunación y vigilancia epidemiológica, obteniéndose en forma muy resumida los logros siguiente:

40. Las coberturas en la población menor de un año son superiores al 90% desde 1990, en 1996 se alcanzó un 91%.

41. El 47% de los 293 municipios del país mantienen coberturas de vacunación entre 80 y 95%, 22% se han identificado como de riesgo por coberturas de vacunación inferiores al 80% y el 31% lograron coberturas iguales o superiores al 95%.

42. En 1996 con la campaña de seguimiento se logra una cobertura del 90% a nivel nacional, reduciéndose el acúmulo de susceptibles a 42,309 niñas(os) menores de cinco años.

43. La tendencia en la morbilidad por sarampión es descendente de una tasa de 1.9 x 100,000 habitantes (95 casos, en 1991) a 0.05 en 1996 (3 casos, en 1996); estos últimos confirmados por clínica sin nexo epidemiológico, detectados a través de búsqueda activa a nivel de la medicina privada. Desde 1991 no se registran muertes por sarampión.

44. Para dar sostenibilidad a los esfuerzos para estos logros se continuará trabajando en el fortalecimiento del programa sostenido de vacunación a nivel local, priorización en la entrega del paquete de servicios básicos de salud, incorporación de la sociedad civil a través de los consejos de desarrollo local y municipal en el análisis, planificación, ejecución y evaluación de la situación con énfasis en municipios de difícil acceso y el fortalecimiento de la vigilancia a nivel comunitario.

45. Esfuerzos Nacionales para Apoyar la Reforma del Sector Salud: Desde 1990, como parte de las transformaciones inherentes a un nuevo modelo económico en Honduras, se inició la Modernización del Estado. En el seno de la Modernización del Estado se aprobó una nueva Ley de Municipalidades y el Programa Nacional de Descentralización y Fortalecimiento Municipal, que otorgaba al Municipio el carácter de ordenador del desarrollo local y establecía la elección de los Alcaldes mediante voto popular.

46. En ese contexto se conformó la Comisión Nacional de Modernización de la Salud que avanzó en la definición de una propuesta de transformación del sistema de salud, basada en el carácter rector del Ministerio de Salud, su integración progresiva con el Instituto Hondureño de Seguridad Social, la defensa de la integralidad de la red de servicios de salud, la descentralización y la postulación de la equidad, eficiencia, eficacia y participación social como requisitos políticos inalienables del modelo.

47. En 1994 se produce un cambio de gobierno que retoma los planteamientos fundamentales del gobierno anterior y declara, en su política de salud, que el elemento central de la Modernización y Reforma del Sistema de Salud es el proceso nacional de acceso a los servicios de salud. Se inicia en 1995 la negociación, concertación y elaboración de planes municipales de salud. Estos esfuerzos son coherentes con los planteamientos de la Modernización del Estado en Honduras, ya que está íntimamente relacionado con las políticas macro del Estado de Honduras entre ellas la de Descentralización y Fortalecimiento Municipal, bases de la Modernización del Estado.

48. En diciembre de 1996, el Proceso Nacional de Acceso a los Servicios de Salud, tiene una cobertura de 24 Areas de Salud (60% del total de áreas de salud del país), 13 apoyadas por el Gobierno de Suecia y 9 por el Gobierno de Estados Unidos e involucra a 210 Gobiernos Municipales (72% del total de municipios). A ello se han sumado 2 Areas de Salud adicionales que están desarrollándose con fondos regulares de la OPS/OMS.

49. En 1997, el Proceso Nacional de Acceso busca extenderse a todas las Areas de Salud del país, como parte del proceso nacional de Modernización y Reforma del Sistema de salud.

50. El Ministerio ha negociado el proceso nacional de acceso con los organismos financieros multilaterales, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, los que se han comprometido a cooperar financieramente con créditos de \$25 millones y \$50 millones, respectivamente, a partir de 1997.

51. El proceso nacional de acceso: Eje de la Modernización y Reforma del Sistema de Salud en Honduras, es la propuesta de Reforma del Sistema de Salud vigente en 1996, y ha abarcado todas las instancias, niveles y ámbitos de responsabilidad del Ministerio de Salud en Honduras.

52. Aspectos más Importantes del Desarrollo de Tecnologías: La Representación OPS/OMS en Honduras se ha iniciado una línea de cooperación con las instituciones de salud del país tendiente a fortalecer los sistemas de comunicación, de referencia y contrareferencia a través de la dotación al nivel central y a las regiones de una red de cómputo que está ya prestando utilidad y servicios. Facilita las actividades de recolección de información básica de tipo epidemiológico fundamentalmente, pero también de otra naturaleza. Además se trabaja activamente en la incorporación de los recursos de comunicación de Internet a distintos niveles de trabajo del Ministerio de Salud.

53. En otros campos, la aplicación de las innovaciones tecnológicas ha tenido limitaciones sobre todo de tipo financiero, en los niveles regionales y locales, incluyendo los Hospitales de Area, pero ha podido desarrollarse en un mayor grado a nivel de los servicios prioritarios de atención en los hospitales de nivel nacional, específicamente los ubicados en los centros de mayor población urbana.

54. La promoción del uso de tecnología y la incorporación de conocimiento al respecto requerirían del fortalecimiento de una unidad de ciencia y tecnología, y la dotación y capacitación de personal para la misma dependencia.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

55. Lograr una mayor eficacia, eficiencia y equidad en el sistema nacional de salud para el desarrollo de políticas públicas saludables, y la renovación de los

compromisos nacionales con Salud para Todos y por Todos; Lograr la reorganización de la red de servicios de salud, con énfasis en la descentralización y los modelos de atención integrales, que permitan mayor equidad, eficacia y eficiencia y la participación de los gobiernos locales y la sociedad civil; lograr la sistematización del control social de la gestión en el sistema de salud y desarrollar nuevos estilos y modalidades del trabajo de los recursos humanos, que mejoren el desempeño e incrementen el compromiso y los resultados, y aseguren la sostenibilidad de los procesos de cambio y la transformación, modernización y reforma del sistema de salud; Lograr la reducción de las inequidades en salud, con énfasis en los problemas de salud más prevalentes y los grupos humanos más vulnerables y postergados, priorizando los problemas de salud ambiental y los relacionados con las enfermedades transmisibles y no transmisibles

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

56. La Representación de OPS/OMS en Honduras ha reorganizado su estrategia de cooperación de manera de hacerla más integral e interprogramática, coherente, consistente y eficaz en función de las prioridades nacionales y los procesos nacionales de desarrollo de la salud. En función de las modificaciones necesarias de los estilos y modalidades de trabajo, se discutieron las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de OPS/OMS para 1995-1998 y se analizó las implicaciones que ellas a la luz de las prioridades nacionales.

57. Como resultado, se logró una organización matricial de la Cooperación Técnica, basada en las cinco prioridades programáticas de la OPS y articuladas horizontalmente por las tres prioridades nacionales. De tal manera, se ha reducido el número de los Proyectos de Cooperación, concentrándose los recursos y las actividades por resultados esperados, en función de las tres prioridades nacionales. Las actividades se han concentrado en las cinco Prioridades Programáticas de la Organización y se ha dado énfasis a la articulación interprogramática.

58. Se han nombrado cinco Gerentes de Proyecto, los cuales son responsables del enfoque integral y de coordinar la confluencia de los recursos de

cooperación para lograr los resultados esperados. Además se han nombrado coordinadores horizontales que están responsabilizados por la coordinación interprogramática por prioridad nacional.

59. El enfoque estratégico global es único para todos los proyectos y pretende que cada uno de ellos, desde la óptica particular de sus áreas de trabajo y líneas de acción, coadyuve al propósito de la cooperación de OPS/OMS con el país: "Lograr una mayor eficacia, eficiencia, equidad y participación sociales en el sistema de salud de Honduras, como resultado de un proceso de modernización y reforma que involucre a todas las instancias e instituciones públicas y privadas, estatales y de la sociedad civil, bajo la rectoría del Ministerio de Salud".

60. Salud y Desarrollo Humano. Desde este Proyecto se pretende fortalecer el núcleo de conducción de políticas del Ministerio de Salud de Honduras y su capacidad de análisis de políticas públicas y de planificación y evaluación de las mismas como parte del desarrollo humano.

61. Asimismo, se reforzará el trabajo con las Comisiones de Salud y Seguridad Social del Congreso Nacional de Honduras en el interés de ir conformando una voluntad nacional de cambio, modernización y reforma del sistema de salud y movilizar al legislativo en apoyo a la adopción de políticas públicas saludables y su correspondiente basamento jurídico.

62. Otra área de trabajo será la de fortalecer la capacidad nacional, regional y local para la identificación de problemas de salud y de alternativas de intervención epidemiológica, reforzando la cultura del análisis de la información para la toma de decisiones, a todos los niveles e instancias del sistema de salud. La obtención, utilización y evaluación de la información a todos los niveles se desarrollará en forma participativa como parte de los estilos políticos y de gerencia vigentes, que ponen énfasis en la transparencia y en la cultura de gestión social de las instituciones públicas y privadas.

63. Se privilegiará la creación de capacidades para el enfoque epidemiológico en los niveles locales, como parte de la atención integral de la salud, y se fortalecerá el uso del ASIS como instrumento para la gestión científica de las instituciones públicas y privadas y substrato para la negociación con

gobiernos locales y la participación social. En el mismo sentido se fortalecerá la capacidad para el análisis de la información en salud en los niveles locales, regionales y nacional.

64. El Proyecto pondrá énfasis en la equidad del desarrollo nacional, regional y local de la salud velando porque se insista en la reducción de las inequidades por concepto de género, étnicas, culturales y socioeconómicas, para lo cual integrará acciones intra e intersectoriales a nivel nacional y local, utilizando para ello las oportunidades que brinda el proceso nacional de ejecución de planes municipales de salud. Asimismo se pondrá énfasis en estimular el espíritu creativo, innovador e investigativo relacionado con los problemas de salud y de los servicios más relevantes para la comunidad.

65. Sistemas y Servicios de Salud. Se extenderá el proceso nacional de acceso a todas las Áreas de Salud del país y se profundizará en los logros alcanzados, poniendo énfasis en los modelos de atención y de gestión descentralizados, en la planificación y programación de acciones y recursos y en el control social de la gestión del sistema de salud. En este sentido se apoyarán los esfuerzos nacionales por encontrar modalidades de atención a la salud equitativas, eficientes, eficaces y participativas, que sean flexibles y adaptados a las diferencias regionales y locales. Estos modelos de atención se basarán en un enfoque integral de la salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación) y privilegiarán la educación sanitaria para el cambio de comportamientos y la irreversibilidad de procesos.

66. Una preocupación permanente será la búsqueda de la equidad social en los logros del sistema de salud, la eficiencia y eficacia de las acciones y la sostenibilidad e irreversibilidad de los procesos de desarrollo.

67. Para lograr los anteriores desafíos la estrategia de cooperación privilegiará el desarrollo de los recursos humanos del sistema, así como democratizará los saberes, habilidades y destrezas, poniendo énfasis en el desarrollo de personal a nivel local y en el cambio de actitudes y aptitudes. Parte de estos esfuerzos serán las acciones de promoción de estilos y comportamientos de vida saludables.

68. Se fortalecerán las acciones que promuevan un mayor poder de resolución de problemas de salud a nivel local, incluyendo el desarrollo de la red de

laboratorios, suministro de medicamentos esenciales, mantenimiento y adecuado uso de las instalaciones hospitalarias y ambulatorias, en función de los problemas de salud de la población.

69. Se potenciará la cooperación para el desarrollo de opciones de financiamiento viables y sostenibles, que permitan lograr una mayor eficiencia y equidad en el sistema de salud, y aseguren la universalidad del acceso a los servicios de salud.

70. La cooperación insistirá en el desarrollo del control social de la gestión del sistema y en la participación de todos los grupos sociales, privilegiando a los más postergados. Entre ellos, se enfatizará en las culturas autóctonas de Honduras y en sus modalidades y métodos tradicionales de prevención y curación (salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional).

71. Se pondrá empeño en mejorar la información para la gestión científica del sistema de salud y la toma de decisiones oportunas.

72. Se abordará la definición de competencias dentro de las diferentes instancias del Sistema de Salud (en proceso de transformación actualmente) y se trabajarán las bases jurídicas y políticas para fortalecer el rol rector y regulador del Ministerio de Salud.

73. Promoción y Protección de la Salud. Se trabajará por incorporar el enfoque de la promoción de salud como parte de las políticas públicas en Honduras con todos sus componentes de intersectorialidad, participación social, comunicación e información al gran público, educación sanitaria, derechos humanos y salud, seguridad ciudadana, nutrición, empleo saludable, uso del tiempo libre, hábitos y comportamientos humanos sanos, estilos de vida, acceso a la satisfacción de necesidades de servicios básicos, promoción y protección de la salud en grupos más vulnerables (ancianos, niños y mujeres, grupos indígenas y pobres) y salud mental.

74. Se cooperará con los esfuerzos locales en el ámbito municipal, para que los planes municipales de salud incluyan cada vez más contenidos de promoción de salud, que coadyuven al desarrollo de municipios saludables, sostenibles, irreversibles y participativo-democráticos.

75. Areas de trabajo que recibirán gran atención serán las de diseñar, ejecutar y evaluar Planes de Seguridad Alimentaria Nutricional, de Salud Ambiental y de Comunicación Social en las municipalidades, fortaleciendo el rol de los gobiernos locales y los CODEM (consejos de desarrollo municipal) en la conducción de los mismos.

76. Se pondrá mayor énfasis en el trabajo intersectorial local, en el seno de los municipios, que incluyan varios sectores del desarrollo local y diferentes instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales.

77. Una dimensión del trabajo de gran significación será la articulación interprogramática de la cooperación técnica, que evite que la promoción de salud se conciba como área de trabajo de un solo programa de cooperación.

78. Protección y Desarrollo Ambiental. La cooperación técnica está dirigida siguiendo las prioridades del gobierno establecidas alrededor del proceso nacional de acceso.

79. La cooperación estará dirigida a todos los niveles central, departamental, municipal y comunitario) y pondrá el énfasis en fortalecer la organización estructural, la preparación de planes operativos y sus instrumentos de evaluación y seguimiento.

80. Las acciones de cooperación se dirigirán al incremento de la capacidad local de respuesta ante la problemática de salud del ambiente, mediante el diseño, movilización de recursos, ejecución y evaluación de proyectos locales; la participación de todos los actores sociales en la vigilancia de los factores de riesgo y en la ejecución de proyectos de prevención y control de riesgos en salud y ambiente; y en el desarrollo de los recursos humanos del sector salud, municipalidades y locales en salud y ambiente.

81. Prevención y Control de Enfermedades. El programa de cooperación será coherente con las prioridades nacionales definidas en el proceso nacional de acceso.

82. En ese sentido la cooperación pondrá énfasis en generar la capacidad de respuesta epidemiológica a

nivel local de forma integrada, en el seno de un modelo de atención integral, que permita controlar y/o erradicar enfermedades emergentes y reemergentes; incrementar las cobertura de vacunación y sostener los resultados alcanzados; controlar y/o erradicar las enfermedades de transmisión sexual y SIDA; las ETAs; las EDAs; las ETV; las zoonosis; así como las enfermedades crónicas y la violencia.

83. Desde la perspectiva de este programa de cooperación se cooperará con los esfuerzos nacionales por reforzar la vigilancia de la salud y conformar un Sistema Unico de Información en Salud, así como generar la cultura de análisis de la información para la gestión por niveles de atención y de gestión del Sistema de Salud, incluido los proveedores privados de servicios. La cooperación incidirá sobre el desarrollo de la epidemiología como elemento de análisis e intervención sobre los problemas de salud locales, regionales y nacionales.

84. Se promoverá la participación del programa en los análisis de situación de salud, con amplia participación social, como medio de comprometer a la población con las soluciones a los problemas detectados.

85. Areas que Necesitan Cooperación Técnica de la OPS/OMS Para atender la situación antes descrita la cooperación puede insertarse en: Apoyo al Proyecto Nacional de Acceso a Servicios de salud; Proyecto de Mitigación de la Pobreza; Proyecto de Desarrollo integral a nivel local; Actividades y programas de seguridad alimentaria; Atención y mejoramiento del medio ambiente; Promoción de la salud (Énfasis en Participación Social); Programa Materno Infantil; Prevención y control de enfermedades con énfasis en las principales enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, Malaria, dengue, Tuberculosis y Enfermedad de Chagas); Apoyo al proceso de descentralización de los servicios de salud; Sistemas de servicios farmacéuticos;- Medicina tradicional. - Mujer, salud y desarrollo (Enfoque de Género); Promoción de la equidad, eficacia y eficiencia en el sector salud' Fortalecimiento del sistema de información; Vigilancia de la salud; Participación de las ONG's en los proyectos y procesos de extensión de movilización de recursos nacionales para fortalecer el sector; Apoyo a iniciativas y proyectos de integración Centroamericana; Apoyo a

proyectos y/o programas de atención de grupos especiales (Mosquitia, Fronteras, Comunidades Indígenas y otros).

86. Además se considera conveniente continuar el apoyo a la consolidación de los otros programas (ya tradicionales) del Ministerio de Salud y el IHSS.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Salud y Desarrollo Humano.**

- Fortalecida capacidad de formulación de políticas.
- Consolidado el análisis de situación de salud con el enfoque de género incorporado.
- Unificado sistema de información con enfoque epidemiológico incorporado.

### **Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud**

- Modelos de gestión y de atención descentralizados, con amplia participación y control social de la gestión del sistema de salud, que pongan énfasis en la eficiencia, eficacia, calidad y equidad, en ejecución.
- Proceso de formación de recursos humanos en salud, en función de los contenidos sustantivos requeridos por la modernización y reforma del sistema de salud, en ejecución.
- Opciones de organización y financiamiento del sistema de salud (modernización y reforma) identificadas y en proceso de debate nacional.
- Rol rector del Ministerio de Salud para la conducción del proceso de reforma, fortalecido.

### **Promoción y Protección de la Salud**

- Enfoque de promoción y protección integral de la salud incorporado en la prestación de la atención de la Red de Servicios de Salud.
- Enfoque de Promoción y Protección de la Salud incorporado en los planes de desarrollo del nivel local y de área.
- Recursos humanos formados y/o capacitados en estrategias de Promoción y Protección de la Salud.

### **Protección y Desarrollo del Ambiente**

- Red de servicios de protección y desarrollo ambiental readecuada a nivel nacional, regional y local.
- Asegurada la participación de todos los actores sociales en vigilancia de factores de riesgo, preparación y ejecución de proyectos de prevención y control de riesgos en salud y ambiente.
- Desarrollados los recursos humanos del sector salud, municipalidades y niveles locales.
- Continuar brindando cooperación técnica al sector salud ambiental de Honduras y supervisando la cooperación técnica de la OPS en las regiones de salud.



**Resultados Esperados****1998-1999****Prevención y Control de Enfermedades**

- Sistemas de vigilancia e información implantados en el proceso de readecuación de la red de servicios.
- Garantizada la participación social amplia, efectiva y sostenida en la vigilancia, prevención y control de las enfermedades a través de su co-gestión en el abordaje de las mismas.
- Desarrollado de los recursos humanos encaminados al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria para la vigilancia, prevención y control de enfermedades.

**Apoyo al Desarrollo, Gestión y Coordinación de los Programas de País**

- Fortalecimiento de los procesos de conducción política, técnica y administrativa de la cooperación de OPS/OMS con Honduras, y contribución relevante para el mejoramiento de la situación sanitaria nacional.

<b>HONDURAS</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,220,800	1,553,600	159,000	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	738,100	528,500	1,332,900	2,266,000
Promoción y Protección de la Salud	126,600	283,000	85,300	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	433,900	533,500	527,000	296,000
Prevención y Control de Enfermedades	541,100	532,500	752,800	10,000
<b>TOTAL</b>	<b>3,060,500</b>	<b>3,431,100</b>	<b>2,857,000</b>	<b>2,572,000</b>

## *Situación de Salud*

1. A pesar de las dificultades que experimenta la economía jamaicana, el país ha podido mantener una buena situación de salud equivalente a otros países de la región con necesidades y problemas de salud similares.

2. El Ministerio de Salud ha solicitado la ayuda de la OPS en materia de reforma de asistencia sanitaria con miras a abordar algunas de sus dificultades. Una de las áreas prioritarias identificadas ha sido la búsqueda de iniciativas para financiar la atención de la salud. Algunas de estas han sido recuperación de costos, participación de costos entre el público y el gobierno y el establecimiento de un seguro nacional de salud. También se han tomado medidas para fortalecer la administración y los servicios de apoyo, entre las que se incluye la descentralización, el desarrollo de sistemas locales de salud, el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria, el mantenimiento de la infraestructura física y las actividades de planificación de recursos humanos.

3. Las esferas que más preocupan son la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, y enfermedades crónicas. Hasta 1995 se había notificado un total de 1.533 casos de SIDA.

4. Las causas principales de muerte en años recientes fueron neoplasmas, cardiopatías y enfermedades de los aparatos respiratorio y digestivo en los varones. En el caso de la mujer fueron las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la diabetes mellitus y la hipertensión.

5. Persisten las enfermedades vinculadas a condiciones ambientales deficientes, aunque es evidente que se ha tomado conciencia de la relación entre ambas porque la población suele denunciar, por ejemplo, sistemas de alcantarillado deficiente que afectan la salud de ciertas comunidades. Sin embargo, en algunas áreas, la población debe asumir la responsabilidad de algunas de las condiciones ambientales reprobables como la deforestación y la contaminación atmosférica. Una de las causas de esta última es la quema del carbón. El alcantarillado tiene poca cobertura y consiste en sistemas

comunitarios únicamente en los principales centros urbanos. No existen sistemas de alcantarillado en las zonas rurales.

6. Existen 109 plantas de tratamiento de aguas residuales, de las cuales un 40% se encuentran en las zonas de Kingston y St. Catherine.

7. Esto es motivo de inquietud que requiere acción inmediata y urgente, sobre todo en lo que se refiere a los niveles de contaminación de estos sistemas que amenazan los recursos hídricos, y a las estrategias correspondientes que deberán promulgarse a nivel nacional para conservar y proteger el abastecimiento de agua potable. El programa del SIMAS proporcionará por lo menos una base para desarrollar recursos de control.

8. No ha cesado la necesidad de cambiar los estilos de vida, como lo pone de manifiesto la alta incidencia de accidentes de tránsito, enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos psiquiátricos, drogadicción y alcoholismo. El gobierno comenzará a utilizar próximamente alcoholímetros de aliento en un intento por frenar la elevada incidencia de accidentes de tránsito por el abuso del alcohol.

9. Los accidentes y la violencia son áreas que suscitan gran preocupación. Entre 1986-90 los accidentes y la violencia pasaron de la posición número 5 a la número 4 para los lactantes de menos de 1 año de edad. Entre los niños de 1 a 4 años y de 5 a 14 años, se ubicaron en la posición número 2 y número 1 respectivamente (Unidad de Información Sanitaria). El examen de los informes de accidentes revela que de todas las hospitalizaciones por quemaduras por incendios y productos químicos, los índices más altos correspondieron al grupo etario de menos de 5 años. En el caso de heridas con armas de fuego, 12% correspondieron al grupo de menos de 15 años de edad. Esto significa que la violencia está comenzando a sobrepoblar los hospitales y que se están desviando recursos para hacer frente a la carga creciente.

10. La OPS/OMS se ha unido a varios organismos en apoyo del Programa Paz y Amor en las escuelas, mediante el cual se enseña a los alumnos técnicas de

resolución de conflictos. El programa está extendiéndose a los adultos en algunas comunidades.

11. En 1996 siguió siendo un problema la escasez de recursos humanos, lo que afectó la prestación de servicios de atención de salud. Sin embargo, en un esfuerzo por contener el problema en el grupo de enfermería, se impartió un curso para elevar las aptitudes de los estudiantes al nivel necesario para ingresar al programa de enfermería.

12. Se registra asimismo escasez de farmacéuticos e inspectores de salud pública.

13. La promoción de la salud ha sido una de las principales estrategias en las que se alentó el enfoque intersectorial.

14. Otras áreas de atención prioritaria son: preparativos para casos de desastre, haciendo hincapié en la planificación y en los simulacros; salud maternoinfantil, haciendo hincapié en la reducción de la mortalidad perinatal, la reducción de la mortalidad materna a menos de 10 por 10.000 nacidos vivos y la erradicación de la poliomielitis y el sarampión; educación pública y vigilancia nutricional orientada a mejorar el estado de nutrición; salud bucodental, haciendo hincapié en la educación pública y la supervisión del proyecto de fluoración de la sal; salud mental, haciendo hincapié en la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria; prevención de las enfermedades crónicas, con énfasis en la diabetes y la hipertensión; salud pública veterinaria, haciendo hincapié en la vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos; higiene ambiental, haciendo hincapié en el mejoramiento de la calidad del agua potable, la reducción de la contaminación atmosférica, la higiene ocupacional y la evacuación sanitaria de excretas, aguas residuales y residuos sólidos; participación de las organizaciones no gubernamentales en la salud y en la vigilancia epidemiológica.

15. Prioridades Nacionales para la Cooperación Técnica en general y de la OPS en particular. Protección y desarrollo ambiental: Fortalecimiento de los programas de vigilancia y evaluación de la higiene ambiental y de las condiciones epidemiológicas; descentralización de servicios y capacitación de recursos humanos.

16. Control o eliminación de enfermedades prevenibles: Énfasis en la vigilancia.

17. Prevención y control de enfermedades no transmisibles: Énfasis en la cobertura de servicios de alto riesgo para la nutrición, la salud mental y las enfermedades crónicas.

18. Salud mental: Énfasis en la integración de la salud mental en la atención primaria de salud.

19. Salud bucodental: Énfasis en la capacitación de personal.

20. Salud maternoinfantil: Énfasis en la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad perinatal.

21. Administración del conocimiento. Énfasis en el manejo de la información sanitaria.

22. Integración de la mujer en la salud y el desarrollo. Énfasis en la sensibilización del público en cuestiones de género.

23. Educación sanitaria y promoción de la salud. Énfasis en la promoción de modos de vida sanos.

24. Salud pública veterinaria. Énfasis en el mejoramiento de la protección de los alimentos.

25. Cooperación técnica entre países. Énfasis en la movilización e intercambio de recursos entre los países.

26. Desarrollo de servicios de salud: Énfasis en la descentralización y la reestructuración de la administración de los servicios de salud.

27. Formación de recursos humanos: Énfasis en el desarrollo de recursos humanos en el ámbito de la salud.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

28. Búsqueda de programas y estrategias para lograr mejoras de la calidad ambiental y promover mejoras en la salud y el bienestar humano, con concentración específica en monitoreo de la utilización del agua, eliminación de excretas, lucha antivectorial, contaminación marina y salud de los trabajadores. Elaboración y ejecución de programas concebidos para promover modos de vida sanos y comportamientos responsables en materia de salud

en general. Iniciativas de investigación para financiar la atención de salud. Educación pública y vigilancia nutricional orientadas a mejorar el estado de nutrición. Promoción de medidas y actividades que fomenten la incorporación de las necesidades de la mujer en la planificación de programas, el aumento de la sensibilización, la creación de una conciencia colectiva con respecto a los temas de género, el fortalecimiento de la capacidad de toma de decisiones de las mujeres y realce de su autoestima. Fortalecimiento de la capacidad del MS de planificar el desarrollo de los recursos humanos, la capacidad de adiestramiento de las instituciones terciarias y la planificación de programas.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

29. La estrategia de cooperación técnica de la Representación de la OPS/OMS en Jamaica seguirá redoblando esfuerzos para lograr la salud nacional. Las metas definidas por el país coinciden con las metas y estrategias mundiales acordadas.

30. De conformidad con la evaluación conjunta efectuada en 1996, se prestará especial atención a las recomendaciones formuladas, a saber: suministrar apoyo a: a) la iniciativa sobre municipios (parishes) sanos; b) la aplicación del enfoque epidemiológico para la prevención y el control de la violencia; c) el desarrollo del sistema de información a todos los niveles del ministerio; d) el programa de garantía de calidad; e) el desarrollo de recursos humanos con referencia especial a la educación de trabajadores de la salud y el establecimiento del respaldo mixto apropiado a la descentralización; f) la elaboración de un programa sostenible de mantenimiento de equipo biomédico; g) un enfoque basado en las diferencias de género para el análisis y el desarrollo de programas; h) la mitigación de daños en casos de desastre; i) el desarrollo de legislación apropiada respecto de la protección del medio y el desarrollo; j) la conclusión de la instalación de la red de vigilancia de la calidad del agua del SIMAS; k) el establecimiento de un marco para vigilar la ejecución

del plan nacional de residuos sólidos; l) la finalización del establecimiento local de normas sobre emisión de chimeneas; m) la computarización de la vigilancia de la malaria; n) la expansión del Programa de Lucha Antivectorial, respaldado por Italia, a otros municipios; o) el desarrollo de un programa de modos de vida sanos con referencia específica a las enfermedades predominantes: hipertensión, diabetes y cáncer; p) el establecimiento de un sistema de vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos; q) el desarrollo de una política nacional de salud de los trabajadores. Formulación de programas de salud de los adolescentes y salud reproductiva.

31. Niveles de colaboración con instituciones regionales, nacionales e internacionales; como CFNI, UTECH, UWI y BID para poner en práctica programas pertinentes específicamente en el caso del desarrollo de recursos humanos (UTech y UWI) y fortalecer la asistencia sanitaria. Participación del BID en áreas como infraestructura, y del CFNI en nutrición.

32. Los enfoques funcionales que se usarán incluyen asistencia técnica directa, capacitación, investigación, divulgación de información, formulación de políticas, planes y normas y movilización de recursos.

33. Se proporcionará asistencia técnica directa principalmente en las áreas de consulta y asesoría en todos los programas. Se proporciona capacitación en el área de desarrollo de recursos humanos; investigación en el área de epidemiología; divulgación de información en el área de promoción de la salud; formulación de políticas, planes y normas en el área de desarrollo de servicios de salud como, por ejemplo, apoyo a la descentralización; con respecto a la movilización de recursos, se proporcionaría en programas de cooperación técnica en materia de salud, en los cuales se movilizan los recursos de varios países para la ejecución de un programa determinado.

---

## **Resultados Esperados**

---

**1998-1999**

### **Abastecimiento público de agua y saneamiento**

- Se habrán elaborado un instrumento y un marco para la recolección, el análisis y la utilización de los datos e información primarios para su uso en la planificación, formulación de programas, seguimiento y evaluación.
- Se habrán establecido técnicas de adiestramiento y se habrá capacitado personal en el uso de herramientas de manejo y evaluación para vigilar los sistemas de desechos y proteger la salud de los trabajadores.
- Se habrán actualizado las normas.
- Se habrán fortalecido las aptitudes, las técnicas y la capacidad para evaluar las repercusiones de los desechos y para completar las evaluaciones del impacto ambiental.
- Se habrán promovido estrategias de protección del medio ambiente y desarrollo sostenible en colaboración con organismos nacionales de ecología y planificación.
- Se habrá mejorado la calidad del agua de los municipios y se habrá introducido una red de vigilancia.
- Se habrán mejorado las aptitudes de comunicación del oficial que se ocupa del medio ambiente.
- Se habrán elevado los niveles de salud pública, educación de la comunidad y habilidades para generar ingresos en la zona este central de St. Andrew para fines de 1999.
- Se habrán preparado proyectos sobre ordenamiento del medio.

### **Educación sanitaria y promoción de la salud**

- Se habrán impartido conocimientos sobre la política de promoción de la salud a organizaciones no gubernamentales, organismos del gobierno, grupos comunitarios y personal de salud.
- Se habrá examinado/evaluado el mecanismo existente de colaboración intersectorial.
- Se habrá vigilado la situación de salud de las poblaciones de comunidades pobres.
- Se habrán mejorado las aptitudes del personal de educación sanitaria y de los líderes comunitarios en técnicas de educación sanitaria y promoción de la salud.
- Se habrá logrado una mayor participación de la comunidad en la observancia del Día Mundial de la Salud, el Día Mundial Sin Tabaco y el Día Mundial de la Salud Mental.
- Se habrá promovido la iniciativa sobre municipios saludables y se habrá fortalecido la vinculación con organizaciones no gubernamentales.
- Se habrá analizado el contenido de los periódicos en lo que se refiere a la violencia y al SIDA.
- Se habrá determinado la cobertura de los medios de difusión en lo que se refiere a la infección por el VIH/SIDA, las enfermedades crónicas y el ambiente.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Salud y desarrollo de la mujer**

- Se habrán sensibilizado los responsables de formular políticas, los instructores de cursos básicos sobre salud y los gerentes de alta jerarquía en el concepto de género aplicado a la planificación de programas.
- Se habrá analizado la investigación sobre el género y se habrá utilizado en la planificación de programas.
- Se habrá mejorado la presentación de los datos de MCSR.
- Se habrán fortalecido las atribuciones y el alcance del trabajo para los vínculos entre el Ministerio de Salud y las ONG.
- Se habrá fortalecido la capacidad de adiestramiento de la Oficina de Asuntos de la Mujer.

### **Inocuidad de los alimentos**

- Se habrán formulado políticas y normas modelo de protección de alimentos para facilitar el establecimiento y la ejecución de un programa integral.
- Se habrá mejorado la capacidad para la vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos.
- Se habrá fortalecido la capacidad para la aplicación del sistema de APPCC como una herramienta para asegurar la calidad y la inocuidad alimentarias en determinados grupos destinatarios.
- Se habrá fortalecido la capacidad para desarrollar un enfoque integral para el control y la erradicación de las zoonosis prioritarias.
- Se habrá mantenido la ausencia de fiebre aftosa y rabia.

### **Recursos humanos para la salud**

- Se habrán mejorado las aptitudes del personal del sistema de salud de los municipios.
- Se habrá mejorado la administración de servicios de salud a nivel municipal, regional y central.
- Se habrá respaldado la educación permanente para los profesionales de la salud.
- Se habrán mejorado las metodologías didácticas en la facultad de medicina.
- Se habrá evaluado la eficacia y la utilización de los recursos humanos de salud capacitados en el servicio y las instituciones de enseñanza terciaria en Jamaica.
- Se habrán mejorado los métodos didácticos de los instructores de enfermería.
- Se habrá logrado la racionalización de enfermeras de atención primaria familiar, psiquiátricas, de salud mental y de salud pública.
- Se habrá fortalecido la integración regional de HRD y otras disciplinas.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Desarrollo de sistemas y servicios de salud**

- Se habrá mejorado la capacidad para vigilar y administrar la calidad de los servicios y las condiciones de trabajo en los hospitales.
- Se habrá fortalecido la capacidad de gestión del sistema de atención primaria de salud.
- Se habrá mejorado la capacidad para asignar y utilizar los recursos de salud con mayor eficiencia.
- Se habrán desarrollado aptitudes y herramientas para que la oficina central desempeñe una función reglamentaria con respecto a las operaciones del sistema de salud.
- Se habrán mejorado el uso apropiado de la información sanitaria y la tecnología de la información en la toma de decisiones.
- Se habrán examinado y demostrado otros mecanismos de financiamiento y de establecimiento de sistemas para suministrar información a los encargados de formular las políticas. Se habrán fortalecido las aptitudes del personal de emergencia y de respuesta en casos de desastre.
- Se habrán formulado proyectos sobre servicios de cardiología y garantía de la calidad.

### **Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de programas en el país**

- Se habrá mejorado la vigilancia de los programas de trabajo, salud para todos y el apoyo de los ciudadanos y órganos participantes.
- Se habrán mejorado las aptitudes del personal de la Representación en el uso de la tecnología.
- Se habrá efectuado la evaluación bienal del programa.

### **Información biomédica y sanitaria**

- Se habrá mejorado la eficiencia operativa del DRG.
- Se habrá mejorado el sistema de información para la gestión en las regiones.
- Se habrán actualizado los datos básicos.
- Se habrá mejorado la operación de los sistemas de registros médicos en los hospitales A y B.
- Se habrán impartido cursos por correo electrónico de epidemiología y bioestadística.
- Se habrán mejorado las aptitudes de desarrollo de sistemas del personal de HIU

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Salud mental**

- Se habrán fomentado el bienestar en salud mental y la desestigmatización de las enfermedades mentales.
- Se habrán establecido programas de rehabilitación por lo menos en dos regiones.
- Se habrá mejorado el manejo de la salud mental en la comunidad.
- Se habrá mejorado la capacidad de recursos humanos de los servicios de salud mental en la comunidad.

### **Salud de la familia y la comunidad**

- Se habrá mejorado la eficiencia operativa del programa para la salud de las madres y niños pequeños.
- Se habrá puesto en marcha el concepto de escuela sana.
- Se habrá respaldado el programa de salud de los adolescentes.
- Se habrá respaldado un enfoque a la salud adulta tomando en cuenta las diferencias entre uno y otro sexo.
- Se habrá apoyado un modo de vida sano para los ancianos.

### **Enfermedades no transmisibles**

- Se habrá mejorado el manejo de las enfermedades crónicas y el tamizado del cáncer cervicouterino.
- Se habrá mejorado el centro de recursos del programa de auxiliares dentales.
- Se habrán mejorado las aptitudes del personal de la Escuela de Auxiliares Dentales.
- Se habrá fortalecido y ampliado la prestación de servicios dentales para incluir a los ancianos.
- Se habrá desarrollado el sistema de información para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en todas las regiones.
- Se habrá equipado mejor al personal de nutrición para prestar servicios de mejoramiento del estado nutricional.
- Se habrá mejorado la vigilancia nutricional.
- Se habrá mejorado el programa de educación pública para la comunidad.

### **Control de enfermedades transmisibles**

- Se habrán fortalecido los sistemas de vacunación.
- Se habrá fortalecido y ampliado el sistema de vigilancia para incluir los traumatismos.



**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá fortalecido la capacidad del personal para controlar y prevenir las enfermedades transmisibles.
- Se habrá fortalecido la capacidad de vigilancia de laboratorio.
- Se habrá apoyado la investigación esencial en salud nacional.
- Se habrá fortalecido el programa para controlar las enfermedades diarreicas y fomentar la lactancia materna.
- Se habrá mejorado la prescripción de antibióticos.

**Protección contra la violencia**

- Se habrá fortalecido la organización comunitaria de las zonas urbana deprimidas.
- Se habrán mejorado las aptitudes de resolución de conflictos entre los docentes, los profesionales de atención de salud y líderes de la comunidad en las zonas urbanas deprimidas.

<b>JAMAICA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,037,200	1,203,500	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	925,800	980,200	200,400	0
Promoción y Protección de la Salud	197,700	175,500	5,000	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	342,300	369,000	1,226,900	900,000
Prevención y Control de Enfermedades	287,200	427,400	13,200	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,790,200</b>	<b>3,155,600</b>	<b>1,445,500</b>	<b>900,000</b>

## *Situación de Salud*

1. Para 1997 y previsiblemente para los años subsiguientes, las principales instituciones del sector salud se han trazado un conjunto de objetivos de trabajo y metas que abordan los problemas principales identificados en el sector y que forman parte substancial de la política nacional para el sector social.

2. La Secretaría de Salud (SSA) concentrará esfuerzos y recursos de todo tipo en los siguientes objetivos:

3. Consolidar el proceso de descentralización: En la primera mitad de 1997 debe culminar el proceso de firma de acuerdo con los 32 gobiernos estatales para la descentralización del presupuesto y determinadas funciones en materia de salud y al propio tiempo, se trabaja en el conjunto de normas y regulaciones básicas que fijan las normas, pautas y procedimientos para el funcionamiento descentralizado del sistema de salud, seguido de un vigoroso proceso de difusión y capacitación de las mismas así como de supervisión y control que se desarrollará en los años subsiguientes.

4. Continuar avanzando en la extensión de cobertura de servicios básicos de salud a la población: Desde 1996 se inició un programa especial que tiene identificado su población objetivo a cubrir por años y que en 1996 alcanzó a 3 millones de personas, en 1997 se extiende a 6 millones en total y para 1999 debe alcanzar los 10 millones de habitantes de zonas rural dispersas y difícil acceso geográfico. Asimismo, en el marco de este objetivo de trabajo se propone para los próximos años cubrir a varios cientos de miles de familias con un programa especial de salud, alimentación y educación para abatir rezagos y combatir la pobreza. También se proyecta un vigoroso trabajo de complemento y apoyo a la extensión del programa de municipios saludables, que en 1996 alcanzó a 606 municipios y proyecta para 1997 llegar a cubrir a 850 de un total de poco más de 2,200 que existen en el país.

5. Fortalecer los programas preventivos y de vigilancia epidemiológica: Las áreas principales de acción definidas son: a) mantener y mejorar los niveles actuales de cobertura de vacunación, manteniendo en cero casos a la poliomielitis, el sarampión y la difteria y reduciendo a niveles muy bajos la tos ferina, el tétanos neonatal y la tuberculosis meningea; b) el desarrollo de las acciones de prevención y control de cólera tales como visitas a casas, toma de muestras, cloración de agua, etc., que permitan mantener la letalidad por debajo de 0.5% y no se incrementen el número de enfermos; c) desarrollo cualitativo del programa de salud reproductiva y planificación familiar, proyectándose como resultado del mismo un incremento del número de mujeres en edad fértil que usan anticonceptivos alcanzando el 70% en el año 2,000 y disminuyendo hasta 2,4 hijos por mujer la tasa global de fecundidad en contraste con el 2,6 alcanzado en 1996; d) impulso al programa nacional de prevención y control del SIDA mediante la mejoría de la atención a enfermos y la educación de la población a través de medios masivos de difusión y la distribución amplia de material educativo; e) la prevención y control de otras enfermedades transmisibles reforzando las acciones de vigilancia epidemiológica, la capacitación permanente del personal técnico y la participación activa de la población en las tareas de higiene y control.

6. Extender y reforzar las acciones de saneamiento ambiental: El énfasis se colocará en continuar incrementando las acciones de vigilancia ambiental, tales como control de vivienda, censos, estudios de contingencias y de los efectos crónicos en la población de los problemas ambientales, así como el control sanitario del agua y la educación de la población para la preservación y mejora del medio ambiente.

7. Profundizar la desregulación e impulsar el mercado de insumos para la salud: La SSA trabaja en la simplificación de los trámites de registros médicos, los cuales en 1996 se redujeron en un 42%. Así mismo, está dando mayor transparencia a los procedimientos, eliminando barreras a la entrada al mercado nacional y fomentando el uso de medicamentos genérico, actividades todas que se prevé continúen durante los próximos años para que

desregulen el nuevo reglamento de control de insumos para la salud que apunta en la dirección antes señalada.

8. Mejorar la calidad de los servicios: Se puso en marcha un programa de estimulación a través de la superación profesional y el incremento de salarios y se creó en 1996 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la cual está contribuyendo mucho a la atención de las quejas de la población y la resolución de conflictos entre prestadores y receptores de la atención de salud. En los próximos años se trabajará en mejorar la eficiencia de la cooperación con otras instancias del estado. Por otra parte, se impulsará el trabajo y se mejorarán capacidades de enseñanza e investigación en los institutos nacionales para apoyar los esfuerzos de todas las instituciones del sector.

9. Las instituciones de Seguridad Social han definido 2 líneas estratégicas para contribuir a la solución de los problemas de salud en el marco del proceso de reforma sectorial:

10. En el primer nivel de atención se introduce la elección de los médicos familiares por parte de los usuarios, que debe redundar en mayor satisfacción de estos y el incremento de la calidad de las prestaciones médicas.

11. La ampliación de la cobertura a la población propiciando la incorporación de personas y familias que trabajan en la economía informal pero que tienen capacidad de pagar en forma anticipada por los servicios de salud. Se pondrá en marcha en 1997 un seguro de salud familiar que facilitará la afiliación de estas personas, al tiempo que se introducen mecanismos de reversión de cuotas al sector privado para los colectivos de trabajadores que deseen no atenderse en los establecimientos del seguro social, pero manteniendo estas últimas la función de financiamiento de la atención de salud.

12. La visión para el mediano plazo es que los servicios a población abierta brindados por la Secretaría de Salud se concentrarán en la atención al medio rural y urbano marginal, y que operarán de forma integrada y descentralizada. La seguridad social por su parte, llegará a toda la población de ingresos medios con capacidad de pago anticipado.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

13. Cooperación Técnica entre países: Desarrollar dentro del marco del desarrollo nacional y las prioridades del plan de reforma del sector, el componente de cooperación técnica en el campo de la salud con otros países de la región; Promoción y protección de la salud: Alcanzar mejores ambientes y condiciones y estilos de vida; Protección y desarrollo del ambiente: Prevención y control de riesgos ambientales para la salud; Desarrollo de sistemas de salud: El mejoramiento continuo de la calidad y la gestión administrativa de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura de atención médica a la población; Salud veterinaria: Disminución del riesgo e impacto que para la salud pública y la economía provocan las zoonosis y la eventual introducción de enfermedades de origen animal exóticas y reemergentes; Inocuidad de los alimentos: Promover mejora de condiciones sanitarias de los alimentos para consumo humano durante todo el proceso que transcurre desde su producción hasta su consumo de modo de disminuir la incidencia de las enfermedades que se transmiten a través de ellos y las limitaciones y restricciones que su calidad sanitaria pudieran ocasionar en el comercio nacional e internacional; Prevención y control de enfermedades: Disminución de los índices de morbilidad y mortalidad provocados por enfermedades transmisibles, no transmisibles y otras patologías con presencia e impacto nacional o regional; Recursos humanos para la salud. Propiciar calidad, eficiencia y equidad de los servicios de salud en apoyo a la ampliación de la cobertura de atención médica, mediante la capacitación y aprovechamiento de los recursos humanos que integran el sector salud. Apoyar la consolidación del proceso de descentralización, mediante desarrollo de los sistemas de información que faciliten la planeación, control, seguimiento y evaluación de programas y servicios en las entidades federativas. Salud de la familia, comunidad y asuntos de población: Contribuir para la reducción de las tasas de mortalidad materna, perinatal y de natalidad en México; Salud de la mujer: Promoción y Fomento de la Salud; Lograr políticas públicas saludables, la participación social y la multisectorialidad para alcanzar mejores niveles de salud. - Asistencia Social. - Alcanzar la integralidad, a través de intervenciones estratégicas para sumar y articular los

esfuerzos de los tres niveles de gobierno, la focalización para llegar con mayor eficacia a los grupos prioritarios. La coordinación y concertación, para potenciar cobertura y resultados e integrar los esfuerzos diversos de la sociedad civil y el gobierno. La flexibilidad, para ajustar acciones y medios a las condiciones ambientales y contextuales de los grupos. Análisis sectorial en el contexto del desarrollo y la reforma: El apoyo a los procesos de modernización del sistema nacional de salud y el desarrollo de la coordinación sectorial; Desarrollo y gestión de las políticas y programas de salud.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

14. La estrategia de la Cooperación Técnica de la Representación en México para el bienio estará basada por una parte en las líneas emanadas de los documentos programáticos de la Organización: El noveno programa general de trabajo para el periodo 1996-2001, de la Organización Mundial de la Salud y las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS, 1995-1998.

15. Por otra parte, las prioridades y programas y planes nacionales contenidos en el programa de reforma del Sector Salud 1995-2000 el cual contiene las grandes estrategias con que el Sector contempla superar los principales problemas de Salud de la Población. La estrategia de cooperación de la OPS, se orienta a compatibilizar ambas vertientes a manera de brindarse con la máxima eficacia y racionalidad en el apoyo de los grandes esfuerzos nacionales. Las prioridades de cooperación se pueden resumir en: extensión de cobertura de los servicios para una atención equitativa y oportuna de los problemas de salud a través del incremento de la eficiencia del sistema en general y de los servicios de salud en especial, atención adecuada de los condicionantes y problemas al nivel local con el fortalecimiento de las acciones de descentralización en las instancias federales, estatales y en los niveles municipal y jurisdiccional.

16. En ese sentido se continuará y fortalecerá los grandes lineamientos de cooperación definidos en el Bienio Anterior continuadas en la última Reunión de Evaluación Conjunta (REC) (noviembre 1996).

17. Dentro del contexto, se requiere atención a los problemas de salud no resueltos como las

enfermedades infecciosas, vectoriales y emergentes, las carenciales y las de grupos vulnerables como las enfermedades de los niños y de las mujeres, también se deberán considerar los nuevos desafíos representados por las lesiones, accidentes, así como las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas responsables de las primeras causas de muerte, el suministro de los servicios básicos en forma directa ó con la participación de otras instituciones, sectores ó autoridades en especial con los municipios, también se prestará atención a la salud de las fronteras norte y sur y a la preparación de las instituciones y la población para situaciones de desastres.

18. Para el cumplimiento de estos objetivos, la PWR/MEX estimulará los sistemas y servicios de salud de los grandes lineamientos y estrategias de la reforma del sector, para tal fin se continuará estimulando el desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales y jurisdiccionales y en la operatización del paquete de servicios básicos de salud planeado por la Secretaría de Salud para la población en riesgo y marginada en 11 estados del país (proyecto UAH) dentro del marco de la descentralización y la extensión y operación de la Red de Municipios Saludables, otra de las prioridades estratégicas de la SSA (Proyectos HPP y UAH).

19. En relación a la atención de enfermedades se buscará apoyar la optimización de los programas de control, privilegiando las enfermedades cuyos mecanismos de prevención se conocen y cuya relación costo/efectividad esté comprobada (Proyectos CCD, GPA, SPV y OCD) complementando estos esfuerzos con el permanente apoyo a los programas nacionales de promoción y fomento de la salud, con los contenidos de salud familiar, reproductiva y nutricional (Proyectos FCH, HPP, NUT, FOS) y sin descuidar en este aspecto la prioridad de los grupos especiales programas de la mujer y de poblaciones indígenas (Proyectos WHD y TRM).

20. El apoyo al fortalecimiento para la Atención del Primer Nivel se mantendrá y complementará con el desarrollo de la Red de Servicios del 2o. y 3er nivel definiendo el papel del Hospital dentro del nuevo modelo de atención cuya integralidad persigue el plan de reforma a través del fortalecimiento de los Sistemas de Salud y sus 3 componentes: mejoramiento continuo de la calidad de la atención, el mejoramiento de la gestión de servicios y la

incorporación del componente de atención a la salud en caso de desastres, dentro de este marco se deberá desarrollar los sub-sistemas de apoyo en materia de enfermería, medicamentos, laboratorios y otros (proyecto QCT).

21. Otros componentes de importancia para la cooperación de OPS la constituyen: La salud del medio, cuya vigilancia, promoción y elaboración de proyectos para su desarrollo, contará con apoyo constante de cooperación técnica (proyecto ERA); los programas nacionales de salud pública veterinaria de ámbito sectorial y nacional recibirán apoyo permanente en lo relativo a vigilancia, control, formación del personal entre otros (proyecto ZNS).

22. Dentro del sector, y el proceso de la reforma las instituciones de seguridad desempeñan un importante y creciente papel (60% de cobertura) en la atención y cuidado de la salud, por lo que durante el período se mantendrá y ampliará en lo posible, la cooperación a dichas instituciones dentro del marco de los convenios OPS/IMSS/ISSSTE/CISS (Proyectos QAC, UAH, HPP).

23. También se intensificarán así propuestas y acciones que permitan movilización de recursos humanos y materiales así como, la captación de nuevos financiamientos en forma directa ó a través de la asociación con entidades nacionales e internacionales, públicos ó privados (ONG's) incluyendo agencias financiadoras y de cooperación técnica (Naciones Unidas, UNICEF, PNUD, UNFPA y DIF) así como, con las instituciones formadoras (Universidades) y sociedades científicas. En este aspecto se apoyará también con un adecuado sistema de seguimiento y manejo de datos de gestión y control (proyecto CDD).

24. Se limitará sólo a casos extremos la adquisición de recursos ó materiales de equipo de procedencia externa y se aprovechará al máximo los recursos humanos nacionales para su utilización local y en la propuesta para apoyo a otros países (proyectos TCC) así como, en el apoyo a la capacitación de recursos humanos en las áreas críticas para el proceso de reforma, economía de la salud, desarrollo gerencial, personal y jurisdiccional entre otros (proyectos HPL, HRH, QCT).

25. Se utilizará para la entrega de la cooperación en forma permanente la comunicación social y la diseminación de información a todos los niveles e instituciones dentro y fuera del sector de hechos vitales, la epidemiológica relevante para la vigilancia de riesgos y daños para la salud, la de recursos y servicios, y la de salud internacional. Para tal fin, se buscará la forma de optimizar las funciones de la red de servicios de información y documentación en la OPS y el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías (proyectos INF, BHT, QCT).

26. La investigación seguirá siendo promovida en todos los niveles del sistema enfatizando la de tipo operativo, desarrollando la capacitación en métodos de investigación, en especial a nivel de servicios (proyecto HSR).

27. Para lograr el eficiente apoyo de gestión y conducción de la cooperación se adecuarán los sistemas de supervisión, evaluación y manejo de datos administrativos de los proyectos en forma individual e integral con amplia del desarrollo y superación del personal en todos los niveles (proyecto CPS).

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Cooperación Técnica Directa**

- Se habrán definido y establecido las acciones de cooperación técnica para el apoyo de los programas nacionales con otras países para la solución de problemas comunes de salud.
- Promoción y Protección de la Salud.
- Educación Sanitaria y Com.Social. Ejecución de las acciones acordadas para la vigorización de las estrategias de Promoción de la Salud.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- **Salud Mental y Adicciones.** Ejecución de las acciones de gestión acordadas para apoyar programas de promoción de la salud mental, estilos de vida libres de adicciones y de conductas violentas.
- **Nutrición.** Realización de las actividades concertadas para el logro de una mejor nutrición en las comunidades a través de la comunicación y la educación formal e informal.
- **Salud del Adulto Mayor.** Realización de las actividades concertadas para el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas poblacionales y profesionales sobre geriatría y gerontología.

### **Salud Ambiental**

- Fortalecimiento de los programas de mejoramiento de calidad de agua de bebida en el país.
- Fortalecimiento de programas de manejo de residuos sólidos y líquidos. Fortalecimiento de los programas de evaluación y control de riesgos ambientales para la salud. Incluye residuos peligrosos/especiales.
- Promoción de inversiones en ambiente y salud acorde con lineamientos PIAS.
- Fortalecimiento de la capacidad de gestión de instituciones nacionales en el campo de la Salud de los trabajadores. Contempla el área de investigaciones y de formación de recursos humanos.

### **La Ampliación de Cobertura y la Mejoría de la Calidad**

- Las jurisdicciones y municipios que aplican el programa de ampliación de cobertura (PAC) intercambiaron experiencias sobre metodologías e instrumentos gerenciales y recibieron información técnica vinculada con sus objetivos de trabajo.
- Directivos estatales están capacitados en los elementos jurídicos básicos y la normatividad vigente para la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- Hay un mejor conocimiento sobre la prescripción y el uso de medicamentos a través de sistemas de información y control.
- Personal directivo de las jurisdicciones sanitarias y los hospitales con conocimientos y habilidades incrementadas en gerencia de la salud, especialmente en procedimientos para mejorar la eficiencia de los servicios de salud.
- Contribución al fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red de servicios del seguro social, especialmente los hospitales, en el marco del proceso de reforma del sector salud.
- Desarrollo metodológico de los planes de preparativos para desastres en los servicios de salud y la articulación entre las distintas instituciones nacionales y estatales vinculadas.

### **Zoonosis**

- Iniciativas de coordinación y colaboración intra e intersectorial tanto a nivel nacional como regional para la prevención/control de zoonosis.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

---

- Fortalecimiento de la capacidad normativa, gerencial y operacional de los programas.
- Desarrollo y fortalecimiento en el Sector Salud y de Agricultura y Ganadería de sus Sistemas de Información y Diagnóstico para la Vigilancia Epidemiológica de las Zoonosis, otras enfermedades comunes al hombre y los animales y de aquellas que interfieran con el comercio nacional e internacional.

### **Protección Sanitaria de los Alimentos**

- Gestión de iniciativas que favorecen la actualización y equivalencia de las normas sanitarias de los alimentos a nivel nacional y entre países así como su difusión y conocimiento por los usuarios.
- Acciones interinstitucionales para la organización de eventos y actividades específicas sanitaria de los alimentos.
- Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Salud Pública a nivel nacional y regional en lo que hace el análisis de alimentos. Dar seguimiento al funcionamiento de información para las ETA, a la participación de México en las redes subregionales y regionales sobre ellas y promoción y apoyo a la realización de investigaciones aplicadas al conocimiento de factores de riesgo y presencia de ETA.
- Apoyo a la difusión y utilización a diferentes niveles y escala de nuevos enfoques y procedimientos de inspección; y control de calidad en la cadena producción -consumo de alimentos.

### **Prevención y Control de Enfermedades.**

- Tuberculosis. Ampliación y consolidación de la aplicación del T.A.E.S. y del diagnóstico precoz de los casos de TB.
- Lepra - Selección y aplicación de indicadores para evaluar la condición de eliminación de la lepra a nivel local y respaldo a la movilización de recursos externos
- Control de Vectores. Fortalecimiento de la capacidad gerencial y operativa del programa en los niveles intermedios y local, de la coordinación intra e intersectorial y con países fronterizos y de la disseminación de información.
- Vigilancia y Diagnostico de Laboratorio. Apoyo al mejoramiento de la capacidad y calidad de los servicios de la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico.
- Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica. Colaboración a la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles, no transmisibles, emergentes y reemergentes y a la consolidación del sistema único de información. (SUIVE).
- Otras Enfermedades no Transmisibles - NCD. Ejecución de las actividades concertadas para el desarrollo de proyectos integrales de reducción de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y accidentes.
- PRONACED - IRA - Intercambio de información y experiencias en EDAs y IRAs.
- PRONACED - Apoyo a la integración del PRONACED con el paquete básico de Servicios de Salud para contribuir a la atención integral del niño enfermo.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

- Apoyo a actividades de evaluación y capacitación para la operatividad del PVU. (CONAVA).
- Realización de dos reuniones anuales de los Secretarios Técnicos estatales. (COEVAS). - Supervisión en las semanas nacionales de vacunación. Apoyo al reforzamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las EPVs.
- VIH-SIDA-ETS - Quedan validadas las intervenciones educativas con el material OMS-UNESCO.
- VIH-SIDA-ETS - Se fortalece el Trabajo Interinstitucional dentro de la SSA en materia de VIH-Sida-ETS.
- VIH-SIDA-ETS - Se fortalece una estrategia de Comunicación Social de la PWR-MEX.
- SIDA-ETS - Se consolida el trabajo del Grupo Temático de ONUSIDA en México.

### **Recursos Humanos**

- En el marco de la descentralización se habrá colaborado en la capacitación y actualización a jefes estatales de enseñanza y directivos de hospitales en aspectos normativos y operativos de los programas nacionales de enseñanza y del paquete básico de servicios de salud. Lo anterior se apoyará con la implantación de un modelo de educación a distancia (RENAES).
- Jefes de enseñanza y de unidades médicas hospitalarias capacitados y actualizados en paquete básico de servicios de salud.
- Se apoyará en sus tareas al Centro Colaborador de la OMS en la formación de Recursos Humanos - UNAM.
- Se habrá contribuido al mejor conocimiento de la planeación, desarrollo, distribución y utilización del personal de enfermería y de los técnicos en salud a través del desarrollo de la Red Regional de Técnicos en Salud (RETS) y al sistema de información administrativa en enfermería (SIARHE).
- Participación en la difusión de acciones de desarrollo académico y capacitación de personal de salud, en colaboración con instituciones del sector salud, educativas y asociaciones de enseñanza superior.
- Se habrá colaborado en la formación de recursos humanos en el área de economía de la salud y otras áreas afines de acuerdo a las políticas nacionales.

### **Sistemas de Información**

- Se habrá fortalecido la colaboración con la Red Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud (LILACS) y el desarrollo de centros de información OPS en México. Se habrá ampliado la difusión y acceso a las publicaciones y bancos de datos de la OPS y OMS, así como al Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).

### **Salud de la Familia, Comunidad y Asuntos de Población**

- Contribución al intercambio de información y experiencia en Salud Reproductiva.
- Apoyo a personal de salud en los contenidos y promoción de estrategias en la atención integral de Salud Reproductiva.



## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

- Asistencia técnica para seguimiento y evaluación del Programa de Salud Reproductiva.

