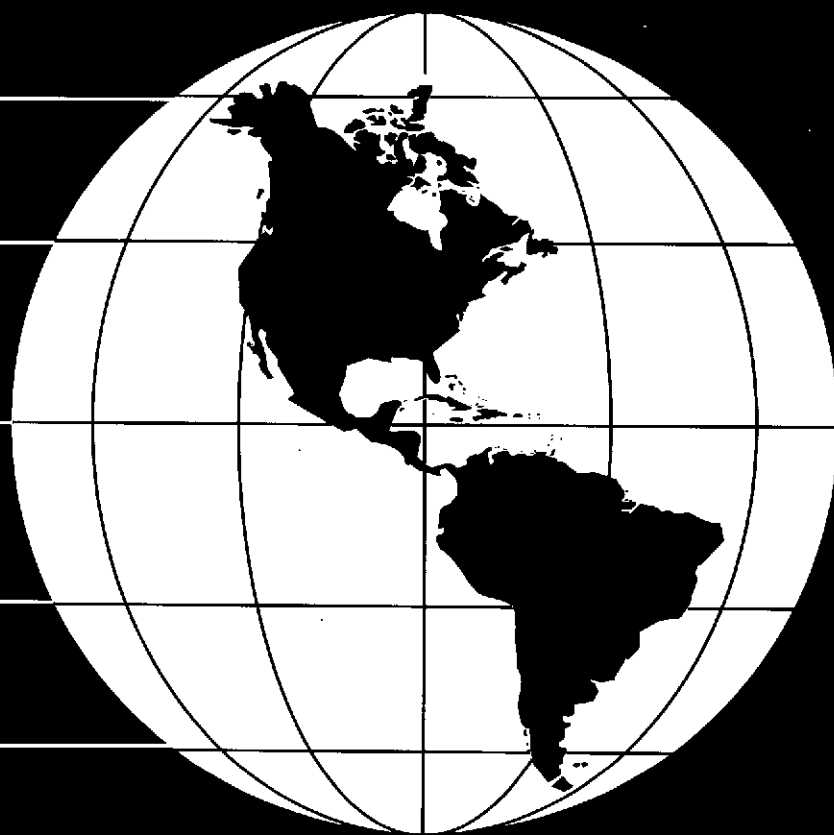


PAHO
COLL
OD
234
Es



Informe del Director

Cuadrienal 1986-1989
Anual 1989

Se publica también en inglés con el título:
Report of the Director: Quadrennial 1986-1989, Annual 1989
ISBN 92 75 17234 X

ISBN 92 75 37234 9

© Organización Panamericana de la Salud, 1990

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Servicio Editorial, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Informe del Director

Cuadrienal 1986-1989
Anual 1989



Documento Oficial No. 234

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

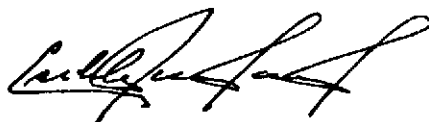
A LOS PAISES MIEMBROS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

De conformidad con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe cuadrienal 1986-1989 y anual 1989 de las actividades de cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. En él se analizan, dentro del marco de las estrategias regionales de salud para todos y de las políticas definidas por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, los hechos sobresalientes en el cumplimiento del programa de cooperación técnica de la Organización a lo largo del cuatrienio.

Al elaborar el informe se mantuvo la misma estructura de los Presupuestos por Programas bienales para facilitar el análisis de las actividades desarrolladas por la Organización.

El informe se complementa con otros documentos que también se someten a la consideración de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana: *Las condiciones de salud en las Américas* (edición de 1990) y el *Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo 1988-1989*.

Respetuosamente,



Carlyle Guerra de Macedo
Director

CONTENIDO

HISTORIA Y ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	vii
INTRODUCCION	xi
I. CUERPOS DIRECTIVOS	1
Conferencia Sanitaria Panamericana	1
Consejo Directivo	2
Comité Ejecutivo	4
II. DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL	5
Dirección administrativa	5
Programa del Director Regional para actividades de desarrollo	5
Desarrollo del programa general	6
Coordinación externa para la salud y el desarrollo social	6
Coordinación de información	7
III. INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	9
Introducción	9
Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud	10
Cooperación técnica entre países y proyectos a nivel de país	11
Análisis de la situación de salud y sus tendencias	12
Desarrollo de políticas de salud	15
Organización de los servicios de salud basados en la atención primaria	18
Desarrollo de los servicios de salud	18
Medicamentos y vacunas esenciales	22
Salud oral	24
Tecnología clínica, radiológica y de laboratorio para servicios de salud	27
Educación para la salud y participación de la comunidad	29
La mujer, la salud y el desarrollo	31
Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre	35
Desarrollo de recursos humanos	38
Política y coordinación	39
Administración de recursos humanos	40
Capacitación de recursos humanos	40
Apoyo de la información sobre salud	41
Publicaciones oficiales y técnicas	41
Información científica y técnica	44
Información y asuntos públicos	45
Fomento y desarrollo de la investigación	48
IV. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	51
Introducción	51
Alimentación y nutrición	52

Salud ambiental	54
Salud maternoinfantil, incluida la planificación familiar	59
Enfermedades transmisibles	65
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	67
Salud de los adultos	71
Salud pública veterinaria	73
 V. ADMINISTRACION	 80
Presupuesto y finanzas	80
Servicios generales y gastos de operación de la Sede	81
Personal	82
Compras	83
 VI. COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS A NIVEL SUBREGIONAL Y DE PAIS	 85
Introducción	85
Area del Caribe	86
Cooperación para la Salud en el Caribe	86
Antigua y Barbuda	87
Antillas y Guayana Francesas	88
Antillas Neerlandesas y Aruba	89
Bahamas	90
Barbados	92
Bermuda	93
Cuba	94
Dominica	96
Grenada	97
Guyana	98
Haití	100
Indias Occidentales Británicas	102
Islas Caimán	103
Islas Turcas y Caicos	104
Jamaica	105
República Dominicana	106
San Kitts y Nevis	108
San Vicente y las Granadinas	108
Santa Lucía	109
Suriname	110
Trinidad y Tabago	112
Centroamérica	114
Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica	114
Belice	118
Costa Rica	119
El Salvador	121
Guatemala	122

Honduras	124
Nicaragua	125
Panamá	127
Sudamérica	129
Cooperación Andina en Salud	129
Bolivia	131
Colombia	133
Ecuador	135
Perú	137
Venezuela	139
Iniciativa de Salud del Cono Sur	141
Argentina	143
Brasil	144
Chile	147
Paraguay	148
Uruguay	150
Norteamérica	151
Canadá	151
Estados Unidos de América	153
México	157
Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas	158
Indice	160
INFORMES ESPECIALES	
Sistemas locales de salud	19
Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo	32
La salud y la tecnología de comunicaciones	46
Erradicación de la poliomielitis	60
SIDA	68
Eliminación de la rabia urbana en América Latina	76
El derecho a la salud en las Américas: estudio constitucional comparado	84



HISTORIA Y ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es el órgano ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); al mismo tiempo, cumple las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

Origen: La Oficina Sanitaria Panamericana tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902), que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención, que se reunió en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902, estableció un consejo directivo permanente que se denominó Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la actual Organización Panamericana de la Salud. La Quinta Conferencia Internacional de Estados Americanos (Santiago, Chile, 25 de marzo-3 de mayo de 1923) denominó a las Conferencias Sanitarias Internacionales y a la Oficina Sanitaria Internacional como Conferencias Sanitarias Panamericanas y Oficina Sanitaria Panamericana, respectivamente. En 1924, el Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana y ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió a la Oficina Sanitaria Panamericana funciones y deberes más amplios como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización de acuerdo con el cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

En 1949, la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud celebraron un Acuerdo en virtud del cual la Oficina Sanitaria Panamericana serviría como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. En 1950, la Organización Sanitaria Panamericana fue reconocida como organismo interamericano especializado en el campo de la salud pública, con la más amplia autonomía para el logro de sus objetivos. De esa forma, la Organización Sanitaria Panamericana se encuadró en el sistema de las Naciones Unidas y en el Interamericano.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) cambió el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana no fue modificado.

Propósitos fundamentales: Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países de la Región de las Américas para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes.