### **Mujer, Salud y Desarrollo**

- Habrá aumentado la cobertura de las acciones de promoción de la salud integral de la mujer, realizado en forma coordinada por la Dirección General de Promoción de la Salud, la Dirección General de Salud Reproductiva (SSA), Dirección de Área de Fomento de la Salud (IMSS), Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y algunas ONG especializadas y Gobierno de la República (Programa Nacional de la Mujer) y Universidades (Apoyado por algunos de los programas de la PWR).
- Se habrá colaborado en la capacitación de género en varias instituciones del Sistema Nacional de Naciones Unidas, así como en las ONG, Universidades y otras Instituciones del Sistema de Salud (IMSS, ISSSTE y DIF).
- Se habrá implementado el inventario de Salud del Adolescente, con enfoque de Género, en unidades seleccionadas por la Secretaría de Salud.
- Se habrá implementado el carnet de autocuidado y control de salud de la mujer en todas las etapas de la vida, en unidades seleccionadas de la Secretaría de Salud.
- En los programas de prevención de la violencia se estará utilizando orientación e información de factores de riesgo e intrafamiliares que condicionan la violencia contra la mujer.
- Se tendrá implementado un programa de acciones de prevención contra la violencia hacia la mujer, coordinados entre la Secretaría de Salud y El Colegio de México.
- Habrá aumentado las acciones de educación para la salud en los programas de salud de la mujer, salud reproductiva, adolescentes en algunas ONG's de nivel central y estatal.

### **Salud Indígena**

- Se habrá apoyado en salud indígena en forma coordinada con la Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de Servicios de Salud de la SSA, Instituto Nacional Indigenista y la Dirección General de Educación Indígena y la Dirección General de Promoción de la Salud.
- TRM. Se habrá logrado la participación sustantiva y comprometida de los trabajadores de la SSA de la Huasteca en la implementación del Módulo de Atención para los grupos indígenas, así como la implementación del manual de salud indígena.
- Se habrá implementado la utilización del CARNET de autocuidado de la Mujer Indígena en todas las etapas de la vida en unidades de la Secretaría de Salud, INI, Educación Indígena. (SEP).
- Se habrá supervisado y evaluado los programas de Mujer, Salud y Desarrollo, Salud de los Pueblos Indígenas. Se cooperará técnicamente con otras instituciones del Sector Salud y Educación.

**Resultados Esperados****1998-1999****Análisis Sectorial en el Contexto del Desarrollo y la Reforma**

- Cooperación con la SSA para realizar análisis de políticas públicas y comportamiento del sector como parte del monitoreo y evaluación de la gestión pública de la salud.
- Contribución al desarrollo de los sistemas de información de salud en los aspectos de análisis de tendencias y su difusión nacional e internacional y la optimización de los servicios de información electrónica.

**Apoyo a la Gestión**

- Mejorar la capacidad gerencial de la Representación a través de la optimización y capacitación de sus recursos humanos y materiales.

<b>MEXICO</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	2,197,100	2,466,300	40,800	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,187,300	1,057,100	17,000	0
Promoción y Protección de la Salud	1,120,200	968,600	66,200	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	566,100	537,600	21,000	0
Prevención y Control de Enfermedades	1,085,200	889,800	41,300	0
<b>TOTAL</b>	<b>6,155,900</b>	<b>6,919,400</b>	<b>186,300</b>	<b>0</b>



# ANTILLAS HOLANDESAS

---

## *Situación de Salud*

1. Las Antillas Holandesas tenían para 1995 199.000 habitantes.
2. Aruba tenía para 1995 70.000 habitantes, con un componente migratorio que ha crecido en importancia en los últimos años.
3. La patología principal corresponde a crónicas, así, la mortalidad en las Antillas Holandesas tiene al cáncer como la primera causa con el 25%, las enfermedades cardiovasculares luego con el 20% y los accidentes cerebrovasculares en tercer lugar con el 10%. En Aruba la morbilidad se estima en 9,8% para hipertensión y 4,3% para diabetes.
4. El PBI (Producto Interno Bruto) per capita en Antillas Holandesas es de US\$7800 y en Aruba 12.900 (mientras el de Venezuela es de 2760 y el de Haití 220).
5. El turismo es la principal fuente de ingresos, con la consiguiente movilidad de personas y requerimientos de infraestructura de servicios de salud para problemas como las enfermedades de transmisión sexual y la farmacodependencia.
6. El gasto público en salud equivale al 8,6% del PIB y al 4,7% del presupuesto del estado. La seguridad social proporciona servicios de salud a la población de bajos ingresos, mientras el resto utiliza servicios de seguros privados, cuyos costos son cada vez más elevados.
7. Un área que ha cobrado importancia, sobre todo por el hecho de ser islas, es el abastecimiento de agua y la disposición de excretas.
8. Los servicios públicos de salud han encontrado que para ciertos problemas epidemiológicos, como el sobrepeso, y para acciones de los servicios, como la prevención de algunas epidemias, la participación de la población resulta sumamente efectiva, por lo cual la línea de promoción de la misma ha cobrado importancia.
9. En el campo de la prevención se ha certificado la eliminación de la poliomielitis y se halla en proceso la del sarampión. Se han presentado epidemias de dengue en Curazao y Aruba, pero los programas de control de vectores han mostrado su eficiencia para su control.
10. Se ha identificado problemas en el área de salud reproductiva como el embarazo en adolescentes, la falta de vigilancia de crecimiento y desarrollo y las infecciones por HIV/SIDA.
11. Las autoridades de salud de Antillas Holandesas han propuesto una plataforma de salud para todas las islas, y se espera que Aruba se sume a esta iniciativa de coordinación integral.
12. Situación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas en los dos Países: Salud en el Desarrollo Humano. En 1994 se realizó un estudio privado sobre la Situación de Salud en Curacao en 3.000 personas. Los resultados preliminares de esta encuesta, demostraron que en Curacao existen diferencias en salud entre los diferentes grupos socio-económicos, correlacionados con la incidencia de problemas de salud, proponiéndose el conseguir la equidad en salud disminuyendo en un 25% las diferencias en salud entre los diferentes grupos socio-económicos de la población, como meta de justicia social.
13. La industria turística, principal fuente de ingresos, es muy vulnerable y su prosperidad está correlacionada con el incremento de enfermedades transmisibles, los que podrían afectar la salud de los países. Al parecer el turismo ha traído como consecuencia un incremento en el uso de drogas, una mayor incidencia de SIDA, el incremento de la violencia dentro de la sociedad y el incremento

de una serie de enfermedades resistentes a diferentes medicamentos.

14. Desarrollo de los Sistemas de Salud. Entre 1987 y 1992 los costos de salud se incrementaron en más de un 100%. El cuidado de la salud representa más de un 20% del gasto anual del Gobierno, entre el 70 al 80% de estos gastos son atribuibles a las instituciones de salud y en el establecimiento de medidas, como la fijación de precios de medicamentos.

15. La organización comunitaria y la participación social en la toma de decisiones en Curacao es muy relevante. Se iniciaron procesos para llevar esta experiencia a la Isla de Saint Martin y en Bonaire también existen experiencias interesantes con este propósito. Se ha iniciado el desarrollo de una propuesta de plataforma interinsular para la reforma en salud.

16. Promoción y Protección de la Salud. Los resultados de la encuesta de salud de Curacao, demuestran una alta prevalencia de sobrepeso, resultados similares a los obtenidos en Aruba. La alta prevalencia de diabetes, enfermedades crónicas y accidentes, así como un incremento de la violencia, el incremento de la transmisión del SIDA y del dengue, así como el alto costo de la salud, ha hecho priorizar en las Antillas Holandesas la Promoción y la Protección de la Salud, incluyendo la necesidad de mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva.

17. En relación a la prevención del SIDA, en Aruba se ha capacitado a los docentes como facilitadores en educación sexual y prevención del VIH y se está estableciendo en el curricula de las escuelas como objetivos educacionales, la prevención de la transmisión del SIDA, conjuntamente con el Ministerio de Educación.

18. El Programa de Protección de Alimentos en Aruba y Antillas Holandesas ha adiestrado personal para establecer el Sistema de Información de Protección de Alimentos.

19. Desarrollo y Protección del Ambiente. En Aruba y Antillas Holandesas existe la preocupación de sus gobiernos en abastecimiento y disposición de excretas, debido al área limitada de las islas la disposición final de los desechos sólidos, representa un álgido problema.

20. El rápido crecimiento poblacional de la Isla de St. Marteen y Aruba, ha condicionado la presencia de habitats promiscuos e insalubres, por la no adecuación de los servicios públicos e infraestructura urbana. En St. Eustaquius el abastecimiento de agua es un grave problema, ya que el sistema es muy viejo y existe contaminación cruzada con los tanques sépticos.

21. En Saba debido a la intensidad de las precipitaciones fluviales, los deslizamientos de tierra constituyen también un grave problema. La presencia de las refinerías y del terminal de petróleo en Aruba, Curacao y St. Marteen, respectivamente, determinan también un problema de contaminación ambiental.

22. Control y Prevención de Enfermedades. Se ha iniciado el proceso de certificación de la erradicación de poliomielitis, se pretende incrementar las coberturas de vacunación al 95% de la población, en relación a la difteria, tos convulsiva, tétanos, polio, rubeola y sarampión, en St. Marteen existe la decisión de ejecutar estos programas conjuntamente con el lado Francés, incluyendo la población de niños ilegales.

23. Epidemias de dengue se han presentado en Curacao y en Aruba, por lo que se han organizado eficientes programas de Control de Vectores con resultados muy exitosos en Bonaire y Aruba.

24. En SIDA se llevan a cabo actividades de capacitación de recursos humanos, investigación serológica, diseminación de información y suministros de condones, con participación comunitaria.

25. Prioridades Nacionales para la Cooperación Técnica en Salud: Se ha propuesto el desarrollo de un sistema adecuado de vigilancia epidemiológica a través del proyecto de desarrollo y gerencia de la Unidad de Epidemiología de Aruba y la creación de la Unidad de Epidemiología de St. Marteen, que permita hacer un análisis de la situación de salud y sus tendencias permitirán una mejor definición de política de salud de las islas.

26. El monitoreo y control de la contaminación marino costera, con la finalidad de proporcionar

playas saludables a los habitantes de las islas y a sus visitantes ocasionales, que permita la detección temprana de cualquier inicio de deterioro ambiental, es una importante preocupación.

27. Desarrollo de los Sistemas de Salud: El fortalecimiento de los servicios de salud que responda a las necesidades y demandas generadas por la población residente como por la población turística, el inicio del proceso de acreditación de servicios y al análisis del financiamiento sectorial y de gastos de salud, servirán para evaluar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios, unidos a la promoción del uso racional de los medicamentos en Antillas Holandesas y Aruba.

28. La planificación y gestión del desarrollo de recursos humanos fortalecidos los grupos interprogramáticos en las GGD, para que formulen, desarrollen y monitoreen estratégicamente las políticas y planes de desarrollo de recursos humanos.

29. Promoción y Protección de la Salud. Los Ministerios de Salud e Higiene Ambiental de Antillas Holandesas y Aruba, han reconocido como sus prioridades las enfermedades crónicas, la drogadicción, la obesidad, las incapacidades y discapacidades, los problemas relacionados con el cuidado del ambiente, el alto costo de la salud y la utilización de información epidemiológica, todas ellas priorizan la estrategia de atención primaria, que permita mejorar la calidad de vida, focalizar acciones para disminuir el riesgo y prevenir las enfermedades, privilegiándose la promoción y la prevención teniendo en cuenta el enfoque de género.

30. En el área de Materno Infantil el desarrollo y establecimiento de las normas de control de crecimiento y desarrollo del niño, disminución de la mortalidad materna y mejoramiento de la cobertura y atención a la embarazada y la promoción de la Atención Integral del Adolescente.

31. Protección y Desarrollo del Ambiente. Esta área de trabajo utilizará el plan de inversiones en ambiente y salud, desarrollada en Antillas Holandesas para estimular un plan maestro de inversiones, con énfasis en el saneamiento

básico de las islas de St. Marteen, Saba y St. Eustatius, pretendiendo el control del riesgo a la salud a través del suministro eficiente en cantidad y calidad de agua potable, así como a la disposición sanitaria de aguas servidas y desechos sólidos.

32. Control y Prevención de Enfermedades. La disminución de la infección por el VIH en la población de las Antillas Holandesas y Aruba y la integración con plena participación comunitaria de todos los organismos gubernamentales y no gubernamentales, que trabajan en la lucha contra el SIDA y un mejor conocimiento de las tendencias de la infección.

33. El Gobierno de Antillas Holandesas formuló una nueva política de salud, la cual se basa en el fortalecimiento del Secretariado Ejecutivo para apoyo a la Plataforma Insular en salud acordado por las islas. Este plan tiene como base los principios de eficiencia, efectividad y coherencia del sistema. Así mismo, el sistema tiene que ser accesible a toda la población, mientras que la alta calidad de los servicios deberá ser garantizada por los Gobiernos.

34. Este plan de acción se llevará a cabo mediante el fortalecimiento de: Plan de Acción para la Inspección: Implementación de las sugerencias concernientes a la problemática de la diálisis del riñón; Análisis de las provisiones; Crear un método de inspección sistemática en las Antillas Holandesas; Comenzar la supervisión del estado para la Salud Pública.

35. Plan de Acción para la Epidemiología y la Investigación: Realización de protocolos de cooperación; Instalación de sistemas de registros automatizados; Realización de investigaciones a nivel de salud en todas las islas; Crear un Instituto Nacional de Investigación.

36. Plan de Acción para el Desarrollo de la Gestión y Control de Gastos: Realización de un protocolo de cooperación para la gestión; Crear instrumentos de gestión y control.

37. Plan de Acción para el fortalecimiento del Secretariado Ejecutivo de la Plataforma Interinsular y de las GGD en cada isla, con los

siguientes objetivos prioritarios: Tener un análisis de la situación de salud de cada una de las islas; Planes y normas de promoción y protección de la salud ambiental; Desarrollo de la vigilancia epidemiológica; Mejoramiento de la capacidad institucional de la GGD; Mejoramiento de la calidad de los servicios.

38. Igualmente se ha solicitado el siguiente apoyo para NEA: En la isla de Bonaire: apoyo al proceso de implantación de la atención maternoinfantil así como la realización de una evaluación anual del programa.

39. En la isla de St. Marteen: Entrenamiento para un inspector de salubridad pública y asistencia técnica para el plan de vacunación.

40. En la isla de Saba: Entrenamiento básico en salud pública y en formulación de proyectos locales.

41. En la isla de Curacao: Pasantía de funcionarios en sistemas de control de alimentos y apoyo para el funcionamiento de la secretaría política y asistencia técnica para la reorganización de la GGD. Se acordó además un Proyecto de Cooperación Técnica entre Países con Suriname.

42. Prioridades de Cooperación Técnica. De las áreas prioritarias requeridas para la Cooperación Técnica con fines de conseguir una mejor equidad en salud y en la prestación de servicios durante el bienio, la Organización proporcionará cooperación técnica en la prioridad nacional identificada.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

43. Nueva política de salud para establecer un plan de acción basado en Plataforma Interinsular que incluye; Método de inspección sistemática en las Antillas Holandesas. Supervisión del estado para la salud pública; Realización de protocolos de cooperación; Instalación de sistemas de registros automatizados; Crear un instituto nacional para

la investigación; Realización de un protocolo de cooperación para la gestión; Crear instrumentos de gestión y control.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

44. Durante 1994 se estableció una reunión periódica de los directores de GGD de las Antillas Holandesas con el Director de Salud Pública de Antillas Holandesas y el Ministro de Salud, en donde la Organización realiza su secretaría a través del Representante de la OPS en Venezuela. En estas reuniones se discuten las necesidades de cooperación técnica, se identifica el apoyo de cooperación de la OPS para la ejecución de estas necesidades identificadas, así como se planifica el intercambio entre expertos y/o experiencias entre las islas, realizándose una serie de adiestramiento de acuerdo con el desarrollo de los programas y su prioridad en cada una de las cinco islas de Antillas Holandesas y Aruba en acuerdo con el Ministro de salud.

45. El liderazgo que debe ser asumido por el Ministerio de Salud e Higiene Ambiental de Antillas Holandesas y Aruba, en la inspección y supervisión de la calidad de la salud pública de las islas, guiará la cooperación técnica en respuesta a las prioridades nacionales a través del desarrollo de las políticas y planes, para optimizar los gastos en salud con calidad, mediante la acreditación de los servicios y el análisis del financiamiento sectorial y del gasto en salud.

46. En adiestramiento se dará énfasis a la investigación y desarrollo de recursos humanos en apoyo al proceso de disminución de las diferencias en salud, enfermedad y muerte, consecuencia de las diferencias socio-económicas, privilegiándose la promoción y prevención de los problemas prioritarios de salud, a través de un fortalecimiento de las unidades de epidemiología, quienes continuarán desarrollando sus proyectos de investigación sobre análisis de la situación de salud y sus tendencias.

47. La movilización de recursos entre las islas y de estas con Venezuela, se harán en función a la

experticia desarrollada por cada uno de los programas y/o servicios entre los países y se

estimula la participación de las Antillas Holandesas y Aruba en las iniciativas sub-regionales Andinas y del Caribe.

## Resultados Esperados

1998-1999

### Apoyo a una Política de Salud para Establecer un Plan de Acción basado en la Plataforma INSULAR de Salud

- Políticas, normas y reglamentos de salud disponibles y en ejecución en NEA y Aruba
- Formulación de las prioridades de gestión de la calidad de los servicios de salud.
- Proyectos de salud con énfasis en Promoción y participación comunitaria y de los medios de comunicación, en desarrollo.
- Haber promovido el establecimiento de medidas para el manejo de la calidad ambiental
- Para la prevención y control de las enfermedades prioritarias en el desarrollo de planes, estrategias y programas.

ANTILLAS HOLANDEAS				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Salud en el Desarrollo Humano	0	41,400	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	156,900	53,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	23,500	26,400	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	30,000	39,800	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	49,800	1,800	0
<b>TOTAL</b>	<b>210,400</b>	<b>210,400</b>	<b>1,800</b>	<b>0</b>





## *Situación de Salud*

1. **Datos Demográficos:** En abril de 1995, después de 24 años se llevó a cabo el Censo Nacional; los datos preliminares reflejaron una población nacional de 4,139,486, inferior a la población estimada por diferentes instituciones. La tasa de crecimiento porcentual fue de 2.94% una de las más altas de América Latina, lo mismo que la tasa de crecimiento geométrico de 34.5%. La población por sexos fue la siguiente: 2,093,438 mujeres y 2,046,048 hombres; mientras que la procedencia urbana correspondió a 2,138,180 hab. y 2,001,306 hab. ubicados en áreas rurales.

2. **Indicadores del Estado de Salud:** La tasa de natalidad del período 1990-1995 fue de 40 por 1000, la tasa global de fecundidad correspondió a 4.5 y la tasa bruta de mortalidad fue de 6.8 por 1000. La esperanza de vida al nacer fue estimada en 66.7 años, correspondió a las mujeres 68.5 y a los hombres 64.8 años.

3. La esperanza de vida al nacer muestra tendencia al incremento, pasando de 48.5 años en el quinquenio 1960/1965 a 66.2 años en el quinquenio 1990-1995. Se ha calculado que en las zonas rurales la esperanza de vida al nacer es unos 10 años menor que en las zonas urbanas.

4. Poco más del 20% del total de las defunciones registradas en 1995 fueron debidas a enfermedades transmisibles. Sus principales causas son las afecciones perinatales, las enfermedades diarreicas agudas y las enfermedades respiratorias agudas que en conjunto son responsables del 80% del total de las muertes en menores de 1 año.

5. En los niños de 1-4 años de edad persisten como principales causas de muerte las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición.

6. La mortalidad materna tiene también un nivel muy alto, estimándose en 1995 (última disponible) en 155 por cada 100,000 nacidos vivos. Sus principales causas son hemorragias, sepsis y la enfermedad hipertensiva en el embarazo. Las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas han

tenido un rápido descenso en los últimos años debido al incremento de la vacunación. El país certificó la erradicación de la poliomielitis en 1994.

7. Las enfermedades de notificación obligatoria más frecuentes son la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, infección gonocócica, tuberculosis pulmonar, hepatitis viral y sífilis, al tiempo que se observa tendencia al incremento en malaria y leishmaniasis. En 1993 hizo aparición el dengue hemorrágico en el país y en 1994 se comprobó la circulación del serotipo 3 de dengue, determinando un incremento muy importante de esta enfermedad en las causas de morbilidad y mortalidad. Los enfermos de SIDA y personas portadoras del virus VIH se están incrementando y el pronóstico es que lo haga aún más rápidamente. En 1995 hizo su aparición la leptospirosis provocando movilización en el país.

8. Factores que afectan el estado de salud: De acuerdo a la encuesta nacional de 1993 sobre la deficiencia de micronutrientes, el promedio nacional de la ingesta calórica de un niño o niña es solamente el 88.9% de las recomendaciones diarias. Dicha encuesta concluye con que prácticamente uno de cada tres niños tienen deficiencia franca de vitamina A y sufre de anemia por deficiencia de hierro; dos de cada tres niños preescolares tienen deficiencia de vitamina A o está en riesgo de tenerla; una de cada tres mujeres adultas está afectada por anemia causada principalmente por deficiente consumo y absorción o pérdida aumentada de hierro no compensadas por la alimentación. La deficiencia de consumo de calorías, hierro y vitamina A, podrían atribuirse posiblemente a patrones culturales que limitan el consumo de fuentes vegetales disponibles. La ingesta de alimentos por persona y su aporte de calorías y proteínas diarias ha disminuido en los últimos años, siendo en promedio del 80% de lo recomendado y la población en condiciones de extrema pobreza consume apenas el 45% de lo que necesita.

9. Se cuenta con 19 sistemas de alcantarillado sanitario que cubren el 29.9% de la población urbana, descargando en su mayoría los desechos directamente a lagos y ríos sin ningún tipo de tratamiento y apenas el 16% de la población rural posee medios adecuados para la disposición sanitaria

de excretas. La mayor parte de las aguas residuales industriales no reciben tratamiento previo a la disposición final y conjuntamente con el uso no controlado de plaguicidas, están ocasionando serios daños en los ecosistemas.

10. Solo 56 de los 145 municipios cuentan con sistemas regulares de recolección de basura, atendiendo el 45% de la basura generada. Su disposición final es a cielo abierto y no se aplican métodos de tratamiento, recuperación o reciclaje de basura.

11. El déficit habitacional estimado en 1992 fue de 400,000 viviendas y este déficit aumenta en 20,000 unidades anuales y aunque existen planes de viviendas populares, se opina que esta situación perdurará bastante tiempo.

12. El analfabetismo es del 30% y se ha calculado que 70% de los niños y niñas repiten algún grado o abandonan la escuela entre el primero y cuarto grado de enseñanza primaria y que solo 23 de cada 100 que ingresan la terminan. Un estudio llevado a cabo en 1994 arrojó que 74.8% de los hogares presentan alguna condición de pobreza y que 43.6% se ubican en condición de indigencia (que carecen de dos a cuatro necesidades básicas). En el área urbana había condición de pobreza en el 65% de los hogares y en el área rural en el 87%.

13. El comportamiento del producto interno bruto (PIB) refleja recientemente un escenario de desarrollo y mejoría de la economía. Hay un importante déficit fiscal que es cubierto con las donaciones y aportes de la cooperación internacional y las importaciones superan en cuatro veces a las exportaciones.

14. Hay una extensa red de servicios públicos para la atención de salud cuya cobertura es aceptable, aunque existen zonas rurales sin asistencia directa y urbana marginales con elevada sobrecarga en la demanda de servicios. Hay déficit crónico de insumos básicos y niveles importantes de desabastecimiento de medicamentos, originando inconformidades frecuentes en pacientes y trabajadores de la salud. Numerosos hospitales públicos tienen listas de espera para cirugías y tratamientos especializados y el país no posee establecimientos de tercer nivel de atención.

15. Planes y prioridades para el desarrollo nacional de salud: En 1993 se inició un proceso de

modernización institucional que conllevó a la elaboración y puesta en marcha de una política nacional de salud, que constituye el empeño del Ministerio de Salud por dirigir los esfuerzos que se vienen realizando para lograr mayores niveles de eficiencia y elevar la calidad de los servicios que presta la institución. Se definen como áreas críticas de intervención el desarrollo institucional, la producción de servicios, infraestructura, equipo y cooperación externa.

16. Prioridades nacionales para la cooperación técnica de OPS/OMS. La OPS/OMS proveerá cooperación técnica a las políticas nacionales establecidas por el MINSA hasta la actualidad. Las mismas están vinculadas con las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS/OMS para 1995-1998.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

17. Fortalecimiento de la calidad de la atención mediante el ordenamiento de la red de servicios del sistema, la definición de los niveles de resolución y los procesos de capacitación de los recursos humanos en salud, entre otros; fortalecimiento del proceso de descentralización del sector salud conceptualizado como un proceso planificado y articulado entre el nivel central, los SILAIS y los municipios; desarrollo de la atención primaria mediante acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a partir de la persona, la familia y la comunidad; fortalecimiento de la atención hospitalaria dirigido a complementar la atención del primer nivel; fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud en el nivel central y en los SILAIS; desarrollo de un marco jurídico mediante la definición de una ley general de salud, que establezca la responsabilidad del Estado y sus instituciones y de la sociedad civil; desarrollo de nuevas modalidades de gestión que promuevan de modo más efectivo la participación de la población en la gestión de los servicios de salud; desarrollo de alternativas de financiamiento en el marco de la descentralización que permitan el fortalecimiento de la atención primaria de salud; desarrollo de la participación social para consolidar el carácter democrático de la gestión de los servicios; reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles y no transmisibles; fomentar ambientes saludables con la

participación del Estado, los municipios y la sociedad civil; lograr el derecho de las personas a la salud y el bienestar con equidad, mediante la formulación y aplicación de políticas públicas basadas en estilos; desarrollar mecanismos eficaces de cooperación técnica en salud.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

18. La estrategia de cooperación, entendida como la contribución de OPS/OMS al proceso de reforma del sector salud, tiene como misión poner en práctica en el país el Programa General de Trabajo de la OMS y las Orientaciones Estratégicas y Prioridades de la OPS, así como diversas resoluciones relacionadas con el desarrollo de la salud provenientes de compromisos internacionales asumidos por Nicaragua en las Cumbres mundiales y hemisféricas, ALIDES y PAISCA. Respondiendo a estos objetivos, la forma de ejecución del programa de trabajo estará caracterizada por su focalización, carácter interprogramático y evaluación de los resultados. La focalización de la cooperación en temas técnicos, territorios y unidades donde se puedan mostrar efectos demostrativos de su utilidad e impacto, tanto como su sistematización y divulgación será una preocupación permanente. El carácter interprogramático de la cooperación continuará siendo fortalecido a través de la organización de dos grupos técnicos de cooperación y la identificación de ejes de trabajo interprogramáticos. El escenario local y municipal será una prioridad para la actuación de OPS/OMS como eje de integración de diferentes formas de descentralización de la cooperación al desarrollo de la salud en este ámbito. La movilización de recursos humanos, técnicos, financieros y políticos para el desarrollo de la salud

será una prioridad no sólo en el plano internacional (movilización y coordinación interagencial), sino también en los planos nacional y local.

19. Se le brindará atención especial al fortalecimiento de las capacidades nacionales para la ejecución de acciones e intervenciones, además de la elaboración de proyectos, identificación de potenciales inversionistas y conducción de investigaciones o capacitaciones al personal. La Representación asumirá una actitud proactiva sobre este asunto promoviendo una cartera de ideas y perfiles de proyectos, y estableciendo una red nacional de centro de referencia (centros cooperantes) constituida por instituciones nacionales como fundaciones, centros de asesorías e investigación y universidades, claves para el desarrollo de la salud. Otra prioridad será la diseminación y producción de información asociada a los principales procesos de desarrollo de la salud y al reforzamiento de las capacidades nacionales para la recopilación y análisis de datos relacionados con el curso de las reformas sectoriales y sus implicaciones para la equidad en salud, el análisis de la situación y sus principales condicionantes y determinantes, y las experiencias nacionales e internacionales exitosas en el incremento de los niveles de salud y bienestar. El desarrollo de políticas, planes y normas que contribuyan a la direccionalidad y regulación del desarrollo de la salud y de los procesos de reforma, será también un importante eje de atracción de la cooperación. El marco jurídico, la formulación de políticas saludables, la elaboración de planes nacionales y locales de inversión y desarrollo de la salud con un carácter intersectorial e interinstitucional y la normalización de los procesos de producción de servicios de salud serán sus aspectos más significativos. El adiestramiento y la investigación jugarán un rol relevante de apoyo a los enfoques funcionales priorizados.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Prevención y control de enfermedades**

- Planes integrales de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles ejecutados en 12 SILAIS.
- Se han fortalecido las capacidades nacionales (nivel central y local) para la vigilancia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles prioritarias.
- Se habrá fortalecido de forma efectiva y sostenible los servicios de inmunización con calidad y equidad para el control, la eliminación y/o erradicación de las enfermedades prevenibles por vacuna.

### **Salud y ambiente**

- Los programas de atención a los factores ambientales de riesgos a la salud (agua, saneamiento y medio ambientales) existentes en el país habrán recibido asistencia técnica para fortalecer sus aspectos legales, organizacional y técnico operativo, así como los procesos nacionales orientados a la atención de esta temática se verán fortalecidos.
- El tratamiento, la desinfección, la vigilancia y el control para la calidad del agua de consumo humano, tendrá mayor cobertura debido en gran parte al desarrollo de tecnologías alternativas.
- Los problemas de mayor relevancia relacionados con plaguicidas y sus efectos a la salud serán abordados con mayor participación comunitaria y mayor calidad técnica e institucional a nivel de 15 SILAIS de Nicaragua.

### **Salud en el desarrollo**

- El acceso a información en salud seleccionada, para la gerencia de planes y políticas de salud y actualización profesional, ha sido aumentada, y fomentado el uso eficaz de los sistemas de información.
- Las políticas de salud, la legislación sanitaria y los planes de desarrollo de la salud, expresarán los aspectos esenciales de la renovación de salud para todos y por todos.
- Las inequidades de género están siendo tomadas en cuentas en proyectos y programas de instituciones gubernamentales y la sociedad civil en SILAIS seleccionados.
- Iniciativa regional de seguridad alimentaria y nutricional y vigilancia y control de calidad de alimentos nutricionalmente mejorados inmersa en los procesos nacional y local de planificación del desarrollo económico y social

### **Sistemas y servicios de salud**

- Identificadas e implementadas acciones prioritarias del proceso de reforma del sistema nacional de provisión de servicios de salud en atención primaria y hospitalaria.
- El modelo de atención integral en salud a la mujer, niñez y adolescencia habrán sido fortalecidos y consolidados en todo el territorio nacional.
- Fortalecimiento de la capacidad nacional en la elaboración de normas y reglamentos y ampliar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad y costo asequible fomentando su uso racional.

**Resultados Esperados****1998-1999****Desarrollo y gerencia de la cooperación técnica**

- Gestión de la cooperación técnica.

<b>NICARAGUA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,220,500	1,203,000	296,400	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	979,500	780,100	2,932,100	0
Promoción y Protección de la Salud	219,900	160,000	1,364,100	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	0	200,000	1,156,700	296,000
Prevención y Control de Enfermedades	357,300	500,000	520,600	1,710,000
<b>TOTAL</b>	<b>2,777,200</b>	<b>2,843,100</b>	<b>6,269,900</b>	<b>2,006,000</b>



# CARIBE DEL NORTE

## *Situación de Salud*

### **Bermuda**

1. Las causas principales de defunción han seguido siendo las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares, el SIDA, los accidentes y la violencia, la neumonía, la diabetes y las enfermedades tanto renales como hepáticas crónicas.

2. Los accidentes de tránsito son una gran causa de morbilidad y mortalidad, pese a que su incidencia va en disminución. En un esfuerzo por reducir la tasa de accidentes se están lanzando campañas de seguridad e introduciendo análisis del nivel de alcohol.

3. En el terreno de la salud ambiental causan creciente preocupación tanto la contaminación de las playas por el petróleo y de la tierra y el agua por los plaguicidas, como las emisiones causadas por automóviles y aviones.

4. El agua potable se obtiene mediante sistemas individuales de captación en los techos y almacenamiento, y también de otras fuentes como los reservorios de agua dulce controlados por el gobierno y las plantas desaladoras de los hoteles.

5. Los sumideros domésticos individuales, las fosas sépticas y las plantas de aireación son los tipos principales de sistemas de evacuación de excretas; actualmente se está examinando la reglamentación de control de la contaminación.

6. La recolección y la eliminación de residuos sólidos están a cargo del Departamento de Obras Públicas.

7. Actualmente se están instituyendo programas de educación sobre nutrición en las escuelas primarias y secundarias. Asimismo, un programa de atención dental preventiva brinda tratamiento con fluoruro para los niños.

8. Se considera que los servicios de salud son adecuados y accesibles, y que están al alcance de toda la población. El seguro de cobertura médica hospitalaria es obligatorio para todos quienes tienen

empleo, y su costo es sufragado en igual medida por empleadores y empleados. La atención de salud la brindan tanto el gobierno como el sector privado. Los grupos destinatarios de atención especial comprenden madres y lactantes, niños en edad escolar y ancianos. A los niños que concurren a las escuelas se les proporciona tratamiento gratuito, mientras que la hospitalización de las personas de más de 65 años está subvencionada en un nivel de entre 75% y 100%.

9. Se ha establecido un sistema de información sobre atención primaria de salud para mejorar el manejo de los datos correspondientes.

10. Asimismo, se intensificaron los esfuerzos en cuanto a promoción de la salud, particularmente en la "Iniciativa de Escuelas Sanas", mediante el cual se elaboraron índices sanitarios para mejorar la situación de salud en las escuelas.

11. Tras la identificación de los rubros en que se registran necesidades, el gobierno lanzó un programa para el suministro de servicios a los ancianos y evaluó el programa de las escuelas públicas.

### **Islas Caimán**

12. En las Islas Caimán, las causas principales de defunción son las enfermedades del aparato circulatorio, los accidentes, las neoplasias malignas, las intoxicaciones y las enfermedades del aparato respiratorio. Se desconoce el nivel exacto de incidencia de la diabetes y la hipertensión, pero se calcula que 1 de cada 4 adultos que concurren a los dispensarios padece una de esas enfermedades o ambas. En 1994 se registraron en Gran Caimán y las otras islas de la colonia 150 defunciones, de las cuales 25 correspondieron a visitantes.

13. Se desconoce la cifra general de accidentes en el país, pero se calcula que la mayoría son debidos al tránsito, muchos de ellos relacionados con el alcohol.

14. Se reconoce cada vez más que el abuso de alcohol y el de drogas son factores relacionados con los casos de salud mental.



15. Las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo la gonorrea y la sífilis, constituyen un problema importante. Asimismo, la incidencia de la gastroenteritis en los niños de menos de 5 años de edad es muy elevada.

16. En cuanto a salud ambiental, funciona un sistema de recolección y eliminación de residuos sólidos. Las plantas de tratamiento de aguas residuales para establecimientos grandes y las fosas sépticas para las unidades semejantes constituyen los métodos utilizados para eliminar excretas. Las condiciones sanitarias y la calidad del agua en los restaurantes y otros establecimientos de manipulación de alimentos se vigilan en forma corriente. Asimismo, los animales faenados para consumo local se examinan antes y después de darles muerte.

17. En el campo de la salud materno-infantil, el gobierno lleva a cabo un programa riguroso de inmunización o PAI, aplicando las vacunas antipoliomielítica oral, triple vírica (MMR) y contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Tanto en los consultorios de atención pre y posnatal como por conducto de los medios de comunicación se imparte educación sanitaria sobre inmunización.

18. Se han intensificado los esfuerzos en el campo de la promoción de la salud, particularmente en la "Iniciativa de Escuelas Sanas", en virtud de la cual se elaboraron índices sanitarios para mejorar el estado de salud en las escuelas.

19. La OPS/OMS ha colaborado con los gobiernos de las Islas Caimán y Bermuda para tratar los problemas antedichos, especialmente en cuanto al desarrollo de recursos humanos para poder mejorar la prestación de asistencia sanitaria.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

20. Islas Caimán: Fortalecimiento de las capacidades del Departamento de Salud en la prestación de servicios asistenciales.

21. Bermuda: Fortalecimiento de los servicios de administración y apoyo para una mejor prestación de atención de salud.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Desarrollo de servicios de salud (CAIMÁN)**

- Se habrá mejorado la atención de enfermería en los niveles primario y secundario
- Se habrán mejorado las aptitudes clínicas del personal hospitalario
- Se habrá mejorado el sistema de información de los hospitales
- Se habrán mejorado los métodos para el control de plagas
- Se habrán examinado los servicios de salud materno-infantil

### **Desarrollo de servicios de salud (BERMUDA)**

- Se habrán mejorado las aptitudes de los funcionarios de la esfera ambiental, en lo que hace a la higiene industrial y la gestión del control de plagas
- Se habrán reforzado las aptitudes de las enfermeras comunitarias y otros altos funcionarios de salud

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá mejorado el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual
- Se habrá ofrecido apoyo al suministro de cooperación técnica
- Se habrá mejorado el sistema de información sobre atención primaria de salud

<b>CARIBE DEL NORTE</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	95,300	95,300	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>95,300</b>	<b>95,300</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



# PANAMÁ

## *Situación de Salud*

1. Las prioridades nacionales en salud se dirigen al desarrollo del proceso de reforma y modernización del sector y el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud sustentado en un marco jurídico legal actualizado a fin que pueda realizar las acciones regulatorias, normativas y de prestación de servicios correspondientes; lo anterior, contribuirá a la prioridad de definir, implementar y consolidar un nuevo modelo de atención de mayor calidad y eficiencia basado en la participación multisectorial, con modalidades de financiamiento innovativas y que, en las regiones de salud integre a todos los niveles de atención con un enfoque familiar, individual y comunitario para la producción social de la salud de las personas y el ambiente.

2. Para la cooperación técnica en salud, se prioriza la entrega de la asistencia técnica dirigida a concluir el diseño del plan de modernización y reforma del sector y su implementación a nivel regional, al fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud y al desarrollo del nuevo modelo de atención con énfasis en la promoción y protección de la salud.

3. Por lo anterior, la cooperación técnica de la OPS se dirigirá a asistir y fortalecer la capacidad de las contrapartes para el desarrollo de las intervenciones necesarias relativas a tres grandes procesos: rectoría y legislación sanitaria, la modernización de los servicios de salud y la promoción, protección y participación social en salud.

4. Condiciones Políticas, Económicas y Sociales: La República de Panamá comprende 9 provincias, 67 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas y 512 corregimientos. A su vez, la región Metropolitana está formada por las provincias de Colón y Panamá. En total existen 75,517 Km<sup>2</sup> de extensión territorial.

5. En el año 1995 se estimó que Panamá tendría una población de 2.631,013 con un crecimiento anual de 1.9%, para el año 2000 se estima que habrán 3 millones de habitantes. Un 54% de ésta población vive en zonas urbanas y un 51 % del total de la población vive en la provincia de Panamá.

6. En la composición de la población se identifican los siguientes grupos humanos: Hispano - Indígena como grupo mayoritario; grupo Afro-Colonial que son descendientes de los esclavos africanos traídos en la época colonial; grupo Afro-Antillano descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa que vinieron principalmente para la construcción del canal de Panamá; grupos indígenas localizados principalmente en la región insular y costera del archipiélago de San Blas, se indentifican los siguientes grupos: Emberá y Wounaan, Ngobe Buglé, Bokotas y los Teribes. Estos grupos étnico nacionales representan el 9% de la población total del país.

7. Según se establece en la encuesta de hogares de 1991, la pobreza en general afecta a un 49% de las familias a nivel nacional, de estas 24 % se encuentran en extrema pobreza en tanto que un 25 % no satisface sus necesidades básicas. Esta situación, constituye uno de los problemas que está en contradicción con el crecimiento experimentado en su economía, así como en el lugar en que se le sitúa en términos de desarrollo humano, país 47 entre 137 países.

8. En relación al alfabetismo, según censo de 1990 el 10.7 de la población era analfabeta

9. En relación al ambiente persiste la contaminación de la aguas fluviales, lacustres y marinas debido a la presencia de agentes físicos y sustancias químicas provenientes de residencias, empresas y del sector agropecuario, además de los desechos que se producen por el tránsito interoceánico principalmente los productos derivados del petróleo.

10. En 1995 el 97.69% de la población urbana disponía de agua corriente en el hogar y a nivel rural la cobertura de agua sanitariamente segura era de 73%. En cuanto a las conexiones al alcantarillado sanitario en 1995 el 63.6% de las viviendas urbanas tenían conexión.

11. Estado de salud: La esperanza de vida en Panamá ha venido aumentando en los últimos años. Las regiones que muestran cifras inferiores al

promedio nacional es la provincia de Darién y Bocas del Toro.

12. La mortalidad infantil para el año 1995, tuvo una tasa de 23,2 por 1000 nacidos vivos para la república, con una tendencia al descenso a partir del año 1991, que mostró una tasa de 26.6 por 1000 nacidos vivos. Se observa diferencias importantes a lo interno del país, siendo las provincias de Herrera con 16.8, Los Santos con 15.3, y Panamá con 17.2, las que registraron las cifras más bajas, y las regiones con las tasas mas altas son las de Darien y Bocas del Toro con 47,5 y 42.9 respectivamente.

13. La tasa bruta de mortalidad registrada para el año de 1995 fue de 5.2 por 1000 habitantes, siendo las principales causas los accidentes, suicidios, homicidio, y otras violencias, seguida de los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, el infarto agudo del miocardio, afecciones en menores de 1 año y otras enfermedades izquémicas del corazón. La certificación médica de las defunciones tuvo una cobertura del 90.2% para el año 1995, siendo para el área rural de un 80.2% en ese mismo año.

14. Según encuesta nacional de vitamina A realizada en 1992 la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años fue de 28.9% y la prevalencia global fue de 31.1%. Estas cifras van a variar según provincia siendo la más afectada la comarca de San Blas con cifras hasta de un 71.2%.

15. La tuberculosis pulmonar registró una tasa de incidencia en 1994 de 37.7 casos por 100,000 habitantes en comparación con el año 1990, período en el cual se registró una tasa de incidencia de 33.0 por 100,000 habitantes, la provincia de Bocas del Toro es la región con las tasas más altas seguida de la región de San Blas. Para el año 1995 se reportaron 63 casos mas que el año 1994, teniéndose un acumulado de 1217 casos para el 95.

16. En relación al SIDA, se estima que para 1997 existirán 30,000 casos seropositivos. En 1994 se reportaron 802 casos acumulados y su tendencia es hacia el aumento, constituyéndose en un problema de salud pública principalmente en las regiones sanitarias de Colón, Metropolitana, Panamá Oeste y San Miguelito.

17. Se registraron 3084 casos de dengue clásico para una tasa de 117.2 casos por 100,000 habitantes para el año 1995.

18. En relación a la morbilidad general se puede observar que la primera causa de consulta es el resfriado común seguida de la diarrea y la infección respiratoria aguda, la parasitosis intestinal y la hipertensión arterial como las principales causas.

19. Desde 1974 no se reportan casos de poliomielitis y desde 1975 tampoco se reportan casos de difteria. La incidencia anual de casos de tétanos neonatal desde 1985 ha oscilado entre 6 a 7 casos por año y en 1995 se presento solo un caso, en 1996 no se ha reportado ningún caso.

20. Se desataca los avances logrados en la eliminación del sarampión donde se incrementaron los distritos con coberturas de vacunación mayores del 90%, se cuenta con un sistema computarizado de datos de las enfermedades febriles, la incidencia ha disminuido y aunque el sistema de vigilancia tiene aun deficiencias en la detección oportuna de los casos, no hay evidencias actuales de circulación del virus de sarampión en el país que realiza además la actividad de control de calidad del diagnóstico virológico del sarampión para Centroamérica.

21. El país dispone de un sistema de vigilancia epidemiológica dirigida fundamentalmente al monitoreo del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en las personas, incluye el registro de sospechas de hechos violentos y las acciones de control de brotes locales; el sistema registra reportes de más del 90% de las instalaciones de salud y está en el proceso de transformarse a un sistema más integral que incorpore variables de la servicios, ambientales, sociales, económicas y demográficas a fin de fortalecer la capacidad de análisis y monitoreo situacional del sector.

22. Desarrollo de Políticas y Planes para el Sector: Para éste contexto el gobierno de Panamá ha puesto en práctica un plan de desarrollo social con eficiencia económica para disminuir los niveles de pobreza donde la visión se dirige a la búsqueda de un modelo económico que sirva de referencia a otros países latinoamericanos en el marco de su inserción en el proceso de globalización internacional.

23. Dentro del mismo se busca fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud, enmarcado en la situación actual de fragmentación entre las diversas instituciones que componen el sector y donde éste rol encuentra dificultades para ser cumplido a cabalidad a pesar que desde su creación fue facultado para ello. Dando como resultado la falta de coordinación y

orientación de acciones integrales del sector, más sin embargo, cabe mencionar los avances importantes que se han alcanzado en este campo.

24. En consecuencia se desarrollan acciones para establecer los mecanismos de regulación y de control de la calidad, así como la formulación de normas y estándares de calidad, las cuales se propone sean concertadas con el resto de instituciones públicas y privadas.

25. En Panamá existen 712 instalaciones de salud de diferentes grados de complejidad, siendo la provincia de Panamá donde se concentra la mayor cantidad de ellas, 19,4% del total, el mayor número corresponde a las instalaciones del primer nivel, distribuidas de la siguiente forma : puestos de salud 378, subcentro de salud 108 y centros de salud 151 de los cuales el 16% cuenta con camas. Las 5 instalaciones hospitalarias de mayor complejidad se encuentran en la provincia de Panamá brindando servicios de tercer nivel.

26. El Ministerio de Salud brinda atención integral con diferentes programas de promoción, prevención y de atención a la población en general, los fondos provienen del estado. La Caja de Seguro Social brinda sus servicios a través del programa de maternidad y enfermedad, los fondos provienen de las cuotas obrero patronales.

27. El sector privado ofrece servicios de atención y recuperación los cuales son financiados por pagos de seguros privados y directamente del paciente.

28. La orientación de la cobertura de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud es hacia las zonas marginales y comunidades indígenas donde la cobertura es dada por el MINSA en su mayor parte, en el caso de la Caja de Seguro Social la cobertura de atención cubre al 56% de la población y sus instalaciones son fundamentalmente urbanas.

29. La existencia de ONGs en el país permite el desarrollo de programas a zonas de postergación social fundamentalmente. Se considera que un 5% de la población no tiene acceso a los servicios de salud.

30. En la actualidad se desarrollan esfuerzos encaminados a modificar el modelo de atención, por lo que se desarrollan estrategias para establecer modelos integrados de servicios a nivel de instituciones públicas y privadas, promover la

participación social y fijar normas para la infraestructura, equipamiento y medicamentos.

31. La red de servicios en lo que corresponde a la infraestructura se encuentra con problemas de deterioro, debido a la falta de inversiones y de un mantenimiento adecuado, el equipo médico en algunos de sus componentes requiere ser reciclado por haberse agotado su vida útil. Desde el pasado bienio se formularon proyectos tendientes a mejorar la situación existente y se prevé la construcción de varios centros hospitalarios y centros de salud, así como la apertura de un nuevo hospital a mediados del año 1997.

32. Desarrollo de las Areas Estratégicas de Cooperación: La Protección y Desarrollo Ambiental: El desarrollo de ésta área de cooperación estuvo dirigida a apoyar el desarrollo de las capacidades nacionales para identificar y resolver los problemas de salud ambiental, dando especial atención al fortalecimiento integral de la Subdirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud en el marco del proceso de reforma y modernización del Estado.

33. Se gestionaron nuevos recursos financieros para la cooperación, aprobándose en el periodo los nuevos proyectos de Cólera (GTZ), SANEBAR (Cooperación Española), TCC Bolivia-Panamá y PLAGSALUD/MASICA.

34. Las actividades de los proyectos se realizaron en forma interprogramática, principalmente entre aquellos de la iniciativa MASICA: PROAGUA, PROFIN, y fase preparatoria de PLAGSALUD, lo mismo que con el proyecto de movilización

35. Los resultados más importantes fueron la movilización de recursos, el compromiso concertado con el resto de países centroamericanos para elaborar el Plan de Acción Centroamericano sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible a partir de los planes nacionales; la formación de la Red Nacional de Residuos Sólidos y Peligrosos, la incorporación de Panamá a la REPAMAR a través del CEPIS y la GTZ, el establecimiento de las normas nacionales para la calidad de agua de consumo humano y avances en las relativas a aguas residuales. En la agenda de salud ambiental se introdujeron los ejes de epidemiología ambiental, ecología humana y geografía médica.

36. Promoción y Protección de la Salud: Esta área estratégica tuvo avances importantes en el campo de la promoción a través de la estrategia de Municipio Siglo XXI enmarcado en la iniciativa de Municipios Saludables para el desarrollo de estilos de vida saludables y la operativización de la política social del gobierno.

37. De igual forma el apoyo a la divulgación de programas y el desarrollo de estrategias de salud pública, principalmente en el área de salud mental, en la situación de la mujer y del adolescente y de la prevención de la farmacodependencia.

38. Se apoyó la creación de centros de promoción que se encuentran en funcionamiento y que tienen el objetivo de favorecer cambios en las prácticas comunitarias e individuales que conduzcan a sistemas de vida saludables.

39. Prevención y Control de Enfermedades: En esta área técnica se dirigió la cooperación técnica a la prevención y control de las enfermedades transmisibles principalmente las de transmisión sexual, perinatal y por la sangre y sus derivados lo que ha tenido impacto en la incidencia de los casos de SIDA y en el fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales.

40. De igual forma la contribución en el campo de la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles en estrategias para el sostenimiento de la vacunación sistemática, la consolidación de la información de la Cadena de Frío, la obtención de información sobre las Oportunidades Perdidas y la Vigilancia epidemiológica de las parálisis flácida.

41. Por otro lado el apoyo a la prevención y control de enfermedades de transmisión vectorial, mediante la movilización de recursos, capacitación, la elaboración de normas y la aplicación de metodologías de análisis de situación de salud.

42. También hubo avances importantes en la revisión del rol de los servicios de atención veterinaria y en la capacidad de análisis y de decisión ante los eventos de la salud humana y animal.

43. Salud en el Desarrollo Humano: La cooperación en este campo contribuyó a fortalecer la capacidad de conducción y de liderazgo del Ministerio de Salud, desarrollar los instrumentos jurídicos que dan

soporte legal a los cambios institucionales y en el desarrollo de iniciativas para la formulación de un plan nacional de inversiones en salud y medio ambiente.

44. Se desarrollaron dos importantes proyectos el primero relacionado con el Análisis Sectorial y Desarrollo de Políticas y el otro orientado a promover la coordinación de las actividades de atención en salud integral entre la CSS y MINSA.

45. También se desarrollaron iniciativas para fortalecer la disseminación de información científico técnica lo que permitió un mejor uso de los recursos disponibles y mayor difusión de información.

46. En relación al programa de mujer, salud y desarrollo la cooperación técnica se dirigió al desarrollo de políticas nacionales de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, a la formulación de leyes y a la organización de una red de apoyo en la comunidad y los servicios de salud institucionales.

47. Se brindó apoyo al fortalecimiento de la gestión de la secretaría técnica para la formulación del Plan nacional de desarrollo social del gobierno de Panamá. Así mismo, se brindó apoyo a la Secretaría Técnica y a la Comisión Multisectorial en el diseño, control y evaluación de planes y programas.

48. Desarrollo de los Sistemas y Servicios de Salud: Con el apoyo de la cooperación técnica se logró la identificación de los problemas prioritarios de los recursos humanos que sirve de sustrato para la definición de políticas de desarrollo, la formulación de una propuesta de legislación en el área de gestión y la propuesta de exámenes profesionales y de los programas unificados de residencias médicas.

49. Se apoyó el diseño del sistema de información para la gerencia local en salud llevándose a cabo pruebas pilotos en el corregimiento de Juan Díaz tanto para la Caja de Seguro Social como para el NINSA.

50. La asistencia técnica permitió la formulación de un nuevo modelo de atención para ser implementado en la región de San Miguelito con la participación de la CSS y MINSA lo que genera todo un nuevo proceso de desarrollo de los servicios de salud. Estas intervenciones están siendo realizadas en conjunto con el Banco Mundial y el Banco interamericano de Desarrollo.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

51. Consolidar la función de rectoría del Ministerio de Salud, la regulación de las inversiones para su distribución equitativa, la definición del rol de cada institución y el desarrollo del marco jurídico que ampare la institucionalidad del sector salud; Aplicación de un nuevo modelo de salud con énfasis en los aspectos promocionales y preventivos tanto de las personas como del ambiente, que promueva el desarrollo de la conciencia sanitaria y la práctica de estilos de vida saludables a través de una mayor participación social y del fortalecimiento de la comunicación social; Modernizar los servicios del sector salud con el objetivo de hacerlos más eficientes y eficaces, mediante la introducción de nuevas modalidades de financiamiento y de tecnología de información y de metodologías que den soporte a los procesos de investigación, así como el establecimiento de normas y sistemas de acreditación para los diferentes tipos de establecimientos acreditados en el nuevo modelo de atención; Modernizar los sistemas de apoyo administrativos y logísticos de la resultados esperados y el cumplimiento de los mandatos de los cuerpos directivos.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

52. De acuerdo con las prioridades establecidas por el país la cooperación técnica desarrolla las siguientes estrategias de cooperación:

53. Establecer un programa de gestión a lo interno de la representación con el objetivo de adecuar la organización a la satisfacción de las necesidades de cooperación.

54. Establecer tres proyectos de cooperación como ejes de acciones integrales para las diferentes áreas estratégicas y/o programas, estos Proyectos son los siguientes:

55. Fortalecimiento de la Rectoría y Legislación Sanitaria: Tiene como objetivo apoyar las acciones tendientes a la definición y operacionalización del rol rector del Ministerio de Salud, la diferenciación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios poblacionales y ambientales y de la

conformación y conducción de un Sistema Nacional de Salud.

56. De igual forma la determinación del rol rector está en relación a los aspectos de la Promoción y Protección del medio ambiente, investigación, desarrollo tecnológico, participación social y vigilancia de la salud.

57. Por otro lado busca la creación de un sistema de indicadores para la monitoria de los niveles de desarrollo humano a partir del corregimiento para dar seguimiento al proceso de focalización y priorización de grupos vulnerables y de los proyectos de inversión.

58. Como una condición necesaria contempla la modernización del sistema legal que da respaldo a las transformaciones del proceso de reforma y modernización del sector salud.

59. Apoya la formulación de políticas de salud pública, planes y programas para el logro de un mejor impacto en el uso de los recursos nacionales y externos.

60. Promoción y Protección de la Salud : El proyecto contempla el apoyo a la promoción y divulgación de modelos de atención que pueden ser aplicados en regiones pilotos o de forma generalizada donde se da integralidad a los aspectos ambientales, familiares y comunitarios dando mayor importancia a los aspectos de promoción y prevención.

61. De igual forma trata de apoyar la necesidad de aumentar la responsabilidad del individuo y de la comunidad en el cuidado de la salud y la práctica de estilos de vida saludables para lo cual dirige su atención a aquellas estrategias que mejoran la aplicación de las políticas sociales y de proyectos de mejoramiento de la calidad de vida.

62. Dirige esfuerzos para reducir los riesgos biológicos, físicos y químicos que puedan poner en riesgo la producción, transporte, procesamiento y expendio de alimentos o productos farmacéuticos, así como la implementación de tecnologías que permitan el monitoreo e intervenciones para reducir el riesgo ambiental.

63. Modernización de los servicios de salud: En el presente proyecto se desarrollarán estrategias tendientes a la implementación y seguimiento de



normas y procedimientos de atención a la población y al ambiente, sistemas de acreditación de servicios de salud y estándares de calidad. A la implementación de un sistema de información de la población y del ambiente que de a conocer sobre los datos clínicos, epidemiológicos y administrativos. Así como, la aplicación de metodologías de análisis de salud e investigación.

64. También dirige esfuerzos para la instrumentación de nuevas formas de gestión, lo que implica nuevas formas de organizar el trabajo, principalmente el trabajo en equipo, donde el elemento central lo constituye un recurso humano motivado e identificado con la misión de la organización.

65. Por otro lado, los servicios de salud deben estar preparados para poder brindar servicios de salud en situaciones de desastres en coordinación con la comunidad la cual debe recibir los elementos organizativos y conocimientos para enfrentar este tipo de situaciones.

66. En el área de medicamentos, servicios de laboratorio y radiología el esfuerzo está dirigido al establecimiento de sistemas de control de calidad y de protección del personal de salud.

67. En relación a la aplicación de estrategias basadas en los enfoques funcionales la PWR de Panamá considera lo siguiente:

68. La movilización de recursos se buscará fortalecer la elaboración de proyectos en conjunto con las autoridades nacionales para atraer recursos externos y a su vez apoyar la ejecución de proyectos de inversión según orientación de las políticas sociales del gobierno.

69. La diseminación de información estará dirigida a establecer bases de datos de sistemas de normas y estándares de calidad que puedan ser accedidas por las diferentes partes de la organización, y a su vez actualizadas de forma periódica. Por otro lado, el apoyo al establecimiento de redes que faciliten la diseminación de información de todo tipo.

70. La capacitación estará dirigida fundamentalmente a fortalecer la capacidad de negociación y de liderazgo de los cuadros directivos de los diferentes niveles del sistema, así como en la capacidad de regulación e implementación de sistemas de costos y de calidad de los servicios.

71. La investigación estará dirigida a evaluar el impacto de las acciones de salud, a conocer con mayor profundidad la situación del financiamiento del sector y el grado de eficiencia con que operan los servicios de salud.

72. La asistencia técnica estará dirigida a la formulación de planes, políticas y al diseño de modelos de evaluación de los modelos de atención en vigencia.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Fortalecimiento de la Rectoría y Legislación**

- Se contará con un cuerpo de normas en materia de salud poblacional y ambiental orientadas a proteger y recuperar las condiciones de salud.
- Haber contribuido al desarrollo de Planes y Programas sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano en el ámbito regional y local.
- El Sistema Nacional de Salud fortalecido en lo relativo a la conducción política, regulación sanitaria y desarrollo de los recursos humanos con base jurídica actualizada y vigente.
- Se habrá facilitado un cuerpo de normas orientadas a proteger la salud, prevenir la enfermedad y la iatrogenia así como la regulación de la calidad de los servicios.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Facilitado las metodologías e instrumentos técnicos para la conformación y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica integral para la prevención y control de la salud, del ambiente y de la calidad de los servicios.
- Fortalecido los procesos de acreditación, planificación y gestión, así como la del proceso de formación y capacitación de los recursos humanos del sector salud en concordancia con las políticas de Reforma y Modernización.
- Se contará con un sistema de información en salud fortalecido en apoyo a la conducción política y regulatoria del sector salud.
- Se contará con un diseño validado de un modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar a diferentes niveles, con relaciones intersectoriales e interinstitucionales definidas como parte del plan nacional de salud.

### **Modernización de los Servicios de Salud**

- Contribuir al diseño del sistema de monitoreo y evaluación del proceso de modernización y descentralización de los servicios de salud para su aplicación a nivel de las regiones de salud y la red hospitalaria.
- Un diseño de programa que contribuya y facilite el acceso de todo el sector salud al desarrollo científico técnico.
- Apoyar la consolidación del sistema administrativo financiero para la modernización de los servicios de salud.
- Al final del bienio, estará funcionando en al menos 4 provincias, el sistema de vigilancia epidemiológica de las IAPs a nivel local, alcanzándose una reducción del 50% del subregistro.
- Se incorporan las consideraciones de desarrollo humano sostenible, atención primaria ambiental y evaluación de riesgos ambientales en los planes y programas de al menos tres instituciones relacionadas con la salud ambiental.

### **Promoción, Protección y Participación en Salud**

- Participación social en la producción de la salud definida en sus responsabilidades y roles, con particular énfasis en los Municipios Siglo XXI.
- Estrategia de Promoción de la Salud integrada al nuevo modelo de atención, validada y difundida con carácter intersectorial.
- Apoyo al desarrollo de un Plan Integral de comunicación para la promoción de la salud.
- Apoyo al desarrollo del nuevo modelo de atención en el primer nivel articulado con la red local de salud.
- Apoyo al componente de prevención de la violencia en el contexto del plan nacional de salud.
- Fortalecimiento de los programas de zoonosis y protección de alimentos.

**Resultados Esperados****1998-1999****Gestión y Coordinación de los Programas de País**

- Programa de Cooperación Técnica desarrollado en forma eficiente para apoyar los planes y programas de salud del país, de acuerdo a las orientaciones estratégicas y en función de las prioridades nacionales.
- Plan de Desarrollo de la Representación actualizado y ejecutado.
- Propuestas de proyectos de Cooperación Técnica entre países elaboradas y presentadas.
- Facilitado durante el bienio 98-99 en el marco de la ISCA, la participación de las autoridades de salud panameñas en los foros y reuniones sectoriales a nivel centroamericano y el cumplimiento de los mandatos y acuerdos suscritos en materia de salud para contribuir al proceso nacional de desarrollo humano sostenible.