Estructura: La Organización Panamericana de la Salud comprende:

La Conferencia Sanitaria Panamericana —autoridad suprema en la que todos los Gobiernos Miembros están representados— se reúne cada cuatro años, determina las normas generales de la Organización, sirve de foro en asuntos de salud pública y elige al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. En 1986, la XXII Conferencia Sanitaria

Panamericana discutió y aprobó el documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990", que inició un nuevo mecanismo para reforzar la coordinación de actividades y orientar el trabajo de la Organización.

El Consejo Directivo —integrado por un Representante de cada Gobierno Miembro— se reúne una vez al año, actúa en nombre de la Conferencia en los años en que esta no se reúne, y considera y aprueba el presupuesto por programas de la Organización.

El Comité Ejecutivo —compuesto por Representantes de nueve Gobiernos Miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo por períodos escalonados de tres años— se reúne dos veces al año para examinar cuestiones técnicas y administrativas, incluso el presupuesto por programas y presenta sus recomendaciones a la Conferencia o al Consejo. El Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se reorganizó en 1984 para aumentar la participación de los gobiernos en la programación de las actividades de la Organización. Está compuesto de representantes de siete países, se reúne dos veces al año e informa directamente al Comité Ejecutivo.

La Oficina Sanitaria Panamericana, que actúa como Secretaría Ejecutiva y está a cargo del Director, es la que aplica las normas aprobadas por los Cuerpos Directivos.

Presupuesto: La Organización tiene un presupuesto bienal al que contribuyen las cuotas de los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, la asignación de la Organización Mundial de la Salud para la Oficina Regional de las Américas y los fondos extrapresupuestarios.

Los desembolsos durante el bienio 1986-1987 ascendieron a \$US243 000 000, de los cuales más del 42% (\$US102 200 000) provinieron de los Países Miembros de la OPS, 22% (\$US54 000 000) de la OMS y 36% (\$US86 800 000) de fuentes extrapresupuestarias.

Los desembolsos durante el bienio 1988-1989 ascendieron a más de \$US311 000 000, de los cuales aproximadamente el 38% (\$US117 500 000) provinieron de los Países Miembros de la OPS, 19% (\$US58 000 000) de la OMS y 43% (\$US135 500 000) de fuentes extrapresupuestarias.

Gobiernos Miembros:

Antigua y Barbuda	Dominica	Panamá
Argentina	Ecuador	Paraguay
Bahamas	El Salvador	Perú
Barbados	Estados Unidos de América	República Dominicana
Belice	Grenada	San Kitts y Nevis
Bolivia	Guatemala	San Vicente y las Granadinas
Brasil	Guyana	Santa Lucía
Canadá	Haití	Suriname
Colombia	Honduras	Trinidad y Tabago
Costa Rica	Jamaica	Uruguay
Cuba	México	Venezuela
Chile	Nicaragua	

Gobiernos Participantes:

Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Gobiernos Observadores:

España y Portugal

Representaciones de la OPS/OMS en los Países:

Argentina	Belice	Jamaica
Bahamas	Bolivia	(También atendidas directamente
Barbados	Brasil	por esta Representación: Ber-
(También atendidas directamente	Colombia	muda, Islas Caimán e Islas Turcas
por esta Representación:	Costa Rica	y Caicos.)
Antigua y Barbuda, Dominica,	Cuba	México
Grenada, San Kitts y Nevis, Santa	Chile	Nicaragua
Lucía y San Vicente y las Grana-	Ecuador	Panamá
dinas. <i>Antillas Francesas:</i> Guada-	El Salvador	Paraguay
lupe, Martinica, San Martín y San	Guatemala	Perú
Bartolomé y Guayana Francesa.	Guyana	República Dominicana
<i>Caribe Oriental:</i> Anguila, Islas	Haití	Suriname
Virgenes Británicas y Montserrat.)	Honduras	Trinidad y Tabago
		Uruguay
		Venezuela
		(También atendidas directamente
		por esta Representación: Antillas
		Neerlandesas.)