<b>PANAMA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	891,700	884,700	218,200	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	815,400	876,900	218,100	0
Promoción y Protección de la Salud	88,000	0	49,900	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	297,100	284,100	397,600	296,000
Prevención y Control de Enfermedades	54,000	167,000	280,100	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,146,200</b>	<b>2,212,700</b>	<b>1,163,900</b>	<b>296,000</b>

# PARAGUAY

---

## *Situación de Salud*

1. El contexto político-económico-social condiciona, en gran medida, la eficiencia y eficacia de cooperación técnica de la OPS en el Paraguay.

2. Desde el punto de vista político, el país vive un proceso de democratización, después de una dictadura de 35 años, que se inició con elecciones libre en 1993, y con la creación de Gobernaciones Departamentales, siendo los gobernadores elegidos por voto directo. Se trata de un proceso de transición que transcurre con altibajos provocados por dificultades en las negociaciones entre el Poder Ejecutivo y Legislativo.

3. El panorama social del Paraguay se puede resumir en dos características principales: a) una gran deuda social acumulada durante décadas; y b) una gran desigualdad e inequidad existente en la sociedad.

4. La primera se manifiesta en la escasez de viviendas (déficit estimado en 310.000 viviendas); la baja proporción de hogares con servicios básicos (agua potable 25%, disposición de excretas 32%, electricidad 54%, recolección de residuos domiciliarios 20%); el elevado nivel de analfabetismo funcional y la alta tasa de deserción escolar (40% y 52% respectivamente); y en los principales indicadores de salud como la alta tasa de mortalidad infantil y de mortalidad materna.

5. La segunda característica es que el Paraguay está considerado como un país en desarrollo con un ingreso promedio que oscila entre 501 y 6.000 dólares anuales. En la clasificación de las Naciones Unidas se ubica en la posición 90 entre los países del mundo, considerando un PIB (Producto Interno Bruto) promedio per cápita de 1.622 dólares (1994).

6. La situación actual es reflejo de dificultades acumuladas explicadas, entre otras razones, por las dificultades económicas, la ausencia de un proyecto nacional forjado por el conjunto de la sociedad, la exacerbación del conflicto redistributivo en una coyuntura económica desfavorable, y la lentitud en la reestructuración del sector público. Todas estas

condiciones repercuten especialmente en los sectores más vulnerables de la sociedad, agravando la pobreza en las áreas urbanas marginales, en el área rural y en las poblaciones indígenas, con deterioro evidente de la calidad de salud y vida de la población.

7. El país no ha escapado a la crisis económica que atraviesan casi todos los países de la Región, la proporción del presupuesto general dedicado a salud es una de las más bajas de la Región, y el sector está afectado por problemas en la gerencia, salarios poco competitivos que impiden mayor dedicación de sus recursos humanos, clientelismo político, obsolescencia tecnológica, entre otros.

8. La estructura demográfica del país corresponde a una población joven, con tasas de natalidad y fecundidad aun elevadas, que reside en un 49% en áreas rurales.

9. El perfil epidemiológico acumula alta incidencia de enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales, como causa de morbi-mortalidad entre niños y jóvenes y de enfermedades crónico-degenerativas entre los adultos.

10. En el campo de la salud ambiental continúan bajas las coberturas de servicios de agua potable, eliminación de excretas y recolección de basuras. Asimismo, existen problemas de contaminación de aguas superficiales.

11. Los servicios de salud en su conjunto (públicos, del seguro social y privados), no cubren el 40% de la población, estando concentrados en las áreas urbanas, en especial en la capital, donde reside el 11% de la población y ejercen alrededor del 75% de los médicos, enfermeras y odontólogos.

12. Acciones del Ministerio de Salud: La actual administración propuso como principales líneas de acción el mejoramiento de la capacidad resolutoria de la red de servicios, mediante la descentralización, reservando para el Ministerio de Salud un rol predominantemente normativo y de control. Otras líneas de acción son el fortalecimiento de actividades de promoción de la salud en todos los niveles del

sistema; la implementación de la estrategia de APS; la coordinación interinstitucional; la atención a los principales problemas de salud que afectan a la población, en especial a los grupos marginados del campo y de la atención; la atención a la salud ambiental y el mejoramiento de la gerencia del sector. Por otra parte se impulsa la participación social mediante la creación del Consejo Nacional y Consejos Departamentales y Municipales de Salud.

13. Estas líneas de acción tendrán expresión operativa a través del Sistema Nacional de Salud creado por Ley No.1032 del 30 de diciembre de 1996.

14. Con relación a la promoción y protección de la salud el Ministerio viene implementando componentes educativos y de comunicación social en apoyo a los Programas de prevención y control del SIDA, cólera, uso indebido de drogas, alcoholismo, salud familiar, supervivencia infantil, salud del adolescente y otros.

15. Se ha reglamentado la utilización de mensajes referentes al efecto sobre la salud en las propagandas de cigarrillos, y prohibido mensajes publicitarios referentes al tabaco y alcohol utilizando eventos deportivos. Asimismo fue creado un Programa de prevención de la drogadicción, un Proyecto de escuelas saludables, y en marzo de 1997 fue lanzado el Programa de Municipios y Comunidades Saludables en el cual han ingresado, hasta el momento, ocho municipios, entre ellos Asunción.

16. Con relación al control de enfermedades el Ministerio de Salud Pública viene desarrollando múltiples programas, entre los de mayor éxito el PAI que en 1986 cortó la cadena de transmisión de la poliomielitis, y el de control de la malaria que obtuvo una disminución considerable de los casos registrados, que pasaron de 1.289 en 1992, a 436 en 1993. No obstante es necesario continuar los esfuerzos para mejorar los programas de control de las infecciones respiratorias agudas y de las diarreas, como también fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica. Respecto al control de las IRA y EDA se esperan impactos importantes de dos proyectos con el Banco Mundial y el BID, que comenzaran a implementarse en 1997 en once Departamentos que agrupan el 72% de la población

del país, y cuya prioridad es la salud materno-infantil.

17. El aumento de la cobertura con servicios de disposición de desechos y provisión de agua potable es de alta prioridad para el Ministerio de Salud Pública, que se propone obtener fondos nacionales y externos para fortalecer las acciones destinadas a tal fin.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

18. Implantar el Sistema Nacional de Salud y los Sistemas Locales de Salud, fortaleciendo el proceso de Programación Local y la Atención Primaria de Salud (APS), así como el Sistema de Información Gerencial que alimente el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud; Privilegiar las acciones de promoción y protección de la salud a través de la participación social y la educación sanitaria, utilizando los mecanismos de comunicación social y otros para lograr el cambio de las condiciones y estilos de vida; Fortalecer, mediante el uso de la epidemiología, las capacidades nacionales para el análisis de la situación de salud, el control de enfermedades transmisibles, manteniendo eliminada la poliomielitis; y reducir las demás enfermedades inmunoprevenibles; Desarrollar los programas de formación y capacitación de los recursos humanos con la finalidad de adecuarlos a las necesidades de los problemas de salud del país; Fortalecer a las instituciones responsables por las acciones de salud ambiental, a fin de ampliar las coberturas de servicios básicos de agua, proporcionar condiciones de prevención de desastres; Desarrollar la capacidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para mejorar las coberturas y la calidad de la atención de la salud materno infantil y adolescencia, con el objetivo de disminuir la mortalidad, morbilidad y alcanzar la salud integral en ambos grupos; Fortalecer el diseño de intervenciones para mantener al país libre de fiebre aftosa y disminuir el riesgo y daños relacionados a las enfermedades animales de importancia económica y salud pública; Priorizar las acciones de prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

## *Estrategia de Cooperación Técnica*

19. Las estrategias generales de cooperación identificadas por la Representación para abordar las demandas de las autoridades de salud en los proyectos y programas técnicos, de las diferentes áreas programáticas prioritarias, coinciden en la búsqueda de la equidad y en la necesidad de apoyar al país en la vigilancia de las condiciones de salud, en un proceso social participativo que tiende a mejorar la calidad de salud y vida de la población paraguaya.

20. En el marco institucional del sector salud se están orientando las relaciones sociales para garantizar la promoción y protección de la salud, fortaleciendo la tutela del estado a través de un conjunto de disposiciones jurídico-legales incluidas las constitucionales. En este sentido, la principal estrategia de cooperación técnica indica el apoyo a la acción compartida y de carácter interinstitucional del sector salud y de los sectores involucrados, para facilitar la implantación del Sistema Nacional de Salud y de los mecanismos reguladores del mismo.

21. La Ley N° 1032 de enero de 1997 que creó el Sistema Nacional de Salud está posibilitando la vigencia del derecho a la salud de toda la población; no obstante, se requiere, para su implementación, instancias de coordinación, consenso y participación en donde la cooperación de la OPS se puntualiza estratégicamente con esfuerzos para la organización y funcionamiento de los Consejos de Salud a nivel nacional, departamental y distrital con el fin de desarrollar planes de salud con modelos de atención cualitativos y de acceso universal.

22. Se ha destacado el papel de los recursos humanos en salud y la acción organizada de la comunidad en el contexto de la reorganización del sector, de manera que otra estrategia de cooperación de la OPS se focaliza en el desarrollo de los recursos humanos, como inversión en el potencial del capital humano involucrado en salud. El uso de la información y la investigación como instrumentos de cambio ha llevado a la OPS/OMS a definir como estrategia altamente significativa, el apoyo a los sistemas de información en salud elevando el conocimiento real de la problemática de salud y la toma de decisiones apropiadas para su solución.

Apoyar al país en la mejoría de la gestión de los servicios regionalizados hace parte de la cooperación a la estrategia de descentralización en todo su contexto, fortaleciendo las acciones político-decisionarias del sector, principalmente a nivel departamental y municipal.

23. La Representación estableció también otras estrategias de carácter particular en las diferentes áreas programáticas, señalando en el área de Promoción y Protección de la Salud, el apoyo sistematizado en la constitución y organización de un Comité Ejecutivo interinstitucional coordinado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en torno al desarrollo de Municipios Saludables que establezcan una relación armoniosa con el medio ambiente, utilizando recursos comunitarios para mejorar la convivencia, la solidaridad, la coestión social y la democracia en búsqueda de actitudes y prácticas saludables.

24. En la Prevención y Control de Enfermedades la estrategia fundamental se direcciona al control y eliminación de enfermedades fortaleciendo la capacitación de docentes y personal de salud en epidemiología, a través de cursos específicos y la actualización de normas de vigilancia epidemiológica. De igual modo, se enfatiza el apoyo al Instituto Nacional de Salud como ente conductor de procesos de educación permanente de recursos humanos del sector. En relación con la cooperación para la prevención del VIH y SIDA se mantiene la estrategia de ejecución a través del ONUSIDA, coordinado por la Representación.

25. En Salud Pública Veterinaria las estrategias estarán dirigidas a consolidar la erradicación de la fiebre aftosa, a la eliminación de la rabia y al desarrollo de programas de protección de alimentos. Para tal fin, se coordinarán acciones con PANAFTOSA e INPPAZ en apoyo al Servicio Nacional de Salud Animal (SENACSA), Dirección Nacional de Epidemiología y del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN).

26. Respecto al área de Salud y Desarrollo Ambiental, la estrategia radica en el fortalecimiento institucional del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) con la cooperación financiera del Banco Mundial y el apoyo a las acciones que aumenten la capacidad de respuesta a las necesidades del área rural utilizando los fondos OPS destinados al país.

27. Cabe destacar en el área Materno Infantil la acción estratégica de intensificar la asesoría técnica de la OPS con los Proyectos BID y Banco Mundial apoyando la implantación de proyectos, que tienen como objetivo principal la reducción de la mortalidad materno e infantil, a nivel departamental.

28. La entrega de la cooperación se hará mediante los siguientes enfoques funcionales:

29. Adiestramiento: Actividad fundamental y constante que insume un volumen importante de los recursos de la PWR, que está siendo canalizada, prioritariamente, a través del Instituto Nacional de Salud (INS) con responsabilidades para la formación y capacitación de recursos humanos de nivel profesional, técnico y auxiliar.

30. Preparación de políticas, planes y normas: Este aspecto esta centrado en la cooperación con la implementación de la Ley del Sistema Nacional de Salud, programas nacionales de medicamentos esenciales, prevención de la mortalidad materna y perinatal; extensión de la cobertura de saneamiento básico, y prevención y control de enfermedades prevalentes.

31. Difusión de la información: Mediante el fortalecimiento del Centro de Documentación de la PWR, sus relaciones con BIREME y REPIDISCA, y la coordinación con las diversas áreas técnicas y programas de la Organización, continuaremos identificando y/o generando y difundiendo informaciones técnico científicas en apoyo a los programas nacionales y a la formación y capacitación de los recursos humanos del sector.

32. Movilización de recursos: Actividad centrada en la movilización de apoyo político a iniciativas de salud por parte del Congreso Nacional y cooperación con Proyectos del Ministerio de Salud con el Banco Mundial, BID y JICA, en las áreas de salud materno-infantil, saneamiento básico y control de zoonosis.

33. Promoción de la investigación: Continuaremos con el apoyo al desarrollo de cursos de capacitación en investigación en servicios de salud, en conjunto con la Red Latinoamericana, y a la iniciativas de investigación propuestas por programas nacionales.

34. Prioridades Nacionales: Desarrollar el sistema nacional y los sistemas locales de salud, fortaleciendo el proceso de programación local y la atención primaria, así como el sistema de información que alimente el proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles del SNS.

35. Privilegiar las acciones de promoción y protección de la salud a través de la participación social y la educación sanitaria, utilizando los mecanismos de comunicación social y otros para lograr cambios de las condiciones y estilos de vida.

36. Fortalecer mediante el uso de la epidemiología las capacidades nacionales para el análisis de la situación de salud, el control de enfermedades transmisibles, manteniendo eliminada la poliomielitis, y reducir las demás enfermedades inmunoprevenibles.

37. Desarrollar los programas de formación y capacitación de los recursos humanos con la finalidad de adecuación a las necesidades y problemas de salud del país.

38. Fortalecer las instituciones responsables por las acciones de salud ambiental a fin de ampliar las coberturas de servicios básicos de agua, excretas y basuras, y de reducir la contaminación ambiental, así como proporcionar condiciones de prevención de desastres.

39. Desarrollar la capacidad del Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social para mejorar las coberturas y la calidad de la atención de salud materno-infantil y adolescentes con el objetivo de disminuir la mortalidad y morbilidad y alcanzar la salud integral de ambos grupos.

40. Fortalecer las intervenciones destinadas a mantener el país libre de fiebre aftosa y disminuir el riesgo y daños ocasionados por enfermedades animales de importancia económica y para la salud pública.

41. Priorizar las acciones de prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

---

## **Resultados Esperados**

---

**1998-1999**

### **Apoyo al programa nacional de salud**

- Se habrá fortalecido la conducción y gerencia de la Representación en el marco de la misión propia de OPS Y los requerimientos prioritarios de cooperación dentro de la estrategia funcional definida en el contexto de la salud y el desarrollo del país.
- Se habrá analizado y ajustado constantemente la estructura orgánico funcional y los procedimientos técnicos y administrativos de la Representación para respuesta funcional al cumplimiento de su misión
- Se habrá establecido e implementado un plan de desarrollo de recursos humanos y plan de seguridad del personal de la PWR conforme a necesidades detectadas.
- La PWR tiene capacidad operativa y realiza permanente seguimiento y actualización funcional conforme a los requerimientos y respuestas a prioridades nacionales de cooperación técnica OPS/OMS

### **Cooperación técnica entre países**

- Desarrollo de proyectos de cooperación entre Paraguay, Argentina y Brasil para coordinación e implementación de servicios de atención de salud en zonas fronterizas.
- Los países miembros del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay) han iniciado acciones de coordinación para el área de salud en el marco del proceso de integración, utilizando las bases ya establecidas en la iniciativa INCOSUR

### **Desarrollo de sistemas y servicios de salud**

- Se habrá apoyado el proceso de reforma del sector mediante la cooperación a la implementación del Sistema Nacional de Salud, y al desarrollo de políticas de financiamiento, y de medicamentos, promoviendo la incorporación del enfoque de género y la bioética en salud.
- Se habrá apoyado al Sistema de Información en Salud para proporcionar información sistematizada y confiable, e indicadores para el monitoreo y evaluación del diagnóstico y gestión de los servicios en 11 Regiones de Salud.
- Se habrá fortalecido la gerencia y calidad de los servicios de salud en el proceso de reforma sectorial, mediante el desarrollo de recursos humanos.
- Se habrá apoyado el 2do. curso de formación de investigadores en servicios de salud.

### **Salud familiar y comunitaria**

- Se habrán conformado los Grupos de Trabajo que ejerciten coordinación intra e interprogramática, intra e interinstitucional, articulando niveles de atención con participación de protagonistas involucrados en la salud de madres, niños y adolescentes
- Se habrá concretado el análisis de las condiciones de salud y atención integral del niño y del adolescente.



## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrán desarrollado mecanismos que faciliten la implementación de estrategias e instrumentos para mejorar la información en la atención de la salud reproductiva y sus riesgos en los diferentes niveles de atención.
- Estará concluido el Proyecto de difusión bibliográfica Materno Infantil y se conocen las necesidades de información en Salud Materno Infantil.

### **Promoción y protección de la salud**

- Se habrán fortalecido las áreas de salud mental, de la tercera edad, de nutrición y otras enfermedades no transmisibles con intervenciones en autocuidado y estilos de vida saludables
- Está promovida la idea de municipios saludables y existe una estructura de apoyo nacional para la operativización en el nivel local.

### **Abastecimiento de agua potable y saneamiento**

- Se ha mejorado la capacidad técnico-gerencial del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), para aumentar las coberturas y calidad de agua y saneamiento ambiental.
- Las Secretarías de Salud de los Departamentos de Itapúa y Alto Paraná están en capacidad de hacer frente al manejo de sus residuos peligrosos hospitalarios.
- Las instituciones nacionales de salud ambiental están en conocimiento y en capacidad de aplicación del Programa Marco de Atención al Medio en lengua guaraní.
- Se ha fortalecido la capacidad nacional en los aspectos de salud e impacto ambiental.

### **Control de enfermedades transmisibles**

- El personal de salud de diferentes niveles tiene capacidad para realizar una eficiente vigilancia epidemiológica que permite sostener programas de prevención y control de enfermedades transmisibles.
- Los programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores se desarrollan con criterios de vigilancia epidemiológica, serológica, entomológica y ambiental; y se ha mejorado la capacidad operativa para diagnóstico, tratamiento y análisis de estas enfermedades.
- El Programa Ampliado de Inmunizaciones nacional ha intensificado las actividades para el control, disminución y mantenimiento de erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación

### **Salud pública veterinaria**

- Aplicación de plan anual para erradicación de fiebre aftosa, tuberculosis y brucelosis bovinas en cuencas lecheras y áreas de riesgo.
- Transmisión de rabia canina controlada y programas de control de accidentes ofídicos en ejecución.

PARAGUAY				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Salud en el Desarrollo Humano	762,600	818,200	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	795,800	838,700	15,700	0
Promoción y Protección de la Salud	48,800	62,000	3,000	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	336,200	364,300	324,000	0
Prevención y Control de Enfermedades	452,800	517,000	22,500	0
TOTAL	2,396,200	2,600,200	365,200	0



## *Situación de Salud*

1. **Demografía:** La población estimada de la República del Perú, al 30 de junio de 1996, es de 23,946,779 habitantes, de los cuales el 35,4% corresponden a menores de 15 años y el 4,5% a personas de 65 años y más (tendencias descendente y ascendente, respectivamente). Para ese mismo año, la esperanza de vida al nacer se incrementó a 67,9 años (70,4 para las mujeres y 65,5 para los hombres) y por otra parte, las tasas de natalidad, fecundidad y crecimiento poblacional, disminuyeron a 29,0 nacimientos por mil; 3,1 hijos por mujer y 1,76%, respectivamente. En los últimos años ha continuado la migración del campo a la ciudad, por lo que en 1996 el 71,5% de la población se localizaba en zona urbana y el 28,5% en el área rural. Tan solo en Lima metropolitana residían 6,9 millones de personas, lo cual corresponde al 29% de la población total del Perú y al 44% del total de la población urbana del país.

2. **Indicadores del Estado de Salud:** Para 1996, la tasa bruta de mortalidad general se estimó en 6,5 por mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil en 47,9 por mil nacidos vivos. Esta última ha disminuido un 50% en los últimos 20 años, principalmente por el reforzamiento en el control de las enfermedades diarreicas, inmunoprevenibles y respiratorias agudas. Sin embargo, cabe destacar que aún se observan grandes diferencias entre las regiones del país, correspondiendo las tasas de mortalidad más bajas a los Departamentos de Lima y Arequipa y las tasas más altas a los de Huancaavelica y Apurímac. Estas diferencias o brechas son producto de la inequidad en los servicios de salud y principalmente reflejan las diferencias entre los estratos socioeconómicos. Un problema importante en las estadísticas de la mortalidad lo constituye el subregistro de las defunciones, el cual se calcula en 50%, además, de las muertes registradas, solo el 64% están certificadas por médico. Cabe destacar que la tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de muerte en los adultos y que cada año se incrementa el número de defunciones por neoplasias, problemas cardiovasculares y violencia.

3. En materia de morbilidad, las enfermedades transmisibles siguen siendo una prioridad nacional y ello se refleja en las metas quinquenales de las políticas de salud para los años 1995-2000. No obstante que se han mejorado las coberturas de atención del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, así como la eficacia y eficiencia del tratamiento, la tasa de incidencia anual de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva es la más alta del continente con 163 casos por 100,000 habitantes. Así mismo, se calcula que son 50,000 las personas infectadas por el VIH en el país y 4,500 el número de casos de SIDA desde 1983, siendo cada vez más frecuente el número de personas heterosexuales, hombres y mujeres, las que contraen la enfermedad, con una incidencia mayor en los litorales y las zonas urbanas; además, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) aún permanecen sin control efectivo. Por otra parte, dadas las características ecológicas y geográficas del país, propicia la persistencia de diversas enfermedades transmitidas por vectores, por lo que enfermedades como la malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis, peste, enfermedad de Chagas y bartonelosis humana, continúan siendo importantes problemas de salud pública. Respecto a la malaria, no obstante que entre 1993 y 1995 se han sextuplicado los diagnósticos por gota gruesa, se han incrementado los tratamientos gratuitos y se ha disminuido la tasa de abandono de 80% en 1993 a 35% en 1995, su incidencia continua siendo elevada. Por su parte, el dengue clásico afecta a ocho de los 24 Departamentos del país y el índice de infestación vectorial es de 3,0% en zonas de riesgo (0,5% - 4,6%), siendo los más afectados Tumbes, Loreto, Ucayali, así como la costa de Piura y por otra parte, están apareciendo nuevos focos en el Departamento de Amazonas. Para contrarrestar las enfermedades metaxénicas el Sector Salud ha promovido la movilización social de carácter comunitario e intersectorial, con la participación de las Alcaldías, Defensa Civil, Escuelas, ONG., y Sector Privado. La fiebre amarilla continúa siendo endémica en áreas silvestres de la selva central y oriental peruana, con tasa de incidencia nacional de 2,1 por 100,000 hb. y letalidad del 40%; si bien se realiza inmunización antiamarilica permanente, no se conocen las coberturas alcanzadas. Con respecto al problema de peste en el país, la cooperación técnica y financiera de la OPS y la Comunidad Económica Europea ha

permitido reducir de 1,122 casos y 51 defunciones en 1994 a 97 y 2, respectivamente, en 1995. El cólera se ha instalado en forma endémica con brotes epidémicos en verano, situación que se explica por la situación de pobreza de un gran segmento de la población, el deficiente saneamiento básico y la calidad de los alimentos. También hay que destacar rabia, peste, brucelosis caprina, distomatosis, cisticercosis e hidatidosis. La poliomiелitis se ha erradicado del país y se cumple con los indicadores de vigilancia epidemiológica exigidos por la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación. Por otra parte, durante 1995 se lograron las siguientes coberturas del PAI: Polio 92,8%, DPT 94,7%, Sarampión 97,5% y BCG 96,7%. Actualmente se trabaja intensamente en la eliminación del sarampión, sin embargo, es necesario mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica y la confirmación de casos por laboratorio. En cuanto a la salud reproductiva, solo el 64,0% de las mujeres embarazadas recibe atención profesional y el 46% de los partos se atienden en los servicios de salud. Ello contribuye a que la mortalidad materna en promedio sea de 261 defunciones por 100,000 nacidos vivos, correspondiendo el 15% de ellas a gestantes jóvenes, en las que además ocurre el 20% de las muertes por aborto. En el trasfondo de esta y otros tipos de mortalidad, no solo se encuentra el nivel educacional y económico, sino también la desnutrición crónica, cuya magnitud es mejor conocida en el grupo de escolares, en el que alcanza el 48,0%.

4. Factores que afectan el estado de salud: Las políticas de Estado, orientadas a reformar los sectores sociales, privatizar las empresas públicas, liberalizar el comercio y promover la inversión extranjera, han dado resultados favorables en el aspecto macroeconómico, reactivando la economía, produciendo el crecimiento económico y deteniendo el proceso inflacionario. Sin embargo, como ha ocurrido en otros países de la región, no se ha producido el mismo efecto a nivel de la economía familiar y en ese sentido se estima que alrededor del 50% de la población total se encuentra en situación de pobreza crítica y el 53,9% de los hogares peruanos, tienen cuando menos una necesidad básica insatisfecha, de acuerdo con datos del Censo de 1993. Por otra parte, las condiciones del medio ambiente físico se continúan deteriorando tanto en el medio urbano como rural. En el primer caso por la contaminación ambiental provocada por la importación de vehículos usados, la falta de

verificación vehicular periódica, los desechos fabriles y la insuficiencia de los servicios públicos de limpieza. En el medio rural por la tala irregular de los bosques, la exploración petrolera y minera y la insuficiencia de los estudios de impacto ambiental. Por otra parte, existe carencia de servicios públicos básicos, ya que según el Censo de 1993, en promedio solo el 70.1% de las viviendas cuentan con electricidad (19,6% en el medio rural y 90,3% en el medio urbano), 58,9% con agua entubada (18,0% en medio urbano y 75,2% en medio urbano), 24,6% no disponen de ningún servicio sanitario (63,4% en el medio rural) y el 36,6% tienen piso de tierra (74,9% en el medio rural). Por otra parte, el analfabetismo llega a ser del 29,8% en el medio rural y es más acentuado en las mujeres, en la que llega a ser del 18,3% como promedio.

5. Estado de cada una de las cinco áreas de las OEP: Salud en el desarrollo: Existe un marco legal para el cuidado de la salud y una Comisión del Poder Legislativo que analiza las propuestas de nuevas leyes y de actualización a las vigentes. Actualmente están en proceso de revisión la Ley General de Salud, así como las correspondientes a medicamentos y atención a los discapacitados. Igualmente se está fortaleciendo la reglamentación para luchar contra el uso indebido de drogas y el mejoramiento del medio ambiente, cuyo fin primordial es fortalecer estilos de vida saludables y una mejor calidad de vida para el desarrollo humano. El país cuenta con lineamientos de política sectorial para el período 1995-2000, los cuales se toman como referencia para las acciones de reforma sectorial así como para las programaciones operativas anuales, tanto de nivel nacional como regional. Dentro de este marco de políticas se vienen ejecutando diversos proyectos de inversión para el fortalecimiento de los servicios de salud, con la cooperación financiera del Banco Mundial, BID y AID, así como la cooperación técnica de OPS. Por otra parte, existe coordinación entre las instituciones del sector para algunos programas de impacto poblacional tales como el de inmunizaciones y el de salud reproductiva. Sin embargo, aún persiste el subsidio cruzado en la prestación de servicios, no se han consolidado las redes sectoriales de servicios de salud, se carece de un sistema integrado de vigilancia epidemiológica, así como de una política sectorial de recursos humanos y de investigación. En función de ello, la cooperación técnica de OPS se orientará a la formulación de planes sectoriales, consolidar el papel rector del MINSA y establecer políticas y planes sectoriales para el desarrollo de los recursos

humanos y la investigación, promover los estilos de vida saludables y el enfoque de género en los programas y proyectos.

6. Desarrollo de sistemas de salud. Las acciones realizadas con la focalización del gasto en salud han permitido recuperar la infraestructura sanitaria deteriorada hasta antes de 1992 y se ha incrementado la oferta de servicios (Tesoro Público), Fortalecimiento de Servicios de Salud (BID), Salud y Nutrición (BM) y 2000 (AID). Además del reforzamiento de la infraestructura y la dotación de recursos humanos, se han iniciado procesos para el desarrollo de los sistemas operativos y de apoyo logístico de los servicios, así como para la organización y funcionamiento de redes de salud, con el fin mejorar la calidad, cobertura y equidad. Por otra parte, actualmente se otorgan servicios básicos (paquetes) subsidiados por el Estado, a la población de escasos recursos. No obstante los avances señalados, aún es necesario extender la cobertura para atender aproximadamente al 25% de la población sin acceso permanente a los servicios de salud, mejorar la capacidad gerencial del personal directivo, la capacidad técnica del personal operativo, garantizar la calidad y seguridad de la atención, los sistemas de información para la toma de decisiones y el fortalecimiento de las redes de servicios. En función de ello, la cooperación técnica de la OPS se orientará principalmente a la formulación de metodologías y procedimientos para la organización y funcionamiento de las redes de servicios de salud, la capacitación del personal directivo y operativo, la acreditación de establecimientos y redes de servicios, el estudio de la vulnerabilidad hospitalaria, el saneamiento hospitalario, el desarrollo de los sistemas de información, y la atención de los pueblos indígenas y a los discapacitados.

7. Promoción y protección de la salud. Existen deficiencias en las políticas, programas y acciones destinados a proteger y promover la salud. Diversos problemas de salud personal, familiar y comunitario están relacionados con hábitos y comportamientos no saludables. La violencia, los accidentes, la ausencia de prácticas higiénicas y el consumo de alimentos contaminados son algunos de los principales problemas. Para contrarrestar esta situación, desde 1996 el Sector Salud viene promoviendo el movimiento de municipios-comunidades saludables en diversos puntos del país, como una estrategia integral de promoción y desarrollo de la salud, promovida desde y con la propia comunidad, sus

autoridades y diversas organizaciones y sectores sociales. Bajo esta estrategia se están realizando acciones de saneamiento ambiental, de promoción de estilos de vida saludables y de mejoramiento de los servicios de salud pública e individual. La OPS ha promovido este movimiento y se ha sumado a través de un Proyecto de Promoción y Protección de la Salud, a través del cual se brinda apoyo técnico y financiero para la formulación de planes intersectoriales, de salud mental, atención de grupos de alto riesgo, mejoramiento de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, mejoramiento de los planes de nutrición y disminución de la mortalidad materna. En tal sentido, la cooperación se continuará orientando a la apertura de espacios sectoriales y extrasectoriales para operativizar la Estrategia de Promoción de la Salud, la formulación de proyectos intersectoriales de comunidades saludables, al desarrollo del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, a la reducción de la mortalidad materna, y al desarrollo de la estrategia de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño.

8. Desarrollo y protección del ambiente. Los servicios básicos de saneamiento son insuficientes y en gran medida están deteriorados, tanto en sus instalaciones como en la capacidad organizativa institucional. El Gobierno lleva a cabo un intenso programa de inversiones en materia de abastecimiento de agua y alcantarillado, con el fin de superar esta situación. Sin embargo, un tercio de la población urbana y más de la mitad de la población rural aún carecen de dichos servicios. La limpieza de las calles y la recolección de basuras son problemas serios tanto en el medio rural como en las ciudades y en estas últimas el ambiente se deteriora con diversos contaminantes. Así mismo, los ámbitos laborales no siempre ofrecen las condiciones apropiadas para el trabajo en sus aspectos ambientales y de seguridad. Por todo ello, la OPS viene apoyando la formulación de un Plan Nacional de Salud Ambiental y Ocupacional con la participación de varios ministerios, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales de cooperación, con el fin de cumplir no solo con los acuerdos internacionales sobre el manejo de sustancias químicas peligrosas, sino esencialmente para promover las políticas gubernamentales de mejoramiento ambiental y laboral. En tal sentido, la cooperación que localmente ofrece la representación, se refuerza por la presencia y acción del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), quien viene impulsando programas y

proyectos para el manejo apropiado de residuos sólidos, la recuperación de áreas de cultivo con el reciclaje de agua y la realización de estudios de impacto ambiental, la mayoría de los cuales, se ubican dentro de la estrategia de comunidades saludables. De acuerdo a lo anterior, se continuará impulsando el Plan Nacional de Salud Ambiental y Ocupacional, la capacidad de gestión regional para descentralizar y extender a todo el país las estrategias de salud ambiental, el mejoramiento de la calidad del agua, el manejo de las aguas residuales y de los residuos sólidos, con especial énfasis en las zonas de frontera, en las zonas de reserva ecológica y de aquellas zonas en las que la inversión privada y pública, puede potencialmente alterar los nichos ecológicos. El control de enfermedades como la tuberculosis, diarrea aguda incluyendo el cólera y las inmunoprevenibles. Sin embargo, diversas circunstancias de orden socioeconómico han favorecido el recrudecimiento de problemas sanitarios como la peste, la malaria, así como la emergencia de otros como el SIDA, los accidentes, la violencia y otras enfermedades de transmisión sexual. Tal circunstancia ha llevado al MINSA a poner en práctica planes para el control integrado de las enfermedades transmisibles prioritarias, así como para algunos padecimientos crónicos, los accidentes y la violencia. Dicha acción integrada implica el fortalecimiento de las acciones de atención a las personas, de vigilancia epidemiológica, de los laboratorios de Salud Pública y de Salud Ambiental, así como de las acciones de Salud Veterinaria. En tal sentido se vienen impulsando acciones para fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud en los niveles locales, la capacitación de personal especializado en Epidemiología, la incorporación del pensamiento epidemiológico en la toma de decisiones, la programación local con base en las prioridades del perfil epidemiológico y la disseminación de información científica y tecnológica. De acuerdo a lo anterior se continuará promoviendo la capacitación, supervisión y la comunicación social con fines promocionales, para la prevención y control de las enfermedades. Así mismo se continuará brindando el apoyo del Centro de Documentación de la OPS, en la disseminación de información científica. Además se avanzará en el cumplimiento de los acuerdos internacionales asumidos por el país, entre ellos, el plan de eliminación de la sífilis congénita, suscrito por el Perú en la Cumbre Iberoamericana de San Salvador de Bahía, Brasil.

9. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud: Con el fin de apoyar al Sector Salud en la realización de los lineamientos de política para el periodo 1995-2000, así como en la aplicación de las acciones de Reforma Sectorial, y por otra parte, con el propósito de mejorar la actual situación de salud, mediante la atención de los problemas prioritarios, se continuará brindando la cooperación técnica necesaria para el reforzamiento de la capacidad rectora del MINSA, la regulación sanitaria, la focalización del gasto en salud, la identificación de mecanismos de financiamiento para asegurar la atención sanitaria de toda la población, el desarrollo de las capacidades gerenciales, la descentralización y regionalización de los servicios, la promoción de la salud a través de la estrategia de comunidades saludables, la incorporación del enfoque de género en las políticas, planes y proyectos, la promoción de estilos de vida y ambientes saludables y el control de las enfermedades que mayor daño causan a la salud, el desarrollo y la economía de la población peruana. Para lograr estos propósitos, se intensificará la cooperación técnica en la instrumentación de aquellas acciones de Reforma que el Sector Salud determine como prioritarias en el próximo bienio, poniendo especial empeño en el fortalecimiento de la capacidad rectora y de regulación del MINSA, la organización y funcionamiento de las redes de servicios de salud, el desarrollo gerencial y la formulación de nuevos modelos de gestión. Por otra parte y tomando en cuenta que el Perú se encuentra localizado en una zona de alta sismicidad, se continuará impulsando la realización de estudios de la vulnerabilidad hospitalaria, como estrategia básica de la mitigación de la vulnerabilidad en establecimientos de salud y como parte del proceso de acreditación de hospitales.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

10. Fortalecer las acciones del Ministerio de Salud destinadas a facilitar el proceso de Reforma y descentralización del sector, además de apoyar el análisis, la formulación y regulación de políticas sociales, con énfasis en políticas de salud pública, de desarrollo de recursos humanos y de inversión en salud. Promover la equidad en salud, y el acceso de la población de menores ingresos a servicios de salud eficientes y de calidad. Impulsar la integración regional y el intercambio de propuestas técnicas interpaíses; Promover en el marco de los

lineamientos de Política de Salud 1995-2000, la formulación de políticas específicas de salud ambiental y salud ocupacional, articulando propuestas e iniciativas intra e intersectoriales; Promover la inversión en los sectores de salud y ambiente, articulando políticas y programas intra e intersectorial orientados al desarrollo de una cultura en salud, en el marco de la estrategia de comunidades saludables, implementando acciones en salud reproductiva y planificación familiar, de disminución de la mortalidad materna, alimentación y nutrición, prevención en el uso de drogas, prevención y control de la violencia y mejoramiento y cuidado del ambiente humano; Fortalecer sistemas y redes de servicios de vigilancia e intervención destinados a la prevención, control y tratamiento de las enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes, así como promover medidas de control de calidad, prevención de accidentes y otras formas de violencia; Fortalecer las acciones destinadas a la mejora permanente de los servicios de salud individual y colectiva, y a la formulación de normas para su eficiente organización y desarrollo, así como la movilización y el uso racional de recursos, con la finalidad de garantizar el acceso universal de la población a establecimientos seguros y a un conjunto básico de servicios y programas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a medicamentos esenciales, así como el diseño, implementación y apoyo a la gestión de redes de servicios de salud eficientes y de calidad; Mantener y fortalecer la existencia de políticas, programas y servicios destinados al control y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, especialmente los esfuerzos dirigidos a mantener el país libre de poliomielitis y eliminar el sarampión y el tétanos neonatal.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

11. Teniendo como marco básico de referencia las prioridades nacionales establecidas por el Ministerio de Salud, los Lineamientos de Política de Salud 1996-2000, las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS para los años 1995-1998, el Noveno Programa General de Trabajo para el período 1996-2000 de la Organización Mundial de la Salud y, las recomendaciones de la Evaluación Conjunta efectuada en noviembre de 1994; las estrategias para la entrega de la cooperación técnica

para el bienio 1998-1999 propuestas para contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas nacionales de salud en el Perú, serán:

12. Apoyar la Descentralización y Modernización: Estos procesos serán apoyados en forma integral, desde su definición política hasta el desarrollo de la capacidad del personal técnico y administrativo de todos los niveles del sector, para: el uso adecuado de la información y el análisis de la situación de salud; la aplicación del enfoque de riesgo; la adecuada administración de los recursos físicos y económicos; la implantación de programas de apoyo logístico, la conservación y mantenimiento de inmuebles, mobiliario y equipo; el suministro oportuno de insumos para la salud; la supervisión integral, permanente y continua de los programas y establecimientos y; la evaluación del impacto de los programas y servicios de salud.

13. Desarrollo de Metodologías: Se dará especial atención a la incorporación de herramientas metodológicas relacionadas con el análisis de la información, incluido el análisis de la situación de salud; el uso adecuado de los recursos con el fin de incrementar la eficacia y eficiencia de los servicios; el diseño de mecanismos de financiamiento tanto en lo que se refiere a sus fuentes como a los procedimientos de asignación y gasto a nivel central, regional y local. El desarrollo de los mecanismos de financiamiento se realizará en forma coordinada con el Ministerio de Economía y Finanzas, así como con el Ministerio de la Presidencia, por ser estos órganos de gobierno los que definen el marco institucional y financiero del país.

14. Desarrollo de Recursos Humanos: Se dará énfasis al diagnóstico situacional de los recursos humanos disponibles en el país, con el fin de determinar su número, distribución y utilización; se continuará apoyando la capacitación permanente del personal de salud de los niveles regional y local; se estimulará la formación y capacitación del personal técnico; y se promoverá la capacitación del personal directivo en planificación y gerencia de los servicios de salud. Esta estrategia se llevará a cabo en forma coordinada con las instituciones educativas y de salud, así como con otros sectores involucrados.

15. Coordinación Sectorial e Intersectorial: Se colaborará con las autoridades nacionales, regionales y locales en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos y programas sectoriales e intersectoriales, relacionados con: la protección del



medio ambiente, el mejoramiento de la vivienda, el desarrollo de la infraestructura sanitaria, la producción agropecuaria, la sanidad animal, y la lucha contra las enfermedades prevalentes que causan mayor impacto en la economía y en la mortalidad de la población.

**16. Movilización de recursos:** La promoción de la salud y de la participación organizada y activa de la comunidad, así como de los diferentes actores sociales, incluidos el sector privado y las ONG, son dos acciones fundamentales para la movilización de recursos hacia los servicios y programas de salud, por lo que ambas acciones serán estimuladas principalmente a través del uso racional y óptimo de los medios masivos de comunicación social. Asimismo, se pondrá especial atención en la negociación de proyectos conjuntos con otros organismos de cooperación técnica y apoyo financiero, para llevar a cabo proyectos de salud y desarrollo social integral, que contribuyan con la acción gubernamental de lucha contra la pobreza.

**17. Cooperación Técnica Directa y Cooperación entre Países:** La cooperación técnica directa de los consultores y funcionarios de los programas regionales, así como de los Centros e Institutos Panamericanos y centros colaboradores de la OPS/OMS, constituyen recursos indispensables para llevar a cabo las estrategias de cooperación técnica y, en sí mismo, el trabajo directo de los consultores debe ser entendido como la estrategia más valiosa de cooperación. Del mismo modo y en forma prioritaria, se estimulará la cooperación técnica entre los países, especialmente entre los que forman parte de la Subregión Andina, con el objeto de mantener vigentes los convenios y acuerdos bilaterales de cooperación en salud, estimulando sobre todo el desarrollo de investigaciones operativas multicéntricas, el apoyo bilateral en programas de capacitación, las acciones conjuntas de mejoramiento de la infraestructura sanitaria y la vigilancia epidemiológica. Por su parte, las ciudades fronterizas recibirán una atención especial para el desarrollo de proyectos integrales, en el marco de la iniciativa regional de comunidades o fronteras saludables.

**18. Disseminación de Información Científica y Tecnológica:** La disseminación de la información científica y tecnológica, especialmente en los niveles

locales y subregionales, constituirá otro de los enfoques estratégicos de la cooperación y además se apoyará la consolidación de una red nacional de centros de información, con la participación de los servicios de salud, universidades, instituciones del sector agropecuario, asociaciones gremiales y de profesionales, así como organismos del sector privado. Se dará especial apoyo a los convenios con instituciones educativas, con el fin de poner al alcance de sus poblaciones estudiantiles libros y documentos de nuestra organización, que por su calidad, contribuirán significativamente en su proceso formativo.

**19. Reforzamiento del Marco Político y Normativo del Sector:** Se continuará apoyando al Gobierno en la formulación de políticas de salud, normas, reglamentos, planes, programas y estudios técnicos, que contribuyan a la consolidación y modernización del sector. Especial atención se pondrá en la formulación de normas e instrumentos de gobierno para regular la calidad situación de vulnerabilidad estructural y no estructural ante situaciones de desastre; la producción, distribución y adquisición de productos de consumo humano, incluidos los fármacos y materiales de curación, así como de otros insumos que inciden en la calidad de vida y salud de la población.

**20. En apoyo a los procesos de descentralización de los servicios de salud de concertación interinstitucional e intersectorial y de democratización de los procesos de atención de la salud pública,** se intensificará la cooperación técnica directa con los alcaldías de los Gobiernos Locales y las Subregiones Sanitarias, a través de estrategias de intervención y proyectos concretos como los de comunidades y fronteras saludables. Así mismo, se fortalecerán los vínculos con otros organismos del Sistema de Naciones Unidas, organismos no gubernamentales, instituciones de los sectores educativo y agropecuario, gobiernos regionales y gobiernos locales, para la ejecución de proyectos interdisciplinarios que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud, el cuidado del medio ambiente y a la lucha contra la pobreza.

**21. Finalmente,** se continuarán apoyando las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OMS y de la OPS, especialmente para mejorar la calidad de vida y la salud de la población del país.

---

**Resultados Esperados**

---

**1998-1999****Apoyo al desarrollo, gestión y coordinación de los programas del país**

- Programas y proyectos de cooperación técnica de la OPS dirigidos y ejecutados en el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas vigentes y aprobadas por el secretariado y dentro de los procesos de modernización sectorial, privilegiando la equidad, así como la calidad y la eficiencia.
- Que los recursos humanos, financieros, físicos y materiales de la PWR se hayan administrado eficientemente en apoyo a la gestión política, técnica y administrativa que realiza la Representación en el país.

**Cooperación técnica entre países**

- Equipos de salud de frontera fortalecidos en la vigilancia, prevención y control de enfermedades prioritarias y con acceso a información de la situación epidemiológica.
- Intercambio de experiencias y transferencia científico tecnológica efectuada en los temas de reforma del sector, municipios saludables, atención de salud y programas de capacitación permanente en epidemiología.

**Políticas públicas y programas nacionales de salud**

- Sistema estadístico de registro de daños a la salud (morbilidad y mortalidad) con mayor cobertura y representatividad a nivel nacional y regional
- Metodologías de análisis de situación de salud en ejecución y evaluación permanente a nivel nacional, subregional y local que permitan orientar políticas públicas y servicios, así como acciones de intervención.
- Nivel rector del MINSA fortalecido en sus capacidades de concertación, formulación e implementación de políticas nacionales y regionales
- Reestructuración de los mecanismos de financiamiento y asignación de recursos dentro del proceso de modernización sectorial.
- Fomentar la investigación en salud y desarrollo tecnológico en el marco del proceso de modernización del Estado, así como de las condiciones de vida y de la situación sanitaria del país.
- Desarrollo de la política de recursos humanos del sector basada en una estrategia de desarrollo sectorial.
- Programas y Proyectos de Salud han incorporado el enfoque de género en los procesos de planificación y evaluación, incluyendo investigación acción sobre violencia contra la mujer y la niña. Asimismo, los servicios de salud han implementado estrategias de atención integral con criterios de equidad y calidad desde la perspectiva de género.

**Desarrollo de los sistemas y servicios de salud**

- Normas y metodologías para el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud desarrolladas e implementadas en las subregiones sanitarias, relacionadas con: la organización y funcionamiento de las redes; la jerarquización de los establecimientos por niveles de atención; la planificación operativa; la gestión y gerencia de los servicios de salud; la capacitación y el desarrollo de recursos humanos; la supervisión integral,

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

monitoreo y evaluación de programas y servicios; los protocolos de atención; los sistemas de información y de apoyo logístico; el modelo de atención; los paquetes básicos de servicios; y el análisis de la productividad y costo de los servicios

- Proceso de acreditación de hospitales y de redes de servicios de salud, implementado a nivel nacional.
- Sistema de Servicios de Salud, ejecutando el Plan Nacional de Desastres y Emergencias, con énfasis en la mitigación hospitalaria.
- En ámbitos seleccionados por el Sector Salud se han formulado y desarrollan programas de educación permanente para fortalecer la capacidad gerencial de los funcionarios y la capacidad operativa del personal.
- El país cuenta con un sistema fortalecido para el registro y evaluación de la calidad de los medicamentos, y los establecimientos de salud, especialmente los del primer nivel, disponen de medicamentos esenciales y estos se encuentran accesibles para toda la población.
- Programas de atención integral para las zonas indígenas del país, formulados e implementados en zonas piloto.
- Estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) y Sistema Sectorial de Registro de Discapacidades, implementados.
- Metodologías para garantizar la calidad del agua de consumo humano y el manejo apropiado de aguas residuales y desechos sólidos, implantadas en hospitales priorizados por el Sector.
- Eficiente Cooperación Técnica al Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, PFSS-BID a fin de lograr sus objetivos y reforzar la sostenibilidad institucional de los procesos que genera su aplicación.

### **Promoción de la salud**

- Iniciativa de Comunidades Saludables fortalecida a nivel nacional.
- Sistema de Servicios de Salud desarrollando estrategias de educación en salud, atención integral al niño, escolar y adolescente, así como a la salud materno perinatal, la salud reproductiva, priorizando acciones del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna.
- Sistema de Servicios de Salud Mental desarrollando acciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludable, con énfasis en la prevención de conductas adictivas, violencia y accidentes.
- Se ha fortalecido el desarrollo del Plan Nacional de Nutrición con énfasis en alimentación infantil, lactancia exclusiva y ablactancia, vigilancia nutricional y el desarrollo de estrategias para combatir las deficiencias de micronutrientes antes de 1999.
- Programas y proyectos del Ministerio de Salud y medios masivos fortalecidos en la estrategia de la Promoción de la Salud y en el uso de las técnicas de la comunicación en salud a nivel subregional y nacional.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Prevención y control de enfermedades**

- Equipos subregionales y locales de salud fortalecidos en sus capacidades de gestión y atención de las enfermedades prevalentes prioritarias.
- Red Nacional de laboratorios de salud pública fortalecida en sus capacidades de diagnóstico para vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles prioritarias.
- Red nacional de vigilancia epidemiológica fortalecida y evaluada.
- Coordinaciones intersectoriales establecidas para seguimiento de los compromisos de país en la prevención y control de enfermedades
- Investigaciones operativas y analíticas diseñadas y ejecutadas para orientar estrategias de intervención.

### **Inmunizaciones**

- Sistema de vigilancia epidemiológica para la notificación oportuna de los casos de sarampión, TNN, PFA y Hepatitis B, fortalecido.
- Mantenimiento del Programa de Inmunizaciones implementado y evaluado, a nivel nacional.
- Acciones coordinadas y potenciadas, de prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles en comunidades de frontera.
- Cadena de Frío, funcionando adecuadamente en todos los niveles.

### **Salud ambiental y ocupacional**

- Sistemas de gestión relacionados a seguridad química, residuos sólidos peligrosos y contaminación marina por fuentes terrestres fortalecidos en el país.
- Programas de calidad de agua de consumo humano, tratamiento y reuso de aguas servidas, mejoría de la calidad del aire y manejo de residuos sólidos fortalecidos.
- Equipos subregionales y locales de salud ambiental fortalecidos en sus capacidades de gestión y técnica y estrategias de intervención a nivel local desarrolladas en apoyo a la descentralización.
- Programa de gestión del ambiente en el marco del movimiento de municipios saludables en ejecución en áreas seleccionadas.
- La capacidad nacional de respuesta a los problemas de Salud de los Trabajadores incrementada.
- Servicios de agua potable, saneamiento y mejoramiento de la vivienda con tecnología apropiada, (OPS-OMS) implementados en las áreas más deprimidas en el Perú.

<b>PERU</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	2,620,000	2,535,200	659,500	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,227,700	1,342,500	545,800	0
Promoción y Protección de la Salud	582,800	788,200	25,300	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	422,100	518,600	177,300	0
Prevención y Control de Enfermedades	575,800	607,100	130,700	0
<b>TOTAL</b>	<b>5,428,400</b>	<b>5,791,600</b>	<b>1,538,600</b>	<b>0</b>

## *Situación de Salud*

1. Según la Junta de Planificación, la población estimada para Puerto Rico al 1ro de julio de 1994 era de 3.685.729, Los varones eran 1.784.915 (48,43%) y las mujeres 1.900.814 (51,58). El 27,21% de la población tenía menos de 14 años, 17,44% tenía de 15-24 años, 45,69% tenía de 25-64 años y 9,68% tenía 65 y mas años de edad.

2. La esperanza de vida al nacer (1992-94) es de 69,07 años para los varones y de 78,09 para las mujeres. En 1994, la tasa de mortalidad infantil era de 11,5 por cada 1.000 nacidos vivos.

3. Las enfermedades del corazón y el cáncer fueron las primeras causas de defunción, responsables en conjunto del 35,6 por ciento del total de las defunciones en 1994. Las enfermedades del corazón continúan siendo la primera causa, y en 1994 murieron 5.814 personas por esta causa.

4. En 1994 la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar como causa de defunción, al igual que en 1992 y 1993. Por esta causa murieron 1.868 personas, que representan el 6,6% del total de defunciones en 1994, en 1993 causó 1.876 muertes.

5. La cuarta causa de defunción fue la infección por el VIH, causante del SIDA. Se notificaron 1.549 muertes por esta causa: 1.210 (78,1%) en hombres y 339 (21,9%) en mujeres.

6. La enfermedad cerebrovascular fue la quinta causa, con 1.428 (5,0%) defunciones.

7. Los aumentos mas marcados se produjeron en la mortalidad por las enfermedades cerebrovasculares (11,13%), la mortalidad por SIDA (9,09%) y los accidentes (8,61%), comparadas con las defunciones de estas causas para 1992.

8. La transformación social experimentada por Puerto Rico durante los últimos años 50 años ha traído como consecuencia un aumento significativo de la longevidad y de la esperanza de vida. Se espera que este patrón continúe y que para el año 2030 el 15% de la población pertenezca al grupo de

personas de 65 años y mas. Esta y otras tendencias, como el paso de una sociedad agrícola y rural a una urbana e industrial, han significado cambios en la morbilidad y mortalidad. El perfil epidemiológico ha cambiado y junto con las enfermedades tropicales infecciosas agudas coexisten las enfermedades crónicas degenerativas, con una alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, diabetes y el cáncer. Abunda el consumo elevado de alcohol y tabaco, la población no hace suficiente ejercicio físico, su dieta contiene grasas y proteínas en exceso, y una proporción creciente consume drogas ilícitas.

9. Situación de las orientaciones estratégicas y programáticas en el país: La salud en el desarrollo. En 1992 Puerto Rico se convierte en Miembro Asociado de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Esta decisión sirve como idea-fuerza para revitalizar la relación entre Puerto Rico y la Región de las Américas. A partir de las elecciones realizadas en el Estado Libre Asociado en 1992, se ha puesto en marcha un proceso a través del cual un nuevo modelo de prestación de servicios a pacientes médico-indigentes ofrecerá una mejor calidad de servicios de salud y eliminará la dualidad de un sistema de salud pública para los pobres, y el sistema privado para los ciudadanos con suficientes recursos económicos.

10. Se está estudiando el conjunto de leyes relacionadas con salud para dotar al sector de una mayor flexibilidad para poder ir incorporando al sistema con diferentes enfoques y modelos de prestación a medida que avanza el proceso de reforma. El modelo de "cuidados dirigidos" esta siendo favorecido para que, a través de los cuidados e intervenciones de centros de atención a la salud privados se logre poner el debido énfasis en la protección de la salud, así como también optimizar la utilización racional de los nuevos recursos tecnológicos.

11. Dentro del proceso de reforma se está elaborando un proyecto de ley sobre la impericia médica, en el que se tratará de evitar tanto que el paciente no tenga protección ante los errores médicos, como el abuso de la vía legal para obtener

compensaciones exorbitantes e inflacionarias para el sistema.

12. En el campo de la bioética se está gestando un movimiento cada vez mas intenso para la implantación de comités de ética en hospitales, tanto privados como públicos, y para abordar seriamente temas como la muerte cerebral y la eutanasia, así como también se tratará de promover la Confederación Antillana de Bioética, compuesta por Cuba, República Dominicana y Puerto Rico.

13. Se está avanzando en términos de que todos los profesionales de la salud, para mantener su licencia, tienen que obtener créditos universitarios de educación continua.

14. Desarrollo de los Sistemas de Salud. Para lograr la equidad y el acceso universal a la atención de salud de alta calidad, especialmente para los médico-indigentes, en el marco de una descentralización efectiva hacia el nivel local, Puerto Rico está llevando a cabo una profunda reestructuración del sector salud. La meta fundamental de la reforma es frenar el rápido aumento de los costos y asegurar que todos los habitantes obtengan atención de salud de calidad a un costo razonable.

15. Se está avanzando cautelosamente pero sin vacilaciones en un proceso de privatización, región por región del sistema de salud, haciendo ajustes sobre la marcha. En las regiones donde se ha implantado el proceso, se han privatizado las instalaciones gubernamentales de prestación de servicios de salud; se ha contratado, a través de un proceso de licitación, a una compañía aseguradora por región, que se compromete a organizar a los recursos de salud locales (que estén interesados en servir a los médico-indigentes) en centros de cuidados dirigidos que brindan toda una gama de servicios, incluso los de promoción y protección de la salud; los profesionales y hospitales privados, y los privatizados, son obligados a organizarse en los referidos centros de cuidados dirigidos si desean participar en el tratamiento de los médico-indigentes; los médico-indigentes reciben una tarjeta que les da acceso a todos los servicios de un centro de cuidados dirigidos. El Departamento de Salud, con la colaboración de la Administración de Seguros de Salud (ASES), vigila que las compañías aseguradoras y los proveedores privados cumplan con las pautas definidas por el gobierno para el servicio a los médicos-indigentes. La cobertura

determinada por dichas pautas deberá incluir todos los servicios necesarios para mantener el buen estado de salud física y mental de la población, a saber, servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos, hospitalarios, de laboratorio, dentales y de medicamentos. En el año 1997 Puerto Rico comienza la segunda fase de la reforma del sector, con el propósito de desarrollar un sistema integrado de salud.

16. Promoción y Protección de la Salud. El Departamento de Salud ha comenzado su evolución de un papel de prestador de servicios de salud, mas que nada para los indigentes, a una función rectora que enfatiza la promoción y protección de la salud. La prioridad estratégica consiste en elaborar, organizar y diseminar material informativo y educativo sobre la prevención de las enfermedades de mayor incidencia en Puerto Rico, con énfasis en las enfermedades crónicas y los estilos de vida. Se han comenzado campañas agresivas en la televisión en relación a las drogas ilícitas, al abuso del alcohol, a la educación sexual y especialmente sobre el uso del condón.

17. Bajo el nuevo esquema de cuidados dirigidos, se espera dar una mejor cobertura a los niños, a la salud mental y a los casos de farmacodependencia. Puerto Rico está también interesado en el concepto de municipios saludables como un modelo de salud pública.

18. El 97,3% de la población de Puerto Rico recibe agua potable suministrada por la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA). El restante 2,7% de la población se abastece de sistemas de agua pequeños no operados por el AAA debido a la inaccesibilidad o alto costo de brindar los servicios en ciertas áreas. Pero aun dentro del AAA hay algunos sistemas que aún no practican la filtración en el proceso de tratamiento del agua. El Gobierno ha lanzado un incluye, entre otros, la construcción de un importante acueducto. Puerto Rico ha estado recibiendo cooperación de la OPS para establecer un programa de fluoruración del agua.

19. Con el apoyo de la OPS se están analizando los problemas ambientales de Puerto Rico con un enfoque global con vistas a determinar las inversiones necesarias en ambiente y salud, sobre todo tomando en consideración los riesgos que los

accidentes en el transporte de combustibles, y ciertos subproductos de la industria y el comercio, representan para la salud, el turismo y la economía.

20. Prevención y Control de las Enfermedades. El nuevo modelo producto de la reforma del sector basado en los centros de cuidados dirigidos hace hincapié en la prevención de las enfermedades con un enfoque de riesgo. Entre otros, se están poniendo en marcha campañas para el control de la hipertensión y la diabetes. Una de las prioridades de Puerto Rico es desarrollar el proyecto "C.A.R.M.E.N." como una estrategia fundamental para disminuir las enfermedades no transmisibles. El VIH/SIDA esta siendo objeto de extensa legislación, y nuevos programas se están desarrollando a través de los centros de cuidados dirigidos y en las comunidades. Todos los trabajadores de salud tienen ahora que ser vacunados contra la hepatitis B. En términos de la salud pública veterinaria, existe una renovada vigilancia con respecto a la protección de los alimentos provenientes de la industria lechera y de la carne. Se está tratando de erradicar el sarampión, y se están llevando a cabo campañas de vacunación al respecto.

21. Planes y Prioridades para el Desarrollo Nacional en Salud. El plan fundamental es la reforma integral del sector salud y las prioridades son asegurar que todos los habitantes, especialmente los de escasos recursos, tengan acceso a atención de buena calidad

y a servicios de promoción y protección de la salud; asimismo, se trata de frenar el aumento descontrolado de los costos de salud, en el contexto de una política que busca reducir el peso del estado sobre la economía y la sociedad de Puerto Rico.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

22. La estrategia de cooperación entre Puerto Rico y la OPS es la utilización y fortalecimiento del papel de Puerto Rico como nexo entre Norte y Sur de América en materia de salud. La OPS cooperará con el Gobierno para fortalecer el proceso de reforma del sector, en su segunda etapa, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La OPS facilitará también la capacidad instalada de Puerto Rico para la investigación y para la capacitación del personal de Salud. Durante el bienio la OPS brindará asesoría técnica en la segunda fase de la reforma del sector salud de Puerto Rico. La disseminación de información técnico-científica, la generación de políticas y planes, la investigación y la cooperación técnica directa constituyen los enfoques funcionales que en general caracterizan esta estrategia.

## ***Resultados Esperados***

**1998-1999**

### **Cooperación con Puerto Rico**

- Apoyar el proceso de reforma de Puerto Rico en su segunda etapa, que enfatiza la promoción de la salud, y apoyar a Puerto Rico en su relacionamiento técnico con otros Estados Miembros de la Organización.

<b>PUERTO RICO</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
<b>Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud</b>	199,000	199,000	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>199,000</b>	<b>199,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>





# SAINT KITTS Y NEVIS

## *Situación de Salud*

1. A mediados de 1995, la población de St. Kitts y Nevis ascendía a 43.530 habitantes, de los cuales 35.520 vivían en St. Kitts y 8.010 en Nevis. Estas cifras representan un pequeño aumento con respecto a las del censo de 1991, que arrojó una población de 41.826 habitantes. En 1995 la población total la conformaban 21.870 hombres y 21.660 mujeres.

2. Indicadores de la situación de salud: en 1994, los hombres tenían una esperanza de vida de 67,4 años y las mujeres, de 70,4 años. La tasa bruta de mortalidad registró una disminución de 1994 (9,7) a 1995 (9,3). La tasa de mortalidad infantil osciló entre 23,5 (1993) y 22,4 (1995) por 1000 nacidos vivos. Las defunciones neonatales siguen representando una parte sustancial (70%) de la mortalidad infantil, con tasas de 16,4 en 1993, 19,8 en 1994 y 14,9 en 1995. En este último año, las causas principales de mortalidad en niños menores de 1 año siguieron siendo las clasificadas como "enfermedades originadas en el período perinatal", que registraron una tasa de 27,3 por 1000. Entre los lactantes, las causas principales de ingresos hospitalarios en St. Kitts y Nevis han sido las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la gastroenteritis. Para los niños de entre 1 y 4 años de edad, esas causas son la gastroenteritis, las infecciones respiratorias agudas y los traumatismos. La elevada incidencia de la gastroenteritis puede relacionarse con la falta de tratamiento del agua potable en las zonas rurales. La morbilidad y la mortalidad maternas siguen registrando niveles bajos. De los datos sobre lesiones, intoxicaciones y causas externas tratadas en el Departamento de Heridos y Urgencias se desprende que esos problemas aumentaron. El número de pacientes de salud mental registrados tuvo un crecimiento sostenido entre 1992 (249) y 1995 (300), en forma correlativa con el mejoramiento del Servicio de Salud Psiquiátrica y Mental. En 1995 no se observaron cambios en las causas principales de defunción para todas las edades y ambos sexos, siendo estas las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las neoplasias y la neumonía.

3. Factores que afectan a los servicios de salud. Salud ambiental: el medio ambiente sigue siendo

objeto de preocupación por la falta de tratamiento del sistema de suministro de agua en las zonas rurales y la eliminación de excretas en terrenos rocosos, que dificultan la construcción de letrinas de pozo. Las alcantarillas a cielo abierto de Basseterre contribuyen a la contaminación del agua de mar, lo cual, a su vez, podría tener efectos perjudiciales sobre la industria del turismo, la pesca y la salud de la población. Otro aspecto que causa preocupación es la vigilancia de la inocuidad de los alimentos en todos los establecimientos de expendio de comidas y entre los vendedores ambulantes. El método integrado de lucha antivectorial se aplica en forma limitada, y el Ministerio de Salud considera que la necesidad de ampliarlo a otros campos además de los sectores piloto tiene carácter prioritario.

4. Promoción de la salud y prevención de enfermedades: la integración de las estrategias de promoción de la salud en los programas contra enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles se ha visto demorada por la falta de adiestramiento del personal en lo que hace a la promoción de la salud. Tiene carácter prioritario la necesidad de desarrollar estos programas, para luego incluir mecanismos de evaluación.

5. Los intentos por integrar un programa de ETS/infección por el VIH/SIDA en los servicios de salud no han tenido mucho éxito porque la localización de contactos no siempre se hace cumplir y además habría que tratar el tema de la planificación a mediano plazo. Deberían existir sistemas de vigilancia para enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, a fin de facilitar las tareas de monitoreo y de planificación de programas.

6. El programa de salud mental sigue orientado hacia los servicios comunitarios que utilizan un enfoque de equipo, pero ello se ha visto obstaculizado por la falta de personal adiestrado para fortalecer el equipo. Los servicios para los adolescentes son exiguos y se ha reconocido la necesidad de desarrollarlos. En cuanto a la atención perinatal, se ha determinado que el adiestramiento del personal de salud, tanto a nivel local como en el extranjero, constituye una necesidad si es que se va a brindar el tipo de respaldo requerido para reducir la mortalidad perinatal.

7. Reforma del sector sanitario: con el impulso de la reforma se ha vuelto necesario fortalecer la capacidad gerencial en todos los niveles, en rubros como sistemas de información, planificación y administración. El sector sanitario se está reorganizando en los niveles central, secundario y primario, para ofrecer servicios más accesibles y mejorar la calidad de la atención brindada. La reconstrucción del Hospital Joseph N. France en St. Kitts y las mejoras del Alexandria Hospital en Nevis deben finalizar para fines de 1998.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

8. Gestión de los sistemas de información sanitaria; desarrollo de recursos humanos en distintas ramas del sector de la salud, como lucha antivectorial, salud ambiental, nutrición, laboratorios, radiología, salud dental y salud mental; mejoramiento de la atención perinatal; desarrollo de servicios de salud de los adolescentes; ampliación y mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunización; protección e inocuidad de los alimentos; mejoramiento de los servicios de laboratorio y radiología; manejo de las enfermedades no transmisibles crónicas, para incluir la salud mental, la salud dental, la diabetes, la hipertensión y el cáncer de cuello uterino, utilizando estrategias de promoción de la salud; mejoramiento de la salud ambiental, que debe incluir la calidad del agua y el tratamiento de residuos sólidos y efluentes; alimentación y nutrición; fortalecimiento de los programas integrados de lucha antivectorial; mejoramiento de la eficiencia de los servicios de salud.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

9. La OPS brindará cooperación técnica a los niveles bilateral y subregional, procurando potenciar

la complementariedad de los mismos. Vista la capacidad de absorción limitada del país, durante el bienio (1998-1999) la OPS centrará los proyectos en menos rubros, haciendo hincapié en las herramientas correspondientes e intensificando la asistencia técnica directa, para respaldar los programas a través de personas de enlace básico. En forma creciente, y para fomentar la sostenibilidad, la OPS procurará adiestrar a más de una persona en una metodología o una aptitud dadas. Si bien los Ministros de Salud caribeños no han aprobado las prioridades regionales para la segunda fase de la Cooperación para la Salud en el Caribe, se parte del supuesto de que se seguirá trabajando en temas como la salud ambiental, la reforma del sector sanitario y la promoción de la salud. Por lo tanto, los métodos del presupuesto bienal por programas se reexaminarán tan pronto se aprueben las prioridades.

10. Formulación de políticas, planes y normas: se empleará este método para mejorar el proceso de planificación y la eficiencia de servicios tales como los de laboratorio y de sistemas de información. Se revisarán o elaborarán leyes y reglamentos para ciertos servicios como los de salud mental, salud de los adolescentes, maltrato de menores, inmunización y protección de alimentos.

11. El adiestramiento girará en torno al desarrollo de recursos humanos en funciones tradicionales y nuevas, para garantizar la disponibilidad y el despliegue apropiado de personal en cantidades, categorías y niveles adecuados, conforme se vayan reformando los servicios de salud.

12. La investigación se centrará en los servicios sanitarios y constituirá la base para una planificación realista en aras de la eficiencia de aquellos servicios.

13. La difusión de información se relacionará con los materiales educativos para la sensibilización sobre la salud de la comunidad y otros sectores, en aras del desarrollo y la ejecución de programas como el de salud de los adolescentes, lucha antivectorial, promoción de la salud y enfermedades no transmisibles y transmisibles.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Reforma del Sector de la Salud**

- Habrá aumentado la capacidad para mejorar la eficiencia de los servicios de salud.
- Habrá aumentado la capacidad de planificación y programación.
- Se habrá impartido adiestramiento a los recursos humanos.
- Se habrán fortalecido los sistemas de información sanitaria a nivel de la atención primaria y secundaria.

### **Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades**

- Habrá aumentado la capacidad para integrar el método de la promoción de la salud en la planificación y las medidas prácticas por sectores.
- Se habrá fortalecido el programa para el tratamiento de ciertas enfermedades no transmisibles.
- Habrá mejorado la capacidad para administrar el programa de salud mental.
- Habrán mejorado los programas de nutrición.
- Habrá mejorado el manejo de la atención perinatal.
- Habrá mejorado el manejo de la atención sanitaria de los adolescentes.
- Habrá aumentado la capacidad para administrar los programas de maltrato de menores.
- Se habrá extendido el Programa Ampliado de Inmunización y se habrán mantenido los niveles de cobertura correspondientes.

### **Salud Ambiental**

- Habrá mejorado el manejo de la calidad del agua.
- Se habrá fortalecido la lucha antivectorial integrada.
- Habrá aumentado la capacidad para la protección de los alimentos y la prevención de las enfermedades transmitidas por estos.
- Habrá aumentado la capacidad de los recursos humanos.

<b>SAINT KITTS Y NEVIS</b> <b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	116,200	91,400	0	0
Promoción y Protección de la Salud	22,500	40,800	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	24,400	30,900	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	0	17,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>163,100</b>	<b>163,100</b>	<b>17,600</b>	<b>0</b>

# SANTA LUCÍA

## *Situación de Salud*

1. A mediados de 1995, la población de Santa Lucía se estimó en 144.972 habitantes, lo cual reveló un aumento de 8.997 personas con respecto al censo de población de 1991, que indicó 135.975 habitantes. La tasa de crecimiento promedio se calculó en 1,6%, es decir, un aumento de 2.000 a 2.500 personas por año. El porcentaje de la población menor de 15 años disminuyó de 44% (1970) a 37% (1995), mientras que las personas de edad (60+) aumentaron de 4,8% a 8%. La razón de dependencia descendió de 1,2 en 1970 a 0,7 en 1995.

2. Indicadores de la situación de salud: En 1995 la esperanza de vida al nacer para mujeres y hombres se calculó en 73,3 y 67,5 años, respectivamente. Las tasas brutas de mortalidad se han nivelado (1986-1995) con una oscilación entre 6,0 y 6,8 defunciones por 1000 habitantes por año, con tasas de 7,3 (hombres) y 6,0 (mujeres) por 1000. Entre los niños de 0 a 5 años las tres causas principales de defunción son las afecciones perinatales (52%), las malformaciones congénitas (13%) y los accidentes y efectos adversos (7%). En el grupo de 15 a 44 años de edad las causas principales de defunción son los accidentes y efectos adversos, las neoplasias malignas, las cardiopatías y las causas externas, mientras que entre las personas de 45 a 64 años, las causas principales son las neoplasias malignas, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus y las cardiopatías. Entre las personas de 65 años y más, las causas principales de defunción son las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas.

3. La disminución de la fecundidad en las últimas décadas se refleja sistemáticamente en la disminución de la tasa bruta de natalidad, que pasó de 36 nacidos vivos por 1000 personas en 1986 a 25 nacidos vivos por 1000 en 1995, y la reducción de la tasa general de fecundidad, que pasó de 135 nacidos vivos por 100 mujeres en edad fecunda en 1986 a 104 nacidos vivos por 100 en 1995. Entre 1989 y

1995 los datos indican que la fecundidad disminuyó más para las mujeres más jóvenes (15 a 24 años) que para grupos de mayor edad. Sin embargo, 20% de las mujeres que dan a luz tienen menos de 20 años. La tasa total de fecundidad disminuyó de 3,8 niños por mujer en 1980 a 3 niños por mujer en 1995.

4. La eliminación de desechos fecales en el mar y en la tierra y la eliminación de aguas residuales en zonas con nivel freático alto han contribuido a la contaminación. Debe mejorarse el tratamiento y la distribución del agua proveniente de la represa Roseau; además, es necesario determinar la incidencia real de esquistosomiasis. El manejo de residuos sólidos en Castries y sus alrededores es administrado por un organismo creado por el Gobierno, con privatización del sistema de recolección. El manejo de rellenos sanitarios ha recibido financiación del GTZ y el CEHI continúa con la ejecución de este proyecto.

5. La economía de Santa Lucía se basa en la agricultura y el turismo, siendo este el elemento principal para su estrategia de desarrollo y la salud ambiental constituye una parte integral del plan de desarrollo. En esta economía turística es fundamental mejorar los sistemas de monitoreo y vigilancia para el control de insectos vectores, y la inocuidad de los alimentos es crítica para la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores y por los alimentos.

6. Los servicios de salud son accesibles y están a cargo de una red de centros de salud y hospitales de referencia. Para mejorar la gestión de los servicios de salud, el Ministerio de Salud debe considerar una estructura de gestión que refleje la descentralización de la autoridad y la función normativa a nivel central, la capacidad de gestión en el nivel medio, la coordinación del adiestramiento de los recursos humanos y el fortalecimiento del proceso de planificación sanitaria. Las enfermedades no transmisibles crónicas continúan siendo un problema; a este respecto, los planes y programas basados en estrategias de promoción de la salud disminuirían el grado de morbilidad y las discapacidades resultantes de dichas enfermedades.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

7. Mejorar la vigilancia para el control de TB, ETS e infección por VIH; establecer un plan integral para la diabetes y la hipertensión; integrar el programa de lucha contra el VIH y ETS a los servicios de salud; eliminar la lepra para el año 2000; disminuir la incidencia de los problemas relacionados con la salud ambiental; ampliar la capacidad para aplicar estrategias de promoción de la salud, incluida la comunicación social; llegar al grupo en riesgo de cáncer del cuello uterino; mejorar la vigilancia de insectos vectores y la participación comunitaria en la reducción de fuentes; mejorar la eficiencia del programa de monitoreo de la calidad del agua; mejorar el monitoreo de la inocuidad de los alimentos y la capacidad de las plantas de procesamiento de alimentos; ejecutar el plan de salud ocupacional; mejorar la capacidad técnica y de gestión de la Unidad de Salud Ambiental; adiestrar recursos humanos en áreas técnicas y de gestión; fortalecer la coordinación del adiestramiento; modernizar la estructura de gestión para reflejar la descentralización de la autoridad y de la función normativa a nivel central; fortalecer el proceso de planificación sanitaria; desarrollar servicios de salud mental comunitarios; mejorar el mantenimiento de equipos; incrementar la cobertura de los servicios posnatales; mejorar la capacidad para la gestión en el nivel medio; aumentar el uso del centro de abuso de drogas 'Turning point'; poner en vigencia el Seguro Nacional de Salud; disminuir la incidencia de algunas enfermedades; suministrar asistencia de calidad a más personas.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

8. La cooperación técnica de la OPS se hará efectiva a nivel bilateral y subregional con el objetivo de mejorar la complementariedad de estos niveles, dada la limitada capacidad de absorción del país. Durante este período, la OPS intentará concentrar

los proyectos en menos áreas: prevención y control de enfermedades, salud ambiental y reforma del sector de la salud. Se hará especial hincapié en brindar las herramientas necesarias para los programas e intensificar la asistencia técnica directa a los mismos mediante personas claves. De manera creciente, la OPS procurará adiestrar a más de una persona en algún método o aptitud con miras a fomentar la sostenibilidad.

9. Si bien los ministros de salud del Caribe no han aprobado aún el plan regional, se espera la continuidad de áreas tales como salud ambiental, reforma del sector de la salud y promoción de la salud. Al examinar el BPB se trazarán los enfoques tan pronto como se aprueben las prioridades.

10. La difusión de la información se realizará por conducto del centro de publicaciones de la OPS, boletines informativos e informes de vigilancia del CAREC, en áreas tales como enfermedades transmisibles y no transmisibles crónicas, y del CFNI en nutrición. Se producirán materiales audiovisuales y educativos para el programa de lucha antivectorial integrada y promoción de la salud.

11. La asistencia técnica directa será suministrada por los asesores técnicos de la OPS y los recursos de los centros panamericanos y la Universidad de las Indias Occidentales.

12. La elaboración de políticas, planes y normas se utilizará para la integración de programas, como el de ETS/ VIH/SIDA, a la situación nacional, y de la epidemiología a la planificación sanitaria. La investigación será de carácter operativo para hallar nuevos métodos para incrementar la asistencia posnatal y el uso del seguro nacional de salud.

13. El adiestramiento comprenderá programas en el país y regionales sobre una variedad de especialidades para fortalecer los servicios de salud; incluirá áreas técnicas tales como la planificación sanitaria, la salud mental, la gestión, el mantenimiento preventivo, la lucha antivectorial y la inocuidad de los alimentos.

**Resultados Esperados****1998-1999****Prevención y Control de Enfermedades**

- Se habrán mejorado los sistemas de vigilancia para la TB, ETS e infección por VIH, lepra.
- Se habrá formulado la política para integrar los programas contra la infección por VIH y ETS.
- Se habrá formulado el Plan para el Control de las Enfermedades Crónicas.
- Se habrá elaborado el plan de mercadeo social para las pruebas de Papanicolaou.
- Se habrá mejorado la aplicación de las estrategias de promoción de la salud, incluida la comunicación social.

**Salud Ambiental**

- Se habrá mejorado la vigilancia de vectores.
- Se habrán adiestrado recursos humanos en inocuidad de los alimentos.
- Se habrá puesto en práctica el plan nacional de salud ocupacional.
- Se habrá mejorado la capacidad técnica y de gestión del programa de Salud Ambiental.

**Reforma del Sector Salud**

- Se habrá diseñado una estructura orgánica moderna.
- Se habrán adiestrado recursos humanos.
- Se habrá elaborado el programa de mantenimiento y se habrá capacitado a los usuarios.
- Se habrá finalizado la programación para determinados servicios.
- Se habrá aumentado la capacidad de planificación y gestión.
- Se habrá incrementado la capacidad para aplicar el mecanismo de financiación apropiado.

<b>SANTA LUCÍA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
<b>Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud</b>	123,000	116,800	0	0
<b>Promoción y Protección de la Salud</b>	48,300	38,500	0	0
<b>Protección y Desarrollo del Ambiente</b>	19,000	35,000	0	0
<b>Prevención y Control de Enfermedades</b>	0	0	32,800	0
<b>TOTAL</b>	<b>190,300</b>	<b>190,300</b>	<b>32,800</b>	<b>0</b>





# SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

## *Situación de Salud*

1. **Demografía:** En 1995, la población de San Vicente y las Granadinas era de 110.724 habitantes, lo que muestra un aumento de 3.126 personas con respecto al censo de 1992, de los cuales 55.240 eran hombres y 55.484 mujeres.

2. **Indicadores del estado de salud:** Los indicadores sanitarios se han mantenido constantes y, en algunos casos, se registraron mejoras significativas en varios componentes del sector de la salud. Las tasas de mortalidad infantil en 1990 - 1995 fluctuaron entre 20,8 (1990) y 13,7 (1994) con un aumento a 17,98 por mil nacidos vivos en 1995. También en este período de 5 años (1990-1995) se registró una disminución en el número de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años (585 en 1990 y 540 en 1995) y un aumento constante de los nacimientos en mujeres del grupo de edad de 30 a 39. La tasa bruta de natalidad en 1995 fue de 23,6/1000 habitantes. En 1991, la esperanza de vida al nacer entre los hombres era de 69 y de 72 años entre las mujeres. El grupo de edad de 65 años y más, que representa el 6,5% de la población, absorbe una proporción cada vez mayor de los servicios de atención de salud.

3. **Del número total de defunciones en 1995 (759)** las causas principales fueron cardiopatía isquémica (87 ó 12%), enfermedades endocrinas y metabólicas (77 ó 5,8%), otras enfermedades de las vías respiratorias (38 ó 2,8%) y ciertas enfermedades originadas en el período perinatal (33 ó 2,5%). Estas son categorías en las cuales la prevención -- mediante la promoción de la salud y la modificación del estilo de vida -- podría ejercer una influencia favorable. Las defunciones de niños de 0 a 4 años ascendieron a 48 en 1993, a 50 en 1994 y 1995. De estas defunciones la mayor proporción ocurrió en el grupo de menos de 1 año, 39 en 1993, 35 en 1994 y 47 en 1995, lo que indica que la mortalidad perinatal constituye aún un problema que debe resolverse en materia de salud infantil.

4. **Los adolescentes tienen problemas de maltrato y de comportamiento vinculado al consumo de drogas** que no son fácilmente cuantificables, pero que son cada vez más numerosos.

5. **Las condiciones ambientales que son motivo de preocupación** son la calidad del agua, la eliminación de residuos sólidos, la lucha antivectorial y la inocuidad de los alimentos. Las tres zonas de vertedero siguen siendo un problema ya que al no haber control de los desechos vertidos aumentan los roedores y los casos de leptospirosis. La vigilancia de la calidad del agua es limitada debido a la falta de equipo y personal adiestrado. Si bien se han registrado unos cuantos brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos, sigue preocupando la capacidad de resolver este problema ante el número cada vez mayor de establecimientos donde se preparan y expenden alimentos, en especial de vendedores ambulantes.

6. **La vigilancia de las aguas recreativas de calidad y el desecho de aguas residuales en las zonas turísticas** como Indian Bay y Villa preocupa en cuanto a las normas de construcción y la capacidad para vigilar la calidad de las aguas recreativas.

7. **El modelo existente en el sector de la salud encaja dentro del panorama de desarrollo nacional** más amplio caracterizado por un entorno político estable y una economía basada en la agricultura, principalmente en la explotación del banano, pero en la que se asigna cada vez mayor importancia al turismo, actividad considerada como uno de los cuatro pilares económicos del país. Actualmente, el país está atravesando una etapa de transición en la cual está diversificando la actividad económica para incluir el turismo y la industria de la informática. El Plan de Desarrollo Sanitario (1997 - 2001) coincide con el Plan de Desarrollo Nacional, pendiente de que el Gabinete lo apruebe.

8. **El sistema de salud es accesible y cubre a la población mediante una red de centros, un hospital psiquiátrico y un hospital general.** Los servicios sanitarios están experimentando una reforma del sector y el Ministerio de Salud debe responder a algunos servicios de salud tales como la salud mental, la asistencia a ancianos y la vigilancia nutricional. Se están remodelando los establecimientos de atención de salud para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, sobre todo desde que el Ministerio de Salud está estudiando diferentes métodos para compartir costos, además de haber adoptado medidas de recuperación de costos. El

sector privado ha incrementado la prestación de servicios y ahora compete al Ministerio la tarea de vigilarlos y reglamentarlos.

9. La falta de un enfoque integral en materia de salud mental hace que el país no pueda hacer frente al aumento de comportamientos anómalos que tienen su origen en el abuso de sustancias tóxicas y en la violencia.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

10. Mejorar la salud ambiental de manera que abarque la calidad del agua, la inocuidad de los alimentos y la eliminación de desechos (sólidos y líquidos); descentralizar el análisis de datos; mejorar algunos servicios sanitarios, tales como la salud mental, la asistencia a ancianos, la vigilancia nutricional; elaborar políticas para la atención de los ancianos; integrar y ejecutar estrategias de promoción de la salud en la planificación de programas; mejorar el monitoreo de la calidad de las aguas recreativas; mejorar la eliminación de desechos (líquidos y sólidos).

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

11. La cooperación técnica de la OPS se hará efectiva a nivel bilateral y subregional con el objetivo de mejorar la complementariedad de estos niveles, dada la limitada capacidad de absorción del país. En el bienio 1998 - 1999 la OPS colaborará en Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Desarrollo de los Servicios de Salud. Se hará hincapié en suministrar las herramientas necesarias

para los programas y en intensificar la asistencia técnica a los mismos mediante personas clave. Cada vez con mayor frecuencia, la OPS procurará adiestrar a más de una persona en una metodología u oficio para fomentar la sostenibilidad. Si bien los ministros de salud del Caribe no han aprobado aún las prioridades Regionales para la segunda fase de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, se espera la continuidad en materia de salud ambiental, reforma del sector sanitario y promoción de la salud. Tan pronto se aprueben las prioridades se revisarán los enfoques del BPP.

12. El desarrollo de políticas, planes y normas se usará para fortalecer programas como los de salud mental, asistencia a los ancianos, asma y aplicación del Esquema de Seguro Nacional de Salud.

13. La investigación estará dirigida al estudio de los servicios sanitarios que abarca el análisis de las políticas de salud existentes, y la obtención de datos de referencia para la situación y el programa de salud mental.

14. El adiestramiento comprenderá programas en el país y regionales para aumentar la capacidad local del sector de la salud así como de otros sectores para participar en los servicios sanitarios, como se observa en salud mental. La difusión de información se realizará por intermedio del centro de publicaciones de la OPS, de boletines informativos como CCH update, el CAREC y el CFNI. Se producirán materiales audiovisuales y educativos para los programas de promoción de la salud y la lucha antivectorial integrada.

15. Los Asesores de la OPS prestarán asistencia técnica directa y los recursos provendrán de los Centros y de la U.W.I.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Promoción de la salud y prevención de enfermedades**

- Se habrá aumentado la capacidad para ejecutar el programa aprobado de salud mental.
- Se habrán mejorado la planificación y la administración de los programas de diabetes.
- Se habrá mejorado el control del asma.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrá mejorado la integración de las Estrategias de Promoción de la Salud a los programas.

**Desarrollo de servicios sanitarios**

- Se habrán adiestrado recursos humanos.
- Se habrá mejorado la capacidad de gestión.
- Se habrá aumentado la capacidad para mejorar algunos programas.
- Se habrá determinado la eficiencia en la descentralización del análisis de datos.
- Se habrá incrementado la capacidad para la formulación de planes de acción y desarrollado un plan de acción para un área.
- Se habrá aumentado la capacidad para la ejecución del NHIS.

**Salud ambiental**

- Se contará con mayor capacidad para la vigilancia de la calidad del agua recreativa.
- Se habrá mejorado el manejo de efluentes y se habrán actualizado las leyes.
- El Ministerio de Salud estará en condiciones de realizar una mayor vigilancia de los residuos sólidos.
- Se habrá mejorado la lucha antivectorial.
- Se habrá mejorado la inocuidad de los alimentos.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	133,700	114,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	33,000	34,400	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	19,700	38,000	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	0	12,100	0
<b>TOTAL</b>	<b>186,400</b>	<b>186,400</b>	<b>12,100</b>	<b>0</b>



# SURINAME

## *Situación de Salud*

1. Demografía. Suriname está ubicado en la costa nordeste de América del Sur. La selva húmeda montañosa cubre cerca del 80% del país. La mayor parte de la población vive en los llanos costeros. Suriname tiene una superficie de 163.263 kilómetros cuadrados y al 31 de diciembre de 1996 tenía una población de alrededor de 425.000 habitantes. Dos tercios viven en Paramaribo, capital del país, ciudad principal y puerto más grande, o en sus inmediaciones. Paramaribo tiene una población de 200.000 habitantes.

2. Los Países Bajos gobernaron el país durante la mayor parte del período que va desde 1667 hasta 1975, fecha en que Suriname obtuvo su independencia. El idioma oficial es el holandés. Además, se habla sarnami, japonés, chino y sranan.

3. La población está compuesta por grupos de diversas etnias. Los indostanos, descendientes de inmigrantes de la India, constituyen más de un tercio de la población. Los criollos, de ascendencia africana mezclada con europeos y negros, representan un poco más del tercio de la población. El resto de la población se compone de indonesios, japoneses, chinos, libaneses y europeos. Cada grupo étnico mantiene su propia cultura, idioma y religión. La tasa de crecimiento anual fue del 1,9% en 1990 y de 1,8% en 1991.

4. Indicadores de la situación de salud. En los últimos dos años la situación económica ha mostrado signos de mejoramiento. Las tasas brutas de mortalidad han permanecido bastante constantes en el último decenio. La tasa bruta de mortalidad fue de 6,9 por 1.000 en 1990 y 6,4 por 1.000 en 1991. Aproximadamente un tercio de la mortalidad médicamente certificada se atribuye a cardiopatías, vasculopatías y diabetes mellitus.

5. La mortalidad infantil se calculó en 20,9 por 1.000 nacidos vivos en 1990. Las causas principales de mortalidad infantil son los nacimientos prematuros y las complicaciones obstétricas. La malnutrición está aumentando, según las cifras de vigilancia del BOG. En 1991 el BOG detectó malnutrición en el 28% de los niños de 0 a 4 años de

edad en los poblados de amerindios cerca de la frontera brasileña. En poblados bushnegro del distrito de Brokopondo, 11% de los niños padecían malnutrición (peso por debajo del percentil 3 para la talla o por debajo de las normas de talla para la edad). En la mayoría de los casos, en ambos grupos la malnutrición se clasificó como aguda, y se la observó entre los niños de 1 y 2 años de edad. En el año escolar 1989-1990 se midió y se pesó a los niños de primer grado de 33 escuelas de Paramaribo. En 14% de los niños de primer grado que tenían entre 5 y 8 años, la relación entre el peso y la talla estaba por debajo del percentil 3. En ciertos vecindarios este porcentaje alcanzó picos de 18%, 38% y 39%. Entre los niños de 1 a 4 años de edad las causas principales de defunción son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y los accidentes.

6. La malaria es endémica en el interior y miles de personas están infectadas. En 1992-1993 se produjo una grave epidemia a lo largo del río Suriname. La malaria sigue siendo el principal problema de salud pública de Suriname. La incidencia de lepra está descendiendo, pero todavía hay algunas zonas con problemas en el interior. Las epidemias de fiebre tifoidea son todavía comunes en el interior, pero el número nacional de casos notificados ha estado bajando desde 1986, cuando comenzó la actividad de la guerrilla. La leptospirosis y el dengue siguen siendo enfermedades infecciosas importantes.

7. Factores que influyen en la situación de salud. Suriname ha entrado en la etapa de reconstrucción, que se caracteriza por tres procesos: 1) la democratización de la política y el gobierno, lo cual posibilitó las elecciones libres de dirigentes nacionales y locales en mayo de 1991; 2) el proceso de paz que culminó en el tratado de paz de agosto de 1992, con lo cual se puso fin a la guerrilla formalmente; 3) el ajuste estructural de la economía.

8. La inflación fue de 25% en 1991 y mucho más elevada (46%) en 1992. En 1993 se estima que ascendió a 125%; acusó 0,6% en 1995 y 0,8% en 1996, según lo detallado por ABS.

9. El programa de ajuste estructural marcha según lo previsto y el tipo de cambio se ha mantenido estable.

10. En el sector de la salud, la ayuda externa ya ha ayudado a aliviar la escasez de medicamentos esenciales y algunos suministros médicos, pero el adiestramiento es un problema importante. La gestión de los establecimientos sanitarios es un problema tangible y grave que aún no ha sido resuelto.

11. Situación de las cinco orientaciones programáticas

12. La salud en el desarrollo: El sector de la salud tiene enormes problemas financieros. Estos problemas han sido causados por la financiación flexible de la asistencia sanitaria, y la falta de mecanismos para controlar la calidad y los costos de la misma. Se ha designado un grupo de trabajo a fin de establecer un marco para el sistema nacional de seguro de salud.

13. Uno de los elementos principales de la estrategia nacional de salud es el fortalecimiento del Ministerio de Salud como órgano central de coordinación en el sistema nacional de atención sanitaria, mientras que al mismo tiempo se descentralizan los servicios hacia las instituciones privadas y semiprivadas.

14. La estrategia de atención primaria de salud y la meta de salud para todos son los principios orientadores de las políticas y las estrategias de salud. Hay varias estrategias que son elementos esenciales de las políticas sanitarias, como el fortalecimiento de los sistemas locales de salud y en particular de las instituciones locales en la planificación y ejecución de los servicios de atención sanitaria; la colaboración intersectorial a nivel local y nacional por medio de actividades en materia de nutrición y producción de alimentos, abastecimiento de agua potable, saneamiento, eliminación de residuos sólidos, educación, etc.; el fortalecimiento de servicios preventivos como la vacunación, la atención maternoinfantil, la promoción de la lactancia materna, buena nutrición para los niños y planificación familiar.

15. La OPS ayudará por medio de actividades nacionales destinadas al control de enfermedades de importancia nacional mediante la identificación de los factores que tienen una relación directa con la causa, la propagación, la magnitud, la gravedad, etc.

de la enfermedad en un momento dado en determinada comunidad. Ello se realizará mediante el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica y el control de los brotes. Las principales enfermedades y padecimientos bajo vigilancia abarcan una gama de problemas de salud y están descritos en la situación del desarrollo sanitario nacional. Las soluciones basadas en la evaluación epidemiológica serán a corto, mediano y largo plazo. Ello requiere la recolección y el análisis de grandes cantidades de datos no sólo de las enfermedades sino también de los cambios registrados en el perfil de las mismas. Se trata de un proceso continuo y dinámico que incluye diagnósticos y pronósticos constantes de la situación sanitaria. Desde este punto de vista, el programa epidemiológico cumple una función esencial de apoyo a todos los demás problemas de salud.

16. Desarrollo de los sistemas de salud: Se seguirán programando actividades para llenar el vacío entre la teoría y la práctica en atención primaria de salud, al centrarse en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud para definir la función del sector intramuros en la APS. Se prevé además que dichas actividades ayudarán a coordinar la planificación sanitaria a nivel nacional y regional y la integración de BOG, RGD, Misión Médica, COVAB y otras instituciones en el proceso de planificación para la formulación del BPB, el APB y los planes de PTC en cooperación técnica con la OPS, con lo cual constituirán un elemento importante de desarrollo de los servicios de salud.

17. Promoción y protección de la salud: Una actividad importante será el fortalecimiento del "consultatiebureau" para los niños menores de 5 años, que se convertirá en un verdadero consultorio para dicha edad, con un alcance mayor de servicios que los actuales. Ello incluirá la creación de servicios adicionales de vigilancia del crecimiento y extensas actividades de adiestramiento para el personal sanitario.

18. Continuará el establecimiento y refuerzo de los vínculos de cooperación entre los programas para el establecimiento de consultorios para los niños menores de 5 años y la Oficina de Desarrollo Infantil, el programa de higiene escolar, el programa para la creación de guarderías infantiles, el programa de nutrición y el PAI.

19. Los elementos cruciales para esta mayor mejorar los sistemas de información sanitaria y la supervisión en el terreno. El examen de las normas, especialmente las normas operativas para las guarderías infantiles y la atención perinatal, son una parte integral de estas actividades. También se realizará una encuesta para aclarar aspectos de la situación sanitaria de los niños menores de 5 años, las mujeres y los niños en edad escolar.

20. Desarrollo y protección ambiental: Por lo general no se conoce qué residuos quedan de los plaguicidas en los cultivos alimentarios para el consumo local. Sin embargo, hay sólidos indicios de que la cantidad de estos residuos constituye una amenaza para la salud del país. Los estudios en este campo son obstaculizados por la falta de organización y de equipo de investigación. Además, el uso de plaguicidas y otros productos químicos produce contaminación de los ríos y las zonas pantanosas y, por lo tanto, representa una amenaza para la salud de la población del interior y pone en peligro a las poblaciones de peces y la flora y fauna silvestre.

21. Prevención y control de enfermedades: Se seguirán planificando actividades con el objeto de establecer sistemas y redes eficaces de información, y de fortalecer la prevención, el control y los servicios de tratamiento. Estas actividades incluyen control de las enfermedades infecciosas como las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y otras enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, la leptospirosis, la filariasis, la leishmaniasis, el dengue, etc. El control de la lepra es también una parte integral del programa. Se incluyen además enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes o el control del cáncer. La malaria se transmite sólo en el interior pero ocasiona un verdadero problema de salud que debe ser controlado. La fiebre amarilla ya no es un problema prioritario de salud pública, pese a que el temor constante del dengue hace obligatorio el control de Aedes aegypti.

22. Planes y prioridades para el desarrollo sanitario nacional. La estrategia de desarrollo nacional de Suriname se basa en los principios de democracia, independencia y justicia social. La descentralización del sistema de gobierno y la participación de las comunidades locales en el gobierno regional se han formulado específicamente como intervenciones importantes en la estrategia para el desarrollo nacional. En defensa de los principios de equidad y

cooperación son las actividades conjuntas dirigidas a universalidad, la provisión de atención sanitaria básica en los vecindarios urbanos pobres, las zonas rurales y el interior ha adquirido más importancia que nunca. El fortalecimiento de los establecimientos locales de asistencia sanitaria tendrá más alta prioridad en los años venideros. La ampliación del Plan de Seguro de Salud del Estado para los funcionarios públicos a fin de que incluya a la mayoría de la población, especialmente a los trabajadores y los pobres, es un elemento imprescindible de esta estrategia. Todos los programas de asistencia sanitaria deben realizar esfuerzos orientados hacia grupos especiales de riesgo como las poblaciones urbanas pobres, las poblaciones rurales, las comunidades tribales en el interior, las mujeres y los niños. La elaboración de un programa de salud ocupacional apoyará la meta nacional de mayor productividad. La campaña antimalárica tiene también importancia económica.

23. Se continuará y aumentará la atención que se presta a la participación de las comunidades locales en la planificación y ejecución del programa de asistencia sanitaria mediante el establecimiento de consejos sanitarios de distrito y la organización de congresos sanitarios para formular planes sanitarios de distrito.

24. Mediante una mayor cooperación con los ministerios de agricultura, asuntos sociales, desarrollo y recursos naturales regionales y otras organizaciones, el MS apoyará los esfuerzos para mejorar el estado de nutrición y los niveles de vida de la población.

25. Los programas de educación sanitaria se fortalecerán mediante la cooperación con el Ministerio de Educación y los medios de comunicación. La protección ambiental será otro renglón importante para la cooperación intersectorial.

26. La reducción de costos, el aumento de la razón costo/beneficio y la racionalización de los programas de asistencia sanitaria son piedras fundamentales de las estrategias del MS. Las medidas relacionadas con el presupuesto (especialmente para hospitales) son aspectos clave de la estrategia.

27. Para poder coordinar las diferentes políticas dentro del sector de la salud y en otros sectores, la capacidad de recursos humanos del MS y otras



instituciones en el sistema de asistencia sanitaria debe fortalecerse contra la erosión continua por la "fuga de cerebros" (trabajadores de salud capacitados que dejan el servicio público para incorporarse a la práctica privada o emigran a otros países).

28. Se están tomando medidas para: a) impedir que se debilite aún más el sistema de asistencia sanitaria; b) detener la fuga de cerebros entre los trabajadores de salud adiestrados; c) reemplazar al personal perdido y formar nuevo personal de salud; d) mejorar la gestión, la eficiencia, el control de costos y la coordinación intersectorial en el sistema de asistencia sanitaria.

29. El gobierno ha destacado las siguientes prioridades en su plan anual de 1995 y seguirá haciendo lo mismo para los próximos años: a) hacer más hincapié que nunca en la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria de salud; proveer asistencia sanitaria esencial a todos los habitantes de Suriname, especialmente a las poblaciones marginadas, y justicia social; b) continuar la política de descentralización de los servicios y privatización de las instituciones estatales, así como de cooperación y especialización entre los hospitales; c) fomentar la asistencia sanitaria en el hogar y en la comunidad y desalentar la derivación innecesaria de pacientes a los niveles más costosos de atención; d) tomar medidas de control de costos relacionadas con los subsidios y los aranceles; aprobar leyes en apoyo de las medidas de control de costos; e) desarrollar la participación comunitaria y la cooperación intersectorial como aspectos cruciales, especialmente en las áreas de alimentación y nutrición, abastecimiento de agua potable, instalaciones sanitarias, recolección de basura y educación; f) fortalecer los servicios preventivos, como los programas de vacunación y la integración de los servicios preventivos y los servicios curativos; g) fortalecer los sistemas de información sanitaria y la vigilancia epidemiológica para proporcionar información sobre la situación y las tendencias en materia sanitaria a los responsables de la política; h) desarrollar programas de adiestramiento para el personal sanitario que aumenten sus aptitudes para la ejecución de las estrategias de atención primaria de salud.

30. **Prioridades nacionales** La situación socioeconómica y el ajuste estructural resultante de la economía han puesto en peligro la salud de la población al igual que la capacidad de prestación de

servicios por los sistemas de salud. En vista de estas circunstancias, se han determinado las siguientes prioridades nacionales de salud en el apartado "Prioridades nacionales".

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

31. Control de la malaria. Establecimiento de un sistema nacional de información sanitaria. Prevención de las enfermedades transmitidas por vectores y por los alimentos. Mejor gestión de la salud ambiental en el país. Reducción de la transmisión y la repercusión del manejo de residuos sólidos. Prestación de servicios básicos de asistencia sanitaria a la población, sobre la base de principios de equidad y accesibilidad. Dotación de recursos humanos adecuados para el sistema de asistencia sanitaria. Reducción de la morbilidad y mortalidad causadas por las IRA y la diarrea. Fortalecimiento de la cooperación entre Suriname y los países vecinos y otros de la región. Contribuir a la reducción de los problemas nutricionales de los sectores vulnerables de la población. Reducir la mortalidad materna y perinatal.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

32. Dentro de sus actividades de cooperación técnica, la OPS ayudará en las actividades de movilización de recursos que faciliten la participación de las universidades y los profesionales, las organizaciones y los líderes locales; aumentará el nivel de apoyo financiero que proviene del exterior, las actividades de difusión de información que se centren en el uso de los medios de comunicación para incrementar el conocimiento del público sobre los temas sanitarios críticos, y organizar seminarios para informar a los líderes locales, políticos y profesionales; agilizará las actividades de adiestramiento para mejorar las aptitudes técnicas y administrativas del personal supervisor y de operaciones en el sector de la salud; y prestará ayuda para la preparación de leyes y reglamentos y el proceso de descentralización, así como para las actividades que incluyan la elaboración de normas, planes y políticas, estudiando el uso y la distribución de los profesionales de la salud adiestrados y normalizando la recolección de datos y su procesamiento. Durante este bienio habrá

cierta necesidad de promover la investigación para el desarrollo de recursos humanos. En vista de la actual situación económica del país, la movilización de recursos será un aspecto muy importante de los esfuerzos de la OPS/OMS. La atención se centrará tanto en la consolidación de los compromisos que ya se están recibiendo de otras fuentes como en la identificación de otros recursos, tanto nacionales como internacionales. En todas las áreas anteriores del programa se prestará atención especial a la promoción de la cooperación técnica entre países.

33. La OPS ayudará en todos los aspectos del adiestramiento de los supervisores de distrito y los funcionarios locales, para formular las políticas, los planes y las normas necesarios, para la prestación eficiente y eficaz de los servicios y la integración del sector intramuros como parte esencial de la estrategia de APS.

34. La OPS ayudará mediante el apoyo de las actividades de mantenimiento de niveles adecuados y aceptables para los servicios de asistencia sanitaria en puestos de atención pre y posnatal y la atención de los niños mediante la vacunación, el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, la nutrición, la perinatología y la detección y el tratamiento temprano de los trastornos del desarrollo. El apoyo a estas actividades se canalizará por conducto de la oficina de desarrollo

infantil (MOB), los consultorios para niños menores de 5 años (RGD y otras organizaciones) y el programa de higiene escolar (de MOB y RGD). Dentro del ámbito de su misión, la OPS cooperará en la formulación de políticas, planes y normas para el programa de SMI en su totalidad y en particular para las zonas prioritarias. Se hará hincapié en aumentar los niveles de cobertura del PAI. El deterioro de la situación económica y ambiental ha creado grandes sectores particularmente vulnerables, y en consecuencia será necesario determinar los grupos vulnerables en lo que se refiere a la nutrición. También será necesario coordinar la relación de trabajo con grupos y organismos intersectoriales a fin de unificar los recursos, investigar el valor nutritivo de los alimentos que se cultivan localmente y promover proyectos de demostración y preparación de alimentos.

35. En vista de que las enfermedades diarreicas, en especial la shigelosis, junto con las infecciones respiratorias son problemas importantes, la OPS cooperará en un ambicioso programa de adiestramiento de médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud en todo el país. La movilización de los recursos se orientará a garantizar la financiación para el desarrollo futuro del programa de SMI. Estas actividades se seguirán considerando prioritarias en el bienio 1998-1999.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Gestión de salud ambiental en Suriname**

- Se habrá promovido la inserción de los datos ocupacionales de morbilidad y mortalidad en las bases de datos de la Unidad de Epidemiología de BOG y de la Inspección Laboral.
- Los inspectores de seguridad habrán adquirido más conocimientos y aptitudes.
- Se habrá adiestrado a un médico en higiene ocupacional.
- Se habrá ejecutado el programa de educación sanitaria sobre higiene y seguridad ocupacional.
- Habrán adquirido más conocimientos algunos operadores más de la planta de tratamiento de agua.
- Habrán adquirido más conocimientos 10 perforadores de pozos de agua.
- Se habrá puesto en marcha un proyecto piloto para un sistema de gestión comunitaria de residuos sólidos.
- Habrá mejorado la calidad ambiental de ciertas comunidades.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Habrá adquirido más conocimientos y aptitudes un técnico de laboratorio especializado en recursos hídricos.
- Habrá mejorado la capacidad de control de la División Ambiental de BOG.
- Se habrán observado mejoras en materia de higiene y normas sanitarias en ciertos mercados de Suriname.
- **Cooperación técnica entre países**
- Se habrán realizado actividades conjuntas de control de la malaria en la población migratoria y de zonas fronterizas.
- Se habrán realizado actividades conjuntas del PAI entre la población de las zonas fronterizas.
- Se habrán establecido sistemas formales para el intercambio de información y la creación de programas conjuntos entre Suriname, Guyana y Guyana Francesa.
- Se habrá establecido el convenio de vínculos cooperativos regionales en materia de desarrollo de recursos humanos y adiestramiento.

### **Desarrollo de recursos humanos**

- Se habrán actualizado e identificado las necesidades de recursos humanos del MS, BOG, RGD, Misión Médica, BGVS, COVAB, la Facultad de Medicina y otras organizaciones de atención de la salud.
- Se habrá reforzado la organización y la gestión del sistema de educación de COVAB, los hospitales, RGD, Misión Médica y la Universidad de Suriname.
- Se habrá fortalecido el programa de estudios de enfermería por medio de métodos apropiados. Se habrá elaborado e imprimido el programa de estudios para asistente de enfermería.
- Se habrá puesto en funcionamiento el laboratorio de aptitudes para la escuela central de enfermería y profesiones afines, y habrán mejorado las aptitudes de diagnóstico de las enfermeras diplomadas en Suriname.
- Se habrán creado módulos de adiestramiento y programas de estudios específicos: evaluación del programa de adiestramiento de partería; creación de procedimientos y estructuras para la participación de las enfermeras jefes y los gerentes de unidad en el diseño y la ejecución de los programas de adiestramiento de COVAB; fortalecimiento de la cooperación entre la Asociación de Enfermeras de Suriname y la Asociación de Enfermeras del Caribe; evaluación del programa de formación de bachilleres en ciencias, en colaboración con la Universidad de Suriname.
- Fortalecimiento del adiestramiento en virología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Suriname.
- Los recursos humanos a cargo de la inspección de la carne y las aves de corral del programa nacional de inocuidad de los alimentos habrán mejorado su preparación mediante el adiestramiento en los procedimientos modernos aceptados por el Departamento de Agricultura de EE.UU.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

- Se habrán ajustado los programas de estudios de la Facultad de Medicina en Tecnología de Laboratorio, para que sean más compatibles con las normas del CARICOM.

### **Apoyo de gestión para el desarrollo sanitario nacional**

- Se habrán fortalecido las unidades de gestión administrativa y financiera de la Representación de la OPS/OMS.
- Habrá aumentado el apoyo de las actividades técnicas. Se habrán producido y utilizado los datos de gestión, y se habrá reunido, discutido y difundido al público la información técnica dentro y fuera del país.
- Se habrá puesto en práctica la recomendación adicional formulada al transferir el mando al representante de la OPS/OMS entrante.
- Habrán adquirido más conocimientos y aptitudes los recursos humanos de la Representación.

### **Desarrollo de los servicios regionales de salud y misión médica**

- Se habrá desarrollado el sistema de información sanitaria (SIS).
- Se habrán introducido procedimientos de gestión y se habrá descentralizado la autoridad de toma de decisiones a nivel periférico, según convenga.
- Habrá adquirido conocimientos el personal profesional en el área de gestión, APS, participación comunitaria y educación sanitaria.
- Se habrá avanzado en la renovación o ampliación de locales y el programa de mantenimiento.
- Se habrá promovido la participación comunitaria en el diseño y la puesta en marcha de programas comunitarios de salud.
- Habrá mejorado el sistema de comunicación.
- Habrá mejorado el sistema de equipos (incluido el transporte) y suministros. Estos proyectos bienales incluyen: 1) una ampliación del proyecto de reestructuración mundial de RGD y 2) un proyecto para fortalecer la prestación de servicios de salud de Misión Médica (MM).

### **Programa ampliado de inmunización**

- Se habrán incorporado los suministros adecuados de vacunas del PAI para llevar a cabo las actividades en forma ininterrumpida.
- Se habrá ejecutado la administración segura de las vacunas del PAI.
- Se habrán desechado en forma segura las agujas y jeringas usadas.
- Se habrá establecido el almacenamiento y la distribución adecuada de las vacunas y otros suministros.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrá logrado una gestión adecuada de la cadena de frío.
- Se habrá establecido un mejor sistema de almacenamiento y distribución de las vacunas y otros suministros que abarque todo el país.
- Se habrá implantado un mejor sistema de vigilancia de las enfermedades.
- Se habrá logrado mejor calidad en los servicios del PAI.
- Se habrá logrado mayor conciencia y participación activa de los líderes de la comunidad.
- Se habrá logrado mayor conciencia y participación activa de los gerentes.
- Habrá aumentado el conocimiento del público respecto de las metas.
- Se habrá logrado mejor calidad en los servicios del PAI.
- Se habrá logrado una mayor cobertura del PAI.
- Se habrá logrado estandarizar y mejorar la calidad de la supervisión.
- Se habrá brindado el apoyo necesario en forma oportuna y adecuada al personal de operaciones.
- Se habrá logrado la adecuada planificación y ejecución de las actividades del PAI.
- Se habrá realizado una investigación oportuna y exhaustiva de todos los casos presuntos de poliomielitis y sarampión.
- Se habrá mejorado y mantenido la vigilancia eficaz de las enfermedades.
- Habrá aumentado la conciencia y la motivación entre el personal de operaciones.
- Se habrán mejorado y estandarizado las técnicas de laboratorio para la recolección, el almacenamiento y el transporte de muestras en Mace.
- Se habrá asegurado el procesamiento adecuado de las muestras.
- Se habrá logrado la cobertura completa de todos los consultorios.
- Se habrá incorporado un mecanismo para vigilar el progreso y tomar medidas apropiadas y oportunas cuando sea necesario.

### **Epidemiología y bioestadística**

- Se habrán puesto en funcionamiento los departamentos de registro médico de los hospitales de Paramaribo y Nickerie, los cuales proporcionan datos fiables y completos en forma oportuna.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Se habrán implantado procedimientos de codificación e indización en los hospitales estatales según las normas aceptadas, con la colaboración de CAREC.
- Se habrá evaluado la infraestructura y fortalecido las aptitudes básicas en computación del personal de NDNI, en particular en los departamentos de registros médicos de los hospitales estatales. Se habrán adquirido los equipos pertinentes.
- Se habrá fortalecido la preparación técnica del personal del sistema de NDNI mediante su participación en las actividades de adiestramiento y el acceso a los materiales de referencia.
- Se habrán fortalecido los aspectos de comunicación del sistema de NDNI para incluir la retroalimentación y la información en todas las unidades integrantes.
- Se habrá fortalecido el apoyo de laboratorio en las encuestas seroepidemiológicas para que la vigilancia sea oportuna y eficaz.

**Acceso universal a la salud**

- Se habrá ampliado, en forma gradual y progresiva, a todo el territorio nacional la cobertura de las actividades del programa de control de la tuberculosis.
- Se habrá ampliado la cobertura del programa de enfermedades no transmisibles en forma gradual y progresiva para incluir a BOG, Misión Médica, la Universidad, las ONG y otras instituciones del sector sanitario.
- El programa nacional de nutrición habrá comenzado a ejecutar un plan de acción basado en las prioridades.
- Se habrán intensificado las actividades del programa nacional de salud bucodental para mejorar la atención y la vigilancia odontológica.
- Se habrán fortalecido los procedimientos de gestión, operación y suministro de laboratorios para mejorar la capacidad de salud pública y los laboratorios hospitalarios.
- Habrá mejorado la capacidad de detección diagnóstica del cáncer cervicouterino en las instituciones especializadas.
- Las instituciones nacionales habrán recibido apoyo para determinadas actividades del programa de control.
- Se habrá incorporado el sistema de preparativos para casos de desastre en los distritos de Nickerie.

**Salud maternoinfantil y planificación familiar**

- El sistema de atención perinatal estará funcionando según los procedimientos prescritos.
- Se habrá intensificado la cobertura del programa de lactancia materna y extendido a los hospitales periféricos.
- Habrá aumentado la preparación técnica del personal del programa mediante las actividades de adiestramiento.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Alimentación y nutrición**

- Se habrá establecido un grupo intersectorial de nutrición (salud, agricultura, educación, asuntos sociales, etc.), que habrá redactado un plan de acción en materia de nutrición para el periodo 1997-2000.
- Se habrá puesto en marcha una metodología para la recopilación de datos nutricionales (cinco consultorios como máximo), análisis y retroalimentación (en BOG).
- Se habrá iniciado en Suriname un programa de administración de suplementos de hierro.
- Se habrá implantado por ley el requisito de que toda la sal importada para consumo humano esté fortificada con yodo.
- Se habrá fortalecido la preparación técnica del personal del programa mediante su participación en las actividades de adiestramiento y el acceso al material de referencia.
- Se habrá examinado y replanteado el programa escolar de alimentación.

### **Prevención y control de enfermedades**

- Se habrán mejorado y actualizado los conocimientos sobre la epidemiología de la malaria y su tratamiento clínico en Suriname
- Un incremento en el adiestramiento especializado en la lucha antivectorial habrá mejorado la capacidad técnica y de supervisión del personal de BOG.
- El programa de control de la tuberculosis estará operando según la estructura y los procedimientos estandarizados establecidos.
- El programa de control de las IRA y las enfermedades diarreicas estará operando según los procedimientos estandarizados.
- Los procedimientos de aislamiento de virus habrán comenzado a operar en MWI y LVV.
- Habrá mejorado la preparación del personal para ciertas enfermedades no transmisibles.
- El programa interministerial de protección de alimentos habrá comenzado a funcionar de lleno para diciembre de 1998 y se habrá evaluado y ajustado para diciembre de 1999.
- Se habrán completado los datos del punto de comparación sobre la dinámica de población de los reservorios zoonóticos.
- El programa de lepra habrá comenzado a funcionar según los procedimientos estandarizados.
- Las actividades nacionales de farmacología habrán recibido el apoyo de la OPS en determinadas áreas clave.
- Se habrán brindado respuestas adecuadas y oportunas en apoyo de las necesidades nacionales del programa.

SURINAME				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Salud en el Desarrollo Humano	562,100	717,300	24,000	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	180,700	112,000	533,100	0
Promoción y Protección de la Salud	56,100	32,300	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	336,900	336,600	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	117,400	159,000	145,000	0
<b>TOTAL</b>	<b>1,253,200</b>	<b>1,357,200</b>	<b>702,100</b>	<b>0</b>



.

# TRINIDAD Y TABAGO

## *Situación de Salud*

1. La salud en Trinidad y Tabago ha registrado mejoras progresivas desde los años cuarenta. En 1991, la esperanza de vida al nacer aumentó a 71,6 años para los hombres y 72,8 años para las mujeres. Sin embargo, para la edad de 65 años la ganancia en el período 1950-1990 fue solo de tres años para uno y otro sexo.

2. Las disminuciones en las tasas de mortalidad han ocurrido principalmente en la población menor de 15 años y en particular en el grupo de menos de 5 años de edad. Se han registrado pocos cambios en la mortalidad entre las mujeres mayores de 50 años durante los últimos 10 años, pero se han observado mejoras entre los hombres de 45 años en adelante.

3. Situación de las orientaciones estratégicas y programáticas: La salud en el desarrollo humano: Con la disminución de los recursos económicos en Trinidad y Tabago y las políticas concomitantes para abordar la carga negativa de la deuda mediante políticas de ajuste estructural, se ha vuelto cada vez más importante lograr que las políticas sean sensibles al alivio de la carga de la pobreza y aborden los temas de equidad. Dada la limitación de los recursos en las instituciones, es necesario que el sector de la salud participe activamente en la formulación de planes intersectoriales para aliviar la pobreza y mejorar la equidad.

4. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud: La historia del proceso de reforma del sector de la salud en Trinidad y Tabago abarca una serie de consultas que recomiendan la descentralización administrativa del Ministerio de Salud (MS), la cual se inició hace unos 38 años con el Informe de la Comisión Julien y culminó con las recomendaciones más recientes contenidas en el Plan de Descentralización de 1992 del MS. La fase de diseño del Programa de Reforma del Sector de la Salud, realizado por el gobierno y el BID, comenzó en enero de 1993.

5. El cambio estructural más importante es la descentralización del Ministerio mediante la creación de nuevos organismos autónomos que funcionarán como los principales proveedores de los

servicios de atención de salud. La creación de estas Direcciones Sanitarias Regionales se está realizando por medio de un instrumento jurídico: la Ley de Direcciones Sanitarias Regionales de 1994, que ha sido aprobada por el Parlamento.

6. El marco de la política nacional se elaborará sobre la base de los principios de la evaluación de las ganancias en salud y las necesidades de salud. Los presupuestos de las Direcciones Sanitarias Regionales se negociarán según las metas acordadas y las prioridades que se determinen mediante el examen de las necesidades de salud de la población local. Las direcciones tendrán a su cargo la prestación de servicios de salud en forma continua a una población definida dentro de las normas de la política nacional. Las Direcciones Sanitarias Regionales serán los empleadores del personal y poseerán y administrarán los terrenos, los edificios y el equipo de la región. Funcionarán según convenios o contratos anuales de servicio negociados con el Ministerio.

7. El Ministerio de Salud se convertirá en el "comprador" de los servicios de atención de salud. Libre de las responsabilidades operativas, desarrollará sólida capacidad de planificación y formulación de políticas y logrará mejores resultados de salud a nivel nacional mediante una combinación de mecanismos que incluirán patrocinar y reglamentar el "entorno de calidad" dentro del cual tendrán que funcionar las direcciones y el sector privado.

8. Con el objetivo de prestar servicios de salud a la población, el Ministerio de Salud ha asignado prioridad al desarrollo de los recursos humanos. Se están ofreciendo programas de adiestramiento, seminarios y talleres sobre temas como la gestión del cambio y la gestión de calidad total. La distribución de los recursos humanos destinados a la salud entre los hospitales y los centros de atención primaria es motivo de inquietud. Las becas y las asignaciones en el exterior se siguieron usando como una forma de actualizar y mejorar el conocimiento y las aptitudes del personal. La situación de la enfermería en los hospitales ha mejorado, habiéndose graduado en 1993 el primer grupo de enfermeras desde 1989, pero debido a la larga trayectoria de la carrera de servicios de la comunidad hay muchas vacantes entre

los visitantes médicos y por lo general la escasez de la atención primaria es crítica. Además, muchos de los visitantes médicos tienen más de 45 años, de modo que el plan de suministro de visitantes médicos y el adiestramiento para los mismos debe tomar en cuenta la necesidad absoluta así como la pérdida debida a la jubilación, que actualmente se calcula en cerca de 10% por año.

9. Desarrollo y protección ambiental: Si bien Trinidad y Tabago goza de una cobertura relativamente alta de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, la ampliación de servicios no sigue el ritmo del crecimiento demográfico en las zonas rurales y periurbanas, y la calidad del agua potable se está deteriorando. Estas inquietudes se producen contra el telón de fondo del proceso en curso de privatización de la Dirección de Agua y Alcantarillado. El tema clave pertinente a la gestión de esta entidad es la necesidad de aumentar la inversión en el desarrollo y la gestión de los proyectos.

10. En el pasado la ausencia de legislación y controles adecuados llevó a una contaminación industrial generalizada. Los desechos peligrosos, en particular el plomo, constituyen una preocupación concreta ya que el país carece de medios de eliminación de desechos peligrosos y, en consecuencia, los desechos se eliminan en forma indiscriminada, lo cual a veces tiene como resultado que grupos vulnerables, en particular los pobres, se vean expuestos a sustancias tóxicas. También reviste inquietud este tipo de exposiciones en los lugares de trabajo, especialmente en la industria.

11. Como resultado de la epidemia de cólera en América Latina, en el bienio 1995-1996 se llevaron a cabo actividades de adiestramiento y educación pública para la prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos. En el próximo bienio, las actividades relacionadas con la inocuidad de los alimentos se concentrarán en mejorar la vigilancia epidemiológica. En lo que se refiere a las enfermedades transmitidas por vectores, igual énfasis se dará a la promoción de la participación de la comunidad y la mejora de la vigilancia epidemiológica. En la salud pública veterinaria, en el último bienio se hizo hincapié en la mejora de los sistemas de vigilancia.