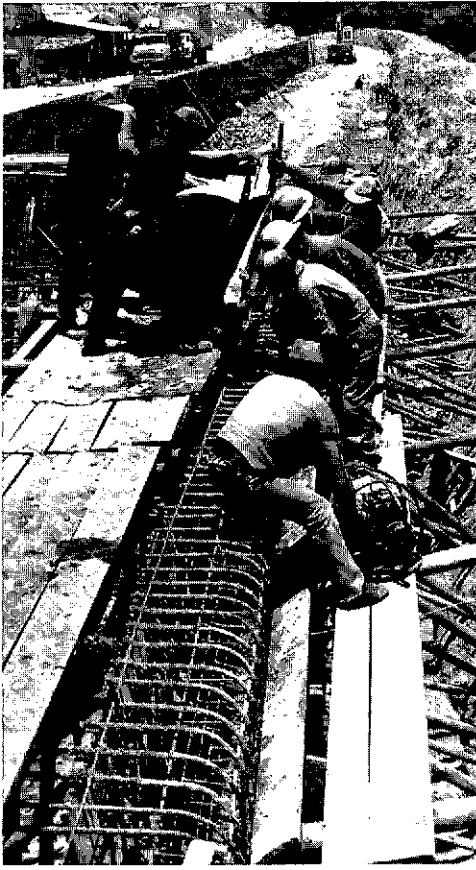
Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas, Estados Unidos de América
Oficina de Coordinación del Programa del Caribe de Habla Inglesa, Barbados

Oficina Central

Washington, D.C., Estados Unidos de América

Centros, Institutos y Programas Regionales y Subregionales de la OPS/OMS

Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME),
Brasil
Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), Trinidad
Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), Argentina
Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), Perú
Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), Jamaica
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Uruguay
Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), México
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), Brasil
Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), Costa
Rica



INTRODUCCION

Los años ochenta han sido el decenio más trascendental desde la Segunda Guerra Mundial en lo que respecta a políticas de desarrollo social y económico. A fines de 1989 las condiciones políticas y económicas del mundo, consideradas como inalterables desde los años cuarenta, sufrieron un cambio irreversible.

La contracción económica en los países desarrollados de Occidente se extendió por los países en desarrollo en forma de reducción de mercados, inflación ascendente y estrictas políticas crediticias. Los gobiernos de la Región agobiados por la deuda paralizaron los proyectos de desarrollo y redujeron el gasto social. La crisis tuvo también profundas repercusiones en el proceso de democratización en marcha en ese entonces. Aun en las prósperas regiones industrializadas de las Américas, una riqueza sin precedentes, la tecnología de la era espacial y extraordinarios descubrimientos médicos y científicos compitieron por los titulares de primera plana con el desamparo en las zonas urbanas, los peligros ambientales, los enormes déficit fiscales, la toxicomanía, la violencia y el SIDA.

Para la gran mayoría de la población de América Latina y el Caribe, los años ochenta fueron la "década perdida", término acuñado por los bancos y las organizaciones internacionales de desarrollo para definir las esperanzas frustradas y la paulatina desaparición de los adelantos logrados en infraestructura, industria y salud en los últimos 30 años.¹

La prolongada crisis económica sacudió las bases de los modelos de desarrollo predominantes y comprometió mucho la función que tiene el Estado de velar por el bienestar de sus ciudadanos. Se asestó un golpe particularmente duro al sector de servicios sociales, incluido el de salud pública. Además, debido a que existe un intervalo entre el deterioro

económico y la detección de sus efectos, muchas de las consecuencias para la salud quizá no se han manifestado por completo todavía.

Ante el deterioro económico generalizado, los ministerios de salud de la Región concentraron gran parte de sus esfuerzos en reformar la distribución de recursos con el fin de maximizar la cobertura de los servicios preventivos. El desafío era importante y exigió un gran empeño del personal de salud durante el período 1986-1989. Sin embargo, pese a dificultades que parecían insuperables, fue posible proteger los adelantos logrados y, en algunos casos, hasta se obtuvieron mejoras en lo que respecta a indicadores críticos de salud.

La economía regional

Los informes económicos sobre los países en desarrollo de las Américas dan una idea clara de los reveses y el estancamiento observados durante casi todo el decenio. El último cuatrienio no fue diferente: a medida que muchos de los proyectos de desarrollo se estancaban, la inflación y la carga de la deuda externa crecían al mismo ritmo que la población que necesitaba servicios públicos.