12. Promoción y protección de la salud: El principal desafío para la promoción de la salud es establecer mecanismos eficaces para la colaboración

intersectorial de los sectores público y privado, las ONG y otros organismos que tienen repercusiones en la salud. La reforma del sector de la salud, unida a la descentralización de los servicios sociales, facilitará una planificación más eficaz con la iniciativa local de Gobierno en las Comunidades Sanas y la formulación de políticas públicas que favorezcan a la salud.

13. Los indicadores de la salud maternoinfantil han registrado mejoras con el transcurso del tiempo en Trinidad y Tabago. El nuevo ímpetu de la descentralización del servicio de salud en esta esfera mejorará la calidad de la atención de la salud reproductiva y proporcionará servicios que estén orientados al consumidor. Para lograrlo, se necesitará cada vez más lograr que el personal de salud sea sensible a las necesidades de sus clientes y que se presten servicios apropiados para aumentar la utilización eficaz de los servicios de salud reproductiva y del adolescente.

14. Prevención y control de enfermedades: En este campo es preciso mejorar la calidad de la atención mediante la confección de protocolos clínicos y la vigilancia de la calidad de la atención. Será necesario abordar la preparación de modelos de atención con otros sectores, como el de los servicios sociales, con el fin de identificar las opciones más apropiadas para mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, los discapacitados y los grupos especiales.

15. La causa principal de mortalidad y morbilidad en Trinidad y Tabago son las enfermedades prevenibles y las relacionadas con el modo de vida, como las enfermedades crónicas, los traumatismos y el SIDA. En los adultos de 45 a 64 años, las cardiopatías dominan el perfil de mortalidad tanto en el hombre (30%) como en la mujer (26,7%). La diabetes ocupa el segundo lugar tanto para el hombre (15,9%) como para la mujer (23,8%). El cáncer se clasifica en tercer lugar (12,9%) en el hombre y (20,1%) en la mujer.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

16. Promoción de la salud mediante la educación sanitaria y la participación comunitaria dirigida a la modificación de los modos de vida y la detección

temprana de las enfermedades que determinan la situación sanitaria y constituyen las causas principales de mortalidad y morbilidad. Fortalecimiento de la capacidad de realizar análisis epidemiológicos e investigación de servicios de salud destinados al mejoramiento de la asignación de recursos para lograr adelantos sanitarios. Apoyo a la formación de recursos humanos dirigidos a la elaboración de normas y procedimientos para implantar nuevas estructuras institucionales en el Ministerio de Salud y RHA, desarrollo de la gestión, apoyando el cambio hacia la asistencia primaria y ambulatoria. Apoyo al desarrollo y la puesta en práctica de los sistemas de gestión a niveles central y regional, que comprenden recursos financieros, información, recursos humanos, garantía de la calidad y acreditación. Apoyo a la implantación del Plan Nacional de Servicios de Salud, que habrá de incluir: el fortalecimiento del sistema de referencia en los servicios de atención primaria y entre estos y los servicios hospitalarios, y fortalecimiento de los servicios de apoyo, como los de diagnóstico y farmacia. Apoyo a la elaboración de un programa integrado para la prevención y el control de enfermedades, el cual tiene el propósito de controlar ciertas enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y enfermedades prevenibles por vacunación. Apoyo a la elaboración del programa de prevención y control de enfermedades. Apoyo a las actividades que procuran hacer llegar los servicios de agua y saneamiento a grupos vulnerables, abordando de este modo los problemas relacionados con suministro intermitente de agua, eliminación inadecuada de aguas residuales y alivio de la contaminación del aire, el agua y el suelo en zonas críticas. Apoyo al desarrollo de organismos sectoriales y asociaciones intersectoriales de salud para evaluar y controlar los riesgos para la salud ambiental. Desarrollo de la capacidad del Ministerio de Salud, haciendo hincapié en la salud pública veterinaria, la prevención y control de enfermedades transmitidas por los alimentos y la protección de los alimentos. Apoyo al mejoramiento de la salud reproductiva, la salud de los adolescentes y los niños, incluida la prevención de las infecciones del aparato reproductor y otras ETS. Fortalecimiento de los programas sanitarios que se relacionan con la salud de la mujer, que comprenderán: el análisis de los temas de género en la salud y la relación entre la salud de la mujer y el desarrollo. Ejecución de los programas dirigidos a mejorar la salud y la educación de la mujer. Identificación y movilización de recursos gubernamentales y no gubernamentales, a los niveles nacional e internacional, con el fin de

ayudar en la prestación de servicios de salud de calidad y en el uso más eficaz de los recursos.

## *Estrategia de Cooperación Técnica*

17. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud. El bienio 1998/99 coincidirá con la primera mitad del Programa de Reforma del Sector de la Salud financiado por el BID, en el que se brindará una cantidad significativa de apoyo técnico y adiestramiento. En este sentido, la OPS seguirá apoyando al Programa de Reforma por medio de actividades de adiestramiento y desarrollo de políticas, planes y normas, haciendo hincapié en el fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud de adaptarse a su nueva función normativa, formación de imagen, regulación y selección de los mecanismos de financiación.

18. Desarrollo y protección ambiental: Proyectos: ERA, FOS y CTD: actividades de adiestramiento, proyectos conjuntos de educación de la comunidad y elaboración de políticas, planes y normas para el sector de la salud. El Ministerio de Salud se fortalecerá mediante el adiestramiento y la creación de programas verticales, como la instalación de laboratorios, la lucha antivectorial y los sistemas de vigilancia. Se brindará apoyo en forma continua a las Direcciones Sanitarias Regionales para despertar su interés por los temas sanitarios y ambientales y proporcionar un formulario para la recolección de los datos de salud ambiental en cada una de las Direcciones. Se realizarán encuestas de desechos para la actualización de los planes de eliminación de desechos.

19. Salud en el desarrollo: i) PPH - Políticas públicas y salud: La cooperación técnica hará hincapié en ayudar al Ministerio de Salud a fortalecer su participación en la elaboración y el establecimiento de políticas en diversos sectores. Además, el proyecto también ayudará al Ministerio a liderar el proceso intersectorial y elaborar proyectos y planes con otros ministerios, especialmente el Ministerio de Cultura, Desarrollo de la Comunidad y Asuntos de la Mujer. ii) HST - Se continuará con la Situación de salud y el Apoyo de Tendencias para la formulación de políticas y procedimientos de salud que establezcan el marco de la evaluación de necesidades en asuntos de salud (ENS) basándose en el análisis epidemiológico como herramienta de

planificación para asignar los recursos en el sector descentralizado de la salud. Se prestará cooperación técnica directa en la elaboración de sistemas de información sanitaria y el desarrollo de la metodología para vigilar los niveles de salud, asignar los recursos y crear servicios según las necesidades en asuntos de salud. Se ofrecerá adiestramiento al personal técnico y de gestión para desarrollar aún más el concepto de ganancia en salud y apoyar el uso del sistema de información sanitaria.

20. Promoción y protección de la salud: Se seguirá apoyando el fortalecimiento de la capacidad de las Direcciones Sanitarias Regionales de liderar el proceso intersectorial en la promoción de los modos de vida sanos. Además, la promoción de "comunidades saludables" será la estrategia principal para promover la participación de la comunidad y la colaboración intersectorial en la promoción del bienestar.

21. Se prestará cooperación técnica mediante el mejoramiento de las aptitudes del personal sanitario para llevar adelante las iniciativas de salud, la difusión de información y la cooperación técnica directa en apoyo de los proyectos en las Direcciones Sanitarias Regionales.

22. Prevención y control de enfermedades: Se prestará apoyo orientado a mantener y fortalecer los programas existentes del PAI, la vigilancia de enfermedades y la confección de protocolos clínicos en los programas de enfermedades crónicas, además

de la preparación de manuales sobre la vigilancia de enfermedades para las enfermedades transmisibles.

23. Se prestará cooperación técnica mediante el mejoramiento de las aptitudes del personal en la comunicación y el tratamiento clínico, la difusión de información y el desarrollo de políticas y planes en la confección y la revisión de los protocolos.

24. Salud reproductiva: Se prestará apoyo para mejorar los sistemas de información que proporcionarán los datos de comparación necesarios para mejorar la vigilancia de la calidad de la atención en materia de salud reproductiva a cargo de las Direcciones Sanitarias Regionales. Por otra parte, se proporcionará apoyo para mejorar las aptitudes del personal en el tratamiento clínico, al igual que sus aptitudes para la orientación en materia de salud reproductiva y del adolescente.

25. Prioridades Nacionales Para Cooperación Técnica de la OPS/OMS: Como principal proveedor de cooperación técnica para la salud en Trinidad y Tabago, la OPS recibe pedidos de apoyo en la mayoría de las principales áreas prioritarias identificadas para el bienio 1998/99. Por lo tanto, de acuerdo con las prioridades de la Organización enunciadas en las OEP para el cuatrienio 1995-1998, la OPS ha recibido pedidos de cooperación técnica durante el bienio 1998/99 en diez (10) proyectos.

## Resultados Esperados

1998-1999

### Desarrollo de los sistemas y servicios de salud

- Se habrá fortalecido la capacidad de gestión del personal de salud en el MS, la Sede y las Direcciones Sanitarias Regionales para liderar el proceso de gestión del cambio esencial para la ejecución de la iniciativa de reforma del sector sanitario.
- Se habrán establecido mecanismos para asegurar la sostenibilidad de los sistemas de control de calidad.
- Se habrá apoyado la ejecución del Programa Nacional de Salud Bucodental.
- Se habrán establecido mecanismos para vigilar la ejecución y la evaluación de la política nacional en materia de medicamentos.
- Se habrá brindado apoyo de adiestramiento técnico en las áreas clave de la atención primaria y la atención ambulatoria.

## **Resultados Esperados**

**1998-1999**

- Se habrán formulado estrategias para la ejecución de la política de suministro de recursos humanos en salud en consulta con la Universidad de las Indias Occidentales.
- Se habrán creado sistemas de información que apoyen los componentes financieros, administrativos y clínicos de la reforma del sector de la salud.
- Se habrá adiestrado a miembros del personal del Ministerio de Salud y de la Dirección Sanitaria Regional en actividades de respuesta en casos de desastre.

### **Evaluación y gestión de los riesgos de salud ambiental**

- Se habrá establecido la colaboración intersectorial y la participación de la comunidad para la integración de los temas sanitarios y ambientales en la planificación nacional para el desarrollo sostenible.
- Se habrán fortalecido los recursos humanos y las instituciones para lograr una prestación más eficaz de los servicios de salud ambiental, incluido el suministro de agua potable salubre.
- Se habrá incrementado la capacidad de eliminación de desechos a nivel nacional en apoyo a la reducción de la contaminación y la protección de la salud.
- Se habrá logrado despertar mayor interés en la comunidad nacional sobre los temas sanitarios y ambientales.
- Se habrá establecido un programa de vigilancia epidemiológica para enfermedades ocupacionales.

### **Políticas públicas y salud**

- Se habrán establecido mecanismos que promuevan una mayor colaboración intersectorial en la formulación de los planes del sector social que tienen repercusiones en la salud.
- Se habrá logrado despertar mayor interés entre el personal de salud sobre la importancia de la interacción entre los temas de género, salud y desarrollo.

### **Promoción y protección de la salud**

- Se habrá fortalecido la capacidad de las Direcciones Sanitarias Regionales para liderar los procesos intersectoriales que promueven la salud física y mental.
- Se habrán ejecutado y evaluado programas que promueven modos de vida sanos.
- Se habrá apoyado la generación, la evaluación y la difusión de información en materia de salud.
- Se habrán fortalecido los mecanismos institucionales que promueven la creación de comunidades saludables.

### **Prevención y control de enfermedades**

- Se habrán mantenido los programas de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Se habrá mejorado el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Se habrán fortalecido los programas para la prevención de enfermedades transmisibles.

### **Salud reproductiva**

- Se habrá promovido la elaboración, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas vinculados con la salud reproductiva.
- Se habrán fortalecido las estrategias para promover la nutrición infantil adecuada.
- Se habrá fortalecido la capacidad de las Direcciones Sanitarias Regionales para prevenir y tratar las enfermedades del aparato reproductivo y otras enfermedades de transmisión sexual.

### **Evaluación de la situación de salud y sus tendencias**

- Se habrá logrado mejorar la capacidad de realizar análisis epidemiológicos e investigación sobre servicios de salud en las Direcciones Sanitarias Regionales.
- Se habrán mejorado los sistemas de información sobre los factores determinantes de los problemas de salud.

### **Inocuidad de los alimentos**

- Se habrá fortalecido la capacidad de protección de los alimentos y la prevención de las enfermedades diarreicas y las transmitidas por los alimentos.

### **La malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores**

- Se habrá fortalecido la capacidad de los recursos humanos en la lucha antivectorial.
- Se habrán fortalecido los programas de vigilancia, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades transmitidas por vectores.
- Se habrá aumentado la participación de la comunidad en la lucha antivectorial.

### **Apoyo al desarrollo, la gestión y la coordinación de los programas de país**

- Se habrá logrado mejorar el desarrollo, la gestión y la coordinación del programa de cooperación técnica.
- Se habrá logrado fortalecer el conocimiento del público sobre la OPS (es decir, su imagen, misión y logros).

<b>TRINIDAD Y TABAGO</b> <b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Salud en el Desarrollo Humano	913,500	947,900	10,100	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	783,000	813,400	0	0
Promoción y Protección de la Salud	27,000	29,000	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	330,600	348,300	4,000	0
Prevención y Control de Enfermedades	73,000	101,100	116,600	0
<b>TOTAL</b>	<b>2,127,100</b>	<b>2,239,700</b>	<b>130,700</b>	<b>0</b>





# ISLAS TURCAS Y CAICOS

## *Situación de Salud*

1. Las islas Turcas y Caicos están ubicadas al final de la cadena de las Bahamas. El territorio comprende ocho islas principales, de las que seis están habitadas, y muchos cayos pequeños. Al realizarse el censo de 1990, las islas tenían 12.350 habitantes, de los que 11.465 eran residentes. De estos, 7.901 (69%) eran naturales del territorio. El centro administrativo de las islas, Grand Turk, tenía 3.691 habitantes, mientras que el centro comercial, Providenciales, tenía 4.821. Se estima que en 1996 el territorio contaba con una población de entre 19.000 y 22.000 habitantes que, según se calcula, creció a un ritmo mayor entre 1990 y 1996 que entre 1980 y 1990 (4,46% por año), en gran parte debido a la inmigración. Los problemas económicos y políticos de Haití provocaron un flujo considerable de haitianos hacia las Islas Turcas y Caicos, con la consiguiente carga adicional para los servicios de salud.

2. El desarrollo más importante se sigue registrando en Providenciales, que es donde la población crece a un ritmo mayor, razón por la cual se le está prestando mucha atención al mejoramiento de la gama y la calidad de los servicios en dicha isla.

3. Visto lo limitado de los conocimientos especializados y la tecnología con que se dispone en el territorio, los gastos gubernamentales en tratamientos médicos y hospitalizaciones en el extranjero son bastante elevados. Para ayudar a reducirlos, en 1995 se inauguró una unidad de diálisis.

4. Tras las elecciones de 1995, los Servicios de Salud pasaron a depender del Ministerio de Salud, Educación, Juventud y Deportes, y el Secretario Permanente (Servicios de salud) pasó a encargarse de los temas sanitarios. Como resultado del proyecto de ajuste de este sector, la estructura de gestión de los Servicios de Salud se reformó para incorporar el puesto de gerente de dichos servicios, quien se encarga de los aspectos administrativos correspondientes, que tradicionalmente eran de la competencia del Oficial Médico Principal. Este pasó entonces a concentrarse en los asuntos clínicos y técnicos de la salud pública; también cabe mencionar, entre otros cambios, el de la creación del

puesto de gerente de atención primaria de salud. Todos estos puestos se instituyeron como resultado de la reestructuración y la reasignación de responsabilidades.

5. Los Servicios de Salud comprenden un hospital de 36 camas en Grand Turk, el recientemente inaugurado establecimiento de atención secundaria Myrtle Rigby Health Complex (12 camas), en Providenciales, y 10 consultorios desparramados por las islas. Como la calidad de la atención proporcionada en el hospital principal suscitó expresiones de disconformidad, se elaboró, en respuesta, un manual de normas de enfermería que debe empezar a utilizarse en 1997. Se solicita asistencia de la OPS en el establecimiento de un programa de control de calidad para poder mejorar la calidad de la atención.

6. El personal de los Servicios de Salud contiene un gran número de extranjeros, que provienen sobre todo de la región del Caribe. Hay solo uno médico oriundo de las islas, mientras que en el sector de la enfermería, que cuenta con el mayor número de dispensadores de atención sanitaria, casi la mitad del personal es extranjero. En los servicios de respaldo y de salud ambiental existen situaciones semejantes. Frente a ello, el desarrollo de recursos humanos adquiere un carácter prioritario fundamental, y a la OPS se le ha solicitado apoyo al respecto.

7. No existe ningún sistema organizado de información sanitaria; con fines analíticos, los datos sobre mortalidad se obtuvieron del registro de defunciones que mantiene el Departamento de Salud Pública, y los correspondientes a los partos, del registro de ingresos en el Hospital de Grand Turk. Se requiere mucho apoyo técnico para poder elaborar un sistema de información sanitaria. Aunque anteriormente ya se proporcionó asistencia a través del Proyecto de Ajuste de los Servicios de Salud, a la OPS se le ha solicitado ayuda adicional.

8. El número de defunciones aumentó de 67 a 89 entre 1993 y 1995, para totalizar 70 en 1996. (No es posible calcular las tasas correspondientes por

desconocerse la cantidad exacta de habitantes.) En 1996 se registraron 24 defunciones (32%) por paros cardiopulmonares o causas no indicadas. Por ello, ese año se ha excluido del análisis de las causas de decesos. La mayor parte de las defunciones se dan en el grupo etario de 65 años o más, mientras que las ocurridas en el grupo de 45 años o más superan el 50%.

9. Entre 1994 y 1995 las causas de defunción registradas más comunes fueron las enfermedades cardiovasculares (19%), las enfermedades cerebrovasculares y el SIDA (14%), los accidentes y los actos de violencia (11%) y el cáncer (8%). En cuanto a las 35 defunciones ocurridas en el grupo etario de 20 a 44 años, las causas más comunes fueron el SIDA (46%), las enfermedades cardiovasculares (20%) y los accidentes y los actos de violencia (9%), causas todas estas muy fáciles de prevenir con cambios de modo de vida. Desde 1994 viene funcionando una Comisión de Promoción de la Salud para formular y aplicar estrategias destinadas a hacer frente a esta situación. Se requieren esfuerzos constantes al respecto, para los cuales la OPS proporcionará su apoyo.

10. Las defunciones provocadas por el SIDA registraron una tendencia descendente entre 1993 y 1996, ya que su número disminuyó de 12 a 7. Ello puede ser reflejo de un mejoramiento real de la situación, o bien del hecho de que los extranjeros están regresando a sus países para morir allí. La asistencia de la ODA para el programa del SIDA se interrumpió a partir de 1995, y actualmente no está incluida en el programa del ONUSIDA. Por ende, las actividades en este campo se financian totalmente a través del presupuesto nacional de gastos ordinarios, lo que lleva a dudar de que el esfuerzo se pueda mantener en el nivel anterior.

11. Son muy pocas las defunciones ocurridas en la niñez y la adolescencia. Durante el período de tres años bajo estudio, en el grupo etario de 1 a 4 años sólo se registraron 2 decesos, y en el de 15 a 19 años, 4, todos debido a accidentes y actos de violencia.

12. El número de nacimientos tuvo un aumento sostenido entre 1993 y 1996 (de 311 a 336), salvo en 1994, año en el que disminuyó. El número total de defunciones de menores de 1 año también aumentó

de 2 en 1992 a 9 en 1996. En 1991 la tasa de mortalidad infantil fue de 11,9, mientras que la correspondiente a 1994-1996 fue de 24,6 por 1000 nacidos vivos, registrándose asimismo una tasa de mortinatalidad de 19,29 por 1000 nacidos vivos. Cerca de 60,9% de las defunciones de menores de 1 año ocurrieron durante el período perinatal. El gobierno ha respondido concentrando sus esfuerzos en el mejoramiento de las aptitudes de las comadronas, pero la gran movilidad del personal extranjero lo obligará a insistir en ese empeño hasta que se haya adiestrado un número suficiente de naturales de las islas. La OPS brindará su cooperación al respecto.

13. En 1996 se anotaron 224 partos en el Hospital de Grand Turk, de los cuales 153 (68%) se registraron como normales, mientras que otros 51 (23%) figuran como realizados por cesárea. Se desconoce la razón de este nivel de nacimientos por cesárea. La mayoría de los nacimientos (41%) se dieron en mujeres de entre 20 y 29 años de edad, 20% en el grupo de las de entre 30 y 39 años y 10% entre las de menos de 20 años. Sólo uno de estos nacimientos se dio en una adolescente de menos de 15 años.

14. No existe ningún análisis sobre las causas de los ingresos hospitalarios o las razones de las visitas a los servicios ambulatorios. Es imprescindible instituir lo antes posible un sistema de obtención y análisis de información sanitaria para poder planificar y evaluar la situación de salud en las Islas Turcas y Caicos.

15. Pese a que el nivel de enfermedades transmitidas por los alimentos se desconoce, causan mucha preocupación sus brotes intermitentes, sobre todo frente al rápido auge del sector turístico. Por consiguiente, es obvio que se debe prestar una atención más estricta a la inocuidad de los alimentos. En el pasado se brindó cooperación para el mejoramiento de las prácticas de manipulación de alimentos, y se espera que dicha cooperación prosiga.

16. Vista la importancia del turismo para la economía de las islas Turcas y Caicos, el mantenimiento del medio ambiente para el desarrollo sostenible tiene una importancia

fundamental. El auge de este sector se ha traducido en una demanda correlativa en cuanto a suministro de agua y servicios de tratamiento de aguas residuales. Además, la presión complementaria en pro del desarrollo en la zona costera ha suscitado preocupación por la contaminación. La OPS seguirá cooperando al respecto con las autoridades nacionales.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

17. Desarrollo de recursos humanos a fin de preparar a los naturales de las islas para asumir la plena responsabilidad del funcionamiento de los servicios de salud; establecimiento de un registro y una unidad de sistemas de información y fortalecimiento de la capacidad nacional en la práctica epidemiológica; establecimiento de un programa de control de calidad para los servicios hospitalarios y comunitarios; ejecución de un programa de promoción de la salud para tratar las necesidades sanitarias de carácter prioritario, especialmente la reducción de la mortalidad y la prevalencia de enfermedades no transmisibles crónicas; mejoramiento de las prácticas de manipulación de alimentos, el seguimiento de la producción y el procesamiento de alimentos, los establecimientos de servicio y la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos; vigilancia y control de la calidad del agua potable y la contaminación de la zona costera y tratamiento de los desechos sólidos y peligrosos; fortalecimiento de la capacidad de mitigación y respuesta frente a los desastres en el sector de la salud, sean estos naturales o producidos por el hombre; mejoramiento del sistema de seguimiento, formulación de previsiones y adquisición de preparaciones farmacéuticas.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

18. La cooperación técnica se brindará por medio de tres proyectos, a saber, desarrollo de los servicios de salud, salud ambiental y enfermedades no transmisibles crónicas, cada uno de los cuales estará bajo la responsabilidad de un funcionario técnico determinado. Si alguno de estos proyectos tiene partes de carácter multidisciplinario, se le podrá pedir a otro funcionario que tome a su cargo ciertos resultados esperados.

19. La mayor parte de la cooperación técnica se brindará como adiestramiento, a los niveles local e internacional. Se impartirá adiestramiento en los rubros de partería, enfermería clínica, salud pública, gestión de los servicios de salud, inocuidad de los alimentos, nutrición y enfermedades crónicas, codificación de CIE y vigilancia de enfermedades, control de calidad, mitigación de desastres y preparación frente a los mismos, y protección del medio ambiente. Asimismo, la cooperación técnica comprenderá la elaboración de programas de estudio y la preparación de materiales de adiestramiento.

20. Se brindará cooperación técnica directa en lo atinente a mitigación y manejo de desastres, protección del medio ambiente, promoción de la salud y gestión de proyectos; asimismo, se formularán normas y políticas para el funcionamiento del sistema de información sanitaria y el control de la calidad.

21. La difusión de información será la base en torno a la cual se articularán las tareas de promoción de la salud, pero también se la utilizará para promover la cooperación regional en las áreas prioritarias y las iniciativas de la OPS.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Desarrollo de los servicios de salud**

- Se habrá adiestrado a los naturales de las islas en los aspectos considerados esenciales para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud.
- Se habrá seguido desarrollando el programa de protección de alimentos.

**Resultados Esperados****1998-1999**

- Habrá aumentado la capacidad del personal de los servicios sanitarios para planificar, evaluar y poner en práctica una atención sanitaria de calidad.

**Salud ambiental**

- Se habrá formulado y se pondrá en vigor, un programa nacional de vigilancia de la calidad del agua potable.
- Se habrán aprobado y promulgado normas nacionales de calidad del agua potable.
- El programa nacional de vigilancia de la calidad del agua costera habrá entrado en vigor.
- Se habrá formulado un plan para el tratamiento y la eliminación de desechos peligrosos.

**Enfermedades no transmisibles crónicas**

- Se habrá elaborado una política nacional sobre nutrición.
- Se habrán fortalecido tanto el seguimiento del crecimiento como la vigilancia y la gestión de los aspectos nutricionales.
- Se habrán establecido directrices de orientación para personas aquejadas de enfermedades crónicas, y se las estará utilizando.
- Se habrá formulado un programa amplio e integrado de salud escolar, con base en la iniciativa de "Escuelas saludables".

ISLAS TURCAS Y CAICOS				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Salud en el Desarrollo Humano	0	10,100	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	61,300	31,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	0	23,100	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	14,800	11,900	0	0
Prevención y Control de Enfermedades	0	0	17,700	0
<b>TOTAL</b>	<b>76,100</b>	<b>76,100</b>	<b>17,700</b>	<b>0</b>

# ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

## *Situación de Salud*

1. En 1996, Estados Unidos de América tenía una población estimada de 265,5 millones de habitantes. Las proyecciones actuales estiman una población de 298 millones para el año 2010. Entre 1980 y 1990, ciertos grupos minoritarios crecieron con mayor celeridad que el número total de habitantes. La población negra aumentó 15%, llegando a un total de 30 millones, mientras que el número de hispanos aumentó más de 50% hasta sumar 22 millones de personas. En cuanto a los asiáticos y los habitantes provenientes de las islas del Pacífico, su número creció más del doble, ascendiendo a 7 millones de personas.

2. La esperanza de vida al nacer para el período 1990-95 fue de 72,6 años para los varones y 79,3 para las mujeres. En 1993, la tasa de mortalidad infantil de la nación disminuyó hasta colocarse en el nivel bajo jamás logrado antes, de 8,4 por 1.000 nacidos vivos. Conforme el número de muertes debidas a las cardiopatías ha ido descendiendo, el cáncer ha pasado a ser, a partir de 1987, la causa principal de defunción para las personas entre los 25 y los 64 años de edad. Se calcula que 30% de las muertes debidas al cáncer se relacionan con el consumo de tabaco, mientras que otro 35% se vincula con la alimentación. El cáncer de mama se ha convertido en la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Sin embargo, para el período 1990-94, las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el cáncer de mama han descendido 8% para todas las mujeres.

3. El SIDA se ha diagnosticado en más de 500.000 personas de los Estados Unidos desde que se reconoció esta enfermedad por primera vez. El número estimado de casos de SIDA por 100.000 habitantes por año de diagnóstico disminuyó entre 1993 y 1994 en relación con el total de la población, de 33,0 a 29,9. Para el mismo período, también se observaron disminuciones de en el número de casos diagnosticados en la población negra, hispana y femenina.

4. La proporción de personas con sobrepeso que han adoptado prácticas alimentarias sensatas combinadas con actividad física regular no ha

mejorado entre todos los hombres, todas las mujeres o entre los hombres hispanos. Sin embargo, se ha registrado un aumento general del número de personas que realizan actividades físicas en forma regular.

5. Las bases para el logro y el mantenimiento de la buena salud son multidimensionales e incluyen elementos mentales, emocionales y sociales que son tan críticos para los resultados de salud como los biomédicos. En la medida que hemos adquirido conocimientos sobre la salud y la posibilidad de prevenir enfermedades innecesarias y discapacidades, la perspectiva de los Estados Unidos sobre la salud y la enfermedad ha cambiado extraordinariamente. En 1994, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) calcularon que casi 47% de las defunciones prematuras entre los estadounidenses podrían haber sido evitadas por medio de cambios en el comportamiento individual, y otro 17%, por la reducción de los riesgos ambientales.

6. Salud y desarrollo. El efecto de las tendencias de salud se está vigilando en distintos niveles, en particular en cuanto a la prevención. Estados Unidos vigila la situación de salud según las características biológicas y sociales, incluida la edad, el sexo, el grupo étnico y los modos de vida. La bioética sigue recibiendo atención en vista de los adelantos tecnológicos en materia de atención de salud y la ingeniería genética.

7. Desarrollo de los sistemas de salud. "Un pueblo sano para el 2000" ofrece una visión para mejorar la salud de todos los estadounidenses. Por medio de un proceso a nivel nacional, personas de todo el país han ayudado a definir y están siguiendo un programa de prevención para la nación.

8. La meta 1 de "Un pueblo sano para el 2000" es aumentar el número de personas que disfrutan de una vida larga y saludable, poniendo énfasis en años "saludables" y no sólo en la longevidad. La segunda meta es cerrar la brecha en la situación de salud y los resultados de salud entre las minorías raciales y étnicas y el total de la población. En muchas medidas de la salud, incluida la mortalidad, la morbilidad y los servicios de salud y su utilización,

se siguen comprobando diferencias entre la raza blanca y las minorías. La meta 3 es lograr acceso a los servicios preventivos para todos los estadounidenses. Otras metas siguen el progreso en los objetivos para las distintas etapas de la vida en determinados grupos de edad, el progreso en los objetivos de las minorías raciales y étnicas y 47 objetivos centinelas, incluida la promoción de la salud, la protección de la salud, los servicios preventivos y la vigilancia y los sistemas de datos.

9. Promoción y protección de la salud. Los objetivos de salud nacionales dependen en gran medida de los programas educativos y comunitarios para promover la salud y prevenir las enfermedades. Los programas de promoción y protección de la salud tienen por objeto llegar al público y mejorar las condiciones sanitarias fuera de los entornos tradicionales de la atención médica. Las afecciones relacionadas con la alimentación, como las coronariopatías, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes mellitus, son importantes causas de muerte y discapacidad en los Estados Unidos. La promoción y la prevención son la piedra angular de las estrategias que permiten lograr reducciones reales de las tasas de incidencia.

10. Protección y desarrollo ambiental. Los factores ambientales desempeñan un papel de primerísima importancia en el proceso de desarrollo, salud y enfermedad de los seres humanos. Algunos de los retos para la salud pública y la salud ambiental en la actualidad incluyen la exposición humana a los agentes tóxicos, la morbilidad por asma, el retraso mental, los brotes de enfermedades transmitidas por el agua y las concentraciones de plomo en la sangre de los niños. La coordinación de la salud ambiental requiere la participación del Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Organismo para la Protección del Medio Ambiente, el Departamento de Agricultura así como de los organismos estatales y locales de los sectores público y privado.

11. Prevención y control de enfermedades. Las enfermedades emergentes y reemergentes, la infección por el VIH/SIDA, el abuso de sustancias, la violencia y las enfermedades transmitidas por los alimentos son algunas de las áreas de mayor atención para los Estados Unidos. La educación sanitaria, el intercambio y la difusión de información, el conocimiento del público y la investigación son elementos esenciales para cualquier estrategia de prevención y control en los Estados Unidos.

12. Planes y prioridades para el desarrollo nacional en salud. Según se calcula, en los Estados Unidos los costos de la atención médica y la productividad perdida que ocasionan algunos de los principales problemas de salud ascienden a \$135.000 millones para la cardiopatía y \$158.000 millones para los traumatismos. El costo global de la morbilidad para los ciudadanos de Estados Unidos es descomunal, especialmente porque muchas de estas enfermedades son prevenibles.

13. La magnitud de la pérdida prevenible de la vida, casi 1 millón de estadounidenses por año, no es algo nuevo para la comunidad de salud pública. Los profesionales de salud pública de los Estados Unidos han estado trabajando para que el país le preste especial atención a la prevención. Desde los años setenta, las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular han descendido 58%, y las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria, 49%. El consumo de tabaco entre los adultos descendió de 34 a 25% entre 1974 y 1993. Un aumento en el uso de los cinturones de seguridad en los automóviles contribuyó a una disminución de 32% en la tasa de mortalidad por accidentes de automóviles.

14. Las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y los programas comunitarios ofrecen oportunidades importantes para la prevención. Las evaluaciones revelan la necesidad continua de abordar eficazmente los problemas experimentados por las familias e incluso por la comunidad como un todo: problemas como la pobreza, educación insuficiente, paternidad única y violencia, que sólo pueden abordarse en ese tipo de entorno. Además de una visión a nivel federal, el liderazgo para un compromiso renovado con el mejoramiento de la salud de la nación debe provenir de las instituciones y los individuos.

## *Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica de la OPS*

15. Colaboración con los gobiernos federal, estatales y locales de Estados Unidos, con el sector público y el sector privado en el fortalecimiento de asociaciones a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México. Colaboración con las autoridades estadounidenses y mexicanas para desarrollar vínculos eficaces en cuestiones prioritarias de salud. Cooperación en el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura existente de salud pública en las

Américas aprovechando la experiencia adquirida en la región en diferentes esferas durante periodos determinados, generando de esa manera oportunidades de intercambio de información y de diálogo para beneficio de todos los países que participen. Proporcionar capacitación especializada a ciudadanos estadounidenses en esferas en las que no haya disponibilidad inmediata en Estados Unidos, de conformidad con las prioridades básicas enumeradas.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

16. La estrategia global para la cooperación técnica con los Estados Unidos de América se centra en tres temas. El primero es el uso de los fondos de la Organización para complementar la considerable inversión que está haciendo Estados Unidos para abordar los temas de salud y los problemas en su frontera con México. Esto incluye un convenio entre Estados Unidos y México para concentrarse inicialmente en cuatro temas prioritarios: la salud de los migrantes, la prevención del consumo de tabaco haciendo hincapié en los adolescentes, la vacunación y la salud de la mujer. Los Estados Unidos y México

explorarán la forma de trabajar con mayor colaboración, así como las oportunidades para incorporar la zona de la frontera a este esfuerzo binacional.

17. El segundo tema es utilizar, por medio de la OPS, la capacidad técnica disponible en los Estados Unidos, y especialmente los expertos del Departamento de Salud y Servicios Sociales, para apoyar el desarrollo de la salud y obtener mayor capacidad en otros países de las Américas, poniendo atención específica en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Los esfuerzos de OPS-EE.UU. estarán dirigidos a los vínculos bilaterales existentes entre los EE.UU. y los países de la Región para trabajar en los temas comunes prioritarios de salud pública, como la epidemiología y la vigilancia, el control de enfermedades transmisibles (incluidas las enfermedades emergentes y reemergentes), la salud ambiental, la gestión de la información y el aumento de la capacidad.

18. Finalmente, la cooperación técnica incluye el adiestramiento de profesionales de la salud de EE.UU. fuera del país.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Desarrollo de los servicios de salud**

- Facilitar las tareas de colaboración entre DHHS y la Secretaría de Salud de México en los cuatro temas prioritarios de salud de los migrantes, prevención del consumo de tabaco con énfasis en los adolescentes, las vacunaciones y la salud de la mujer, con el auspicio del Grupo de Trabajo de Salud de la Comisión Binacional de Estados Unidos y México.
- Facilitar el desarrollo de una campaña fronteriza dirigida a la tuberculosis, incluidos los 10 estados de la frontera con México, bajo el liderazgo del Departamento de Salud de Texas.
- Financiamiento de un cargo de analista de información en la Oficina de Campo de la OPS en apoyo de la ejecución de la estrategia conjunta de EE.UU., México y la OPS para la frontera.
- Facilitar la colaboración de los organismos federales de los EE.UU. (USPHS, EPA) en apoyo de la ejecución del Plan Frontera XXI, especialmente en aquellas áreas dedicadas a la salud ambiental.
- Apoyar la colaboración entre los organismos de los EE.UU. y los organismos nacionales de otros Estados Miembros de la OPS, para aumentar la cooperación continua o brindar apoyo técnico en el lugar.



**Resultados Esperados****1998-1999****Becas**

- Entregar becas en forma eficaz y eficiente a ciudadanos estadounidenses para hacer estudios en las áreas prioritarias.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA				
ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA				
Nivel de Asignación de Fondos	Presupuesto Ordinario		Otros Fondos	
	1996-1997	1998-1999	1996-1997	1998-1999
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	396,400	396,400	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>396,400</b>	<b>396,400</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## *Situación de Salud*

1. En la última década del presente siglo, el Uruguay ha alcanzado indicadores que tienden a señalar niveles de salud de la población relativamente aceptables. Este es el resultado de una conjunción de factores entre los cuales se destaca: la etapa de transición demográfica en que está inserto el país; las diferentes modalidades públicas y privadas de atención a la salud; referentes culturales que están pasando por transformaciones significativas y la implantación y desarrollo de conductas sanitarias apropiadas para enfrentar los problemas de salud predominantes en cada momento. Todo eso se traduce en una tendencia de aumento de los grupos de población de mayor edad y el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, como principales causas de morbilidad, junto con estilos de vida que las condicionan. Se proyecta para el futuro una incidencia significativa de procesos de enfermedad largos, con múltiples episodios, que continuarán repercutiendo de manera importante, en la calidad de vida de amplios sectores de la población, elevando los costos de atención y con los efectos negativos para la disminución de las tasas de mortalidad. Los problemas de salud relacionados con la mortalidad y con los estilos de vida.

2. El aumento de la tasa bruta de mortalidad general en las últimas décadas, que se produce a pesar de la reducción de la mortalidad infantil, está influido por el envejecimiento de la población.

3. En el decenio 1985-95, la tasa de mortalidad infantil se redujo en 33,3%, porcentaje que en la población atendida por el Ministerio de Salud Pública, fue 44% y 13% en las instituciones privadas de asistencia. En 1995 la tasa de mortalidad infantil en esas poblaciones, fue de 23,5 y 12,7 por mil nacidos vivos, respectivamente. En este mismo año, para la población infantil total, la tasa de mortalidad infantil alcanzó el valor de 19,6 por mil nacidos vivos. El orden de frecuencia de las causas de muerte en este grupo son: en primer lugar, los traumatismos del nacimiento, afecciones anóxicas y otros trastornos (31% del total), seguidos por las demás causas de mortalidad perinatal (29%), las

anomalías congénitas (19%), y la inmadurez (13%). La mortalidad neonatal está constituida por un 70 a 80% de fallecimientos asociados a bajo peso al nacer. En el grupo etario mayor de 28 días, la tasa fue de 8,8 por mil nacidos vivos. La principal causa de muerte fueron las anomalías congénitas, responsables por el 16% del total de muertes, seguidas por obstrucción de las vías respiratorias (15%), infecciones respiratorias agudas (12%), síndrome de muerte súbita (8%), demás causas de mortalidad perinatal (5%) e infecciones intestinales (4,6%).

4. En el grupo de adolescentes y adultos jóvenes, el número de muertes entre los varones es 2,5 veces superior a las muertes entre las mujeres. El número de muertes causadas por accidentes, suicidios y homicidios es respectivamente 4,4, 4,5 y 6,0 veces mayor en los varones que en las mujeres.

5. En el grupo de 24 a 34 años, hay sobre mortalidad en los hombres, por todas las causas (excepto los tumores malignos), pero muy especialmente por accidentes. En el grupo de 35 a 54 años, la tasa de mortalidad es más de dos veces mayor en los hombres que en las mujeres.

6. Las personas mayores de 65 años concentran el 69,6% de las muertes anuales. La primera causa de mortalidad en este grupo son las enfermedades del aparato circulatorio. Entre éstas, la enfermedad isquémica del corazón, ocupa el primer lugar en el grupo de 65 a 79 años y la enfermedad cerebrovascular a partir de los 80 años.

7. El examen de la mortalidad proporcional por causas, muestra el aumento de las enfermedades cardiovasculares y tumores (cuyas tasas específicas aumentan) y la disminución de las enfermedades infecciosas. La estructura poblacional del país determina un notorio predominio de las afecciones crónicas, en detrimento de otros grupos de causas de muerte.

8. Una encuesta sobre tabaquismo realizada en 1994, en una muestra representativa de la población urbana uruguaya mayor de 14 años, reveló que un 22% admitieron ser fumadores regulares. La prevalencia fue más de dos veces superior en el sexo

masculino. En lo que se refiere a las dislipemias, estudios realizados en poblaciones seleccionadas atendidas en servicios médicos, muestran niveles anormalmente elevados de colesterol sérico en porcentajes que varían del 29 al 38% de estas poblaciones. La hipertensión arterial ha sido determinada en diversos estudios realizados en la capital y en localidades del interior, encontrándose prevalencias entre 15% y 32%. Las cifras disponibles sobre la práctica de actividad física recreativa, en 17% de la población mayor de 18 años hace ejercicios regularmente por lo menos tres veces por semana. La cifra es de 20% para los hombres y 14% para las mujeres. El porcentaje de la población montevideana con Índice de Masa Corporal superior a 25, es de aproximadamente 50% para ambos sexos. Los problemas relacionados con los servicios de salud.

9. La actual gestión de salud identificó la necesidad de que el Estado redefina las funciones que le competen en la prestación de servicios de salud, cuales deben ser prestadas por los servicios privados y como debe encauzar la participación de la sociedad civil. Debe abandonar viejas conductas paternalistas, centralistas y de clientelismo; debe abrir los caminos a la participación con el objetivo final de transferir la administración de parte de su infraestructura a la comunidad organizada, fortaleciendo su rol de regulador, orientador y fijador de prioridades.

10. La organización de los servicios muestra una tendencia, aunque limitada, hacia la descentralización. No hay una política desarrollada de recursos humanos. El exceso de médicos y las políticas de privatización, han llegado a un cambio en las modalidades de trabajo, apareciendo la figura del empresario médico. Persiste la escasez de personal de enfermería. El subsector público no crece, dado que no aumenta proporcionalmente el gasto público en salud.

11. Los problemas ambientales. En el Uruguay, la población es marcadamente urbana y 7% de ella, no dispone de agua potable por conexión a la vivienda. Se estima que el total de la población urbana tiene de alguna forma acceso al abastecimiento de agua desinfectada. El porcentaje de la población urbana no conectada a un sistema público de eliminación de excretas, es de 19% en la capital y 67% en el interior. Entre el 3% y el 15% de la población

urbana no tiene acceso a sistemas de recolección periódica de basura.

12. Las prioridades nacionales. La política declarada de salud de Uruguay entiende que la atención integral de la salud, si bien tiene en la asistencia a los enfermos, su emergente impostergable, implica también la prevención y control de enfermedades, el fomento de estilos saludables de vida, la rehabilitación integral y la preservación sanitaria del medio ambiente. La salud implica derechos y deberes. Sin perjuicio del papel decisivo que también tiene las organizaciones de la sociedad civil, la salud es una responsabilidad primaria del Estado. Es el Estado quien debe asegurar, a través de los operadores apropiados y mediante la adecuada utilización de los recursos, el acceso de toda la población a la cantidad y calidad de servicios a que razonablemente, puede aspirar el pueblo uruguayo. Más específicamente, la lista de las prioridades es la siguiente: establecer políticas de salud dirigidas a grupos poblacionales desfavorecidos; vincular el sistema de salud formal al entorno familiar y a las comunidades; desarrollar los recursos humanos necesarios para la reforma del sector salud; introducir la dimensión ambiental en las políticas globales; perfeccionar los programas de prevención, erradicación/control de las enfermedades consideradas prioritarias; fortalecer la gestión administrativa del sector salud; mejorar la infraestructura física del sector, realizar una adquisición crítica de tecnología regulada por el Estado; asegurar un segundo y un tercer nivel de atención médica adecuados; cambiar las condiciones laborales del sector, buscando revertir el multiempleo; promover un adecuado control de calidad de los medicamentos y un seguimiento de los precios de dichos insumos; brindar asistencia médica integral a aproximadamente 550 mil personas usuarias de ASSE; implementar un programa de salud laboral en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

13. Las áreas en que la OPS brindará cooperación técnica serán las que se refieren a la recolección y análisis de la información pertinente a las acciones de reforma del sector, participación en la formación de los recursos humanos, prevención y erradicación/control de las enfermedades consideradas prioritarias, formulación y divulgación de los planes intersectoriales de mejora ambiental y promoción de la salud, a través de la vinculación de los servicios con las familias y las comunidades.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OSP***

14. Establecer políticas de salud dirigidas a grupos poblacionales desfavorecidos; Vincular el sistema de salud formal al entorno familiar y a las comunidades; Desarrollar los recursos humanos necesarios para la reforma del sector salud; Introducir la dimensión ambiental en las políticas globales de salud; Perfeccionar los programas de prevención y control/erradicación de las enfermedades consideradas prioritarias.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

15. Como articulación internacional, la prioridad para el bienio será responder a la solicitud de apoyo explicitada por el MERCOSUR en el informe del Subgrupo de Trabajo 11, en su primera reunión en Asunción. La solicitud se refiere a la cooperación técnica entre países y puede ser concretada en todos los de fronteras, asistencia y tecnología médica y cooperación internacional en salud.

16. El apoyo a la recolección y análisis de la información de salud, se hará a través de cooperación técnica directa y de movilización de recursos humanos y financieros, para apoyar a la División de Estadísticas de Salud del MSP, incluyendo la participación en los talleres de capacitación. El apoyo a la formación de recursos humanos, se hará a través de la organización de

talleres y seminarios con el MSP y las entidades universitarias involucradas con la salud; esto incluye la movilización de docentes nacionales y extranjeros y la diseminación de información técnica.

17. Nuestra contribución a la salud ambiental, se hará a través de consultorías, para el perfeccionamiento de los planes y normas para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de saneamiento.

18. El eje central de nuestra cooperación técnica será la promoción de la salud, en su concepción más amplia: apoyo a la formulación de políticas públicas, información técnica para la reorientación de los servicios de salud, utilización de la comunicación social para el fortalecimiento de la redes comunitarias y de las habilidades individuales para cuidar de la salud. En los departamentos que acepten la responsabilidad por la promoción de la salud, se apoyará la comunicación social para la persecución del establecimiento de comunidades saludables.

19. En la prevención y erradicación/control de enfermedades, estaremos cooperando con la venida de nuestros asesores regionales, con la diseminación de información técnica, con el envío de técnicos nacionales a eventos relevantes y con la movilización de recursos humanos disponibles en el país. Debido a las características demográficas y socio-económicas del país, daremos especial atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, utilizando medidas de promoción dirigidas a la población en general y medidas de prevención, dirigidas a grupos de alto riesgo.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Desarrollo de políticas de salud**

- Reunir y divulgar, en el Parlamento, la Universidad y en los medios formadores de opinión, la información sobre las repercusiones de las políticas macroeconómicas en la salud.
- Fomentar el uso eficaz de los sistemas de información existentes en el monitoreo del estado de salud de individuos y de grupos poblacionales, tomando en consideración edad, sexo, estilos de vida y características sociales

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

- Formar grupo multi-institucional que se reúna periódicamente para analizar las implicaciones los procesos nacionales de desarrollo en la salud de la mujer.
- Facilitar la coordinación de las políticas de salud entre los integrantes del INCOSUR y del MERCOSUR.

### **Promoción y protección de la salud**

- Lograr un apoyo efectivo al Ministerio de Salud Pública en sus esfuerzos de coordinar las actividades de la Universidad, de las IAMCs, de las Comisiones Honorarias y de las ONGs dirigidas a lograr la formulación de políticas públicas de salud y de protección de la salud de la población en general y de los grupos de mayor riesgo en particular.
- Sistematizar la selección y la divulgación a todos los departamentos del país de la información técnica de apoyo a los movimientos comunitarios de promoción y salud.

### **Desarrollo de sistemas de salud**

- Apoyar el Ministerio de Salud Pública en la identificación de profesionales y en la selección de intervenciones para desarrollar programas focalizados en grupos específicos de la población.
- Desarrollar, con el MSP, el Banco de Previsión Social y la Universidad el plan de fomento de la capacidad de gestión del sector, en el marco de la descentralización y reorientación de los servicios.

### **Prevención y control de enfermedades**

- Lograr que al final del bienio, los materiales educativos y los mensajes de comunicación de los programas de prevención y control de enfermedades no transmisibles tengan una sólida base poblacional y estén dirigidos a los grupos más expuestos a los riesgos.

### **Promoción y desarrollo ambiental**

- Participación en el PIAS y desarrollo de estudios sectoriales en residuos sólidos, agua potable y saneamiento.
- Puesta en marcha de acciones coordinadas por DINAMA/MVOTMA y OPP para el desarrollo del sector residuos sólidos, en la mayoría de las comunas del país.
- Fortalecer la actuación individual y la coordinación de la División de Salud Ambiental del MSP y la Dirección Nacional de Medio Ambiente del MVOTMA y otras instituciones.

### **Apoyo a la gestión y coordinación de programas**

- Brindar apoyo efectivo al desarrollo de la cooperación técnica en el país

<b>URUGUAY</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	907,700	1,115,100	0	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	199,900	81,000	0	0
Promoción y Protección de la Salud	330,100	440,500	0	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	30,500	112,000	36,000	0
Prevención y Control de Enfermedades	177,300	91,000	8,000	0
<b>TOTAL</b>	<b>1,645,500</b>	<b>1,839,600</b>	<b>44,000</b>	<b>0</b>



# VENEZUELA

## *Situación de Salud*

1. La República de Venezuela tiene una extensión territorial de 916.445 km<sup>2</sup>, integrada por 22 estados, un Distrito Federal y las dependencias federales. Los estados y el Distrito Federal están divididos en 293 municipios, que a su vez se dividen en 928 parroquias y municipios capitales. La población estimada para 1995 fue de 21.884.496 habitantes, con una densidad demográfica de 23,33 hab/km<sup>2</sup>, la población es joven, con una tendencia descendente en su tasa de crecimiento: 2,2% para 1994.

2. La población del país según regiones se distribuye en aproximadamente un 52% en la costa norte, 23% en la región centro y un 24% en la región fronteriza. En cada una de estas regiones se presenta una gran heterogeneidad socioeconómica, que se manifiesta en diferentes perfiles de salud. La población es básicamente urbana, para 1994 se estimaba que solo el 14,9% de la población vive en áreas rurales y el 85,1% restante en áreas urbanas, urbano-marginales y una dispersión de la población rural, con un deterioro para ambas de las condiciones de vida y un descenso en las actividades económica agrícolas.

3. En la antesala del siglo XXI, Venezuela se encuentra en una encrucijada en virtud de los efectos que sobre ella generan dos procesos tendenciales: la globalización de la economía mundial, y la obsolescencia del modelo económico rentista que aún impone rigideces para responder a los cambios que exige el desarrollo en sus facetas económica, política y social (IX Plan de la Nación).

4. Asimismo, se reconoce una agudización de la crisis a inicios de los 90 (Programa de Ajuste de 1989), donde la concepción parcial de políticas y la secuencia en la que las mismas reformas propuestas fueron adoptadas, impidieron abatir la inflación, aumentando la pobreza y debilitando las posibilidades de crecimiento económico sostenido, sin lograr la

disminución del gasto público, lo que indujo la reaparición del déficit y la dependencia cada vez mayor del declinante ingreso petrolero, crecientes endeudamientos y devaluaciones del signo monetario.

5. En 1995, la República de Venezuela anunció una serie de medidas contenidas en la llamada Agenda Venezuela, que tiene como propósito fundamental abatir la inflación a través del restablecimiento de los equilibrios macroeconómicos y la recuperación del crecimiento de la economía.

6. La Agenda Venezuela significa el plan de acción en materia fiscal, monetaria y cambiaria, principalmente, con objetivos que se pueden sintetizar en: abatir la inflación, reestructurar y fortalecer el sistema financiero, establecer un nuevo sistema de seguridad social, iniciar un proceso de transferencia masiva de recursos hacia los sectores más vulnerables y, promover la transformación estructural de la economía y del marco institucional legal.

7. Para el logro de estos propósitos, se cuenta con un programa de Estabilización Macroeconómica, un Programa de Reformas Institucionales, un conjunto de Programas de Atención social y un Programa de Reestructuración Productiva. A los efectos de la estrategia social, se asume una estrecha vinculación entre la política económica y la política social.

8. El período de 1993 a 1996, se caracteriza por un proceso de reforma del Estado, con la continuación de la descentralización del mismo y en particular, el sector salud. La reforma social implica la lucha contra la pobreza general y crítica y la búsqueda de las alternativas para abordar el problema de las desigualdades sociales que se han profundizado.

9. Estratificando las Necesidades Básicas Insatisfechas en rangos del I al V para el país, se encuentra que la mayoría de la población se ubica en los estratos II y III, sin embargo, la población del estrato V, con los peores condiciones de vida se distribuye un 82% en la



región fronteriza, un 5% en la región Costa Norte y un 12 % en la región del Centro.

10. El país presenta, a partir de la mortalidad, un perfil epidemiológico complejo dado por la magnitud de la mortalidad, (válido para 1994), aún persiste a causa de las enfermedades transmisibles, entre ellas la enfermedades infecciosas intestinales y las infecciosas respiratorias agudas, un ascenso del riesgo a morir por las causas externas, (debido a los accidentes y al incremento de los homicidios), una tendencia ascendente de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, (en particular la enfermedad isquémica del corazón) y las neoplasias (a expensas de las localizaciones de las localizaciones de estómago, pulmón, cérvico-uterino y mama).

11. La tasa de mortalidad infantil que tenía una tendencia descendente a partir de 1988 detuvo su descenso, para mostrar cifras entre 20,5 y 25,5 por 1000 nacidos vivos (NV), en el quinquenio 1990-1994. La tasa notificada para este último año es de 24,7. Cuando se recalcula la tasa considerando un subregistro del 13,2% para las defunciones y un 4% para los nacimientos, esta asciende a 27,4% por 1000 NV. El promedio de esta tasa de mortalidad oculta importantes diferencias entre los estados del país. La tasa de mortalidad materna mantiene un comportamiento estable. No obstante, para 1994 se registró un ascenso a 6,8 por 10.000 NV, con diferencias entre los estados.

12. Durante los años 1995/1996, confluyeron factores negativos, entre ellos condiciones climáticas atípicas, con una intensidad de lluvias inusual. Dos grandes epidemias fueron enfrentadas durante el año 1995, el dengue y la encefalitis equina venezolana. En 1996, se reintrodujo el Cólera, notificándose 268 casos y 9 defunciones. En el país, aún constituyen importantes causas de enfermedad las infecciones intestinales y las infecciones respiratorias agudas, especial atención requiere la situación epidemiológica de la tuberculosis, malaria, dengue, sida y rabia. Se han obtenido importantes logros en la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles, entre ellas, el sarampión, la difteria, tétanos neonatal, pero es necesario continuar fortaleciendo las actividades

del Programa de Inmunizaciones, para mantener y/o mejorar los logros alcanzados en esta área.

13. En Venezuela se cuenta con una adecuada disponibilidad de servicios de salud tanto curativos como preventivos; sin embargo, factores tales como la calidad (relación profesionales de la salud-pacientes y capacidad resolutive de los establecimientos), oportunidad y continuidad de la prestación de los servicios, así como otros de tipo cultural y económico-asociados al comportamiento de la demanda - hacen que estos servicios sean pocos accesibles - en el sentido más amplio del término - a la población venezolana, especialmente a las de menores recursos.

14. Las disparidades regionales en términos de servicios de salud se pueden ejemplificar con la dotación de camas hospitalarias, que llegaba, al principio de la década, a una por cada 192 personas en el Distrito Federal, mientras en Aragua, Barinas y Amazonas era de una por 792, 929 y 1000, respectivamente.

15. La reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se inscribe en el marco del proceso de reforma del sector salud tendente a rescatar los derechos sociales de los venezolanos y contribuir a sostener el estilo de vida, dentro de la profunda crisis de legitimidad del Estado Venezolano.

16. Para la realización de este proceso de reforma, el MSAS cuenta con el apoyo de financiamiento de la banca multilateral a través de los proyectos "Reforma de los Servicios de Salud" (MSAS-Banco Mundial), "Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud: (MSAS-BID) y "Proyecto de Control de Endemias (Dirección Sectorial de Malariología y Saneamiento Ambiental, Instituto de Biomedicina y Banco Mundial).

17. En este contexto se identifican crecientes necesidades de cooperación técnica y financiera.

18. Prioridades Nacionales de Salud. Reforma del Sector Salud; Fortalecimiento y modernización del sector salud; Apoyo a grupos vulnerables y emergencias sanitarias

19. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica en Salud. Descentralización de los

servicios de salud; Nuevos modelos de gestión y financiamiento; Reestructuración del nivel central; Apoyo a grupos vulnerables y emergencias sanitarias; Cooperación técnica con otros países; Fortalecimiento de grupos nacionales de expertos; Coordinación de la cooperación externa en salud; Adecuación del marco jurídico vigente.

20. Areas que Necesitan Cooperación Técnica de la OPS. Reforma del sector salud y fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; Apoyo al proceso de descentralización y fortalecimiento de los niveles estatales y municipales; Atención a grupos vulnerables y emergencias sanitarias; Cooperación técnica con otros países; Fortalecimiento de grupos nacionales de expertos; Coordinación de la cooperación externa para el sector salud.

### ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

21. Proceso de reforma del sector salud y rectoría del MSAS; Contribuir con el proceso de descentralización y transferencia de responsabilidades; Apoyo a grupos vulnerables y emergencias sanitarias; Cooperación Técnica con países vecinos, de la región andina y otros; Fortalecimiento de grupos nacionales de expertos en las siguientes áreas: a.- Saneamiento ambiental, b.- Economía de la salud, c.- Control de vectores d.- (Otras) Enfermedades transmisibles e.- Medicamentos; Coordinación de la cooperación externa para el sector salud en los siguientes aspectos: a.- Coordinación bi y multilateral, b.- Coordinación interinstitucional: CORDIPLAN, Cancillería y Hacienda, c.- Canalización de fondos nacionales: FIDES y FONVIS; Gerencia y coordinación del programa de cooperación técnica de Venezuela, Aruba y Antillas Neerlandesas.

### ***Estrategia de Cooperación Técnica***

22. La cooperación de la Organización se establece en función de las áreas definidas. Se concreta en tres proyectos que incluyen actividades de cooperación técnica entre países. Existe además un proyecto para el desarrollo y operación de la Representación.

23. Los tres primeros proyectos contienen cada uno a su vez cinco resultados esperados que corresponden a las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización: 1. Salud en el desarrollo humano, 2. Servicios y sistemas de salud, 3. Promoción y protección de la salud, 4. Salud y Ambiente, 5. Control y prevención de las enfermedades.

24. Para cada resultado esperado se programan seis actividades, acordes a los seis enfoques funcionales: movilización de recursos, disseminación de información, adiestramiento, desarrollo de políticas, planes y normas, promoción de la investigación y cooperación técnica directa.

25. En el equipo técnico de la Representación existe un consultor encargado de la coordinación de cada proyecto, así como uno para cada orientación estratégica. Se identifica un consultor responsable por el resultado esperado y por cada actividad programada. Se asignan fondos de diferentes partidas para la ejecución de cada actividad.

26. Los tres proyectos en que se sustenta la cooperación son los siguientes: 1. El apoyo a la reforma del sector salud y el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud y Asistencia Social; 2. El apoyo al proceso de descentralización desarrollando los niveles estatales y locales; 3. La atención a grupos vulnerables y emergencias sanitarias.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

### **Apoyo al proceso de reforma sectorial y fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.**

- Políticas, estrategias y planes de salud, diseñados y/o en ejecución en concertación con la cooperación externa (BI, multilateral) y nacional, apoyando el proceso de reforma del sector salud.
- En las dependencias técnico-normativas del MSAS responsables de normalizar y monitorear la gestión de los programas y servicios de salud, del desarrollo de los recursos humanos en salud y de los medicamentos esenciales se habrá iniciado y puesto en marcha procesos de análisis y desarrollo organizacional y de educación permanente en el marco de los principios de la reestructuración del Ministerio.
- Propuesta elaborada de promoción de la salud con enfoque de género a ser incorporada en el contexto de la reforma del sector, en los programas prioritarios definidos.
- Planes concertados y en ejecución para el fortalecimiento de la capacidad institucional del país en Salud y Ambiente.
- Capacidad de análisis sobre la situación de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y emergentes, para la formulación de políticas, estrategias y de capacitación con un enfoque intersectorial.