Los gobiernos, incluso varias de las nuevas administraciones civiles y democráticas que heredaron enormes problemas, abordaron la crisis de la deuda externa en el marco de las estrictas fórmulas establecidas por las instituciones de préstamo internacionales. Los planes de amortización de la deuda exigieron aumentar las exportaciones, reducir las importaciones y disminuir drásticamente el gasto público.

Los esfuerzos por ampliar el volumen de las exportaciones dieron resultados espectaculares. Sin embargo, el aumento previsto del ingreso quedó prácticamente anulado por la baja de los precios de los productos de exportación. De hecho, aunque el volumen de las exportaciones

¹ Banco Interamericano de Desarrollo, *Progreso económico y social en América Latina*, Washington, D.C., 1988.

de la Región tuvo un notable incremento de 35% de 1981 a 1988, el balance mostró que los países araban en el mar: el ingreso total de las exportaciones se mantuvo invariable o en realidad bajó² y el 40% de las ganancias se destinó a financiar el servicio de la deuda.

Las políticas fiscales, la escasez de crédito y la devaluación monetaria redujeron las importaciones de manera acusada, lo que no se pudo subsanar con la producción nacional de sucedáneos, para lo cual se habría necesitado un determinado volumen inicial de importaciones y un clima de inversión estable. Por otra parte, la relación inversión-PIB en América Latina y el Caribe fue la más baja de todas las regiones, con excepción de África. Como resultado, la obsolescencia y la descapitalización estuvieron a la orden del día y el sector salud no pudo librarse de ello.³

Se impusieron políticas de ajuste económico a un gran costo social: en 1980, 30% de la población de la Región era pobre, y en 1989 se estima que 40%, o sea 170 millones de personas, vivía en la pobreza. La mitad de estas personas tenía ingresos demasiado exiguos para comprar los alimentos necesarios.

La tendencia regional acumulativa era desalentadora. Con algunas excepciones importantes, la disponibilidad de bienes y servicios per cápita en 1987 representó solo 87,5% de la de 1980.⁴ Con una tasa de crecimiento del producto interno bruto de 1,4% en el decenio, América Latina y el Caribe se quedaron atrás del resto de las regiones del mundo que, con excepción del África al sur del Sahara, habían tenido tasas de crecimiento de 2,5%, como mínimo.⁵

La baja tasa de crecimiento económico ocasionó un aumento del desempleo y subempleo, mientras que las presiones inflacionarias, nutridas en parte por la expansión monetaria para financiar déficit públicos, se dejaron sentir con fuerza cada vez mayor en muchos países.⁶

En varios de ellos, sobre todo en la Argentina, Brasil, Nicaragua y Perú, la inflación se descontroló y puso los productos ya escasos fuera del alcance de la persona común. Al mismo tiempo, la disponibilidad de alimentos per cápita se redujo en 13 de 17 países estudiados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC). Las importaciones de alimentos disminuyeron y los precios de los alimentos al consumidor aumentaron vertiginosamente, mientras los gobiernos reducían los subsidios para ese renglón.

Efectos en el sector salud

La escasez cada vez mayor de recursos dificulta la planificación en el sector público, incluido el de salud. Aunque los porcentajes presupuestarios asignados a los ministerios de salud, por lo general, no cambiaron sustancialmente en la Región en su conjunto, se redujeron mucho en más de una docena de países.⁷ Además, el valor real de los recursos disminuyó anualmente en todas partes, lo mismo que el total del gasto público social. Como consecuencia, hubo menos dinero para mantener y dotar los programas de salud pública, dispensarios y hospitales. El salario real de los trabajadores de salud se redujo; la escasez de fondos dificultó el financiamiento del creciente costo de importaciones imprescindibles, como vacunas, equipo y productos farmacéuticos,⁸ y las inversiones para mantener o mejorar los establecimientos y equipos de salud disminuyeron vertiginosamente.

Fue difícil mantener los niveles existentes de servicios y casi inconcebible ampliar los programas. No obstante, se hizo necesaria una expansión porque el crecimiento natural de la población incrementó el número de personas que necesitaban servicios; además, más de 150 millones de personas desempleadas o con bajos

² *Ibid.*

³ Banco Mundial, *Informe anual 1989*. Washington, D.C., 1989.