### **Apoyo al proceso de descentralización en el desarrollo estatal y local**

- Políticas, planes y proyectos de salud elaborados, implementados y en evaluación, basados en la información en salud, con criterios de equidad, concertados y congruentes con las políticas nacionales de salud.
- Los equipos técnicos de las direcciones estatales de salud de diez estados en proceso de descentralización dispondrán de los instrumentos y métodos necesarios y pertinentes para el análisis y desarrollo organizacional, formulación y estructuración de sistemas y modelos y la formulación, negociación y concertación de planes y proyectos
- Equipos técnicos multidisciplinarios e interinstitucionales participando concertadamente en el proceso de descentralización con el enfoque y estrategias de Promoción y Protección de la Salud y Género, para su incorporación en las políticas, planes, programas y proyectos.
- En todos los estados se habrá promovido la implementación de programas de mejoramiento de las capacidades institucionales para la protección y uso de los recursos ambientales.
- Coordinación local para la implementación y desarrollo de planes y proyectos para la prevención, control y eliminación de enfermedades. Estrategia de AIEPI (Atención integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia) en curso incluyendo estrategia de DOTS y eliminación de la Lepra.

### **Apoyo a las Acciones Integrales para Grupos**

- Políticas, planes y proyectos inter e intrasectoriales e interagenciales formulados, implementados y/o evaluados, para la atención de grupos vulnerables priorizados (población indígena, urbano-marginal y fronteriza) y emergencias sanitarias.

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

- Análisis de la situación de salud de la población indígena del país realizada y sus resultados, conclusiones y recomendaciones entregados a las autoridades del MSAS en el marco de la iniciativa Salud para los Pueblos Indígenas de América (SAPIA). Resolución V de la XXXVII Reunión del Consejo Directivo.
- Desarrollar una propuesta de incorporación del componente de Promoción y Protección de la salud en las intervenciones en grupos vulnerables con énfasis en el combate a la violencia.
- Programas para la atención inmediata en casos de desastres y emergencias sanitarias, basados en la capacidad institucional y la participación de la comunidad.
- Fortalecimiento en las capacidades de diagnóstico, prevención y control de las enfermedades nuevas, emergentes y reemergente en grupos de población vulnerables de áreas fronterizas.

### **Cooperación técnica interpaíses**

- Acuerdos conceptuales, metodológicos y operativos (incluyendo monitoreo y evaluación) en países del grupo andino.
- Fortalecidos los sistemas de vigilancia y análisis de situación de salud y los mecanismos de coordinación para la información-acción, en las fronteras colombo-venezolana y brasileño-venezolana, así como Antillas Neerlandesas y Curacao.
- Programas especiales de cooperación con otros países.

### **Gerencia y coordinación de la cooperación**

- Disponer de un equipo de especialistas de alta calidad integrados en torno a la cooperación en el proceso de reforma sectorial de salud basado en los principios de integración nacional, descentralización (nacional, estatal y municipal) y equidad y en el contexto de las orientaciones estratégicas de la organización.
- Proceso de desarrollo de la Representación para responder a las necesidades de coordinación de la cooperación externa y de la comunidad científica de salud a nivel internacional (Convenio Hipólito Unanue) y nacional de Venezuela, Antillas Neerlandesas y Aruba.
- Operación y proceso de desarrollo administrativo de la Representación en marcha para los componentes de: Capacitación, normatización e infraestructura.

<b>VENEZUELA</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,610,000	1,606,700	41,400	0
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	1,108,900	1,097,100	106,000	0
Promoción y Protección de la Salud	370,900	316,800	39,700	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	170,400	176,400	22,600	0
Prevención y Control de Enfermedades	645,900	726,800	154,200	0
<b>TOTAL</b>	<b>3,906,100</b>	<b>3,923,800</b>	<b>363,900</b>	<b>0</b>

# OFICINA DE CAMPO: FRONTERA MEXICO/ESTADOS UNIDOS

---

## *Situación de Salud*

1. Según los censos realizados en 1990 en ambos países, la población de los 10 estados que hacen frontera es de 65,222,233 habitantes de los cuales 78% corresponde al lado americano. La población en los condados y municipios es de 9 millones (57% en el lado americano). Los 12 pares de ciudades hermanas suman cerca de 8 millones de personas. 21% de la población americana vive en los cuatro estados fronterizos (California, Arizona, New Mexico, Texas) y 2% en los 25 condados situados junto a México. En el lado mexicano, los seis estados de la frontera (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas) concentran 18% de la población del país, y los 37 municipios que limitan directamente con Estados Unidos 5%. Los estados mexicanos de la frontera, tienen un incremento natural de 2.4% y los americanos de 1.2%. Los municipios mexicanos de la frontera, presentan un crecimiento natural de 2.5% y los americanos de 1.5%. La población hispana en los estados americanos de la frontera, muestra un incremento natural de 2.8%. Este grupo constituye 43% de la población americana de los condados fronterizos. La tasa de crecimiento poblacional en los estados fronterizos, (incremento natural mas inmigración) es de 3.1% para Estados Unidos y 3.4% para México.

2. Principales Problemas. Mortalidad: En la población infantil del lado americano, las principales causas de mortalidad son las perinatales, luego las anomalías congénitas, el síndrome de muerte súbita, los accidentes y la neumonía e influenza. En el lado mexicano, ocupan igualmente los dos primeros lugares las perinatales y las anomalías congénitas, seguidas de neumonía e influenza y enfermedades infecciosas intestinales. En el grupo preescolar, en USA las primeras causas fueron accidentes, anomalías congénitas y tumores malignos. En el lado Mexicano, accidentes, neumonía e influenza y enfermedades infecciosas intestinales. En las edades productivas México reporto accidentes, tumores malignos y enfermedades cardiovasculares. Los condados de Estados Unidos registraron las mismas tres causas pero con accidentes en tercer lugar. En

mayores de 65 años ambos países comparten las dos primeras causas (enfermedades al corazón y tumores malignos) pero los municipios mexicanos reportan diabetes como tercera, y los americanos accidentes cerebrovasculares.

3. Morbilidad: Tuberculosis, Dengue, SIDA, entre las infecciosas; Cáncer, cardiovasculares y diabetes entre las crónico- degenerativas. Abuso de tabaco, alcohol y drogas que compromete a grupos adolescentes y adultos jóvenes con secuela de violencia callejera, protagonizada en forma predominante por pandillas juveniles. En la frontera mexicana, persisten Enfermedades Infecciosas Intestinales favorecidas por insuficiente acceso al agua potable y a sistemas de excreta, y son relevantes los problemas de salud laboral, en trabajadores de maquila. Se hacen estudios para conocer mejor, la relación entre daños a la salud y contaminación ambiental.

4. Características Generales y Prioridades de Cooperación. El creciente desarrollo de la industria maquiladora en los principales centros urbanos de la frontera mexicana, esta contribuyendo al mejoramiento de la economía nacional y ha permitido crear alrededor de 500 mil puestos de trabajo, lo que ha fortalecido los flujos migratorios ya existentes hacia esa zona, procedentes del interior del país. Una parte de la corriente migratoria, consigue ubicación en las maquilas, otra en labores temporales en los Estados Unidos, una tercera, permanece a la espera de trabajo local, o ingreso al país vecino, entretanto, se asienta en zonas periurbanas con escasa infraestructura de servicios básicos, y por consiguiente, presencia de riesgos a su salud. La economía informal, es la ocupación de algunos, para enfrentar el desempleo, otros caen en las adicciones y/o la conducta violenta y delictiva. El desarrollo de acciones binacionales para mejorar el Saneamiento Básico, cuenta ahora con el COCEF (Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza) y el BND (Banco Norteamericano para el Desarrollo). De igual manera, iniciativas binacionales como Frontera XXI, están abordando aspectos específicos de salud vinculados a riesgos ambientales. Los recursos para prevención y tratamiento de la población expuesta y afectada por el abuso de tabaco,

alcohol y drogas tienen una demanda creciente. La respuesta a los problemas de salud de la población fronteriza, surge no solamente de los servicios públicos y privados de salud, sino también, de universidades y diversas instituciones públicas y privadas, que trabajan en asuntos específicos, no siempre con carácter binacional, lo cual indica el potencial para incentivar esfuerzos binacionales, encaminados a enfrentar riesgos y danos, y promover salud y bienestar. Si bien la Comisión Binacional Estados Unidos-México ha definido cinco líneas de trabajo conjunto en salud: Prevención de Tabaquismo en Adolescentes, Salud de la Mujer, Salud del Migrante, Inmunizaciones y Salud de la Tercera Edad, ambos países han precisado sus requerimientos de cooperación técnica en salud de parte de la Oficina de Campo de OPS/OMS mediante "La Nueva Estrategia" de cooperación, que se detalla en otro capítulo de este documento. Aunque se habla de la frontera Mexicana como "el otro México" y de la Americana como el " otro Estados Unidos " ambos países tienen características políticas, sociales y económicas, que si bien se atenúan en la zona fronteriza, son lo suficientemente diferentes, para constituir desafíos severos al trabajo binacional en favor de la salud, que la Oficina de Campo de OPS/OMS en El Paso debe asumir, para encausar estrategias de armonización que promuevan programas conjuntos de trabajo.

## ***Prioridades Nacionales para Cooperación Técnica de la OPS***

5. Actuar como centro de distribución de información en la frontera entre México y EE. UU. en cuanto a temas de salud (incluida la salud ambiental), datos (por ejemplo, perfiles de salud), redes y actividades. Fomentar y apoyar las relaciones de ciudades hermanas, incluida la coordinación, la planificación conjunta y la ejecución de programas y proyectos en ese contexto. Promover asociaciones, como la movilización de recursos para las actividades conjuntas entre el sector público y privado, por ejemplo, las fundaciones, los grupos de la comunidad local, funcionarios locales de salud y las universidades en ambos lados de la frontera. Realizar la función de secretaría para la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) y sus subcomponentes; esto incluiría el fortalecimiento de los esfuerzos que vienen emprendiendo los consejos binacionales de salud de

la AFMES. Facilitar un proceso permanente para la fijación de prioridades para la salud fronteriza. Promover enfoques apropiados a los problemas y los temas regionales.

## ***Estrategia de Cooperación Técnica***

6. La Oficina de Campo de la Organización Panamericana de la Salud en El Paso, Texas, desde que se estableció en 1942, ha desempeñado una función importante de apoyo a los esfuerzos colectivos de México y de los Estados Unidos para mejorar la salud en la zona fronteriza, mediante el respaldo que les ha brindado tanto a los gobiernos federales, estatales y locales y otras instituciones, como a la OPS. En este contexto, la Oficina de Campo proporciona asistencia esencial a la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud y la ayuda a lograr las metas que se proponen alcanzar los dos países por medio de la Asociación.

7. Se reconoce que los problemas en la zona fronteriza se han vuelto más complejos en años recientes debido, entre otras causas, al crecimiento demográfico e industrial, la contaminación ambiental y las exposiciones humanas a un número creciente de riesgos. Además, han aumentado las expectativas no solo de las personas en la zona sino también de los gobiernos, a todos los niveles, en su nombre.

8. Para satisfacer esta demanda creciente, los dos gobiernos federales en colaboración con la OPS, desarrollaron la Nueva Estrategia para la Oficina de Campo en El Paso.

9. Finalidad: Esta Estrategia abarca métodos estratégicos convenidos, que están sirviendo a los dos países , pero también coordina un conjunto más amplio de principios para contribuir a la orientación del trabajo de la Oficina de Campo. La Estrategia también ayudará a quienes recurran a la Oficina de Campo en busca de orientación y cooperación técnica para comprender mejor cómo puede asistirlos la Oficina de Campo.

10. Alcance de las relaciones: Los gobiernos federales y estatales, incluidos sin carácter limitativo los organismos sanitarios y ambientales. Los departamentos de salud locales, comprendidos los condados y las ciudades. Universidades,

organizaciones no gubernamentales, fundaciones y otras instituciones.

11. Metas primordiales: La meta general de la Oficina de Campo es mejorar la salud en la zona fronteriza entre México y los Estados Unidos, en particular mediante el mejoramiento de la comunicaciones, la coordinación y la orientación técnica a fin de fortalecer su competencia.

12. Objetivos: Basándose en la meta general enunciada, la Oficina de Campo concentrará su cooperación técnica y sus recursos en los objetivos siguientes: actuar como centro de distribución de información a la Frontera entre México y los Estados Unidos en materia de temas sobre salud (incluida la salud ambiental), datos (por ejemplo, perfiles de salud), redes y actividades; promover y apoyar las relaciones entre ciudades hermanas, lo que comprende coordinación, planificación conjunta, y establecimiento de fundaciones, grupos comunitarios locales, y relaciones entre los funcionarios de salud estatales y locales; y desempeñar la función de Secretaría de la Asociación Fronteriza Mexicano-

Estadounidense de Salud (AFMES) y sus subcomponentes. A tales efectos, la Oficina de Campo fortalecerá los esfuerzos de los Consejos binacional de Salud de la AFMES, facilitará el proceso en curso para formular las prioridades de salud de la población fronteriza, y promoverá los criterios regionales adecuados a los asuntos y problemas.

13. Principios de organización/gestión: La Oficina de Campo trabajará para consolidar su función como Secretaría de AFMES, afianzando su infraestructura institucional y reforzando sus mecanismos binacionales. La Oficina de Campo renovará su papel de facilitadora, coordinadora, catalizadora y red de comunicaciones en pro de las actividades comunes de los Estados Unidos y México. A tal fin, aplicará los diversos métodos funcionales de cooperación técnica, concentrándose en la formulación de políticas, la difusión de la información y la movilización de recursos.

---

## ***Resultados Esperados***

***1998-1999***

---

### **Apoyo gerencial y administrativo**

- Apoyo administrativo y gerencial a las actividades de la Oficina de Campo de El Paso y de la AFMES

### **Centro de distribución de información**

- Lista común de datos básicos: Promover, divulgar, analizar y monitorear el uso de una lista común de datos básicos de salud en municipios y condados fronterizos. Impulsar durante los primeros 12 meses la implementación de la lista en 6 pares de comunidades hermanas y durante el segundo año en los seis pares restantes.
- Base de Datos Sobre Situación de Salud: Desarrollar una base de datos, accesible por medios electrónicos, con la información aportada por municipios y condados de acuerdo a la lista común de datos básicos y otros documentos pertinentes para seis pares de comunidades hermanas en 1998 y para la totalidad de parejas antes de fines de 1999.
- Base de Datos sobre Recursos Humanos e Institucionales Construir una base de datos con nombres y direcciones de personas e instituciones claves de Salud Pública a lo largo de la frontera, sistematizar su actualización y asegurar su disponibilidad por medios electrónicos. donde sea posible antes de fines de 1998 y mantener actualizada en 1999.



**Resultados Esperados****1998-1999**

- **Diseminación de Información sobre Vigilancia:** Diseminar en forma periódica datos de Vigilancia de Salud Pública de la frontera, previamente definidos por los dos países y efectuar una demostración durante la reunión anual de la AFMES en junio.
- 
- 
- **Capacitación en Epidemiología:** Organizar y coordinar eventos destinados al desarrollo y monitoreo de programas de capacitación en epidemiología para el personal de Salud Pública de condados y municipios de la frontera con énfasis en el análisis de los datos locales de salud, ejecutando seis talleres el año 1998 en seis parejas de comunidades. y otros seis en el resto durante 1999.

**Fortalecimiento de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES)**

- Se afianzó el papel de liderazgo de la Secretaría de AFMES
- Se consolidaron los mecanismos de gobierno de AFMES
- Se prestará apoyo para dos reuniones anuales (1998 y 1999)
- Se aumentará la capacidad técnica de la AFMES (que incluye la confianza en su competencia técnica)

**Asociaciones fronterizas y movilización de recursos**

- Efectuar un análisis de la capacidad de movilización institucional/de recursos en la frontera entre los Estados Unidos y México
- Promover la formación de redes entre diferentes organismos, organizaciones comunitarias fronterizas y fundaciones interesadas en mejorar la situación de salud de la población fronteriza de los Estados Unidos y México
- Elaborar un programa de capacitación sobre identificación, movilización y aplicación de recursos para reforzar los mecanismos de planificación y evaluación de la frontera entre los Estados Unidos y México

<b>OFICINA DE CAMPO: FRONTERA MEXICO/ESTADOS UNIDOS</b>				
<b>ASIGNACION PRESUPUESTARIA PROPUESTA</b>				
<b>Nivel de Asignación de Fondos</b>	<b>Presupuesto Ordinario</b>		<b>Otros Fondos</b>	
	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1996-1997</b>	<b>1998-1999</b>
Salud en el Desarrollo Humano	1,193,000	1,219,400	0	0
Promoción y Protección de la Salud	120,000	0	125,300	0
Protección y Desarrollo del Ambiente	122,800	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1,435,800</b>	<b>1,219,400</b>	<b>125,300</b>	<b>0</b>

TOTAL DE PAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		39,748,500	40.0	43,476,200	42.2	47,462,700	42.5
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		171,000	0.2	293,800	0.3	320,700	0.3
INFORMACION PUBLICA	INF	171,000	0.2	293,800	0.3	320,700	0.3
POLITICA PUBLICA Y SALUD		2,720,400	2.7	2,785,700	2.7	3,027,000	2.7
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	2,452,800	2.5	2,418,000	2.3	2,625,500	2.4
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	114,500	0.1	0	0	0	0
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	153,100	0.2	367,700	0.4	401,500	0.4
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		28,052,800	28.2	31,099,100	30.2	34,064,500	30.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	27,995,500	28.2	30,603,700	29.7	33,523,700	30.0
PLANIFICACION SANITARIA	HPL	0	0	270,000	0.3	294,800	0.3
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	57,300	0.1	225,400	0.2	246,000	0.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		6,099,600	6.1	5,592,900	5.4	6,005,600	5.4
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	5,326,400	5.4	4,757,100	4.6	5,082,700	4.6
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	773,200	0.8	835,800	0.8	922,900	0.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	2,704,700	2.7	3,704,700	3.6	4,044,900	3.6
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		27,616,600	27.8	26,315,900	25.5	28,407,700	25.4
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		21,096,200	21.2	20,601,400	20.0	22,188,300	19.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	20,972,300	21.1	20,512,800	19.9	22,091,500	19.8
INVESTIGACIONES SOBRE SISTEMAS DE SALUD	HSR	0	-	15,000	*	16,400	*
MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD DE LOS INDIGENAS	TRM	0	-	20,000	*	21,800	*
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	75,800	0.1	5,000	-	5,500	-
SALUD BUCODENTAL	ORN	48,100	*	48,600	*	53,100	*
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	5,282,500	5.3	4,799,000	4.7	5,234,300	4.7
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	914,300	0.9	786,100	0.8	843,800	0.8

TOTAL DE PAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		323,600	0.3	129,400	0.1	141,300	0.1
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL.SANITARIA		298,600	0.3	129,400	0.1	141,300	0.1
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA		25,000	*	0	-	0	-
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	9,613,500	9.7	9,921,200	9.6	10,681,600	9.6
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		5,201,600	5.2	4,609,600	4.5	4,957,900	4.4
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA		5,096,600	5.1	4,515,800	4.4	4,855,500	4.3
SALUD DE LOS ADOLESCENTES		105,000	0.1	68,800	0.1	72,100	0.1
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD		0	-	25,000	*	27,300	*
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		2,832,600	2.9	4,049,800	3.9	4,355,700	3.9
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL		1,651,200	1.7	2,440,500	2.4	2,636,800	2.4
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS		70,000	0.1	70,000	0.1	76,400	0.1
SALUD MENTAL		167,700	0.2	0	-	0	-
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD		943,700	0.9	1,539,300	1.5	1,642,500	1.5
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		1,579,300	1.6	1,261,800	1.2	1,368,000	1.2
ALIMENTACION Y NUTRICION		635,200	0.6	463,900	0.5	506,700	0.5
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS		944,100	1.0	797,900	0.8	861,300	0.8
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	10,423,000	10.5	10,668,100	10.4	11,432,100	10.2
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		10,423,000	10.5	10,668,100	10.4	11,432,100	10.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO		8,585,000	8.6	8,943,500	8.7	9,569,600	8.6
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE		1,838,000	1.8	1,688,600	1.6	1,823,200	1.6
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA		0	-	16,000	*	17,500	*
SALUD DE LOS TRABAJADORES		0	-	20,000	*	21,800	*
6.	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	11,972,400	12.0	12,686,600	12.3	13,705,300	12.3
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		7,602,700	7.7	8,713,400	8.5	9,407,000	8.4
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA		647,800	0.7	1,481,100	1.4	1,603,100	1.4
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		25,000	*	62,000	0.1	67,700	0.1
ENFERMEDADES DIARREICAS		0	-	10,000	-	10,900	-
SIDA		318,000	0.3	234,000	0.2	255,500	0.2
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		45,000	*	24,000	*	26,200	*
TUBERCULOSIS		19,000	*	30,000	*	32,700	*
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES		705,000	0.7	410,500	0.4	440,000	0.4
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		5,842,900	5.9	6,461,800	6.3	6,970,900	6.2

TOTAL DE PAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		2,800,800	2.8	2,455,400	2.4	2,673,400	2.4
CANCER	CAN	0	-	26,000	.*	26,200	.*
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CVD	0	-	15,000	.*	16,400	.*
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	2,800,800	2.8	2,416,400	2.3	2,630,800	2.4
SALUD PUBLICA VETERINARIA		1,568,900	1.6	1,517,800	1.5	1,624,900	1.5
FIEBRE AFTOSA	FMD	39,700	.*	55,200	0.1	60,300	0.1
ZOONOSIS	ZNS	1,529,200	1.5	1,462,600	1.4	1,564,600	1.4
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL		99,374,000	100.0	103,068,000	100.0	111,689,400	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

TOTAL DE PAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		10,630,300	15.8	992,300	2.7	0	-
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		45,200	0.1	0	-	0	-
COORDINACION EXTERNA	ECO	45,200	0.1	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		1,635,000	2.4	992,300	2.7	0	-
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	12,200	*	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	1,622,800	2.4	992,300	2.7	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		8,262,400	12.3	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	3,774,600	5.6	0	-	0	-
PLANIFICACION SANITARIA	HPL	169,500	0.3	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	4,318,300	6.4	0	-	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		5,000	-	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	5,000	-	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	682,700	1.0	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		24,638,400	36.6	21,340,800	58.2	506,200	12.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		18,746,800	27.8	21,340,800	58.2	506,200	12.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	18,269,400	27.1	21,340,800	58.2	506,200	12.1
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	220,400	0.3	0	-	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	257,000	0.4	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	21,400	*	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	5,440,400	8.1	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		429,800	0.6	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	384,500	0.6	0	-	0	-
CALIDAD, INOCUIDAD/EFICACIA DE MEDIC Y BIOLOGICAS	DSE	45,300	0.1	0	-	0	-

TOTAL DE PAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		6,466,200	9.6	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		6,317,900	9.4	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	6,317,900	9.4	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		107,800	0.2	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	87,800	0.1	0	-	0	-
SALUD MENTAL	MNH	20,000	0.1	0	-	0	-
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		40,500	0.1	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	40,500	0.1	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		14,148,600	21.0	8,618,400	23.5	2,368,000	56.7
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		14,148,600	21.0	8,618,400	23.5	2,368,000	56.7
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	6,774,000	10.1	6,250,400	17.0	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	7,226,800	10.7	2,368,000	6.5	2,368,000	56.7
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	MWH	3,500	-	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	144,300	0.2	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		11,454,000	17.0	5,740,000	15.6	1,300,000	31.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		10,978,500	16.3	5,740,000	15.6	1,300,000	31.1
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	1,615,200	2.4	1,700,000	4.6	0	-
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI	117,300	0.2	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	986,500	1.5	40,000	0.1	0	-
SIDA	GPA	1,892,600	2.8	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	TUB	502,200	0.7	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	4,995,300	7.4	4,000,000	10.9	1,300,000	31.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	ODD	142,400	0.2	0	-	0	-
LEPRA	LEP	727,000	1.1	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		351,200	0.5	0	-	0	-
CANCER	CAN	61,100	0.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CVD	3,400	-	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	286,700	0.4	0	-	0	-

TOTAL DE PAIS								
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)								
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS			1996-1997		1998-1999		2000-2001	
			CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
SALUD PUBLICA VETERINARIA			124,300	0.2	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	FMD		10,400	0.*	0	-	0	-
ZONOSIS	ZNS		113,900	0.2	0	-	0	-
=====			=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL			67,337,500	100.0	36,691,500	100.0	4,174,200	100.0
=====			=====	=====	=====	=====	=====	=====

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

ANTIGUA Y BARBUDA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		119,800	65.6	106,000	58.0	115,700	58.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		119,800	65.6	106,000	58.0	115,700	58.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	119,800	65.6	106,000	58.0	115,700	58.0
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		44,700	24.5	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		17,400	9.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	17,400	9.5	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		27,300	14.9	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	18,200	10.0	0	-	0	-
SALUD MENTAL	MNH	9,100	5.0	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		18,200	10.0	38,700	21.2	42,300	21.2
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		18,200	10.0	38,700	21.2	42,300	21.2
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	18,200	10.0	38,700	21.2	42,300	21.2
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		0	-	38,000	20.8	41,500	20.8
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		0	-	38,000	20.8	41,500	20.8
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	0	-	38,000	20.8	41,500	20.8
GRAN TOTAL		182,700	100.0	182,700	100.0	199,500	100.0



ANTIGUA Y BARBUDA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	16,300	100.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	16,300	100.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
SIDA	16,300	100.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	16,300	100.0	0	0.0	0	0.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

ARGENTINA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,663,700	48.2	3,082,000	54.2	3,425,000	54.9
POLITICA PUBLICA Y SALUD		142,900	2.6	126,000	2.2	137,600	2.2
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	142,900	2.6	126,000	2.2	137,600	2.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		2,133,600	38.6	2,617,100	46.0	2,917,400	46.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	2,133,600	38.6	2,617,100	46.0	2,917,400	46.7
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		236,600	4.3	173,300	3.0	189,200	3.0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	236,600	4.3	173,300	3.0	189,200	3.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	150,600	2.7	165,600	2.9	180,800	2.9
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,895,500	34.3	1,615,600	28.4	1,743,800	27.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		705,300	12.8	656,300	11.5	717,600	11.5
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	705,300	12.8	656,300	11.5	717,600	11.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	1,091,600	19.8	860,300	15.1	918,100	14.7
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		98,600	1.8	99,000	1.7	108,100	1.7
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL.SANITARIA	QAC	98,600	1.8	99,000	1.7	108,100	1.7
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		142,900	2.6	193,400	3.4	211,100	3.4
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		0	-	74,300	1.3	81,100	1.3
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	0	-	74,300	1.3	81,100	1.3
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		142,900	2.6	119,100	2.1	130,000	2.1
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	142,900	2.6	119,100	2.1	130,000	2.1

ARGENTINA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		540,100	9.8	573,700	10.1	619,100	9.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		540,100	9.8	573,700	10.1	619,100	9.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	540,100	9.8	573,700	10.1	619,100	9.9
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		281,300	5.1	222,800	3.9	243,400	3.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		172,700	3.1	148,500	2.6	162,200	2.6
SIDA	GPA	74,000	1.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	98,700	1.8	148,500	2.6	162,200	2.6
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		108,600	2.0	74,300	1.3	81,200	1.3
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	108,600	2.0	74,300	1.3	81,200	1.3
GRAN TOTAL		5,523,500	100.0	5,687,500	100.0	6,242,400	100.0

ARGENTINA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		476,400	90.3	13,500	100.0	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		33,700	6.4	13,500	100.0	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	33,700	6.4	13,500	100.0	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		442,700	83.9	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	442,700	83.9	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		13,500	2.6	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		13,500	2.6	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	13,500	2.6	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		7,400	1.4	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		7,400	1.4	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	7,400	1.4	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		30,100	5.7	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		30,100	5.7	0	-	0	-
SIDA	GPA	11,400	2.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	11,400	2.2	0	-	0	-
LEPRA	LEP	7,300	1.4	0	-	0	-
GRAN TOTAL		527,400	100.0	13,500	100.0	0	0.0

BAHAMAS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		502,900	45.9	640,000	53.2	689,400	53.3
DESEAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		454,400	41.5	507,700	42.2	544,900	42.1
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	454,400	41.5	507,700	42.2	544,900	42.1
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		25,700	2.3	34,500	2.9	37,700	2.9
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	25,700	2.3	34,500	2.9	37,700	2.9
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	22,800	2.1	97,800	8.1	106,800	8.3
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		202,900	18.5	128,400	10.7	140,200	10.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		202,900	18.5	128,400	10.7	140,200	10.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	202,900	18.5	128,400	10.7	140,200	10.8
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		57,000	5.2	94,200	7.8	102,900	8.0
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		38,800	3.5	50,000	4.2	54,600	4.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	38,800	3.5	30,500	2.5	33,300	2.6
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	0	-	19,500	1.6	21,300	1.6
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		18,200	1.7	7,500	0.6	8,200	0.6
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	18,200	1.7	7,500	0.6	8,200	0.6
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		0	-	36,700	3.1	40,100	3.1
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	0	-	11,500	1.0	12,600	1.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	0	-	25,200	2.1	27,500	2.1

BAHAMAS						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	291,900	26.6	295,000	24.5	310,900	24.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	291,900	26.6	295,000	24.5	310,900	24.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	291,900	26.6	279,000	23.2	293,400	22.7
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	0	-	16,000	1.3	17,500	1.4
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	40,700	3.7	45,600	3.8	49,800	3.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	22,600	1.9	24,700	1.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	22,600	1.9	24,700	1.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	40,700	3.7	23,000	1.9	25,100	1.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	40,700	3.7	23,000	1.9	25,100	1.9
GRAN TOTAL	1,095,400	100.0	1,203,200	100.0	1,293,200	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	74,600	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	74,600	100.0	0	-	0	-
SIDA	74,600	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	74,600	100.0	0	0.0	0	0.0

BARBADOS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	207,500	25.9	195,000	24.3	212,900	24.3
	DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	207,500	25.9	195,000	24.3	212,900	24.3
	DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES CPS	207,500	25.9	195,000	24.3	212,900	24.3
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	415,000	51.8	360,000	44.9	393,100	44.9
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	415,000	51.8	360,000	44.9	393,100	44.9
	ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	415,000	51.8	360,000	44.9	393,100	44.9
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	106,400	13.3	166,900	20.8	182,300	20.8
	SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	0	-	58,900	7.4	64,300	7.4
	SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA WCH	0	-	58,900	7.4	64,300	7.4
	MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	106,400	13.3	108,000	13.5	118,000	13.5
	EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL HED	36,400	4.5	108,000	13.5	118,000	13.5
	SALUD MENTAL MNH	70,000	8.7	0	-	0	-
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	64,800	8.1	79,000	9.9	86,300	9.9
	HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	64,800	8.1	79,000	9.9	86,300	9.9
	ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO CWS	64,800	8.1	79,000	9.9	86,300	9.9
6.	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	7,200	0.9	0	-	0	-
	CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	7,200	0.9	0	-	0	-
	OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES NCD	7,200	0.9	0	-	0	-
	GRAN TOTAL	800,900	100.0	800,900	100.0	874,600	100.0

BARBADOS

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	53,600	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	53,600	100.0	0	-	0	-
SIDA	53,600	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	53,600	100.0	0	0.0	0	0.0



BELICE							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		598,500	55.1	933,100	81.4	1,005,200	81.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD		0	-	272,700	23.8	297,600	24.0
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	0 0	- -	241,700 31,000	21.1 2.7	263,800 33,800	21.3 2.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		499,200	45.9	516,900	45.1	551,000	44.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	499,200	45.9	516,900	45.1	551,000	44.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		18,800	1.7	28,000	2.4	30,500	2.5
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HST HBI	18,800 0	1.7 -	15,000 13,000	1.3 1.1	16,300 14,200	1.3 1.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	80,500	7.4	115,500	10.1	126,100	10.2
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		289,800	26.7	24,500	2.1	26,700	2.2
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		175,000	16.1	24,500	2.1	26,700	2.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	175,000	16.1	24,500	2.1	26,700	2.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	114,800	10.6	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		67,200	6.2	149,500	13.0	163,300	13.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		39,200	3.6	47,000	4.1	51,300	4.1
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	39,200	3.6	47,000	4.1	51,300	4.1
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		0	-	84,500	7.4	92,300	7.5
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	0	-	84,500	7.4	92,300	7.5

**BELICE**

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		28,000	2.6	18,000	1.6	19,700	1.6
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	28,000	2.6	18,000	1.6	19,700	1.6
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		49,300	4.5	17,300	1.5	18,900	1.5
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		49,300	4.5	17,300	1.5	18,900	1.5
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	49,300	4.5	14,000	1.2	15,300	1.2
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	0	-	3,300	0.3	3,600	0.3
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		81,900	7.5	22,000	1.9	24,000	1.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		40,200	3.7	22,000	1.9	24,000	1.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	40,200	3.7	22,000	1.9	24,000	1.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		41,700	3.8	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	41,700	3.8	0	-	0	-
GRAN TOTAL		1,086,700	100.0	1,146,400	100.0	1,238,100	100.0

BELICE							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		150,900	24.0	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
POLITICA PUBLICA Y SALUD		69,500	11.0	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	69,500	11.0	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	81,400	12.9	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		29,000	4.6	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		29,000	4.6	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	29,000	4.6	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		37,700	6.0	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		37,700	6.0	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	37,700	6.0	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		205,500	32.7	296,000	96.7	296,000	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		205,500	32.7	296,000	96.7	296,000	100.0
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	700	0.1	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	204,800	32.5	296,000	96.7	296,000	100.0
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		206,300	32.8	10,000	3.3	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		205,300	32.6	10,000	3.3	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	63,200	10.0	10,000	3.3	0	-
SIDA	GPA	50,100	8.0	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	92,000	14.6	0	-	0	-
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----

BELICE

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,000	0.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
NCD	1,000	0.2	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	629,400	100.0	306,000	100.0	296,000	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

BOLIVIA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,557,500	33.9	1,480,600	31.8	1,605,800	31.9
POLITICA PUBLICA Y SALUD		240,000	5.2	192,000	4.1	209,600	4.2
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	240,000	5.2	192,000	4.1	209,600	4.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		1,022,000	22.3	989,700	21.3	1,069,900	21.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,022,000	22.3	989,700	21.3	1,069,900	21.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		208,400	4.5	166,800	3.6	182,100	3.6
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	208,400	4.5	166,800	3.6	182,100	3.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	87,100	1.9	132,100	2.8	144,200	2.9
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,073,400	23.4	1,260,800	27.1	1,367,600	27.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		773,700	16.8	1,053,800	22.6	1,141,600	22.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	773,700	16.8	1,053,800	22.6	1,141,600	22.7
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	299,700	6.5	207,000	4.4	226,000	4.5
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		513,700	11.2	440,000	9.4	471,400	9.4
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		513,700	11.2	440,000	9.4	471,400	9.4
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	513,700	11.2	440,000	9.4	471,400	9.4
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		553,700	12.1	443,500	9.5	475,200	9.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		553,700	12.1	443,500	9.5	475,200	9.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	553,700	12.1	443,500	9.5	475,200	9.4

BOLIVIA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		893,900	19.5	1,032,000	22.2	1,117,700	22.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		603,900	13.2	742,000	15.9	801,100	15.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	603,900	13.2	742,000	15.9	801,100	15.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		290,000	6.3	290,000	6.2	316,600	6.3
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	290,000	6.3	290,000	6.2	316,600	6.3
GRAN TOTAL		4,592,200	100.0	4,656,900	100.0	5,037,700	100.0

BOLIVIA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		367,800	9.4	978,800	91.6	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		184,400	4.7	978,800	91.6	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	184,400	4.7	978,800	91.6	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		183,400	4.7	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	9,400	0.2	0	-	0	-
PLANIFICACION SANITARIA	HPL	169,500	4.3	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	4,500	0.1	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,256,900	32.0	90,000	8.4	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		541,200	13.8	90,000	8.4	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	491,900	12.5	90,000	8.4	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	49,300	1.3	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	715,700	18.2	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		1,808,700	46.0	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		1,760,600	44.8	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	1,760,600	44.8	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		48,100	1.2	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	48,100	1.2	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		170,700	4.3	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		170,700	4.3	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	170,700	4.3	0	-	0	-

BOLIVIA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	324,100	8.3	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	319,400	8.1	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 1,600	.*	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 188,100	4.8	0	-	0	-
SIDA	GPA 9,400	0.2	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	TUB 120,300	3.1	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	4,300	0.1	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD 4,300	0.1	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	400	.*	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	FMD 400	.*	0	-	0	-
GRAN TOTAL	3,928,200	100.0	1,068,800	100.0	0	0.0



BRASIL							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		4,101,000	40.3	4,775,600	44.7	5,280,900	45.4
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		0	-	223,800	2.1	244,300	2.1
INFORMACION PUBLICA	INF	0	-	223,800	2.1	244,300	2.1
POLITICA PUBLICA Y SALUD		1,126,600	11.1	750,800	7.0	805,300	6.9
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	1,126,600 0	11.1 -	675,800 75,000	6.3 0.7	723,400 81,900	6.2 0.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		2,830,400	27.8	3,632,000	34.0	4,046,800	34.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES. PLANIFICACION SANITARIA ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	CPS HPL EHA	2,830,400 0 0	27.8 - -	3,537,000 50,000 45,000	33.1 0.5 0.4	3,943,100 54,600 49,100	33.9 0.5 0.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	144,000	1.4	169,000	1.6	184,500	1.6
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,833,500	18.0	1,645,000	15.4	1,776,100	15.3
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		1,062,500	10.4	744,200	7.0	807,100	6.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	1,062,500	10.4	744,200	7.0	807,100	6.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	262,500	2.6	430,000	4.0	469,400	4.0
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	508,500	5.0	470,800	4.4	499,600	4.3
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		1,462,000	14.4	1,539,500	14.4	1,646,500	14.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		909,800	8.9	899,000	8.4	957,100	8.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	909,800	8.9	899,000	8.4	957,100	8.2

BRASIL

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		552,200	5.4	640,500	6.0	689,400	5.9
ALIMENTACION Y NUTRICION INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	NUT	88,700	0.9	171,000	1.6	186,700	1.6
	FOS	463,500	4.6	469,500	4.4	502,700	4.3
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		920,400	9.0	627,500	5.9	675,100	5.8
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		920,400	9.0	627,500	5.9	675,100	5.8
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	CWS	500,700	4.9	513,500	4.8	550,600	4.7
	ERA	419,700	4.1	114,000	1.1	124,500	1.1
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		1,860,000	18.3	2,098,200	19.6	2,252,000	19.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		1,486,600	14.6	1,628,200	15.2	1,738,800	15.0
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	VID	275,600	2.7	605,800	5.7	647,000	5.6
	ARI	0	-	57,000	0.5	62,200	0.5
	CTD	302,000	3.0	0	-	0	-
	OCD	909,000	8.9	965,400	9.0	1,029,600	8.9
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		161,900	1.6	254,000	2.4	277,300	2.4
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		161,900	1.6	254,000	2.4	277,300	2.4
SALUD PUBLICA VETERINARIA		211,500	2.1	216,000	2.0	235,900	2.0
ZONOSIS		211,500	2.1	216,000	2.0	235,900	2.0
GRAN TOTAL		10,176,900	100.0	10,685,800	100.0	11,630,600	100.0

BRASIL							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		416,800	4.5	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		416,800	4.5	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	416,800	4.5	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		4,853,000	51.9	9,592,800	70.6	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		4,853,000	51.9	9,592,800	70.6	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	4,853,000	51.9	9,592,800	70.6	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		58,500	0.6	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		58,500	0.6	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	58,500	0.6	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		4,026,800	43.0	4,000,000	29.4	1,300,000	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		4,023,600	43.0	4,000,000	29.4	1,300,000	100.0
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI	112,400	1.2	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	69,200	0.7	0	-	0	-
SIDA	GPA	5,400	0.1	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	3,127,700	33.4	4,000,000	29.4	1,300,000	100.0
LEPRA	LEP	708,900	7.6	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA		3,200	.*	0	-	0	-
ZOONOSIS	ZNS	3,200	.*	0	-	0	-
GRAN TOTAL		9,355,100	100.0	13,592,800	100.0	1,300,000	100.0

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

CANADA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		500,000	59.0	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		500,000	59.0	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	500,000	59.0	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		347,800	41.0	847,800	100.0	925,600	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		227,800	26.9	847,800	100.0	925,600	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAM	227,800	26.9	847,800	100.0	925,600	100.0
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	120,000	14.2	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL		847,800	100.0	847,800	100.0	925,600	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====

CARIBE							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,557,800	38.7	2,790,000	41.2	3,023,900	41.6
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
POLITICA PUBLICA Y SALUD		54,100	0.8	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	54,100	0.8	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		2,072,300	31.4	2,358,600	34.8	2,552,900	35.1
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	2,072,300	31.4	2,358,600	34.8	2,552,900	35.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	431,400	6.5	431,400	6.4	471,000	6.5
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,679,700	25.4	1,620,100	23.9	1,728,700	23.8
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		1,405,300	21.3	1,293,600	19.1	1,380,500	19.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	1,405,300	21.3	1,293,600	19.1	1,380,500	19.0
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	249,400	3.8	326,500	4.8	348,200	4.8
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		25,000	0.4	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	25,000	0.4	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		925,500	14.0	979,800	14.5	1,046,400	14.4
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		304,400	4.6	381,800	5.6	408,600	5.6
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	279,400	4.2	344,500	5.1	367,900	5.1
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	25,000	0.4	37,300	0.6	40,700	0.6
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		621,100	9.4	598,000	8.8	637,800	8.8
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	621,100	9.4	598,000	8.8	637,800	8.8
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====

CARIBE

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		385,600	5.8	472,600	7.0	508,200	7.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		385,600	5.8	472,600	7.0	508,200	7.0
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	385,600	5.8	472,600	7.0	508,200	7.0
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		1,060,900	16.1	906,600	13.4	965,700	13.3
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		388,200	5.9	256,500	3.8	271,800	3.7
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI	25,000	0.4	0	-	0	-
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	STD	45,000	0.7	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	318,200	4.8	256,500	3.8	271,800	3.7
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		396,300	6.0	393,600	5.8	422,100	5.8
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	396,300	6.0	393,600	5.8	422,100	5.8
SALUD PUBLICA VETERINARIA		276,400	4.2	256,500	3.8	271,800	3.7
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
ZOONOSIS	ZNS	276,400	4.2	256,500	3.8	271,800	3.7
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL		6,609,500	100.0	6,769,100	100.0	7,272,900	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====

CARIBE							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,351,100	59.1	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		24,300	0.6	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHO	24,300	0.6	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		2,326,800	58.5	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,839,200	46.2	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	487,600	12.3	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		425,000	10.7	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		392,700	9.9	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	266,400	6.7	0	-	0	-
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	126,300	3.2	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	21,000	0.5	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	11,300	0.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		403,600	10.1	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		403,600	10.1	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	403,600	10.1	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		395,000	9.9	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		395,000	9.9	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	395,000	9.9	0	-	0	-

CARIBE						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	403,900	10.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	342,800	8.6	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	2,100	0.1	0	-	0	-
SIDA	2,800	0.1	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	337,900	8.5	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	61,100	1.5	0	-	0	-
CANCER	61,100	1.5	0	-	0	-
GRAN TOTAL	3,978,600	100.0	0	0.0	0	0.0



CHILE							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	1,013,600	41.5	1,168,600	44.6	1,275,500	44.8
	DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	872,600	35.7	967,600	36.9	1,056,100	37.1
	DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	872,600	35.7	967,600	36.9	1,056,100
	INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		114,700	4.7	114,700	4.4	125,200
	EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	62,300	2.8	62,300	2.6	75,600
	INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	45,400	1.9	45,400	1.7	49,600
	COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	26,300	1.1	86,300	3.3	94,200
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	1,091,100	44.7	1,114,200	42.5	1,204,100	42.3
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	942,200	38.6	965,300	36.8	1,041,500	36.6
	ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	942,200	38.6	965,300	36.8	1,041,500
	RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	148,900	6.1	148,900	5.7	162,600
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	40,800	1.7	40,800	1.6	44,500	1.6
	SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	40,800	1.7	40,800	1.6	44,500	1.6
	SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	40,800	1.7	40,800	1.6	44,500
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	132,700	5.4	132,700	5.1	144,900	5.1
	HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	132,700	5.4	132,700	5.1	144,900	5.1
	EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	132,700	5.4	132,700	5.1	144,900

CHILE

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		164,200	6.7	164,200	6.3	179,200	6.3
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		68,000	2.8	68,000	2.6	74,200	2.6
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	68,000	2.8	68,000	2.6	74,200	2.6
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		96,200	3.9	96,200	3.7	105,000	3.7
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	96,200	3.9	96,200	3.7	105,000	3.7
GRAN TOTAL		2,442,400	100.0	2,620,500	100.0	2,848,200	100.0

CHILE							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		48,200	23.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		48,200	23.4	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	48,200	23.4	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		8,600	4.2	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		8,600	4.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	8,600	4.2	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		2,500	1.2	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		2,500	1.2	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	2,500	1.2	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		146,500	71.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		36,900	17.9	0	-	0	-
SIDA	GPA	34,500	16.8	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	2,400	1.2	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		109,600	53.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	109,600	53.3	0	-	0	-
GRAN TOTAL		205,800	100.0	0	0.0	0	0.0

COLOMBIA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>1,771,400</b>	<b>39.8</b>	<b>1,877,200</b>	<b>40.6</b>	<b>2,069,800</b>	<b>41.1</b>
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		1,223,600	27.5	1,339,800	29.0	1,492,600	29.6
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,223,600	27.5	1,294,400	28.0	1,443,100	28.6
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	ENA	0	-	45,400	1.0	49,500	1.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		447,200	10.0	411,800	8.9	440,100	8.7
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	447,200	10.0	411,800	8.9	440,100	8.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	100,600	2.3	125,600	2.7	137,100	2.7
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>1,206,600</b>	<b>27.1</b>	<b>884,500</b>	<b>19.1</b>	<b>956,300</b>	<b>19.0</b>
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		1,148,900	25.8	613,200	13.3	660,100	13.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	1,148,900	25.8	613,200	13.3	660,100	13.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	57,700	1.3	225,900	4.9	246,600	4.9
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	0	-	45,400	1.0	49,600	1.0
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>349,800</b>	<b>7.9</b>	<b>417,300</b>	<b>9.0</b>	<b>446,200</b>	<b>8.9</b>
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		82,600	1.9	145,900	3.2	159,300	3.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	82,600	1.9	145,900	3.2	159,300	3.2
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		267,200	6.0	271,400	5.9	286,900	5.7
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	267,200	6.0	271,400	5.9	286,900	5.7

COLOMBIA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		500,500	11.2	511,100	11.1	548,600	10.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		500,500	11.2	511,100	11.1	548,600	10.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	500,500	11.2	511,100	11.1	548,600	10.9
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		625,900	14.1	932,100	20.2	1,017,600	20.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		242,200	5.4	437,000	9.5	477,100	9.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	0	-	225,900	4.9	246,600	4.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	242,200	5.4	211,100	4.6	230,500	4.6
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		246,500	5.5	319,200	6.9	348,500	6.9
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	246,500	5.5	319,200	6.9	348,500	6.9
SALUD PUBLICA VETERINARIA		137,200	3.1	175,900	3.8	192,000	3.8
ZOONOSIS	ZNS	137,200	3.1	175,900	3.8	192,000	3.8
GRAN TOTAL		4,454,200	100.0	4,622,200	100.0	5,038,500	100.0

COLOMBIA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		152,400	5.6	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		152,400	5.6	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	77,700	2.8	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	74,700	2.7	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		286,900	10.5	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		87,900	3.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	87,900	3.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	199,000	7.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		61,100	2.2	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		41,100	1.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	41,100	1.5	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		20,000	0.7	0	-	0	-
SALUD MENTAL	MNH	20,000	0.7	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		1,871,900	68.5	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		1,871,900	68.5	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	22,700	0.8	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	1,849,200	67.7	0	-	0	-

COLOMBIA								
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)								
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001		
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		360,600	13.2	0	-	0	-	
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		108,000	4.0	0	-	0	-	
ENFERMEDADES DIARREICAS		CDD	96,400	3.5	0	-	0	-
SIDA		GPA	11,600	0.4	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		163,800	6.0	0	-	0	-	
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		MCD	163,800	6.0	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA		88,800	3.2	0	-	0	-	
ZONOSIS		ZNS	88,800	3.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL		2,732,900	100.0	0	0.0	0	0.0	

## COSTA RICA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>1,201,300</b>	<b>41.5</b>	<b>1,446,300</b>	<b>47.7</b>	<b>1,570,300</b>	<b>48.1</b>
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		870,300	30.1	1,058,700	35.0	1,156,200	35.4
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	870,300	30.1	1,058,700	35.0	1,156,200	35.4
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		270,800	9.4	287,400	9.5	304,700	9.3
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	270,800	9.4	287,400	9.5	304,700	9.3
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	60,200	2.1	100,200	3.3	109,400	3.4
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>786,500</b>	<b>27.2</b>	<b>694,800</b>	<b>22.9</b>	<b>740,400</b>	<b>22.7</b>
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		691,500	23.9	639,800	21.1	680,400	20.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	691,500	23.9	639,800	21.1	680,400	20.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	95,000	3.3	55,000	1.8	60,000	1.8
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>333,800</b>	<b>11.5</b>	<b>328,600</b>	<b>10.8</b>	<b>349,700</b>	<b>10.7</b>
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		333,800	11.5	328,600	10.8	349,700	10.7
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	333,800	11.5	328,600	10.8	349,700	10.7
<b>5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</b>		<b>324,300</b>	<b>11.2</b>	<b>327,400</b>	<b>10.8</b>	<b>348,400</b>	<b>10.7</b>
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		324,300	11.2	327,400	10.8	348,400	10.7
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	85,000	2.9	85,000	2.8	92,800	2.8
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	239,300	8.3	242,400	8.0	255,600	7.8



COSTA RICA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		248,600	8.6	232,000	7.7	253,500	7.8
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		84,900	2.9	105,000	3.5	114,700	3.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA		56,900	2.0	31,000	1.0	33,900	1.0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		28,000	1.0	74,000	2.4	80,800	2.5
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		138,000	4.8	105,000	3.5	114,700	3.5
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		138,000	4.8	105,000	3.5	114,700	3.5
SALUD PUBLICA VETERINARIA		25,700	0.9	22,000	0.7	24,100	0.7
ZOOZOSIS		25,700	0.9	22,000	0.7	24,100	0.7
GRAN TOTAL		2,894,500	100.0	3,029,100	100.0	3,262,300	100.0

COSTA RICA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		688,400	10.2	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		330,200	4.9	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	330,200	4.9	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		265,700	3.9	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EMA	265,700	3.9	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	92,500	1.4	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		21,300	0.3	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		14,000	0.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	14,000	0.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	7,300	0.1	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		34,600	0.5	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		34,600	0.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	34,600	0.5	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		5,795,600	86.0	5,942,400	100.0	592,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		5,795,600	86.0	5,942,400	100.0	592,000	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	4,478,600	66.5	5,350,400	90.0	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	1,317,000	19.6	592,000	10.0	592,000	100.0

COSTA RICA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	196,000	2.9	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	196,000	2.9	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
ENFERMEDADES DIARREICAS	21,800	0.3	0	-	0	-
SIDA	42,300	0.6	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	131,900	2.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	6,735,900	100.0	5,942,400	100.0	592,000	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

## CUBA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>	<b>982,500</b>	<b>39.8</b>	<b>942,700</b>	<b>36.9</b>	<b>1,015,000</b>	<b>36.5</b>
POLITICA PUBLICA Y SALUD	251,800	10.2	0	-	0	-
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	213,200	8.6	0	-	0	-
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	38,600	1.6	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	409,900	16.6	626,800	24.5	670,100	24.1
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROGRAMAS EN PAISES	409,900	16.6	606,800	23.7	648,300	23.3
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	0	-	20,000	0.8	21,800	0.8
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	249,900	10.1	150,000	5.9	163,800	5.9
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	137,500	5.6	90,000	3.5	98,300	3.5
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	112,400	4.6	60,000	2.3	65,500	2.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	70,900	2.9	165,900	6.5	181,100	6.5
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>731,900</b>	<b>29.6</b>	<b>1,381,800</b>	<b>54.0</b>	<b>1,508,800</b>	<b>54.3</b>
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	441,500	17.9	844,300	33.0	921,900	33.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	365,700	14.8	829,300	32.4	905,500	32.6
INVESTIGACIONES SOBRE SISTEMAS DE SALUD	0	-	15,000	0.6	16,400	0.6
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	75,800	3.1	0	-	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	290,400	11.8	507,500	19.8	554,100	19.9
MEDICAMENTOS ESENCIALES	0	-	30,000	1.2	32,800	1.2
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>	<b>215,100</b>	<b>8.7</b>	<b>100,000</b>	<b>3.9</b>	<b>109,100</b>	<b>3.9</b>
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	114,600	4.6	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	114,600	4.6	0	-	0	-

CUBA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		41,200	1.7	80,000	3.1	87,300	3.1
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	41,200	1.7	80,000	3.1	87,300	3.1
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	0	-	0	-	0	-
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		59,300	2.4	20,000	0.8	21,800	0.8
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	59,300	2.4	20,000	0.8	21,800	0.8
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		90,200	3.7	50,000	2.0	54,600	2.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		90,200	3.7	50,000	2.0	54,600	2.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	0	-	50,000	2.0	54,600	2.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	90,200	3.7	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		449,000	18.2	82,500	3.2	90,200	3.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		192,300	7.8	51,500	2.0	56,300	2.0
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	0	-	27,500	1.1	30,100	1.1
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	STD	0	-	24,000	0.9	26,200	0.9
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	192,300	7.8	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		217,800	8.8	31,000	1.2	33,900	1.2
CANCER	CAN	0	-	16,000	0.6	17,500	0.6
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CVD	0	-	15,000	0.6	16,400	0.6
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	217,800	8.8	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA		38,900	1.6	0	-	0	-
ZOONOSIS	ZNS	38,900	1.6	0	-	0	-
GRAN TOTAL		2,468,700	100.0	2,557,000	100.0	2,777,700	100.0

## CUBA

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,092,700	91.5	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		1,092,700	91.5	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	75,200	6.3	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	1,017,500	85.2	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		28,300	2.4	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		28,300	2.4	0	-	0	-
CALIDAD, INOCUIDAD/EFICACIA DE MEDIC Y BIOLOGICAS	DSE	28,300	2.4	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		18,100	1.5	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		18,100	1.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	18,100	1.5	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		50,600	4.2	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		50,600	4.2	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	50,600	4.2	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		4,600	0.4	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		4,600	0.4	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	3,400	0.3	0	-	0	-
SIDA	GPA	1,200	0.1	0	-	0	-
GRAN TOTAL		1,194,300	100.0	0	0.0	0	0.0

DOMINICA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		233,000	76.5	221,000	72.6	241,200	72.6
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		233,000	76.5	221,000	72.6	241,200	72.6
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	233,000	76.5	221,000	72.6	241,200	72.6
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		41,000	13.5	41,500	13.6	45,300	13.6
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		41,000	13.5	41,500	13.6	45,300	13.6
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	41,000	13.5	41,500	13.6	45,300	13.6
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		30,500	10.0	42,000	13.8	45,900	13.8
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		30,500	10.0	42,000	13.8	45,900	13.8
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	30,500	10.0	42,000	13.8	45,900	13.8
GRAN TOTAL		304,500	100.0	304,500	100.0	332,400	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	15,100	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	15,100	100.0	0	-	0	-
SIDA	15,100	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	15,100	100.0	0	0.0	0	0.0

REPUBLICA DOMINICANA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,555,100	49.2	1,742,200	51.6	1,873,000	51.6
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		868,700	27.5	975,500	28.9	1,050,200	28.9
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	868,700	27.5	975,500	28.9	1,050,200	28.9
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		614,200	19.4	659,500	19.5	705,800	19.4
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	497,900	15.8	539,500	16.0	574,700	15.8
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	116,300	3.7	120,000	3.6	131,100	3.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	72,200	2.3	107,200	3.2	117,000	3.2
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		870,200	27.5	823,800	24.4	885,600	24.4
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		676,200	21.4	673,800	19.9	721,800	19.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	676,200	21.4	673,800	19.9	721,800	19.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	194,000	6.1	150,000	4.4	163,800	4.5
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		271,400	8.6	270,000	8.0	294,700	8.1
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		271,400	8.6	270,000	8.0	294,700	8.1
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	271,400	8.6	270,000	8.0	294,700	8.1
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		464,500	14.7	469,500	13.9	498,200	13.7
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		464,500	14.7	469,500	13.9	498,200	13.7
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	464,500	14.7	469,500	13.9	498,200	13.7



REPUBLICA DOMINICANA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	0	-	72,000	2.1	78,700	2.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	72,000	2.1	78,700	2.2
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	0	-	72,000	2.1	78,700	2.2
VID						
GRAN TOTAL	3,161,200	100.0	3,377,500	100.0	3,630,200	100.0

REPUBLICA DOMINICANA  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		7,300	5.7	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		2,300	1.8	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	2,300	1.8	0	-	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		5,000	3.9	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	5,000	3.9	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		86,800	67.9	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		68,200	53.3	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	27,800	21.7	0	-	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	40,400	31.6	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	18,600	14.5	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		5,000	3.9	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		5,000	3.9	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	5,000	3.9	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		28,800	22.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		28,800	22.5	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	11,000	8.6	0	-	0	-
SIDA	GPA	11,500	9.0	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	TUB	6,300	4.9	0	-	0	-
GRAN TOTAL		127,900	100.0	0	0.0	0	0.0

CARIBE ORIENTAL						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	218,300	80.0	155,500	57.0	169,800	57.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	218,300	80.0	155,500	57.0	169,800	57.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	218,300	80.0	155,500	57.0	169,800	57.0
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	27,300	10.0	71,000	26.0	77,500	26.0
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	27,300	10.0	71,000	26.0	77,500	26.0
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL HED	27,300	10.0	71,000	26.0	77,500	26.0
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	27,300	10.0	46,400	17.0	50,700	17.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	27,300	10.0	46,400	17.0	50,700	17.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO CWS	27,300	10.0	46,400	17.0	50,700	17.0
GRAN TOTAL	272,900	100.0	272,900	100.0	298,000	100.0

CARIBE ORIENTAL

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		9,700	17.4	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		9,700	17.4	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	9,700	17.4	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		46,000	82.6	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		46,000	82.6	0	-	0	-
SIDA	GPA	46,000	82.6	0	-	0	-
GRAN TOTAL		55,700	100.0	0	0.0	0	0.0

ECUADOR							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,101,200	33.0	1,370,200	38.7	1,473,300	38.8
POLITICA PUBLICA Y SALUD		64,600	1.9	245,200	6.9	267,700	7.0
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	64,600	1.9	245,200	6.9	267,700	7.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		664,900	19.9	701,400	19.8	753,700	19.8
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	664,900	19.9	701,400	19.8	753,700	19.8
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		304,000	9.1	315,900	8.9	334,300	8.8
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	304,000	9.1	315,900	8.9	334,300	8.8
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	67,700	2.0	107,700	3.0	117,600	3.1
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,072,000	32.1	887,200	25.1	947,600	24.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		971,300	29.1	806,600	22.8	859,600	22.6
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	971,300	29.1	806,600	22.8	859,600	22.6
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	100,700	3.0	80,600	2.3	88,000	2.3
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		289,800	8.7	249,300	7.0	272,200	7.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		167,500	5.0	99,000	2.8	108,100	2.8
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	167,500	5.0	99,000	2.8	108,100	2.8
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		18,300	0.5	78,300	2.2	85,500	2.3
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	18,300	0.5	78,300	2.2	85,500	2.3
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		104,000	3.1	72,000	2.0	78,600	2.1
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	104,000	3.1	72,000	2.0	78,600	2.1

ECUADOR

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		401,900	12.0	542,200	15.3	581,400	15.3
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		401,900	12.0	542,200	15.3	581,400	15.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	401,900	12.0	542,200	15.3	581,400	15.3
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		470,800	14.1	489,700	13.8	524,100	13.8
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		428,800	12.9	461,700	13.0	493,500	13.0
ENFERMEDAD. PREVENTIS. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	0	-	64,000	1.8	69,900	1.8
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	428,800	12.9	397,700	11.2	423,600	11.2
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		42,000	1.3	28,000	0.8	30,600	0.8
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	42,000	1.3	28,000	0.8	30,600	0.8
GRAN TOTAL		3,335,700	100.0	3,538,600	100.0	3,798,600	100.0

ECUADOR							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	404,500	11.1	0	-	0	-
	POLITICA PUBLICA Y SALUD	171,300	4.7	0	-	0	-
	LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD 171,300	4.7	0	-	0	-
	DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	233,200	6.4	0	-	0	-
	DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS 29,500	0.8	0	-	0	-
	ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA 203,700	5.6	0	-	0	-
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	2,749,500	75.1	5,000,000	100.0	506,200	100.0
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	2,375,700	64.9	5,000,000	100.0	506,200	100.0
	ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 2,375,700	64.9	5,000,000	100.0	506,200	100.0
	MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV 171,500	4.7	0	-	0	-
	CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	202,300	5.5	0	-	0	-
	TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT 202,300	5.5	0	-	0	-
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	54,400	1.5	0	-	0	-
	SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	37,400	1.0	0	-	0	-
	SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH 37,400	1.0	0	-	0	-
	NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	17,000	0.5	0	-	0	-
	ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT 17,000	0.5	0	-	0	-

ECUADOR						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	126,400	3.5	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	126,400	3.5	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 126,400	3.5	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	325,800	8.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	303,900	8.3	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 256,200	7.0	0	-	0	-
SIDA	GPA 47,700	1.3	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	21,900	0.6	0	-	0	-
ZONOSIS	ZNS 21,900	0.6	0	-	0	-
GRAN TOTAL	3,660,600	100.0	5,000,000	100.0	506,200	100.0



EL SALVADOR							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,028,300	38.4	1,209,800	42.0	1,320,400	42.5
POLITICA PUBLICA Y SALUD		30,000	1.1	25,000	0.9	27,300	0.9
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO		HSD WHD	30,000 0	1.1 -	25,000 0	0.9 -	27,300 0
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD			896,000	33.4	1,021,600	35.5	1,114,900
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES		CPS	896,000	33.4	1,021,600	35.5	1,114,900
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS			42,100	1.6	53,000	1.8	57,900
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS		HST	42,100	1.6	53,000	1.8	57,900
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES		TCC	60,200	2.2	110,200	3.8	120,300
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD			839,000	31.3	813,000	28.2	868,500
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD			746,000	27.8	751,000	26.1	800,800
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD		UAM	746,000	27.8	751,000	26.1	800,800
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD		HRH	68,000	2.5	62,000	2.2	67,700
MEDICAMENTOS ESENCIALES		EDV	25,000	0.9	0	-	0
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD			43,400	1.6	44,000	1.5	48,000
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION			43,400	1.6	44,000	1.5	48,000
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA		WCH	43,400	1.6	44,000	1.5	48,000

EL SALVADOR

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		394,400	14.7	405,100	14.1	432,800	13.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		394,400	14.7	405,100	14.1	432,800	13.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	394,400	14.7	405,100	14.1	432,800	13.9
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		374,600	14.0	408,900	14.2	436,900	14.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		315,000	11.8	330,500	11.5	351,300	11.3
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	315,000	11.8	330,500	11.5	351,300	11.3
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		37,600	1.4	52,600	1.8	57,400	1.8
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	37,600	1.4	52,600	1.8	57,400	1.8
SALUD PUBLICA VETERINARIA		22,000	0.8	25,800	0.9	28,200	0.9
ZOONOSIS	ZNS	22,000	0.8	25,800	0.9	28,200	0.9
GRAN TOTAL		2,679,700	100.0	2,880,800	100.0	3,106,600	100.0

EL SALVADOR							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		198,000	5.1	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		93,300	2.4	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	93,300	2.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		9,300	0.2	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	5,500	0.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	3,800	0.1	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	95,400	2.4	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		2,512,100	64.4	1,742,000	85.1	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		2,511,700	64.4	1,742,000	85.1	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	2,511,700	64.4	1,742,000	85.1	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	400	*	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		82,900	2.1	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		82,900	2.1	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	82,900	2.1	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		808,700	20.7	296,000	14.5	296,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		808,700	20.7	296,000	14.5	296,000	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	45,200	1.2	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	763,500	19.6	296,000	14.5	296,000	100.0

EL SALVADOR

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	297,800	7.6	10,000	0.5	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	297,800	7.6	10,000	0.5	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	20,500	0.5	10,000	0.5	0	-
SIDA	205,800	5.3	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	71,500	1.8	0	-	0	-
GRAN TOTAL	3,899,500	100.0	2,048,000	100.0	296,000	100.0

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	170,000	100.0	170,000	100.0	185,600	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	170,000	100.0	170,000	100.0	185,600	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	170,000	100.0	170,000	100.0	185,600	100.0
GRAN TOTAL	170,000	100.0	170,000	100.0	185,600	100.0

GRANADA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		124,600	75.0	83,600	50.3	91,300	50.3
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		124,600	75.0	83,600	50.3	91,300	50.3
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	124,600	75.0	83,600	50.3	91,300	50.3
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		24,900	15.0	34,000	20.5	37,100	20.5
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		24,900	15.0	34,000	20.5	37,100	20.5
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	24,900	15.0	34,000	20.5	37,100	20.5
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		16,600	10.0	38,000	22.9	41,500	22.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		16,600	10.0	38,000	22.9	41,500	22.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	16,600	10.0	38,000	22.9	41,500	22.9
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		0	-	10,500	6.3	11,500	6.3
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		0	-	10,500	6.3	11,500	6.3
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	0	-	10,500	6.3	11,500	6.3
GRAN TOTAL		166,100	100.0	166,100	100.0	181,400	100.0

GRANADA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	11,500	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	11,500	100.0	0	-	0	-
SIDA	11,500	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	11,500	100.0	0	0.0	0	0.0

GUATEMALA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,954,800	43.2	2,035,500	46.5	2,219,600	46.7
POLITICA PUBLICA Y SALUD		86,000	1.9	71,900	1.6	78,500	1.7
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	60,000 26,000	1.3 0.6	71,900 <sup>0</sup>	1.6	78,500 <sup>0</sup>	1.7
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		1,355,400	30.0	1,281,500	29.3	1,403,200	29.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	CPS EHA	1,355,400 0	30.0 -	1,261,500 20,000	28.8 0.5	1,381,300 21,900	29.1 0.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		380,400	8.4	534,100	12.2	576,300	12.1
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HST HBI	380,400 0	8.4 -	381,200 152,900	8.7 3.5	409,400 166,900	8.6 3.5
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	133,000	2.9	148,000	3.4	161,600	3.4
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		839,300	18.6	818,800	18.7	886,400	18.7
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		643,000	14.2	627,000	14.3	677,000	14.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	643,000	14.2	627,000	14.3	677,000	14.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	126,300	2.8	95,900	2.2	104,700	2.2
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	70,000	1.5	95,900	2.2	104,700	2.2
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		513,600	11.4	259,800	5.9	283,600	6.0
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		151,500	3.3	187,900	4.3	205,100	4.3
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	151,500	3.3	187,900	4.3	205,100	4.3



GUATEMALA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		362,100	8.0	71,900	1.6	78,500	1.7
ALIMENTACION Y NUTRICION		81,700	1.8	0	-	0	-
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS		280,400	6.2	71,900	1.6	78,500	1.7
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	557,200	12.3	577,700	13.2	624,200	13.1
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		557,200	12.3	577,700	13.2	624,200	13.1
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO		456,200	10.1	457,800	10.5	493,300	10.4
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE		101,000	2.2	119,900	2.7	130,900	2.8
6.	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	658,700	14.6	683,400	15.6	738,600	15.5
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		557,700	12.3	606,800	13.9	654,900	13.8
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA		41,800	0.9	47,800	1.1	52,200	1.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		515,900	11.4	559,000	12.8	602,700	12.7
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		50,500	1.1	28,800	0.7	31,500	0.7
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		50,500	1.1	28,800	0.7	31,500	0.7
SALUD PUBLICA VETERINARIA		50,500	1.1	47,800	1.1	52,200	1.1
ZOOZOSIS		50,500	1.1	47,800	1.1	52,200	1.1
GRAN TOTAL		4,523,600	100.0	4,375,200	100.0	4,752,400	100.0

**GUATEMALA**

**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS**

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>662,600</b>	<b>15.5</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>POLITICA PUBLICA Y SALUD</b>		<b>246,500</b>	<b>5.8</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	246,500	5.8	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		305,100	7.2	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	301,900	7.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	3,200	0.1	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	111,000	2.6	0	-	0	-
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>2,247,200</b>	<b>52.7</b>	<b>2,650,000</b>	<b>90.0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD</b>		<b>2,066,000</b>	<b>48.5</b>	<b>2,650,000</b>	<b>90.0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAM	2,066,000	48.5	2,650,000	90.0	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	10,600	0.2	0	-	0	-
<b>CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD</b>		<b>170,600</b>	<b>4.0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	170,600	4.0	0	-	0	-
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>35,100</b>	<b>0.8</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION</b>		<b>35,100</b>	<b>0.8</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	35,100	0.8	0	-	0	-

GUATEMALA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		714,700	16.8	296,000	10.0	296,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		714,700	16.8	296,000	10.0	296,000	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	45,200	1.1	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	669,500	15.7	296,000	10.0	296,000	100.0
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		602,300	14.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		602,300	14.1	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	113,700	2.7	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	27,200	0.6	0	-	0	-
SIDA	GPA	219,800	5.2	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	241,600	5.7	0	-	0	-
GRAN TOTAL		4,261,900	100.0	2,946,000	100.0	296,000	100.0

GUYANA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>586,200</b>	<b>35.4</b>	<b>709,600</b>	<b>39.9</b>	<b>765,100</b>	<b>40.1</b>
POLITICA PUBLICA Y SALUD		0	-	5,000	0.3	5,500	0.3
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	0	-	5,000	0.3	5,500	0.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		528,900	32.0	587,300	33.0	631,500	33.1
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	528,900	32.0	587,300	33.0	631,500	33.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	57,300	3.5	117,300	6.6	128,100	6.7
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>436,700</b>	<b>26.4</b>	<b>435,000</b>	<b>24.4</b>	<b>461,800</b>	<b>24.2</b>
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		335,000	20.2	341,000	19.2	359,100	18.8
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	335,000	20.2	336,000	18.9	353,600	18.5
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	0	-	5,000	0.3	5,500	0.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	101,700	6.1	65,000	3.7	71,000	3.7
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		0	-	29,000	1.6	31,700	1.7
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL.SANITARIA	QAC	0	-	29,000	1.6	31,700	1.7
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>127,500</b>	<b>7.7</b>	<b>129,000</b>	<b>7.3</b>	<b>141,000</b>	<b>7.4</b>
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		60,300	3.6	38,000	2.1	41,500	2.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	60,300	3.6	26,000	1.5	28,400	1.5
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	0	-	12,000	0.7	13,100	0.7
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		0	-	50,000	2.8	54,600	2.9
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	WED	0	-	46,000	2.6	50,200	2.6
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	0	-	4,000	0.2	4,400	0.2

GUYANA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		67,200	4.1	41,000	2.3	44,900	2.4
ALIMENTACION Y NUTRICION		67,200	4.1	26,000	1.5	28,500	1.5
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS		0	-	15,000	0.8	16,400	0.9
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	341,000	20.6	342,000	19.2	360,100	18.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		341,000	20.6	342,000	19.2	360,100	18.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO		341,000	20.6	342,000	19.2	360,100	18.9
6.	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	163,700	9.9	163,600	9.2	178,800	9.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		103,700	6.3	134,000	7.5	146,500	7.7
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA		0	-	45,000	2.5	49,200	2.6
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		0	-	5,000	0.3	5,500	0.3
ENFERMEDADES DIARREICAS		0	-	10,000	0.6	10,900	0.6
SIDA		0	-	20,000	1.1	21,900	1.1
TUBERCULOSIS		0	-	30,000	1.7	32,700	1.7
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		103,700	6.3	24,000	1.3	26,300	1.4
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		60,000	3.6	21,000	1.2	22,900	1.2
CANCER		0	-	8,000	0.4	8,700	0.5
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		60,000	3.6	13,000	0.7	14,200	0.7
SALUD PUBLICA VETERINARIA		0	-	8,600	0.5	9,400	0.5
ZOOZOSIS		0	-	8,600	0.5	9,400	0.5
GRAN TOTAL		1,655,100	100.0	1,779,200	100.0	1,906,800	100.0

GUYANA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	39,900	34.2	0	-	0	-
	DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	39,900	34.2	0	-	0	-
	DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	300	0.3	0	-	0	-
	ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	39,600	33.9	0	-	0	-
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	16,200	13.9	0	-	0	-
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	14,600	12.5	0	-	0	-
	PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	14,600	12.5	0	-	0	-
	CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	1,600	1.4	0	-	0	-
	TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	1,600	1.4	0	-	0	-
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	7,900	6.8	0	-	0	-
	SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	7,900	6.8	0	-	0	-
	SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	7,900	6.8	0	-	0	-
6.	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	52,700	45.2	0	-	0	-
	CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	51,600	44.2	0	-	0	-
	ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E IMMUNIZA	49,300	42.2	0	-	0	-
	SIDA	2,300	2.0	0	-	0	-
	CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,100	0.9	0	-	0	-
	OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,100	0.9	0	-	0	-
	GRAN TOTAL	116,700	100.0	0	0.0	0	0.0

HAITI							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,922,000	40.7	1,974,800	43.3	2,128,100	43.1
DESEAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		747,700	15.8	783,900	17.2	849,200	17.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	747,700	15.8	783,900	17.2	849,200	17.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		984,900	20.8	986,500	21.6	1,055,700	21.4
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	984,900	20.8	986,500	21.6	1,055,700	21.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	189,400	4.0	204,400	4.5	223,200	4.5
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		916,100	19.4	620,100	13.6	679,800	13.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		916,100	19.4	555,100	12.2	608,900	12.3
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	916,100	19.4	555,100	12.2	608,900	12.3
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	0	-	65,000	1.4	70,900	1.4
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		720,300	15.2	953,500	20.9	1,028,800	20.9
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		720,300	15.2	653,500	14.3	701,300	14.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	720,300	15.2	653,500	14.3	701,300	14.2
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		0	-	300,000	6.6	327,500	6.6
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	0	-	300,000	6.6	327,500	6.6
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		943,900	20.0	700,700	15.4	754,700	15.3
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		943,900	20.0	700,700	15.4	754,700	15.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	943,900	20.0	700,700	15.4	754,700	15.3

HAITI

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	224,000	4.7	314,000	6.9	342,800	6.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	224,000	4.7	314,000	6.9	342,800	6.9
SIDA	224,000	4.7	214,000	4.7	233,600	4.7
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	0	-	100,000	2.2	109,200	2.2
GRAN TOTAL	4,726,300	100.0	4,563,100	100.0	4,934,200	100.0



HAITI							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,123,900	20.0	0	-	0	-
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		45,200	0.4	0	-	0	-
COORDINACION EXTERNA	ECO	45,200	0.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		2,078,700	19.6	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	2,078,700	19.6	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		4,193,300	39.5	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		22,600	0.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	22,600	0.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	4,170,700	39.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		2,278,600	21.5	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		2,278,600	21.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	2,278,600	21.5	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		48,000	0.5	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		48,000	0.5	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	48,000	0.5	0	-	0	-

HAITI

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,963,600	18.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,960,800	18.5	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	974,600	9.2	0	-	0	-
SIDA	60,300	0.6	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	355,500	3.4	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	570,400	5.4	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	2,800	.*	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	2,800	.*	0	-	0	-
GRAN TOTAL	10,607,400	100.0	0	0.0	0	0.0

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

HONDURAS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,220,800	39.9	1,553,600	45.3	1,683,900	45.5
POLITICA PUBLICA Y SALUD		76,500	2.5	280,000	8.2	305,700	8.3
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	27,700 48,800	0.9 1.6	280,000 0	8.2	305,700 0	8.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		667,400	21.8	856,300	25.0	930,500	25.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	CPS EHA	651,600 15,800	21.3 0.5	856,300 0	25.0	930,500 0	25.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		439,300	14.4	319,700	9.3	341,100	9.2
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HST HBI	307,600 131,700	10.1 4.3	248,500 71,200	7.2 2.1	259,300 81,800	7.0 2.2
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	37,600	1.2	97,600	2.8	106,600	2.9
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		738,100	24.1	528,500	15.4	565,000	15.3
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		579,400	18.9	528,500	15.4	565,000	15.3
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	579,400	18.9	528,500	15.4	565,000	15.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	128,700	4.2	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	30,000	1.0	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		126,600	4.1	283,000	8.2	309,000	8.4
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		76,600	2.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	76,600	2.5	0	-	0	-

**HONDURAS**

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		50,000	1.6	283,000	8.2	309,000	8.4
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	50,000	1.6	283,000	8.2	309,000	8.4
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		433,900	14.2	533,500	15.5	570,400	15.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		433,900	14.2	533,500	15.5	570,400	15.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	433,900	14.2	533,500	15.5	570,400	15.4
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		541,100	17.7	532,500	15.5	569,300	15.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		388,800	12.7	532,500	15.5	569,300	15.4
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	23,000	0.8	0	-	0	-
SIDA	GPA	20,000	0.7	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	TUB	19,000	0.6	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	36,800	1.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	290,000	9.5	532,500	15.5	569,300	15.4
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		128,000	4.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	128,000	4.2	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA		24,300	0.8	0	-	0	-
ZOONOSIS	ZNS	24,300	0.8	0	-	0	-
GRAN TOTAL		3,060,500	100.0	3,431,100	100.0	3,697,600	100.0

HONDURAS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		159,000	5.6	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		73,900	2.6	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	73,900	2.6	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	85,100	3.0	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,332,900	46.7	2,266,000	88.1	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		1,332,900	46.7	2,266,000	88.1	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	1,285,800	45.0	2,266,000	88.1	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	47,100	1.6	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		85,300	3.0	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		85,300	3.0	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	85,300	3.0	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		527,000	18.4	296,000	11.5	296,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		527,000	18.4	296,000	11.5	296,000	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CMS	42,500	1.5	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	484,500	17.0	296,000	11.5	296,000	100.0
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		752,800	26.3	10,000	0.4	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		752,800	26.3	10,000	0.4	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	115,700	4.0	10,000	0.4	0	-
SIDA	GPA	494,300	17.3	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	142,800	5.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL		2,857,000	100.0	2,572,000	100.0	296,000	100.0

**JAMAICA**

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>1,037,200</b>	<b>37.2</b>	<b>1,203,500</b>	<b>38.1</b>	<b>1,344,500</b>	<b>38.9</b>
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		808,400	29.0	987,200	31.3	1,108,300	32.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	808,400	29.0	987,200	31.3	1,108,300	32.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		134,000	4.8	96,500	3.1	105,400	3.0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	134,000	4.8	96,500	3.1	105,400	3.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	94,800	3.4	119,800	3.8	130,800	3.8
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>925,800</b>	<b>33.2</b>	<b>980,200</b>	<b>31.1</b>	<b>1,060,600</b>	<b>30.7</b>
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		817,400	29.3	752,200	23.8	811,700	23.5
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	817,400	29.3	752,200	23.8	811,700	23.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	108,400	3.9	228,000	7.2	248,900	7.2
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>197,700</b>	<b>7.1</b>	<b>175,500</b>	<b>5.6</b>	<b>191,700</b>	<b>5.5</b>
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		146,000	5.2	90,000	2.9	98,300	2.8
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	146,000	5.2	90,000	2.9	98,300	2.8
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		51,700	1.9	85,500	2.7	93,400	2.7
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	51,700	1.9	85,500	2.7	93,400	2.7
<b>5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</b>		<b>342,300</b>	<b>12.3</b>	<b>369,000</b>	<b>11.7</b>	<b>395,300</b>	<b>11.4</b>
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		342,300	12.3	369,000	11.7	395,300	11.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	342,300	12.3	369,000	11.7	395,300	11.4

JAMAICA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	287,200	10.3	427,400	13.5	466,600	13.5
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	160,300	5.7	110,700	3.5	120,900	3.5
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	160,300	5.7	110,700	3.5	120,900	3.5
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	126,900	4.5	316,700	10.0	345,700	10.0
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	126,900	4.5	316,700	10.0	345,700	10.0
GRAN TOTAL	2,790,200	100.0	3,155,600	100.0	3,458,700	100.0

**JAMAICA**

**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS**

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		200,400	13.9	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		190,400	13.2	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	190,400	13.2	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		10,000	0.7	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	10,000	0.7	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		5,000	0.3	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		5,000	0.3	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	5,000	0.3	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		1,226,900	84.9	900,000	100.0	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		1,226,900	84.9	900,000	100.0	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	1,226,900	84.9	900,000	100.0	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		13,200	0.9	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		6,400	0.4	0	-	0	-
LEPRA	LEP	6,400	0.4	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		6,800	0.5	0	-	0	-
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CVD	3,400	0.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	3,400	0.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL		1,445,500	100.0	900,000	100.0	0	0.0



MEXICO							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,197,100	35.7	2,466,300	41.7	2,670,000	41.8
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		0	-	70,000	1.2	76,400	1.2
INFORMACION PUBLICA	INF	0	-	70,000	1.2	76,400	1.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD		90,000	1.5	59,300	1.0	64,800	1.0
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	HSD WHD	90,000 0	1.5 -	59,300 0	1.0 -	64,800 0	1.0 -
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		1,631,100	26.5	1,941,800	32.8	2,109,100	33.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,631,100	26.5	1,626,800	27.5	1,765,200	27.7
PLANIFICACION SANITARIA	HPL	0	-	220,000	3.7	240,200	3.8
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	ENA	0	-	95,000	1.6	103,700	1.6
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		335,600	5.5	239,800	4.1	250,000	3.9
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	335,600	5.5	239,800	4.1	250,000	3.9
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	140,400	2.3	155,400	2.6	169,700	2.7
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,187,300	19.3	1,057,100	17.9	1,144,600	17.9
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		620,600	10.1	673,000	11.4	723,900	11.3
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	620,600	10.1	653,000	11.0	702,100	11.0
MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD DE LOS INDIGENAS	TRM	0	-	20,000	0.3	21,800	0.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	366,700	6.0	384,100	6.5	420,700	6.6
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		200,000	3.2	0	-	0	-
CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL.SANITARIA	QAC	200,000	3.2	0	-	0	-

MEXICO

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		1,120,200	18.2	968,600	16.4	1,033,900	16.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		556,600	9.0	424,800	7.2	452,000	7.1
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	556,600	9.0	399,800	6.8	424,700	6.7
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	0	-	25,000	0.4	27,300	0.4
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		465,600	7.6	419,800	7.1	446,500	7.0
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	70,000	1.1	110,000	1.9	120,100	1.9
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	70,000	1.1	70,000	1.2	78,400	1.2
SALUD MENTAL	MNH	70,000	1.1	0	-	0	-
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	255,600	4.2	239,800	4.1	250,000	3.9
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		98,000	1.6	124,000	2.1	135,400	2.1
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	0	-	30,000	0.5	32,800	0.5
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	98,000	1.6	94,000	1.6	102,600	1.6
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		566,100	9.2	537,600	9.1	575,600	9.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		566,100	9.2	537,600	9.1	575,600	9.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	566,100	9.2	517,600	8.7	553,800	8.7
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	0	-	20,000	0.3	21,800	0.3
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		1,085,200	17.6	889,800	15.0	959,600	15.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		639,600	10.4	480,000	8.1	524,000	8.2
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	639,600	10.4	480,000	8.1	524,000	8.2
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		120,000	1.9	70,000	1.2	76,400	1.2
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	120,000	1.9	70,000	1.2	76,400	1.2
SALUD PUBLICA VETERINARIA		325,600	5.3	339,800	5.7	359,200	5.6
ZOONOSIS	ZNS	325,600	5.3	339,800	5.7	359,200	5.6
GRAN TOTAL		6,155,900	100.0	5,919,400	100.0	6,383,700	100.0

MEXICO							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		40,800	21.9	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		40,800	21.9	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	40,800	21.9	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		17,000	9.1	0	-	0	-
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		17,000	9.1	0	-	0	-
CALIDAD, INOCUIDAD/EFICACIA DE MEDIC Y BIOLOGICAS	DSE	17,000	9.1	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		66,200	35.5	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		66,200	35.5	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	66,200	35.5	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		21,000	11.3	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		21,000	11.3	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	21,000	11.3	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		41,300	22.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		41,300	22.2	0	-	0	-
SIDA	GPA	21,200	11.4	0	-	0	-
TUBERCULOSIS	TUB	20,100	10.8	0	-	0	-
GRAN TOTAL		186,300	100.0	0	0.0	0	0.0

**ANTILLAS HOLANDEAS**

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		0	-	41,400	19.7	45,200	19.7
POLITICA PUBLICA Y SALUD		0	-	41,400	19.7	45,200	19.7
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	0	-	41,400	19.7	45,200	19.7
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		156,900	74.6	53,000	25.2	57,900	25.2
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		156,900	74.6	53,000	25.2	57,900	25.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	156,900	74.6	53,000	25.2	57,900	25.2
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		23,500	11.2	26,400	12.5	28,800	12.5
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		0	-	26,400	12.5	28,800	12.5
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	0	-	26,400	12.5	28,800	12.5
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		23,500	11.2	0	-	0	-
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	23,500	11.2	0	-	0	-
<b>5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE</b>		30,000	14.3	39,800	18.9	43,500	18.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		30,000	14.3	39,800	18.9	43,500	18.9
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	30,000	14.3	39,800	18.9	43,500	18.9
<b>6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES</b>		0	-	49,800	23.7	54,400	23.7
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		0	-	49,800	23.7	54,400	23.7
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	0	-	49,800	23.7	54,400	23.7
<b>GRAN TOTAL</b>		210,400	100.0	210,400	100.0	229,800	100.0

ANTILLAS HOLANDESAS						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,800	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,800	100.0	0	-	0	-
SIDA	1,800	100.0	0	-	0	-
GPA	1,800	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	1,800	100.0	0	0.0	0	0.0

NICARAGUA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>1,220,500</b>	<b>43.9</b>	<b>1,203,000</b>	<b>42.3</b>	<b>1,303,500</b>	<b>42.3</b>
POLITICA PUBLICA Y SALUD		137,400	4.9	180,000	6.3	196,500	6.4
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	137,400	4.9	180,000	6.3	196,500	6.4
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		752,400	27.1	842,200	29.6	909,600	29.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	752,400	27.1	842,200	29.6	909,600	29.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		164,900	5.9	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	164,900	5.9	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	165,800	6.0	180,800	6.4	197,400	6.4
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>979,500</b>	<b>35.3</b>	<b>780,100</b>	<b>27.4</b>	<b>836,900</b>	<b>27.2</b>
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		712,500	25.7	780,100	27.4	836,900	27.2
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	712,500	25.7	780,100	27.4	836,900	27.2
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	158,000	5.7	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	109,000	3.9	0	-	0	-
<b>4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD</b>		<b>219,900</b>	<b>7.9</b>	<b>160,000</b>	<b>5.6</b>	<b>174,700</b>	<b>5.7</b>
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		219,900	7.9	160,000	5.6	174,700	5.7
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	219,900	7.9	160,000	5.6	174,700	5.7

NICARAGUA								
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)								
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001		
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	0	-	200,000	7.0	218,300	7.1	
	HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	0	-	200,000	7.0	218,300	7.1	
	EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	0	-	200,000	7.0	218,300	7.1
6.	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	357,300	12.9	500,000	17.6	545,900	17.7	
	CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	357,300	12.9	500,000	17.6	545,900	17.7	
	OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	357,300	12.9	500,000	17.6	545,900	17.7
GRAN TOTAL		2,777,200	100.0	2,843,100	100.0	3,079,300	100.0	

NICARAGUA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		296,400	4.7	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		89,700	1.4	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	89,700	1.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		75,800	1.2	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	200	-	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	75,800	1.2	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	130,900	2.1	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		2,932,100	46.8	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		2,932,100	46.8	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	2,823,500	45.0	0	-	0	-
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	68,200	1.1	0	-	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	40,400	0.6	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		1,364,100	21.8	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		1,364,100	21.8	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	1,364,100	21.8	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		1,156,700	18.4	296,000	14.8	296,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		1,156,700	18.4	296,000	14.8	296,000	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	40,300	0.6	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	1,116,400	17.8	296,000	14.8	296,000	100.0



NICARAGUA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	520,600	8.3	1,710,000	85.2	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	520,600	8.3	1,710,000	85.2	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
ENFERMEDAD, PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	212,000	3.4	1,700,000	84.7	0	-
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	4,900	0.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	27,800	0.4	10,000	0.5	0	-
SIDA	129,600	2.1	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	146,300	2.3	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	6,269,900	100.0	2,006,000	100.0	296,000	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO

CARIBE DEL NORTE

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	95,300	100.0	95,300	100.0	104,000	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	95,300	100.0	95,300	100.0	104,000	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	95,300	100.0	95,300	100.0	104,000	100.0
GRAN TOTAL	95,300	100.0	95,300	100.0	104,000	100.0

PANAMA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		891,700	41.5	884,700	40.0	972,400	40.8
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		800,100	37.3	791,100	35.8	870,200	36.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	800,100	37.3	791,100	35.8	870,200	36.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		38,000	1.8	0	-	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	38,000	1.8	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	53,600	2.5	93,600	4.2	102,200	4.3
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		815,400	38.0	876,900	39.6	931,500	39.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		744,400	34.7	876,900	39.6	931,500	39.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	744,400	34.7	876,900	39.6	931,500	39.1
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	71,000	3.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		88,000	4.1	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		88,000	4.1	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	88,000	4.1	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		297,100	13.8	284,100	12.8	297,200	12.5
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		297,100	13.8	284,100	12.8	297,200	12.5
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	297,100	13.8	284,100	12.8	297,200	12.5

PANAMA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	54,000	2.5	167,000	7.5	182,300	7.6
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	54,000	2.5	167,000	7.5	182,300	7.6
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	54,000	2.5	167,000	7.5	182,300	7.6
GRAN TOTAL	2,146,200	100.0	2,212,700	100.0	2,383,400	100.0

PANAMA								
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS								
		1996-1997		1998-1999		2000-2001		
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	218,200	18.7	0	-	0	-	
	POLITICA PUBLICA Y SALUD	120,300	10.3	0	-	0	-	
	LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	120,300	10.3	0	-	0	-
	DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		11,500	1.0	0	-	0	-
	DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	7,700	0.7	0	-	0	-
	ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	3,800	0.3	0	-	0	-
	COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	86,400	7.4	0	-	0	-
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	218,100	18.7	0	-	0	-	
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		218,100	18.7	0	-	0	-
	ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	177,700	15.3	0	-	0	-
	SALUD BUCODENTAL	ORH	40,400	3.5	0	-	0	-
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	49,900	4.3	0	-	0	-	
	SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		49,900	4.3	0	-	0	-
	SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	49,900	4.3	0	-	0	-
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	397,600	34.2	296,000	100.0	296,000	100.0	
	HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		397,600	34.2	296,000	100.0	296,000	100.0
	ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	33,200	2.9	0	-	0	-
	EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	364,400	31.3	296,000	100.0	296,000	100.0

PANAMA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	280,100	24.1	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	280,100	24.1	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	33,200	2.9	0	-	0	-
SIDA	113,700	9.8	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	133,200	11.4	0	-	0	-
GRAN TOTAL	1,163,900	100.0	296,000	100.0	296,000	100.0

PARAGUAY							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		762,600	31.8	818,200	31.5	893,400	32.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		700,500	29.2	716,100	27.5	781,900	28.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	700,500	29.2	716,100	27.5	781,900	28.0
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	62,100	2.6	102,100	3.9	111,500	4.0
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		795,800	33.2	838,700	32.3	893,800	32.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		686,400	28.6	709,700	27.3	753,000	26.9
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	686,400	28.6	709,700	27.3	753,000	26.9
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	109,400	4.6	129,000	5.0	140,800	5.0
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		48,800	2.0	62,000	2.4	67,700	2.4
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		48,800	2.0	62,000	2.4	67,700	2.4
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	48,800	2.0	62,000	2.4	67,700	2.4
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		336,200	14.0	364,300	14.0	386,800	13.8
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		336,200	14.0	364,300	14.0	386,800	13.8
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	336,200	14.0	364,300	14.0	386,800	13.8
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		452,800	18.9	517,000	19.9	553,600	19.8
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		342,000	14.3	393,800	15.1	419,100	15.0
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	28,000	1.2	36,200	1.4	39,600	1.4
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	48,000	2.0	54,000	2.1	59,000	2.1
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCO	266,000	11.1	303,600	11.7	320,500	11.5

PARAGUAY

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		37,100	1.5	42,000	1.6	45,900	1.6
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	37,100	1.5	42,000	1.6	45,900	1.6
SALUD PUBLICA VETERINARIA		73,700	3.1	81,200	3.1	88,600	3.2
FIEBRE AFTOSA	FMD	27,700	1.2	26,200	1.0	28,600	1.0
ZONOSIS	ZNS	46,000	1.9	55,000	2.1	60,000	2.1
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL		2,396,200	100.0	2,600,200	100.0	2,795,300	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====



PARAGUAY							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		15,700	4.3	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	15,700	4.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		3,000	0.8	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		3,000	0.8	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	3,000	0.8	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		324,000	88.7	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		324,000	88.7	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	324,000	88.7	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		22,500	6.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		21,800	6.0	0	-	0	-
SIDA	GPA	21,800	6.0	0	-	0	-
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		700	0.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	700	0.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL		365,200	100.0	0	0.0	0	0.0

PERU							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<hr/>							
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,620,000	48.3	2,535,200	43.8	2,835,500	44.4
<hr/>							
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		171,000	3.2	0	-	0	-
INFORMACION PUBLICA	INF	171,000	3.2	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		287,900	5.3	333,500	5.8	364,100	5.7
<hr/>							
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO		212,000	3.9	333,500	5.8	364,100	5.7
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	HSD RPS	75,900	1.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		1,572,600	29.0	1,737,500	30.0	1,969,200	30.8
<hr/>							
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,531,100	28.2	1,737,500	30.0	1,969,200	30.8
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	41,500	0.8	0	-	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		457,900	8.4	318,600	5.5	343,200	5.4
<hr/>							
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	457,900	8.4	318,600	5.5	343,200	5.4
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	130,600	2.4	145,600	2.5	159,000	2.5
<hr/>							
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,227,700	22.6	1,342,500	23.2	1,480,900	23.2
<hr/>							
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		807,000	14.9	1,041,100	18.0	1,119,300	17.5
<hr/>							
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	807,000	14.9	1,041,100	18.0	1,119,300	17.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	345,100	6.4	301,400	5.2	361,600	5.7
<hr/>							
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	75,600	1.4	0	-	0	-
<hr/>							

PERU							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		582,800	10.7	788,200	13.6	847,900	13.3
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION							
		170,000	3.1	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA							
	WCH	90,000	1.7	0	-	0	-
SALUD DE LOS ADOLESCENTES							
	ADH	80,000	1.5	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL							
		348,200	6.4	788,200	13.6	847,900	13.3
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL							
	HED	348,200	6.4	788,200	13.6	847,900	13.3
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO							
		64,600	1.2	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION							
	NUT	64,600	1.2	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		422,100	7.8	518,600	9.0	561,500	8.8
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE							
		422,100	7.8	518,600	9.0	561,500	8.8
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO							
	CWS	422,100	7.8	518,600	9.0	561,500	8.8
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		575,800	10.6	607,100	10.5	662,900	10.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES							
		434,900	8.0	607,100	10.5	662,900	10.4
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA							
	VID	222,500	4.1	218,900	3.8	239,000	3.7
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES							
	OCO	212,400	3.9	388,200	6.7	423,900	6.6
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES							
		70,000	1.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES							
	NCD	70,000	1.3	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA							
		70,900	1.3	0	-	0	-
ZONOSIS							
	ZNS	70,900	1.3	0	-	0	-
GRAN TOTAL							
		5,428,400	100.0	5,791,600	100.0	6,388,700	100.0

PERU

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		659,500	42.9	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		197,900	12.9	0	-	0	-
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	12,200	0.8	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	185,700	12.1	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		461,600	30.0	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	460,000	29.9	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	ENA	1,600	0.1	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		545,800	35.5	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		492,400	32.0	0	-	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	481,100	31.3	0	-	0	-
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	11,300	0.7	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	53,400	3.5	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		25,300	1.6	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		1,800	0.1	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	1,800	0.1	0	-	0	-
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		23,500	1.5	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	23,500	1.5	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		177,300	11.5	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		177,300	11.5	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	33,000	2.1	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	144,300	9.4	0	-	0	-

PERU							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		130,700	8.5	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		130,700	8.5	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	64,700	4.2	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	37,100	2.4	0	-	0	-
SIDA	GPA	28,900	1.9	0	-	0	-
GRAN TOTAL		1,538,600	100.0	0	0.0	0	0.0

PUERTO RICO

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	199,000	100.0	199,000	100.0	217,300	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	199,000	100.0	199,000	100.0	217,300	100.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	199,000	100.0	199,000	100.0	217,300	100.0
GRAN TOTAL	199,000	100.0	199,000	100.0	217,300	100.0

SAINT KITTS Y NEVIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		116,200	71.2	91,400	56.0	99,800	56.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		116,200	71.2	91,400	56.0	99,800	56.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	116,200	71.2	91,400	56.0	99,800	56.1
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		22,500	13.8	40,800	25.0	44,500	25.0
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		22,500	13.8	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	22,500	13.8	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		0	-	40,800	25.0	44,500	25.0
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	-	40,800	25.0	44,500	25.0
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		24,400	15.0	30,900	18.9	33,700	18.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		24,400	15.0	30,900	18.9	33,700	18.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	24,400	15.0	30,900	18.9	33,700	18.9
GRAN TOTAL		163,100	100.0	163,100	100.0	178,000	100.0

SAINT KITTS Y NEVIS

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	17,600	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	17,600	100.0	0	-	0	-
SIDA	17,600	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	17,600	100.0	0	0.0	0	0.0



SANTA LUCIA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		123,000	64.6	116,800	61.4	127,600	61.4
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		123,000	64.6	116,800	61.4	127,600	61.4
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	123,000	64.6	116,800	61.4	127,600	61.4
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		48,300	25.4	38,500	20.2	42,000	20.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		19,800	10.4	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	19,800	10.4	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		28,500	15.0	38,500	20.2	42,000	20.2
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	28,500	15.0	38,500	20.2	42,000	20.2
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		19,000	10.0	35,000	18.4	38,200	18.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		19,000	10.0	35,000	18.4	38,200	18.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	19,000	10.0	35,000	18.4	38,200	18.4
GRAN TOTAL		190,300	100.0	190,300	100.0	207,800	100.0

SANTA LUCIA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	32,800	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	32,800	100.0	0	-	0	-
SIDA	32,800	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	32,800	100.0	0	0.0	0	0.0

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		133,700	71.7	114,000	61.2	124,500	61.1
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		133,700	71.7	114,000	61.2	124,500	61.1
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	133,700	71.7	114,000	61.2	124,500	61.1
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		33,000	17.7	34,400	18.5	37,600	18.5
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		14,400	7.7	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	14,400	7.7	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		18,600	10.0	34,400	18.5	37,600	18.5
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	-	34,400	18.5	37,600	18.5
SALUD MENTAL	MNH	18,600	10.0	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		19,700	10.6	38,000	20.4	41,500	20.4
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		19,700	10.6	38,000	20.4	41,500	20.4
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	19,700	10.6	38,000	20.4	41,500	20.4
GRAN TOTAL		186,400	100.0	186,400	100.0	203,600	100.0

-----  
**SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS**  
 -----

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	12,100	100.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	12,100	100.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
SIDA	12,100	100.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	12,100	100.0	0	0.0	0	0.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

SURINAME							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		562,100	44.9	717,300	52.9	768,700	52.9
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		488,600	39.0	588,000	43.3	627,500	43.2
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	488,600	39.0	588,000	43.3	627,500	43.2
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		47,200	3.8	48,000	3.5	52,400	3.6
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	47,200	3.8	48,000	3.5	52,400	3.6
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	26,300	2.1	81,300	6.0	88,800	6.1
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		180,700	14.4	112,000	8.3	122,200	8.4
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		102,800	8.2	61,000	4.5	66,600	4.6
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	102,800	8.2	61,000	4.5	66,600	4.6
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	77,900	6.2	51,000	3.8	55,600	3.8
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		56,100	4.5	32,300	2.4	35,300	2.4
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		56,100	4.5	32,300	2.4	35,300	2.4
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	56,100	4.5	32,300	2.4	35,300	2.4
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		336,900	26.9	336,600	24.8	353,500	24.3
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		336,900	26.9	336,600	24.8	353,500	24.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	336,900	26.9	336,600	24.8	353,500	24.3

SURINAME

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	117,400	9.4	159,000	11.7	173,600	11.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	117,400	9.4	159,000	11.7	173,600	11.9
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	0	-	51,000	3.8	55,700	3.8
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	117,400	9.4	108,000	8.0	117,900	8.1
GRAN TOTAL	1,253,200	100.0	1,357,200	100.0	1,453,300	100.0

SURINAME							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	24,000	3.4	0	-	0	-
	DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	24,000	3.4	0	-	0	-
	DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES CPS	24,000	3.4	0	-	0	-
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	533,100	75.9	0	-	0	-
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	533,100	75.9	0	-	0	-
	ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD UAH	533,100	75.9	0	-	0	-
6.	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	145,000	20.7	0	-	0	-
	CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	145,000	20.7	0	-	0	-
	ENFERMEDAD, PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA VID	101,000	14.6	0	-	0	-
	ENFERMEDADES DIARREICAS CDD	13,600	1.9	0	-	0	-
	SIDA GPA	26,000	3.7	0	-	0	-
	LEPRA LEP	4,400	0.6	0	-	0	-
GRAN TOTAL		702,100	100.0	0	0.0	0	0.0

TRINIDAD Y TABAGO

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		913,500	42.9	947,900	42.3	1,020,800	42.7
POLITICA PUBLICA Y SALUD		45,800	2.2	49,500	2.2	54,000	2.3
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	45,800	2.2	49,500	2.2	54,000	2.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		750,200	35.3	758,500	33.9	814,100	34.0
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	750,200	35.3	758,500	33.9	814,100	34.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		50,100	2.4	27,500	1.2	30,000	1.3
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	50,100	2.4	27,500	1.2	30,000	1.3
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	67,400	3.2	112,400	5.0	122,700	5.1
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		783,000	36.8	813,400	36.3	861,200	36.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		783,000	36.8	813,400	36.3	861,200	36.0
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	783,000	36.8	813,400	36.3	861,200	36.0
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		27,000	1.3	29,000	1.3	31,700	1.3
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		27,000	1.3	29,000	1.3	31,700	1.3
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	27,000	1.3	29,000	1.3	31,700	1.3
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		330,600	15.5	348,300	15.6	366,900	15.3
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		330,600	15.5	348,300	15.6	366,900	15.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	272,500	12.8	323,300	14.4	339,600	14.2
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	58,100	2.7	25,000	1.1	27,300	1.1



TRINIDAD Y TABAGO							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6.	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	73,000	3.4	101,100	4.5	110,500	4.6
	CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	18,000	0.8	19,700	0.8
	ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	0	-	18,000	0.8	19,700	0.8
	CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	73,000	3.4	83,100	3.7	90,800	3.8
	OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	73,000	3.4	83,100	3.7	90,800	3.8
	GRAN TOTAL	2,127,100	100.0	2,239,700	100.0	2,391,100	100.0

TRINIDAD Y TABAGO  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		10,100	7.7	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		10,100	7.7	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	10,100	7.7	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		4,000	3.1	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		4,000	3.1	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	4,000	3.1	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		116,600	89.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		116,600	89.2	0	-	0	-
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	98,300	75.2	0	-	0	-
SIDA	GPA	18,300	14.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL		130,700	100.0	0	0.0	0	0.0

ISLAS TURCAS Y CAICOS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2.	SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	0	-	10,100	13.3	11,000	13.3
	INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	0	-	10,100	13.3	11,000	13.3
	EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	0	10,100	13.3	11,000	13.3
3.	DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	61,300	80.6	31,000	40.7	33,800	40.8
	ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	61,300	80.6	29,600	38.9	32,300	39.0
	ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	61,300	29,600	38.9	32,300	39.0
	CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		0	1,400	1.8	1,500	1.8
	CALIDAD DE ATENCION/EVALUACION DE TECNOL.SANITARIA	QAC	0	1,400	1.8	1,500	1.8
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	0	-	23,100	30.4	25,200	30.4
	SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	0	-	14,000	18.4	15,300	18.5
	SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	0	14,000	18.4	15,300	18.5
	MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		0	1,300	1.7	1,400	1.7
	EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	0	1,300	1.7	1,400	1.7
	NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		0	7,800	10.2	8,500	10.3
	INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	0	7,800	10.2	8,500	10.3
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	14,800	19.4	11,900	15.6	12,900	15.6
	HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	14,800	19.4	11,900	15.6	12,900	15.6
	ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	14,800	6,400	8.4	6,900	8.3
	EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	0	5,500	7.2	6,000	7.2
	GRAN TOTAL		76,100	76,100	100.0	82,900	100.0

ISLAS TURCAS Y CAICOS  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	17,700	100.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	17,700	100.0	0	-	0	-
SIDA	17,700	100.0	0	-	0	-
GRAN TOTAL	17,700	100.0	0	0.0	0	0.0

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	396,400	100.0	396,400	100.0	432,800	100.0
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD	278,400	70.2	346,400	87.4	378,200	87.4
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH 278,400	70.2	346,400	87.4	378,200	87.4
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH 118,000	29.8	50,000	12.6	54,600	12.6
GRAN TOTAL	396,400	100.0	396,400	100.0	432,800	100.0

URUGUAY

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		907,700	55.2	1,115,100	60.6	1,218,900	61.2
POLITICA PUBLICA Y SALUD		0	-	39,000	2.1	42,600	2.1
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	0	-	39,000	2.1	42,600	2.1
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		737,100	44.8	803,000	43.7	871,900	43.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	737,100	44.8	803,000	43.7	871,900	43.7
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		121,000	7.4	178,500	9.7	201,100	10.1
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	121,000	7.4	178,500	9.7	201,100	10.1
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	49,600	3.0	94,600	5.1	103,300	5.2
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		199,900	12.1	81,000	4.4	88,400	4.4
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		129,500	7.9	81,000	4.4	88,400	4.4
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	129,500	7.9	81,000	4.4	88,400	4.4
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	70,400	4.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		330,100	20.1	440,500	23.9	464,100	23.3
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		52,100	3.2	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	52,100	3.2	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		278,000	16.9	440,500	23.9	464,100	23.3
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	278,000	16.9	440,500	23.9	464,100	23.3

URUGUAY						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	30,500	1.9	112,000	6.1	122,200	6.1
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	30,500	1.9	112,000	6.1	122,200	6.1
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	30,500	1.9	112,000	6.1	122,200
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		177,300	10.8	91,000	4.9	99,400
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		0	-	47,000	2.6	51,300
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	0	-	47,000	2.6	51,300
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		177,300	10.8	44,000	2.4	48,100
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	177,300	10.8	44,000	2.4	48,100
GRAN TOTAL		1,645,500	100.0	1,839,600	100.0	1,993,000

URUGUAY

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	36,000	81.8	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	36,000	81.8	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	32,500	73.9	0	-	0	-
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	3,500	8.0	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	8,000	18.2	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8,000	18.2	0	-	0	-
SIDA	8,000	18.2	0	-	0	-
GRAN TOTAL	44,000	100.0	0	0.0	0	0.0



VENEZUELA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,610,000	41.2	1,606,700	40.9	1,741,700	41.1
POLITICA PUBLICA Y SALUD		86,800	2.2	114,400	2.9	125,000	2.9
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	54,300	1.4	63,400	1.6	69,300	1.6
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	32,500	0.8	51,000	1.3	55,700	1.3
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		987,000	25.3	916,300	23.4	998,700	23.5
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	987,000	25.3	916,300	23.4	998,700	23.5
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		413,900	10.6	438,700	11.2	468,100	11.0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	413,900	10.6	410,700	10.5	437,500	10.3
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	0	0	28,000	0.7	30,600	0.7
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	122,300	3.1	137,300	3.5	149,900	3.5
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		1,108,900	28.4	1,097,100	28.0	1,180,200	27.8
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		604,500	15.5	577,200	14.7	622,100	14.7
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	556,400	14.2	528,600	13.5	569,000	13.4
SALUD BUCODENTAL	ORH	48,100	1.2	48,600	1.2	53,100	1.3
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	408,200	10.5	440,900	11.2	471,900	11.1
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	96,200	2.5	79,000	2.0	86,200	2.0
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		370,900	9.5	316,800	8.1	345,900	8.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		229,200	5.9	201,400	5.1	219,900	5.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	229,200	5.9	201,400	5.1	219,900	5.2

VENEZUELA

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		141,700	3.6	115,400	2.9	126,000	3.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	141,700	3.6	115,400	2.9	126,000	3.0
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		170,400	4.4	176,400	4.5	192,600	4.5
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		170,400	4.4	176,400	4.5	192,600	4.5
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	170,400	4.4	176,400	4.5	192,600	4.5
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		645,900	16.5	726,800	18.5	781,200	18.4
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		200,200	5.1	248,200	6.3	271,000	6.4
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID	0	-	38,000	1.0	41,500	1.0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	200,200	5.1	210,200	5.4	229,500	5.4
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		133,500	3.4	134,400	3.4	146,700	3.5
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	133,500	3.4	134,400	3.4	146,700	3.5
SALUD PUBLICA VETERINARIA		312,200	8.0	344,200	8.8	363,500	8.6
FIEBRE AFTOSA	FMD	12,000	0.3	29,000	0.7	31,700	0.7
ZOONOSIS	ZNS	300,200	7.7	315,200	8.0	331,800	7.8
GRAN TOTAL		3,906,100	100.0	3,923,800	100.0	4,241,600	100.0

VENEZUELA							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		41,400	11.4	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		41,400	11.4	0	-	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	41,400	11.4	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		106,000	29.1	0	-	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		39,400	10.8	0	-	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	39,400	10.8	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	66,600	18.3	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		39,700	10.9	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		39,700	10.9	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	39,700	10.9	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		22,600	6.2	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		22,600	6.2	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	22,600	6.2	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		154,200	42.4	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		144,200	39.6	0	-	0	-
SIDA	GPA	15,600	4.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	128,600	35.3	0	-	0	-

VENEZUELA

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
SALUD PUBLICA VETERINARIA	10,000	2.7	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	10,000	2.7	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	363,900	100.0	0	0.0	0	0.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

**PROGRAMAS REGIONALES**

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>22,082,900</b>	<b>50.7</b>	<b>20,590,800</b>	<b>46.4</b>	<b>21,552,300</b>	<b>46.4</b>
<b>DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL</b>		<b>7,983,900</b>	<b>18.3</b>	<b>7,355,300</b>	<b>16.6</b>	<b>7,698,100</b>	<b>16.6</b>
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA							
INFORMACION PUBLICA	GPD	6,352,100	14.6	5,565,300	12.6	5,823,300	12.5
POLITICA PUBLICA Y SALUD	INF	1,631,800	3.7	1,790,000	4.0	1,874,800	4.0
		4,283,700	9.8	4,186,400	9.4	4,382,600	9.4
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	1,802,200	4.1	1,639,600	3.7	1,717,400	3.7
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE	602,400	1.4	234,000	0.5	258,800	0.6
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	1,172,200	2.7	1,231,600	2.8	1,289,200	2.8
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	706,900	1.6	781,200	1.8	817,200	1.8
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD		1,547,200	3.6	398,400	0.9	417,200	0.9
DESARROLLO, GESTION Y COORD. DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,166,500	2.7	0	0	0	0
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	380,700	0.9	398,400	0.9	417,200	0.9
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		8,268,100	19.0	8,650,700	19.5	9,054,400	19.5
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	2,347,400	5.4	2,635,000	5.9	2,756,800	5.9
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	5,920,700	13.6	6,015,700	13.6	6,297,600	13.6
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>7,927,500</b>	<b>18.2</b>	<b>9,509,500</b>	<b>21.4</b>	<b>9,956,200</b>	<b>21.5</b>
<b>ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD</b>		<b>2,931,700</b>	<b>6.7</b>	<b>4,729,700</b>	<b>10.7</b>	<b>4,952,000</b>	<b>10.7</b>
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	2,414,900	5.5	4,413,500	10.0	4,621,000	10.0
PREVENCION DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	215,600	0.5	0	0	0	0
SALUD BUCODENTAL	ORH	301,200	0.7	316,200	0.7	331,000	0.7
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	3,794,100	8.7	3,251,800	7.3	3,405,100	7.3
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	550,300	1.3	667,200	1.5	698,400	1.5
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		651,400	1.5	860,800	1.9	900,700	1.9
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA	CLT	651,400	1.5	860,800	1.9	900,700	1.9

PROGRAMAS REGIONALES							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		4,568,100	10.5	4,541,800	10.2	4,753,300	10.2
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		1,382,100	3.2	1,333,200	3.0	1,394,800	3.0
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	865,300	2.0	874,800	2.0	915,400	2.0
SALUD DE LOS ADOLESCENTES	ADH	215,600	0.5	229,200	0.5	239,700	0.5
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	301,200	0.7	229,200	0.5	239,700	0.5
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		2,017,800	4.6	1,965,400	4.4	2,057,200	4.4
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	516,800	1.2	545,400	1.2	570,700	1.2
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	ADT	449,100	0.6	464,000	0.6	476,100	0.6
SALUD MENTAL	MNH	350,200	0.8	351,000	0.8	367,400	0.8
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD	STP	901,700	2.1	805,000	1.8	843,000	1.8
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		1,168,200	2.7	1,243,200	2.8	1,301,300	2.8
ALIMENTACION Y NUTRICION	NUT	867,000	2.0	927,000	2.1	970,300	2.1
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	FOS	301,200	0.7	316,200	0.7	331,000	0.7
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		2,697,600	6.2	3,094,800	7.0	3,238,900	7.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		2,697,600	6.2	3,094,800	7.0	3,238,900	7.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	802,900	1.8	1,221,300	2.8	1,278,300	2.8
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	1,258,800	2.9	1,506,300	2.7	1,562,200	2.7
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	MWH	334,700	0.8	351,000	0.8	367,400	0.8
SALUD DE LOS TRABAJADORES	OCH	301,200	0.7	316,200	0.7	331,000	0.7
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		6,298,600	14.5	6,601,200	14.9	6,910,200	14.9
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		4,497,600	10.3	4,986,200	11.2	5,219,800	11.2
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E IMMUNIZA	VID	1,170,000	2.7	1,237,900	2.8	1,295,800	2.8
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI	249,100	0.6	264,000	0.6	276,100	0.6
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD	249,100	0.6	264,000	0.6	276,100	0.6
SIDA	GPA	666,900	1.5	700,400	1.6	733,400	1.6
TUBERCULOSIS	TUB	0	-	229,200	0.5	239,700	0.5
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES	CTD	787,100	1.8	877,200	2.0	918,900	2.0
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES	TDR	316,700	0.7	332,800	0.8	348,500	0.8
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD	1,058,700	2.4	1,080,700	2.4	1,131,300	2.4

PROGRAMAS REGIONALES

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		867,000	2.0	913,000	2.1	955,600	2.1
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	867,000	2.0	913,000	2.1	955,600	2.1
SALUD PUBLICA VETERINARIA		934,000	2.1	702,000	1.6	734,800	1.6
ZOONOSIS	ZNS	934,000	2.1	702,000	1.6	734,800	1.6
*****		*****	*****	*****	*****	*****	*****
GRAN TOTAL		43,574,700	100.0	44,338,100	100.0	46,410,900	100.0
*****		*****	*****	*****	*****	*****	*****

PROGRAMAS REGIONALES							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		2,751,500	38.7	936,100	22.4	983,400	29.0
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		820,000	11.5	692,800	16.5	727,700	21.5
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA INFORMACION PUBLICA	GPD INF	691,000 129,000	9.7 1.8	592,500 100,300	14.1 2.4	622,400 105,300	18.4 3.1
POLITICA PUBLICA Y SALUD		365,300	5.1	68,300	1.6	71,700	2.1
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG. LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	RPS WHD	65,000 300,300	0.9 4.2	68,300 0	1.6	71,700 0	2.1
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		979,100	13.8	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	979,100	13.8	0	-	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		587,100	8.2	175,000	4.2	184,000	5.4
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	587,100	8.2	175,000	4.2	184,000	5.4
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		528,200	7.4	346,000	8.3	253,200	7.5
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		328,200	4.6	241,000	5.8	253,200	7.5
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	328,200	4.6	241,000	5.8	253,200	7.5
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	200,000	2.8	105,000	2.5	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		868,600	12.2	596,800	14.3	476,900	14.1
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		813,100	11.4	596,800	14.3	476,900	14.1
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	WCH	798,000	11.2	596,800	14.3	476,900	14.1
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD	HEE	15,100	0.2	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		55,500	0.8	0	-	0	-
SALUD MENTAL	MNH	55,500	0.8	0	-	0	-



PROGRAMAS REGIONALES

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	279,100	3.9	203,200	4.9	214,600	6.3
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	279,100	3.9	203,200	4.9	214,600	6.3
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS 279,100	3.9	203,200	4.9	214,600	6.3
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	2,691,300	37.8	2,105,200	50.3	1,458,900	43.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2,584,500	36.3	2,023,200	48.3	1,372,800	40.5
ENFERMEDAD. PREVENTIB. MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA	VID 1,789,600	25.1	1,538,800	36.7	1,196,800	35.3
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ARI 92,000	1.3	0	0	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	CDD 295,200	4.1	316,400	7.6	0	-
SIDA	GPA 407,700	5.7	168,000	4.0	176,000	5.2
SALUD PUBLICA VETERINARIA	106,800	1.5	82,000	2.0	86,100	2.5
ZOONOSIS	ZNS 106,800	1.5	82,000	2.0	86,100	2.5
GRAN TOTAL	7,118,700	100.0	4,187,300	100.0	3,387,000	100.0



## PROGRAMAS MULTIPAIS

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
<b>2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO</b>		<b>12,352,000</b>	<b>39.0</b>	<b>10,477,300</b>	<b>35.5</b>	<b>10,952,300</b>	<b>35.5</b>
<b>DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL</b>		<b>1,860,300</b>	<b>5.9</b>	<b>2,046,300</b>	<b>6.9</b>	<b>2,139,200</b>	<b>6.9</b>
DESARROLLO DEL PERSONAL	SDP	1,283,600	4.0	1,269,600	4.3	1,327,200	4.3
COORDINACION EXTERNA	ECO	308,200	0.7	308,500	1.0	322,500	1.0
INFORMACION PUBLICA	INF	368,200	1.2	468,200	1.6	489,500	1.6
<b>POLITICA PUBLICA Y SALUD</b>		<b>5,356,700</b>	<b>16.9</b>	<b>4,439,000</b>	<b>15.1</b>	<b>4,640,600</b>	<b>15.1</b>
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	1,783,800	5.6	926,200	3.1	968,300	3.1
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE	1,298,400	2.1	1,139,800	3.0	1,191,600	3.0
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	2,066,400	6.5	2,020,000	2.9	2,111,700	2.8
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHD	208,100	0.7	353,000	1.2	369,000	1.2
<b>DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. MAC. DE SALUD</b>		<b>1,458,400</b>	<b>4.6</b>	<b>325,500</b>	<b>1.1</b>	<b>340,300</b>	<b>1.1</b>
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	1,207,900	3.8	325,500	1.1	340,300	1.1
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EHA	250,500	0.8				
<b>INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS</b>		<b>3,380,200</b>	<b>10.7</b>	<b>3,370,100</b>	<b>11.4</b>	<b>3,522,400</b>	<b>11.4</b>
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	1,595,800	5.0	1,485,700	5.0	1,552,600	5.0
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	1,784,400	5.6	1,884,400	6.4	1,969,800	6.4
<b>COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES</b>		<b>296,400</b>	<b>0.9</b>	<b>296,400</b>	<b>1.0</b>	<b>309,800</b>	<b>1.0</b>
<b>3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>7,231,200</b>	<b>22.8</b>	<b>6,559,000</b>	<b>22.3</b>	<b>6,857,100</b>	<b>22.2</b>
<b>ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD</b>		<b>2,903,500</b>	<b>9.2</b>	<b>3,948,100</b>	<b>13.4</b>	<b>4,127,700</b>	<b>13.4</b>
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	2,692,200	8.5	3,497,000	11.9	3,655,700	11.9
PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES Y REHABILITACION	DPR	117,400	0.4	350,600	1.6	366,900	1.2
SALUD BUCODENTAL	ORH	93,900	0.3	100,500	0.3	105,100	0.3
<b>RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD</b>		<b>3,927,700</b>	<b>12.4</b>	<b>1,888,600</b>	<b>6.4</b>	<b>1,974,300</b>	<b>6.4</b>
<b>MEDICAMENTOS ESENCIALES</b>		<b>53,200</b>	<b>0.2</b>	<b>196,600</b>	<b>0.7</b>	<b>205,500</b>	<b>0.7</b>

PROGRAMAS MULTIPAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)							
		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		346,800	1.1	525,700	1.8	549,600	1.8
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA		CLT	346,800	525,700	1.8	549,600	1.8
4.	PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	3,090,300	9.7	2,939,900	10.0	3,073,400	10.0
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		1,121,500	3.5	1,245,100	4.2	1,301,600	4.2
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA		WCH	732,700	615,400	2.1	644,100	2.1
SALUD DE LOS ADOLESCENTES		ADH	204,100	522,000	1.8	544,900	1.8
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD		HEE	184,700	107,700	0.4	112,600	0.4
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		1,172,400	3.7	1,165,300	4.0	1,218,200	4.0
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL		MED	273,900	0	0	0	0
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS		ADT	184,700	97,000	0.3	101,400	0.3
SALUD MENTAL		MNH	184,700	611,300	2.1	632,100	2.1
ENTORNOS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD		STP	409,300	457,000	1.6	477,700	1.5
PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA		PRV	119,800	0	0	0	0
NUTRI., SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		796,400	2.5	529,500	1.8	553,600	1.8
ALIMENTACION Y NUTRICION		NUT	631,700	403,500	1.4	421,900	1.4
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS		FOS	164,700	126,000	0.4	131,700	0.4
5.	PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	1,014,900	3.2	1,364,900	4.6	1,426,800	4.6
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		1,014,900	3.2	1,364,900	4.6	1,426,800	4.6
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO		CWS	289,700	589,700	2.0	616,500	2.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE		ERA	319,500	319,500	1.1	334,000	1.1
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA		MWH	128,400	128,400	0.4	134,200	0.4
SEGURIDAD QUIMICA		PCS	60,100	60,100	0.2	62,800	0.2
SALUD DE LOS TRABAJADORES		OCH	217,200	267,200	0.9	279,300	0.9
6.	PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	8,009,400	25.3	8,131,500	27.6	8,521,400	27.6
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		6,367,900	20.1	6,298,100	21.4	6,585,000	21.4
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA		VID	1,226,600	1,556,400	5.3	1,621,800	5.3
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		ARI	398,700	344,000	1.2	359,600	1.2
ENFERMEDADES DIARREICAS		CDO	379,300	344,000	1.2	370,100	1.2
SIDA		GPA	281,900	339,800	1.2	350,700	1.2
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		STD	50,400	195,600	0.7	201,200	0.7
TUBERCULOSIS		TUB	416,100	287,000	1.0	302,600	1.0
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES		CTD	3,100,000	2,571,400	8.7	2,692,300	8.7
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES		TDR	45,300	45,300	0.2	47,300	0.2
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		OCB	180,600	333,600	1.1	348,700	1.1
LEPRA		LEP	289,000	373,800	1.3	390,300	1.3

PROGRAMAS MULTIPAIS

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		359,500	1.1	514,800	1.7	538,200	1.7
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	MCD	359,500	1.1	514,800	1.7	538,200	1.7
SALUD PUBLICA VETERINARIA		1,282,000	4.0	1,318,600	4.5	1,398,200	4.5
FIEBRE AFTOSA	FMD	229,700	0.7	236,100	0.8	244,800	0.8
ZONOSIS	ZNS	1,052,300	3.3	1,082,500	3.7	1,153,400	3.7
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL		31,697,800	100.0	29,472,600	100.0	30,831,000	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====

PROGRAMAS MULTIPAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		9,732,500	28.3	3,200,500	32.1	0	-
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL		137,400	0.4	0	-	0	-
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	GPD	21,700	0.1	0	-	0	-
DESARROLLO DEL PERSONAL	SDP	39,200	0.1	0	-	0	-
COORDINACION EXTERNA	ECO	46,400	0.1	0	-	0	-
INFORMACION PUBLICA	INF	30,100	0.1	0	-	0	-
POLITICA PUBLICA Y SALUD		1,566,500	4.6	13,500	0.1	0	-
SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONOMICO	HSD	166,900	0.5	0	-	0	-
LEGISLACION SANITARIA, DERECHOS HUMANOS Y ETICA	HLE	187,400	0.5	0	-	0	-
DESARROLLO DE POLITICAS/ESTRATEGIAS DE INVESTIG.	RPS	220,100	0.6	0	-	0	-
LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO	WHO	992,100	2.9	13,500	0.1	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		7,038,900	20.5	3,187,000	31.9	0	-
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	113,700	0.3	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	EMA	6,925,200	20.2	3,187,000	31.9	0	-
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		231,800	0.7	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	58,200	0.2	0	-	0	-
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA	HBI	173,600	0.5	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	TCC	757,900	2.2	0	-	0	-
3. DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD		3,639,500	10.6	342,000	3.4	0	-
ORGANIZACION Y GESTION DE SISTEMAS DE SALUD		1,357,700	4.0	342,000	3.4	0	-
ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCION DE SALUD	UAH	1,201,600	3.5	0	-	0	-
SALUD BUCODENTAL	ORH	156,100	0.5	342,000	3.4	0	-
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	HRH	1,460,600	4.3	0	-	0	-
MEDICAMENTOS ESENCIALES	EDV	241,300	0.7	0	-	0	-

PROGRAMAS MULTIPAIS  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CALIDAD DE LA ATENCION Y TECNOLOGIA DE LA SALUD		579,900	1.7	0	-	0	-
TECNOLOGIA CLINICA, DE LABORATORIO E IMAGINOLOGIA		553,200	1.6	0	-	0	-
CALIDAD, INOCUIDAD/EFICACIA DE MEDIC Y BIOLOGICAS		26,700	0.1	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		4,084,400	11.9	1,355,000	13.6	1,345,200	47.5
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION		3,684,500	10.7	1,355,000	13.6	1,345,200	47.5
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA		3,432,800	10.0	1,355,000	13.6	1,345,200	47.5
SALUD DE LOS ADOLESCENTES		109,500	0.3	0	-	0	-
SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD		142,200	0.4	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		355,800	1.0	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS		205,500	0.6	0	-	0	-
SALUD MENTAL		150,300	0.4	0	-	0	-
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO		44,100	0.1	0	-	0	-
ALIMENTACION Y NUTRICION		44,100	0.1	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		1,489,800	4.3	698,500	7.0	367,000	12.9
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		1,489,800	4.3	698,500	7.0	367,000	12.9
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO		617,800	1.8	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE		814,600	2.4	698,500	7.0	367,000	12.9
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA		31,000	0.1	0	-	0	-
SALUD DE LOS TRABAJADORES		26,400	0.1	0	-	0	-
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		15,404,700	44.8	4,380,600	43.9	1,122,700	39.6
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		14,649,900	42.6	4,380,600	43.9	1,122,700	39.6
ENFERMEDAD. PREVENTIB.MEDIANTE VACUNAC. E INMUNIZA		7,811,000	22.7	2,000,000	20.0	1,122,700	39.6
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		130,800	0.4	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS		3,477,900	10.1	1,380,600	13.8	0	-
SIDA		2,497,400	7.3	1,000,000	10.0	0	-
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		15,400	0.0	0	-	0	-
TUBERCULOSIS		147,400	0.4	0	-	0	-
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TROPICALES		289,500	0.8	0	-	0	-
INVESTIGACIONES SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES		100,000	0.3	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		92,400	0.3	0	-	0	-
LEPRA		85,100	0.2	0	-	0	-

PROGRAMAS MULTIPAIS							
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS (CONT.)							
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		66,400	0.2	0	-	0	-
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NCD	66,400	0.2	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA		688,400	2.0	0	-	0	-
FIEBRE AFTOSA	FMD	9,700	2.8	0	-	0	-
ZONOSIS	ZNS	678,700	2.0	0	-	0	-
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL		34,350,900	100.0	9,976,600	100.0	2,834,900	100.0
=====		=====	=====	=====	=====	=====	=====

\* INDICA MENOS DE .05 POR CIENTO



OFICINA DE CAMPO: FRONTERA MEXICO-ESTADOS UNIDOS  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO		1,193,000	83.1	1,219,400	100.0	1,274,900	100.0
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD		948,800	66.1	998,900	81.9	1,044,400	81.9
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	CPS	948,800	66.1	998,900	81.9	1,044,400	81.9
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS		244,200	17.0	220,500	18.1	230,500	18.1
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	HST	244,200	17.0	220,500	18.1	230,500	18.1
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD		120,000	8.4	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL		120,000	8.4	0	-	0	-
EDUCACION SANITARIA Y COMUNICACION SOCIAL	HED	120,000	8.4	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE		122,800	8.6	0	-	0	-
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE		122,800	8.6	0	-	0	-
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	CWS	16,100	1.1	0	-	0	-
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	ERA	106,700	7.4	0	-	0	-
GRAN TOTAL		1,435,800	100.0	1,219,400	100.0	1,274,900	100.0

## OFICINA DE CAMPO: FRONTERA MEXICO-ESTADOS UNIDOS

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	125,300	100.0	0	-	0	-
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	9,500	7.6	0	-	0	-
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA	9,500	7.6	0	-	0	-
MODOS DE VIDA SANOS Y SALUD MENTAL	115,800	92.4	0	-	0	-
PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	115,800	92.4	0	-	0	-
GRAN TOTAL	125,300	100.0	0	0.0	0	0.0

CENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE PARA INFORMACION EN CIENCIAS DE SALUD  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	1,341,900	100.0	1,611,000	100.0	1,700,900	100.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	1,341,900	100.0	1,611,000	100.0	1,700,900	100.0
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA HBI	1,341,900	100.0	1,611,000	100.0	1,700,900	100.0
GRAN TOTAL	1,341,900	100.0	1,611,000	100.0	1,700,900	100.0

CENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE PARA INFORMACION EN CIENCIAS DE SALUD  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	3,863,800	100.0	2,900,000	100.0	2,900,000	100.0
INFORMACION Y TENDENCIAS BIOMEDICAS Y SANITARIAS	3,863,800	100.0	2,900,000	100.0	2,900,000	100.0
INFORMACION SANITARIA Y BIOMEDICA HBI	3,863,800	100.0	2,900,000	100.0	2,900,000	100.0
GRAN TOTAL	3,863,800	100.0	2,900,000	100.0	2,900,000	100.0



CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,357,800	100.0	1,452,900	100.0	1,517,700	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1,357,800	100.0	1,452,900	100.0	1,517,700	100.0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OCD 1,357,800	100.0	1,452,900	100.0	1,517,700	100.0
***** GRAN TOTAL *****	1,357,800	100.0	1,452,900	100.0	1,517,700	100.0

CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	3,426,100	100.0	3,585,900	100.0	3,700,200	100.0
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3,426,100	100.0	3,585,900	100.0	3,700,200	100.0
SIDA	4,900	0.1	0	0	0	0
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	GPA OCD 3,421,200	99.9	3,585,900	100.0	3,700,200	100.0
***** GRAN TOTAL *****	3,426,100	100.0	3,585,900	100.0	3,700,200	100.0



CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE

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

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	3,528,700	100.0	3,893,100	100.0	4,288,400	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	3,528,700	100.0	3,893,100	100.0	4,288,400	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	2,377,800	67.4	2,672,400	68.9	2,921,100	69.7
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	822,100	23.3	828,300	21.5	1,031,100	24.0
GESTION DE DESECHOS SOLIDOS E HIGIENE DE VIVIENDA	258,800	7.3	255,400	6.6	266,200	6.2
GRAN TOTAL	3,528,700	100.0	3,893,100	100.0	4,288,400	100.0

CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	89,300	4.1	0	-	0	-
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	89,300	4.1	0	-	0	-
ACCION DE EMERGENCIA Y HUMANITARIA	89,300	4.1	0	-	0	-
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	2,080,400	95.9	2,566,000	100.0	880,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	2,080,400	95.9	2,566,000	100.0	880,000	100.0
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	1,393,600	64.2	2,316,000	90.3	880,000	100.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE	686,800	31.7	250,000	9.7	0	-
GRAN TOTAL	2,169,700	100.0	2,566,000	100.0	880,000	100.0





-----  
**INSTITUTO DE ALIMENTACION Y NUTRICION DEL CARIBE**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS**  
 -----

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	2,227,100	100.0	2,480,600	100.0	2,664,800	100.0
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	2,227,100	100.0	2,480,600	100.0	2,664,800	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	2,227,100	100.0	2,480,600	100.0	2,664,800	100.0
GRAN TOTAL	2,227,100	100.0	2,480,600	100.0	2,664,800	100.0

-----  
**INSTITUTO DE ALIMENTACION Y NUTRICION DEL CARIBE**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS**  
 -----

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	979,600	100.0	649,800	100.0	648,100	100.0
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	979,600	100.0	649,800	100.0	648,100	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	979,600	100.0	649,800	100.0	648,100	100.0
GRAN TOTAL	979,600	100.0	649,800	100.0	648,100	100.0



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,926,600	100.0	2,035,400	100.0	2,177,500	100.0
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	1,926,600	100.0	2,035,400	100.0	2,177,500	100.0
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA WCH	1,926,600	100.0	2,035,400	100.0	2,177,500	100.0
***** GRAN TOTAL *****	1,926,600	100.0	2,035,400	100.0	2,177,500	100.0

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,210,900	100.0	530,000	100.0	200,000	100.0
SALUD DE FAMILIA/COMUNIDAD Y ASUNTOS DE POBLACION	1,210,900	100.0	530,000	100.0	200,000	100.0
SALUD DE MUJER, DE NINO Y PLANIFICACION DE FAMILIA WCH	1,210,900	100.0	530,000	100.0	200,000	100.0
***** GRAN TOTAL *****	1,210,900	100.0	530,000	100.0	200,000	100.0



CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA Y SALUD  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	2,018,600	100.0	1,516,500	100.0	1,608,500	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	2,018,600	100.0	1,516,500	100.0	1,608,500	100.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE ERA	2,018,600	100.0	1,516,500	100.0	1,608,500	100.0
GRAN TOTAL	2,018,600	100.0	1,516,500	100.0	1,608,500	100.0

CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA Y SALUD  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
5. PROTECCION Y DESARROLLO DEL AMBIENTE	1,383,700	94.2	816,800	100.0	650,000	100.0
HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE	1,383,700	94.2	816,800	100.0	650,000	100.0
EVALUAC./GEST.DE RIESGOS PARA SALUD/MEDIO AMBIENTE ERA	1,383,700	94.2	816,800	100.0	650,000	100.0
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	84,900	5.8	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	84,900	5.8	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS CDD	84,900	5.8	0	-	0	-
GRAN TOTAL	1,468,600	100.0	816,800	100.0	650,000	100.0



-----  
**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS**  
 -----

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	3,465,200	100.0	3,490,200	100.0	3,788,700	100.0
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	3,465,200	100.0	3,490,200	100.0	3,788,700	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	3,465,200	100.0	3,490,200	100.0	3,788,700	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	3,465,200	100.0	3,490,200	100.0	3,788,700	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

-----  
**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS**  
 -----

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	53,100	2.6	0	-	0	-
COOPERACION TECNICA ENTRE LOS PAISES	53,100	2.6	0	-	0	-
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,890,200	92.4	2,286,400	100.0	2,606,600	100.0
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,890,200	92.4	2,286,400	100.0	2,606,600	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	1,890,200	92.4	2,286,400	100.0	2,606,600	100.0
6. PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	102,000	5.0	0	-	0	-
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	102,000	5.0	0	-	0	-
ENFERMEDADES DIARREICAS	102,000	5.0	0	-	0	-
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GRAN TOTAL	2,045,300	100.0	2,286,400	100.0	2,606,600	100.0
=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====





-----  
**INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCION DE ALIMENTOS Y ZONOSIS**  
**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS**  
 -----

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,917,800	54.9	1,983,200	58.0	2,123,700	58.3
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,917,800	54.9	1,983,200	58.0	2,123,700	58.3
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS FOS	1,917,800	54.9	1,983,200	58.0	2,123,700	58.3
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,572,900	45.1	1,434,000	42.0	1,520,500	41.7
SALUD PUBLICA VETERINARIA	1,572,900	45.1	1,434,000	42.0	1,520,500	41.7
ZONOSIS ZNS	1,572,900	45.1	1,434,000	42.0	1,520,500	41.7
***** GRAN TOTAL *****	3,490,700	100.0	3,417,200	100.0	3,644,200	100.0

INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCION DE ALIMENTOS Y ZONOSIS PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
4. PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	1,441,500	54.9	1,400,000	64.8	1,400,000	64.8
NUTRI.,SEGURIDAD ALIMENTARIA/INOCUIDAD DE ALIMENTO	1,441,500	54.9	1,400,000	64.8	1,400,000	64.8
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS FOS	1,441,500	54.9	1,400,000	64.8	1,400,000	64.8
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	1,184,300	45.1	760,000	35.2	760,000	35.2
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	14,500	0.6	0	-	0	-
TUBERCULOSIS TUB	14,500	0.6	0	-	0	-
SALUD PUBLICA VETERINARIA	1,169,800	44.6	760,000	35.2	760,000	35.2
ZONOSIS ZMS	1,169,800	44.6	760,000	35.2	760,000	35.2
GRAN TOTAL	2,625,800	100.0	2,160,000	100.0	2,160,000	100.0

CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	8,025,300	100.0	9,028,400	100.0	9,837,100	100.0
SALUD PÚBLICA VETERINARIA	8,025,300	100.0	9,028,400	100.0	9,837,100	100.0
FIEBRE AFTOSA FMD	8,025,300	100.0	9,028,400	100.0	9,837,100	100.0
***** GRAN TOTAL *****	8,025,300	100.0	9,028,400	100.0	9,837,100	100.0

CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	6,012,200	100.0	5,400,000	100.0	4,100,000	100.0
SALUD PÚBLICA VETERINARIA	6,012,200	100.0	5,400,000	100.0	4,100,000	100.0
FIEBRE AFTOSA FMD	6,012,200	100.0	5,400,000	100.0	4,100,000	100.0
***** GRAN TOTAL *****	6,012,200	100.0	5,400,000	100.0	4,100,000	100.0



DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA

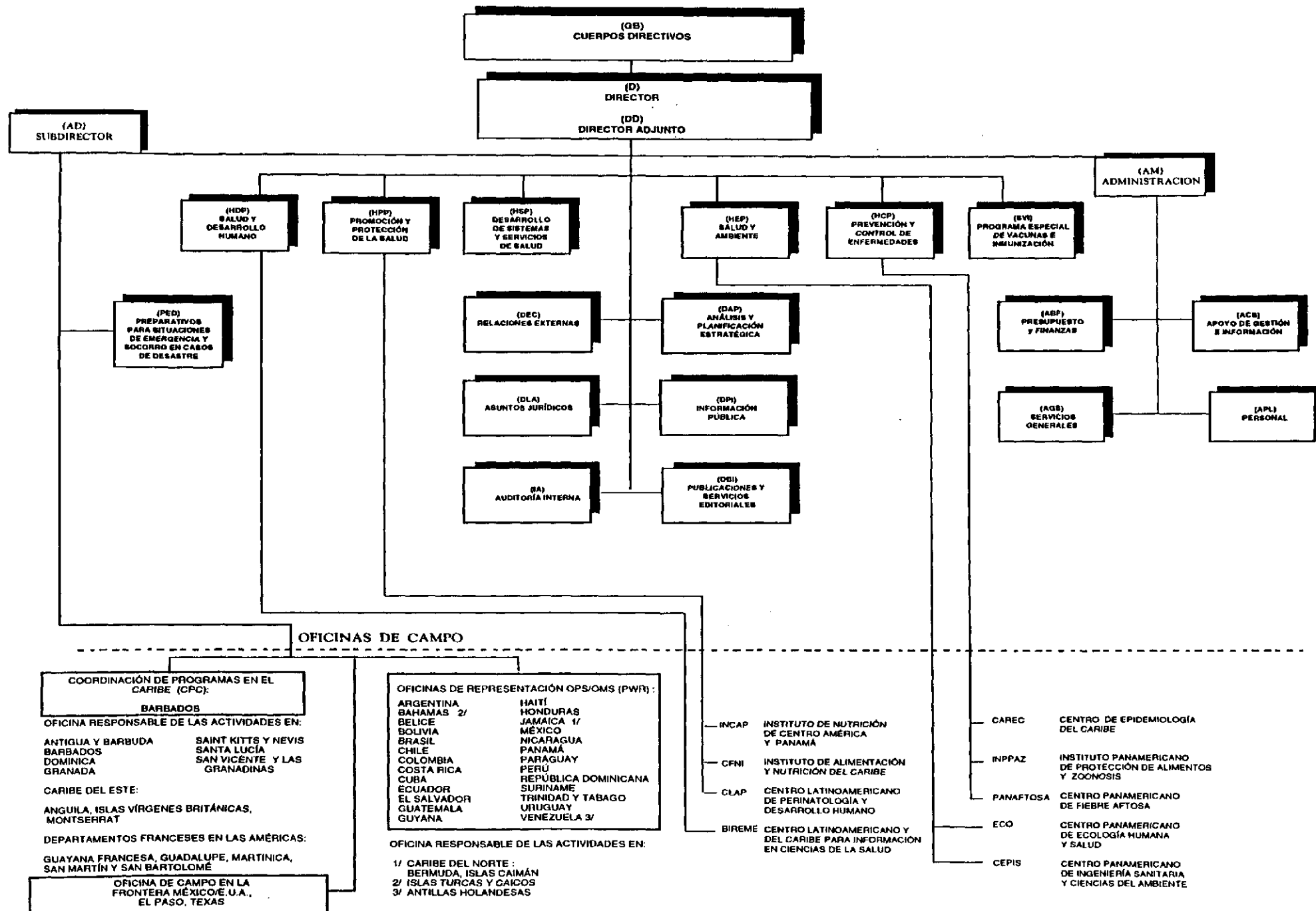
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	8,919,200	24.7	9,647,600	27.1	10,083,900	27.1
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	6,941,200	19.3	7,634,000	21.4	7,976,700	21.4
DIRECCION GENERAL	3,759,700	10.4	4,236,100	11.9	4,419,600	11.9
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	1,805,700	5.0	1,839,900	5.2	1,925,400	5.2
DESARROLLO DEL PERSONAL	372,800	1.0	405,600	1.1	424,900	1.1
COORDINACION EXTERNA	1,003,000	2.8	1,152,400	3.2	1,206,800	3.2
DESAR./GESTION DE POLITICAS Y PROG. NAC. DE SALUD	1,978,000	5.5	2,013,600	5.7	2,107,200	5.7
DESARROLLO, GESTION Y COORD.DE PROGRAMAS EN PAISES	1,978,000	5.5	2,013,600	5.7	2,107,200	5.7
7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	27,120,500	75.3	25,959,200	72.9	27,179,800	72.9
PERSONAL	4,180,500	11.6	3,951,100	11.1	4,140,200	11.1
ADMINISTRACION GENERAL	12,951,600	35.9	12,160,200	34.2	12,720,000	34.1
PRESUPUESTO Y FINANZAS	8,034,700	22.3	8,046,500	22.6	8,433,400	22.6
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	1,953,700	5.4	1,801,400	5.1	1,886,200	5.1
GRAN TOTAL	36,039,700	100.0	35,606,800	100.0	37,263,700	100.0

DIRECCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA						
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS						
CLASIFICACION DE PROGRAMAS DE LA OPS	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
2. SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO	931,500	13.9	729,800	8.9	637,400	7.9
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	931,500	13.9	729,800	8.9	637,400	7.9
DIRECCION GENERAL	270,200	4.0	283,700	3.5	169,000	2.1
DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA	108,000	1.6	111,300	1.4	116,200	1.5
COORDINACION EXTERNA	555,300	8.3	334,800	4.1	351,500	4.4
7. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	5,754,200	86.1	7,455,900	91.1	7,406,600	92.1
PERSONAL	464,200	6.9	450,500	5.5	473,200	5.9
ADMINISTRACION GENERAL	1,587,300	23.7	2,918,800	35.7	2,922,700	36.3
PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,709,500	40.5	2,962,300	36.2	2,827,200	35.1
APOYO LOGISTICO A LOS PROGRAMAS DE LOS PAISES	993,200	14.9	1,124,300	13.7	1,183,500	14.7
GRAN TOTAL	6,685,700	100.0	8,185,700	100.0	8,044,000	100.0



# ORGANIGRAMA DE LA OPS





# ESTRUCTURA ORGANICA

## *Introducción*

1. La estructura orgánica de la Oficina Sanitaria Panamericana se modificó durante 1996 representando un paso adelante en la agilización de las funciones de varias dependencias orgánicas y en el logro de una mayor racionalización en el funcionamiento de la Secretaría. Las nuevas modificaciones estructurales imparten mayor coherencia a las funciones establecidas en conformidad con las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el cuatrienio 1995-1998 y reducirán los costos de operación de los diferentes programas involucrados.

2. Las modificaciones efectuadas incluyen: a) la consolidación de seis departamentos en cuatro en la Administración; b) la desaparición de la Oficina de la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y reasignación de sus funciones a las divisiones de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y de Salud y Ambiente; c) reorganización de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

3. La estructura orgánica actual continua reflejando las funciones que establecen las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el Cuatrienio 1995-1998, a saber:

4. División de Salud y Desarrollo Humano, con cuatro programas: Políticas Públicas y Salud; Análisis de la Situación de Salud; Coordinación de investigaciones; y Mujer, Salud y Desarrollo.

5. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, con cuatro programas: Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud; Desarrollo de Recursos Humanos; Medicamentos Esenciales y Tecnología; y Sistemas de Información sobre Servicios de Salud.

6. División de Promoción y Protección de la Salud, con tres programas: Modos de Vida Sanos y Salud Mental; Salud de la Familia y Población; y Alimentación y Nutrición.

7. División de Salud y Ambiente, con dos programas: Saneamiento Básico; y Calidad Ambiental.

8. División de Prevención y Control de Enfermedades, con cuatro programas: Enfermedades No Transmisibles; Enfermedades Transmisibles; Salud Pública Veterinaria; y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual.

9. El Programa Especial de Vacunas e Inmunización para impulsar aún más los éxitos alcanzados en la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles así como en el desarrollo de nuevas vacunas.

10. Los mecanismos funcionales que apoyan a la Dirección, son el Gabinete del Director para la toma de decisiones relacionadas con las políticas, la estructura y el funcionamiento de la Organización; y el Comité de Programas en relación a la integración de acciones de carácter regional y de país.

## *Descripción de Funciones*

### **OFICINA DEL DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO**

11. La Oficina del Director, que incluye la Oficina del Director Adjunto, tiene seis oficinas de asesoramiento y la de Auditoría Interna. Las oficinas de asesoramiento son: Análisis y Planificación Estratégica; Relaciones Externas; Asuntos Jurídicos; Información Pública; y Publicaciones y Servicios Editoriales.

12. La función principal de la Oficina del Director/Director Adjunto es ejercer la dirección general de la Organización con miras a velar por que se cumplan los mandatos de la Constitución de la OPS, se acaten las resoluciones y recomendaciones de los Cuerpos Directivos, se lleven a cabo las orientaciones estratégicas y programáticas y la Secretaría funcione de la manera más eficiente y eficaz posible. A la Oficina le incumbe la responsabilidad específica de representar a la Organización en toda situación legal y oficial, de prestar servicios a los Cuerpos Directivos durante sus reuniones, y de asegurar que la gestión financiera de la Organización se lleve a cabo de la forma más adecuada posible.

13. La Oficina del Director Adjunto tiene a su cargo las relaciones y las actividades programáticas en el Canadá, los Estados Unidos de América y Puerto Rico.

14. Se han establecido otros mecanismos funcionales para apoyar a la Dirección, como por ejemplo el Gabinete del Director para el proceso de toma de decisiones en relación con las políticas, la estructura y la gestión de la Organización, y el Comité de Programas para la integración de las actividades regionales y de país.

#### **OFICINAS QUE DEPENDEN DE D/DD**

##### ***Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP)***

15. La Oficina de Análisis y Planificación Estratégica asesora al Director en cuanto a las políticas relativas a la cooperación técnica y tiene a su cargo el proceso de formulación de las orientaciones estratégicas y programáticas para la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud. Las funciones de DAP consisten en planificar la cooperación técnica y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas; mantener y aplicar el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) para la cooperación técnica; preparar los informes anuales y cuadrienales del Director; desempeñar la función de secretaría técnica del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo; coordinar los ajustes institucionales necesarios en la Secretaría; actuar como Secretaría del Gabinete del Director y vigilar el cumplimiento de las decisiones tomadas por el Gabinete.

##### ***Oficina de Relaciones Externas (DEC)***

16. La Oficina de Relaciones Externas tiene a su cargo la coordinación de las relaciones externas de la Organización, la movilización de recursos para el sector salud y la prestación de apoyo técnico en la gestión de la cooperación internacional; fortalece las relaciones de la Organización con el sistema interamericano, el sistema de las Naciones Unidas, las instituciones internacionales de crédito, los organismos de cooperación bilateral, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado; coordina el proceso de revisión de proyectos y brinda apoyo técnico a las oficinas de la Sede y las de campo, así como a los Estados

Miembros, para fortalecer la obtención y la gestión de la cooperación internacional en el ámbito de la salud.

##### ***Oficina de Asuntos Jurídicos (DLA)***

17. La Oficina de Asuntos Jurídicos se encarga de prestar asesoramiento y orientación jurídica a la Dirección de la OPS, los Cuerpos Directivos, la Oficina de Administración, los representantes de la OPS/OMS (PWR) y los centros panamericanos en todos los asuntos legales, en especial sobre la aplicación del derecho nacional e internacional a los programas y las actividades de la Organización, así como en asuntos constitucionales, administrativos y de procedimiento. Además, la Oficina representa y defiende a la Organización ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo y otros foros judiciales y cuasijudiciales; y redacta, revisa y/o negocia contratos, tratados, convenios, resoluciones y todo tipo de instrumento que tenga consecuencias legales para la Organización.

##### ***Oficina de Información Pública (DPI)***

18. La Oficina de Información Pública se encarga del uso de los medios y las técnicas de comunicación más avanzadas, para llevar a cabo las actividades de comunicación de la OPS; imparte cursos de comunicación a periodistas y personal de la OPS y a otras organizaciones; elabora publicaciones no técnicas y sirve como centro de referencia para todos los materiales y métodos de comunicación.

##### ***Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI)***

19. La Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales atiende las necesidades de información de la Secretaría y de los Gobiernos Miembros, asignando particular importancia a la incorporación racional y progresiva de las nuevas tecnologías de la información. DBI abarca servicios editoriales; mercadeo, distribución y venta de libros y publicaciones periódicas; y la Biblioteca de la Sede. DBI también canaliza el flujo de información entre los productores externos y los usuarios internos.

##### ***Oficina de Auditoría Interna (IA)***

20. La Oficina de Auditoría Interna tiene a su cargo el mantenimiento de los controles financieros

internos de la Organización; salvaguarda la adecuada recepción, depósito y desembolso de todos los fondos y otros recursos de la OPS/OMS; examina las operaciones financieras para velar por la conformidad de los compromisos, obligaciones y gastos relativos a las asignaciones presupuestarias u otras autorizaciones financieras con los objetivos, reglamentos y otras disposiciones vigentes; y salvaguarda el uso racional de los recursos de la OPS/OMS.

#### **OFICINA DEL SUBDIRECTOR (AD)**

21. La Oficina del Subdirector tiene a su cargo la coordinación operativa de los programas de país y la supervisión del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre.

22. La Oficina del Subdirector coordina las actividades de las oficinas de los representantes de la OPS/OMS, de la Coordinación de Programas en el Caribe (CPC) y de la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos (FO/USMB) y ejerce la supervisión general técnica y administrativa. La Subdirectora preside el Comité de Programas, que coordina las actividades entre las unidades de la Sede y las oficinas de los representantes de la OPS/OMS y tiene la responsabilidad directa de las actividades de cooperación técnica entre países (CTP), de las iniciativas subregionales, de la Iniciativa sobre Salud y Turismo, y del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre. La AD se apoya en el trabajo de los analistas de programas de país (CPA), que asisten a las oficinas de los representantes de la OPS/OMS, a la CPC y a la FO/USMB para la preparación y la ejecución de los presupuestos por programas bienales y anuales; toman parte en los procesos de planificación, programación y evaluación que lleva a cabo la OPS; actúan como puntos focales para las evaluaciones conjuntas gobierno-OPS/OMS, así como para las transferencias de los representantes de la OPS/OMS; vigilan y facilitan la ejecución de los programas de país; mantienen la información pertinente con respecto a la situación de cada país en general y a la ejecución de los programas de cooperación técnica de país; coordinan las actividades relacionadas con las reuniones subregionales de los representantes de la OPS/OMS y la Reunión de Gerentes de la OPS; se encargan del

seguimiento de las decisiones tomadas en el Comité de Programas; coordinan actividades pertinentes al mejoramiento de las oficinas de los representantes de la OPS/OMS; y brindan apoyo operativo y coordinación entre la oficinas de la Sede y las de país.

#### **PROGRAMA QUE DEPENDE DE AD**

##### ***Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED)***

23. El Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre tiene a su cargo el mejoramiento de la capacidad de los países para prevenir o reducir los daños causados por los desastres, responder en caso de emergencia, y coordinar la asistencia humanitaria en el sector de la salud. Con este fin, el PED coopera con todos los organismos nacionales o internacionales que pueden contribuir a la reducción de los riesgos sobre la salud o prestar apoyo a los países que afrontan emergencias.

### ***Divisiones Técnicas***

24. Las divisiones técnicas se han ajustado para mejorar la cohesión y la orientación del programa de cooperación técnica de la OPS dentro del marco de las OEP. Las divisiones técnicas son: Salud y Desarrollo Humano, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; Promoción y Protección de la Salud; Salud y Ambiente; y Prevención y Control de Enfermedades.

#### ***DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO (HDP)***

25. La División de Salud y Desarrollo Humano consta de cuatro programas: Políticas Públicas y Salud; Análisis de la Situación de Salud; Coordinación de Investigaciones; y Mujer, Salud y Desarrollo. La cooperación técnica de HDP también recibe apoyo del programa Regional de Bioética que tiene su sede en Santiago, Chile.

26. La División de Salud y Desarrollo Humano promueve, coordina y ejecuta actividades de

cooperación técnica dirigidas a aumentar la equidad en salud y a mejorar la contribución del sector de la salud al desarrollo humano.

**PROGRAMAS Y CENTROS PANAMERICANOS  
QUE DEPENDEN DE HDP**

***Programa de Políticas Públicas y Salud (HDD)***

27. El Programa de Políticas Públicas y Salud apoya a los países en el fortalecimiento de la función de la salud en el desarrollo humano, mejorando y armonizando la legislación sanitaria y buscando el apoyo de actores políticos pertinentes para alcanzar los objetivos de salud. Además, coopera con los países para lograr mayor equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de salud, así como una mejor coordinación entre los proveedores de asistencia sanitaria del sector público, del privado y de las instituciones de seguridad social.

***Programa de Análisis de la Situación de Salud (HDA)***

28. El Programa de Análisis de la Situación de Salud fortalece la capacidad epidemiológica nacional en apoyo de la administración de salud e incluye el análisis de la situación de salud, la formulación de políticas de salud y desarrollo humano, y actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica, prevención de enfermedades y promoción de la salud. También apoya el desarrollo de los sistemas nacionales de información epidemiológica y los programas de formación en epidemiología, así como la puesta en práctica de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

***Programa de Coordinación de Investigaciones (HDR)***

29. El Programa de Coordinación de Investigaciones procura fortalecer la aptitud de los países para definir políticas y fijar prioridades en materia de tecnología y ciencias de la salud y para desarrollar la infraestructura de investigación, mediante el apoyo institucional, la formación de investigadores y el apoyo a los proyectos de investigación. Además, coordina los esfuerzos de las divisiones, los programas técnicos, las oficinas de los representantes de país y los centros panamericanos en apoyo de la generación de conocimientos y la

difusión y utilización de los resultados de investigaciones en las áreas prioritarias de la Organización.

***Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo (HDW)***

30. El Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo tiene a su cargo la promoción y el apoyo a los programas, a nivel nacional y regional, que tratan de responder al desafío de la equidad entre los sexos en el campo de la salud y el desarrollo humano.

***Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)***

31. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud coordina y apoya el sistema latinoamericano y caribeño de información en ciencias de la salud, lo que incluye los centros de documentación de la OPS y de los países y otras redes especializadas; desarrolla y promueve el uso de instrumentos para las bases de datos técnicos; apoya las actividades de formación y de investigación en los países; y produce, actualiza y promueve la base de datos sobre Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) para la gestión de la información en ciencias de la salud en la Región.

***DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y  
SERVICIOS DE SALUD (HSP)***

32. La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud consta de cuatro programas: Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), Desarrollo de Recursos Humanos (HSR), Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSE) y Sistemas de Información sobre Servicios de Salud (HSI).

33. Por intermedio de sus cuatro programas, la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud está a cargo de diseñar, coordinar y llevar a cabo actividades de cooperación técnica encaminadas a fortalecer las capacidades nacionales relacionadas con los siguientes aspectos: el desarrollo de sistemas de asistencia sanitaria que permitan lograr el acceso universal y en forma sostenible a servicios de salud de calidad; el fomento de las inversiones en el sector de la salud que contribuyan a reorganizar el sistema de asistencia sanitaria; los aspectos de organización y gestión de los procesos de reforma del sector de la salud; la promoción del establecimiento de nexos entre las instituciones educativas y las que prestan servicios de

salud, con miras a lograr la meta de Salud para Todos; y el fortalecimiento de la capacidad institucional para administrar el desarrollo de sistemas y servicios de salud.

### **PROGRAMAS QUE DEPENDEN DE HSP**

#### ***Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)***

34. El Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud se encargará de establecer los marcos de política y promover el desarrollo institucional para la reorganización de los sistemas de asistencia sanitaria; apoyar la realización de análisis sectoriales; elaborar métodos y efectuar análisis de los gastos de asistencia sanitaria y las prácticas de asignación de recursos, apoyando la formulación de planes maestros de inversión y la preparación de proyectos de inversión para el sector de la salud, estableciendo criterios para la ampliación de la cobertura y concentrando la prestación de servicios de salud en la población subatendida; concebir y apoyar procesos que permitan mejorar la coordinación de los diferentes proveedores de servicios de salud (ministerios de salud, instituciones de seguro social y otros proveedores de los sectores público, social y privado); establecer un centro de distribución de información acerca de análisis comparativos de los sistemas de asistencia sanitaria de los Estados Miembros; fortalecer y llevar adelante el proceso de descentralización y la prestación de servicios sanitarios dentro de los sistemas locales de salud; elaborar métodos para el diseño, la ejecución y la evaluación de conjuntos de servicios o carteras de prestaciones; elaborar métodos y aumentar la capacidad para efectuar análisis de la demanda, la utilización, la cobertura y la productividad de los servicios de salud; fortalecer las prácticas de organización, administración y acreditación de hospitales; establecer criterios y sistemas de garantía de la calidad de los servicios de salud; vigilar los progresos logrados en la organización y gestión de los procesos de reforma del sector de la salud; y fortalecer la investigación sobre sistemas y servicios de salud.

#### ***Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)***

35. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos se encargará de determinar los aspectos fundamentales de la reforma del sector de la salud que requieren aumento de la capacidad institucional y para los cuales resulta esencial el desarrollo de recursos humanos. Hará hincapié en apoyar la formulación de políticas y planes de desarrollo de recursos humanos que armonicen con

las necesidades de las agendas nacionales en cuanto a la reorganización de los sistemas de asistencia sanitaria dentro del marco de la reforma del sector. Se ocupará asimismo de fortalecer el adiestramiento en servicio del personal para apoyar los esfuerzos nacionales de desarrollo de los servicios de salud; poner en marcha procesos de adiestramiento encaminados a fortalecer el liderazgo sectorial y la gestión de la reorganización de los sistemas de asistencia sanitaria; fomentar la formulación y la ejecución de planes y políticas nacionales de desarrollo de recursos humanos que estén vinculados a la reorganización de los sistemas y servicios de salud; apoyar las iniciativas de administración y reglamentación del desarrollo de recursos humanos encaminadas a lograr mejor producción, asignación y productividad del personal sanitario; elaborar, poner en práctica y mantener un sistema regional de información bibliográfica sobre recursos humanos para la salud; apoyar la producción, distribución y utilización de material educativo pertinente y de buena calidad que aborde las necesidades de los estudiantes y el personal sanitario; coordinar el Programa de la Residencia en Salud Internacional; y coordinar el Programa de Becas de la Organización.

#### ***Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSE)***

36. El Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología se encarga de promover la formulación de políticas encaminadas a lograr que la población disponga de medicamentos esenciales; fortalecer los servicios farmacéuticos en los países de la Región, de conformidad con los criterios de equidad, eficiencia y calidad; fomentar el desarrollo técnico y administrativo de los servicios de laboratorio y los bancos de sangre; fijar criterios y establecer sistemas institucionales de evaluación de la tecnología; apoyar el establecimiento y el fortalecimiento de servicios de diagnóstico por imágenes, radioterapia, medicina nuclear y protección radiológica; y fortalecer la capacidad para preservar y mantener la infraestructura y el equipo de los establecimientos de salud.

#### ***Programa de Sistemas de Información sobre Servicios de Salud (HSI)***

37. El Programa de Sistemas de Información sobre Servicios de Salud tiene por cometido promover y apoyar la concepción y la ejecución de sistemas de información sobre servicios de salud a los niveles local,

intermedio y nacional. El Programa promueve la elaboración de indicadores de servicios de salud y los medios para recabarlos y analizarlos, con la finalidad de crear una base de datos que ayude en la formulación de políticas y programas de asistencia sanitaria, así como en la gestión y el funcionamiento de las redes de servicios de salud.

### ***DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD (HPP)***

38. La División de Promoción y Protección de la Salud tiene tres programas: Modos de Vida Sanos y Salud Mental; Salud de la Familia y Población; y Alimentación y Nutrición.

39. La División de Promoción y Protección de la Salud se ocupa de difundir los principios, estrategias y mecanismos de acción relativos a la promoción de la salud para facilitar su inserción en los programas de cooperación técnica de la Organización.

### ***PROGRAMAS Y CENTROS PANAMERICANOS QUE DEPENDEN DE HPP***

#### ***Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental (HPL)***

40. El Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental se encarga de promover la comprensión de las interrelaciones entre los factores socioculturales, económicos y conductuales y la salud, así como de cooperar con los Estados Miembros en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas favorables a la salud y otros medios de intervención colectiva con miras a mejorar las condiciones de salud y adoptar modos de vida más sanos mediante el uso de las comunicaciones en materia de salud, educación sanitaria y participación comunitaria. El HPL también presta cooperación técnica a los Estados Miembros en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas destinados a la promoción de la salud mental, a la prevención y el control de las enfermedades mentales y sus consecuencias, y a la reducción de los efectos perjudiciales de los procesos sociales negativos sobre la salud mental y el bienestar.

#### ***Programa de Salud de la Familia y Población (HPF)***

41. El Programa de Salud de la Familia y Población se ocupa de promover el mejoramiento de las

condiciones de vida y el desarrollo de los niños y de los adolescentes; también vela por el mejoramiento de la salud reproductiva de la población, y por el fortalecimiento de la capacidad nacional en materia de promoción y protección de la salud, y de atención integral de la salud en el ámbito familiar y comunitario.

#### ***Programa de Alimentación y Nutrición (HPN)***

42. El Programa de Alimentación y Nutrición se encarga de promover la movilización de diversos recursos para satisfacer la demanda de higiene de los alimentos, y de apoyar los programas dirigidos a resolver los problemas de mala nutrición.

#### ***Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)***

43. El INCAP y el CFNI tienen a su cargo brindar cooperación técnica a los países de su jurisdicción en el área de alimentación y nutrición, de conformidad con las características epidemiológicas especiales de cada país, y de difundir información y conocimientos sobre alimentación y nutrición.

#### ***Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)***

44. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano contribuye a mejorar la salud materno-infantil en la Región al cooperar en el diseño, la ejecución y la evaluación de programas de atención prenatal, parto, puerperio y salud reproductiva y del recién nacido; y mediante la adaptación de tecnologías para mejorar la calidad de la atención y el adiestramiento de recursos humanos.

### ***DIVISIÓN DE SALUD Y AMBIENTE (HEP)***

45. La División de Salud y Ambiente tiene dos programas: Saneamiento Básico y Calidad Ambiental.

46. La División de Salud y Ambiente apoya el fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales y locales para que las instituciones correspondientes establezcan sus políticas, planes y programas, y ejecuten las actividades necesarias para eliminar o controlar los riesgos ambientales para la salud humana y contribuir a mejorar la calidad de la vida.

## **PROGRAMAS Y CENTROS PANAMERICANOS QUE DEPENDEN DE HEP**

### ***Programa de Saneamiento Básico (HES)***

47. El Programa de Saneamiento Básico se ocupa de fortalecer las capacidades sectoriales e institucionales, tanto nacionales como locales; apoyar el desarrollo y la disseminación de tecnologías; y promover la investigación y el intercambio de información en materia de suministro de agua, eliminación de aguas servidas y de excretas, manejo de residuos sólidos, e higiene y saneamiento de la vivienda.

### ***Programa de Calidad Ambiental (HEQ)***

48. El Programa de Calidad Ambiental se encarga de promover y desarrollar las capacidades nacionales para identificación, evaluación y control de los factores de riesgo químicos, ambientales, físicos y biológicos para la salud humana; efectuar estudios de impacto ambiental y las consecuencias de este para la calidad de la vida; proteger y preservar los recursos naturales; velar por la calidad del ambiente y el control de la contaminación ambiental; mejorar la calidad de los ambientes ocupacionales y la salud de los trabajadores; y promover la investigación y el intercambio de información sobre factores de riesgo y la solución de problemas ambientales relacionados con la salud humana.

### ***Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)***

49. El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente se ocupa de fortalecer las capacidades nacionales en materia de control de los riesgos ambientales para la salud humana mediante la aplicación de los principios de la ingeniería y de las ciencias del ambiente y sociales; mejorar los servicios de saneamiento básico y ambiental; desarrollar recursos humanos especializados; desarrollar y adaptar tecnologías para la promoción y protección de la calidad ambiental; y difundir información técnica y científica especializada.

### ***Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO)***

50. El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud se ocupa de fortalecer las capacidades nacionales en materia de identificación y evaluación del impacto ambiental y de los riesgos para la salud;

desarrollar recursos humanos especializados; difundir información especializada; mantener sistemas de conexión en línea para brindar acceso a las bases de datos bibliográficas y toxicológicas; y adaptar los métodos para la evaluación de riesgos.

## ***DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (HCP)***

51. La División de Prevención y Control de Enfermedades tiene cuatro programas: Enfermedades No Transmisibles; Enfermedades Transmisibles; Salud Pública Veterinaria; y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual.

52. La División de Prevención y Control de Enfermedades promueve y apoya el fortalecimiento de las capacidades nacionales para el desarrollo de programas técnicamente factibles, económicamente viables y socialmente aceptables relativos a la prevención, el control, la eliminación o la erradicación de enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, zoonosis y fiebre aftosa.

## **PROGRAMAS Y CENTROS PANAMERICANOS QUE DEPENDEN DE HCP**

### ***Programa de Enfermedades No Transmisibles (HCN)***

53. El Programa de Enfermedades No Transmisibles se ocupa de brindar apoyo a los países en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer y traumatismos) mediante la aplicación de políticas, estrategias y programas que sean factibles y eficaces en función de los costos

### ***Programa de Enfermedades Transmisibles (HCT)***

54. El Programa de Enfermedades Transmisibles se encarga de promover la prevención de enfermedades transmisibles, especialmente las enfermedades tropicales, y las enfermedades respiratorias agudas y diarreicas, en especial el cólera, la tuberculosis, las enfermedades parasitarias y la lepra; cooperar en la vigilancia epidemiológica y en el control de las nuevas enfermedades virales, bacterianas y parasitarias; promover la investigación en enfermedades tropicales; y apoyar un mejor conocimiento del control integrado de vectores y de las enfermedades transmitidas por vectores.

**Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV)**

55. El Programa de Salud Pública Veterinaria tiene a su cargo la promoción del control y la vigilancia de enfermedades transmitidas por los alimentos; el control de las zoonosis; el control y la erradicación de la fiebre aftosa y la vigilancia de las enfermedades vesiculares y otras enfermedades del ganado de importancia económica; el desarrollo de modelos biomédicos, incluida la conservación y reproducción de primates no humanos; el fortalecimiento de la investigación y los laboratorios; y el fortalecimiento de la salud pública veterinaria, incluida la modernización de la enseñanza de esta disciplina.

**Programa sobre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual (HCA)**

56. El Programa sobre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual se ocupa de prevenir y controlar la transmisión de la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; fortalecer los programas nacionales y promover la vigilancia para el control de la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS); y apoyar la investigación para avanzar en el conocimiento de estas enfermedades.

**Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)**

57. El Centro de Epidemiología del Caribe se encarga de realizar la vigilancia de enfermedades y la evaluación del estado de salud de la población del Caribe; identificar relaciones causales y cooperar en la ejecución de intervenciones de salud pública; prestar servicios de referencia en microbiología e inmunología; y promover el fortalecimiento de los laboratorios nacionales.

**Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)**

58. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa presta cooperación técnica a los programas nacionales para la prevención, el control y la erradicación de la fiebre aftosa y otras enfermedades vesiculares.

**Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)**

59. El Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis presta a los Estados Miembros

de la Organización y a sus iniciativas de integración servicios de cooperación técnica, referencia e investigación para la resolución de problemas relacionados con la protección sanitaria de los alimentos, control de las zoonosis y fortalecimiento de los laboratorios de salud.

**PROGRAMA ESPECIAL DE VACUNAS E INMUNIZACIÓN (SVI)**

60. El Programa Especial de Vacunas e Inmunización apoya los esfuerzos nacionales para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de vacunación, incluida la organización de sistemas de vigilancia epidemiológica; facilita el funcionamiento de un fondo rotatorio para la compra de vacunas; promueve el uso de la epidemiología y de la vigilancia epidemiológica para vigilar las enfermedades, medir el impacto de los programas de vacunación sobre el control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación; y brinda cooperación técnica para lograr la autosuficiencia regional en la producción de vacunas, así como en el control de calidad, y en la ejecución de programas de vacunación por conducto de los servicios nacionales de salud.

**OFICINA DE ADMINISTRACIÓN (AM)**

61. La Oficina de Administración tiene cuatro departamentos: Presupuesto y Finanzas, Personal, Servicios Generales, y Apoyo de Gestión e Información.

62. La Oficina de Administración se encarga de prestar apoyo administrativo a la OPS por intermedio de las unidades de la Sede a las que compete la supervisión general y la ejecución de la política administrativa, así como la aplicación de los reglamentos, las normas y procedimientos vigentes en materia de personal, finanzas, presupuesto, servicios generales, compras y servicios institucionales.

**DEPARTAMENTOS QUE DEPENDEN DE AM**

**Departamento de Presupuesto y Finanzas (ABF)**

63. El Departamento de Presupuesto y Finanzas se ocupa de la gestión financiera global de la Organización. Formula y mantiene las políticas presupuestarias y los procedimientos necesarios para llevar a cabo las actividades programáticas de la OPS, de conformidad con los mandatos de los



Cuerpos Directivos y las instrucciones emitidas por el Director. Supervisa las políticas y procedimientos contables; las normas y regulaciones financieras; y el control, el desembolso y la preparación de informes sobre los fondos ordinarios y los fondos de procedencia externa. Apoya la planificación, formulación y preparación de los documentos del presupuesto bienal por programas y del presupuesto operativo anual por programas. También verifica y analiza la financiación del presupuesto bienal por programas y del presupuesto operativo anual por programas mediante el control de la entrada y utilización de dichos fondos. ABF se encarga además del funcionamiento del Seguro de Enfermedad del Personal, de las actividades relacionadas con los bancos y las inversiones, del seguimiento de la administración financiera de las oficinas de campo, y de los procesos vinculados con las pensiones y el reembolso del impuesto sobre la renta.

***Departamento de Personal (APL)***

64. El Departamento de Personal se encarga de la contratación y del movimiento de personal, de la clasificación de puestos y de los sistemas de sueldo, del sistema de evaluación del desempeño, de los derechos del personal, del reglamento del personal y de las normas y procedimientos de personal, así como de los expedientes y los registros del personal, y de la planificación y la concentración de las necesidades de adiestramiento de las unidades de la sede y de las oficinas de campo en un programa general.

***Departamento de Servicios Generales (AGS)***

65. El Departamento de Servicios Generales (AGS) conferencias, traducciones, compras, mantenimiento

de los edificios y oficinas en la Sede, para dar apoyo a los programas de la OPS. En el caso de compras, estos servicios se hacen extensivos a los Gobiernos miembros y a otras regiones de la OMS. AGS dicta normas y procedimientos relativos a la compra de bienes y servicios de proveedores de todo el mundo, envío de los materiales al consignatario final, administración de las comunicaciones y el correo, mantenimiento de edificios, inventarios, suministros y equipo de oficina, transportes, seguridad y vigilancia, y reproducción de documentos. Otras funciones del Departamento son planificar y llevar a cabo las reuniones de los Cuerpos Directivos y de sus subcomités, así como traducir documentos técnicos y administrativos a los cuatro idiomas oficiales de la Organización.

***Departamento de Apoyo de Gestión e Información (ACS)***

66. El Departamento de Apoyo de Gestión e Información mantiene y desarrolla todos los sistemas institucionales de computación de la OPS; las comunicaciones electrónicas para toda la Organización, que incluyen el correo electrónico y el uso de la red Internet; apoya a los usuarios, en especial para la detección de fallas y el mantenimiento del equipo y del software estándares; presta servicios de computación a los programas técnicos y administrativos; y suministra la tecnología de información para uso de las unidades de la Sede y las oficinas de campo, lo que abarca el apoyo y el mantenimiento del equipo y el software recomendados y los servicios de asesoramiento.



# Estructura Organica

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS

		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
<b>CUERPOS DIRECTIVOS</b>		<b>2,540,100</b>	<b>1.0</b>	<b>2,480,100</b>	<b>1.0</b>	<b>2,594,100</b>	<b>1.0</b>
<b>DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO</b>		<b>16,522,000</b>	<b>6.6</b>	<b>15,335,600</b>	<b>6.1</b>	<b>16,035,700</b>	<b>6.0</b>
D/DD	OFICINA DEL DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO	1,589,600	0.6	1,875,500	0.7	1,948,500	0.7
DAP	ANALISIS Y PLANIFICACION ESTRATEGICA	1,805,700	0.7	1,839,900	0.7	1,925,400	0.7
DBI	PUBLICACIONES Y SERVICIOS EDITORIALES	5,948,600	2.4	6,256,700	2.5	6,547,500	2.4
DEC	RELACIONES EXTERNAS	1,211,500	0.5	1,460,900	0.6	1,529,300	0.6
DLA	ASUNTOS JURIDICOS	1,064,300	0.4	1,111,600	0.4	1,163,100	0.4
DPI	INFORMACION PUBLICA	2,000,000	0.8	2,258,200	0.9	2,364,300	0.9
DSI	SECRETARIA EJECUTIVA DEL PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD	2,374,400	1.0	-	-	-	-
IA	AUDITORIA INTERNA	527,900	0.2	532,800	0.2	557,600	0.2
<b>SUBDIRECTOR</b>		<b>2,905,600</b>	<b>1.2</b>	<b>3,033,900</b>	<b>1.2</b>	<b>3,174,500</b>	<b>1.2</b>
AD	OFICINA DEL SUBDIRECTOR	2,274,400	0.9	2,310,000	0.9	2,417,000	0.9
PED	PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE	631,200	0.3	723,900	0.3	757,500	0.3
<b>ADMINISTRACION</b>		<b>36,546,300</b>	<b>14.7</b>	<b>35,559,300</b>	<b>14.2</b>	<b>37,225,500</b>	<b>13.9</b>
AM	OFICINA DE ADMINISTRACION	589,900	0.2	725,200	0.3	759,800	0.3
ABF	PRESUPUESTO Y FINANZAS	8,034,700	3.3	8,046,500	3.2	8,433,400	3.2
ACS	APOYO DE GESTION E INFORMACION	5,435,000	2.2	5,565,300	2.2	5,823,300	2.2
AGS	SERVICIOS GENERALES	16,649,800	6.7	15,596,000	6.2	16,316,700	6.1
APL	PERSONAL	5,836,900	2.3	5,626,300	2.2	5,892,300	2.2
<b>DIVISION DE APOYO TECNICO</b>		<b>80,323,600</b>	<b>32.3</b>	<b>81,619,700</b>	<b>32.5</b>	<b>86,380,100</b>	<b>32.3</b>
HCP	DIVISION DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES	25,251,100	10.1	26,279,100	10.5	27,975,700	10.4
HDP	DIVISION DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	14,925,500	6.0	14,357,100	5.7	15,033,500	5.6
HEP	DIVISION DE SALUD Y AMBIENTE	9,174,200	3.7	9,869,300	3.9	10,562,600	3.9
HPP	DIVISION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	14,897,000	6.0	15,045,700	6.0	15,995,000	6.0
HSP	DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	16,075,800	6.5	16,068,500	6.4	16,813,300	6.3

# Presupuesto por Programa 1998-1999

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS Y LA OMS (CONT.)

	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
PROGRAMA ESPECIAL DE VACUNA E INMUNIZACION	2,396,600	1.0	2,794,300	1.1	2,917,600	1.1
PAISES	99,374,000	40.0	103,068,000	41.0	111,689,400	41.7
OFICINA DE CAMPO: FRONTERA EUA/MEXICO	1,435,800	0.6	1,219,400	0.5	1,274,900	0.5
PROGRAMA DE DESARROLLO DEL DIRECTOR REGIONAL	2,378,700	1.0	2,204,400	0.9	2,305,600	0.9
APORTACIONES PARALELAS PARA SEGURO DE SALUD DE FUNCIONARIOS RETIRADOS	3,949,300	1.6	3,949,300	1.6	4,128,600	1.5
TOTAL	248,372,000	100.0	251,264,000	100.0	267,726,000	100.0

# Estructura Orgánica

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO NO ORDINARIO

		1996-1997		1998-1999		2000-2001	
		CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
<b>CUERPOS DIRECTIVOS</b>		438,900	0.3	-	-	-	-
<b>DIRECTOR/DIRECTOR ADJUNTO</b>		2,223,200	1.6	721,400	0.9	757,700	2.1
DAP	ANALISIS Y PLANIFICACION ESTRATEGICA	127,700	0.1	111,300	0.1	116,900	0.3
DBI	PUBLICACIONES Y SERVICIOS EDITORIALES	576,000	0.4	175,000	0.2	184,000	0.5
DEC	RELACIONES EXTERNAS	1,067,600	0.8	334,800	0.4	351,500	1.0
DPI	INFORMACION PUBLICA	338,200	0.2	100,300	0.1	105,300	0.3
DSI	SECRETARIA EJECUTIVA DEL PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD	113,700	0.1	-	-	-	-
<b>SUBDIRECTOR</b>		8,196,300	5.9	3,187,000	4.0	-	-
AD	OFICINA DEL SUBDIRECTOR	292,000	0.2	-	-	-	-
PED	PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE	7,904,300	5.7	3,187,000	4.0	-	-
<b>ADMINISTRACION</b>		6,998,800	5.0	8,332,100	10.4	8,198,000	22.6
AM	OFICINA DE ADMINISTRACION	423,000	0.3	283,700	0.4	169,000	0.5
ABF	PRESUPUESTO Y FINANZAS	2,709,500	1.9	2,962,300	3.7	2,827,200	7.8
ACS	APOYO DE GESTION E INFORMACION	691,000	0.5	592,500	0.7	622,400	1.7
AGS	SERVICIOS GENERALES	2,671,900	1.9	4,043,100	5.1	4,106,200	11.3
APL	PERSONAL	503,400	0.4	450,500	0.6	473,200	1.3
<b>DIVISION DE APOYO TECNICO</b>		44,988,600	32.2	27,465,200	34.4	20,835,600	57.4
HCP	DIVISION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	20,430,600	14.6	14,092,900	17.6	10,222,300	28.2
HDP	DIVISION DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	5,853,800	4.2	2,981,800	3.7	2,971,700	8.2
HEP	DIVISION DE SALUD Y AMBIENTE	5,407,200	3.9	4,284,500	5.4	2,111,600	5.8
HPP	DIVISION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD	9,129,300	6.5	5,418,000	6.8	5,276,800	14.5
HSP	DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	4,167,700	3.0	688,000	0.9	253,200	0.7

**Presupuesto por Programa 1998-1999**

-----  
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS POR ESTRUCTURA ORGANICA - PRESUPUESTO NO ORDINARIO (CONT.)  
-----

	1996-1997		1998-1999		2000-2001	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
PROGRAMA ESPECIAL DE VACUNA E INMUNIZACION	9,550,400	6.8	3,538,800	4.4	2,319,500	6.4
PAISES	67,337,500	48.1	36,691,500	45.9	4,174,200	11.5
OFICINA DE CAMPO: FRONTERA EUA/MEXICO	125,300	0.1	-	-	-	-
TOTAL	139,859,000	100.0	79,936,000	100.0	36,285,000	100.0