⁴ BID, *op. cit.*

⁵ Banco Mundial, *op. cit.*

⁶ BID, *op. cit.*

⁷ BID, *op. cit.*

⁸ Musgrove, P. (ed.). *Crisis económica y salud: la experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta*. Anexo II al Documento CD34/21 preparado para la XXXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, Washington, D.C., septiembre de 1989.

ingresos no estaban cubiertas por el sistema de seguridad social ni podían afrontar la atención privada.

Si las circunstancias no cambian, en el año 2000, para el que faltan solo 10 años, casi la mitad de la población de la Región, es decir, unos 250 millones de personas, no tendrá acceso regular a servicios de salud. Si los gobiernos han de alcanzar la meta de ofrecer igualdad de acceso a la atención de salud a todas las personas, tendrán que duplicar la cobertura en el decenio venidero, precisamente cuando menos posibilidades tendrán de hacerlo.

Tendencias de salud

Por desalentadora que sea la tarea de duplicar la cobertura, los desafíos para el sector salud se extienden más allá del número de personas que se deben atender.

Una de las razones por las cuales los servicios de salud pública se han visto abrumados por la creciente demanda ha sido el cambio demográfico de centros rurales a urbanos, consecuencia de las políticas de desarrollo precedentes. La población económicamente activa se concentra ahora en las ciudades, donde están los empleos y servicios. Se prevé que a fines del presente siglo, más de 75% de la población de la Región vivirá en el medio urbano y que la mitad de esa población urbana se concentrará en 15 ciudades de más de cuatro millones de habitantes cada una.

Este cambio radical trae consigo un cambio del perfil de salud, porque lo que se llama urbanización es, en realidad, un conjunto de cinturones de pobreza en rápida expansión alrededor de las ciudades de mayor importancia. Los residentes de esos cinturones de pobreza viven en la miseria, en asentamientos hacinados y sin planificar, carentes de servicios básicos como abastecimiento de agua, saneamiento, control de vectores y dispensarios de salud. Están acosados por los problemas típicos de las concentraciones urbanas pobres: bajo peso al nacer, abandono de los niños, peligros ambientales, toxicomanía, malnutrición y muchas otras enfermedades producto de los ingresos y servicios insuficientes.

Las condiciones económicas de las zonas rurales tampoco han mejorado. Según la CEPALC, el ingreso agrícola real se redujo constantemente en 16 países estudiados. Al mismo tiempo, la intensa demanda de servicios en las zonas urbanas, sumada a la escasez de recursos físicos y humanos, significa que en la mayoría de los programas de salud no se ha podido adelantar mucho para llegar a la población agrícola dispersa.

Aunque el sector salud puede hacer poco por resolver el problema de la pobreza propiamente dicha, afronta diariamente sus consecuencias. Casi 700 000 personas, en su mayoría niños, mueren anualmente de enfermedades que serían completamente prevenibles si contaran con servicios de agua potable, suficientes alimentos y acceso a vacunas sencillas y baratas y a atención preventiva y curativa básicas y oportunas. La gastroenteritis y la diarrea por sí solas están asociadas a 200 000 de esas defunciones. No es preciso elaborar nuevos productos farmacéuticos costosos puesto que ya existe la tecnología. El problema está en encontrar la forma de facilitar el acceso a los servicios y la tecnología existentes, y en conseguir el compromiso político y el apoyo financiero necesarios para crecer con eficacia y eficiencia en épocas de crisis.

Otro cambio se ha dejado sentir en los servicios de salud: la población de América Latina y el Caribe envejece paulatina pero continuamente. La mayor esperanza de vida es señal de un importante logro en la Región; sin embargo, ese éxito significa que los servicios médicos y de salud pública deben adaptarse a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas cuyo tratamiento solía reservarse solo a los ricos que podían pagar el costo de la atención privada. Eso entraña nueva capacitación, estudios epidemiológicos, servicios más complejos y actividades de información pública, que exigen financiamiento.

El trabajo de la Organización durante el cuatrienio

Uno de los principios de mayor importancia que sirven de base a las actividades de la Organización es que el acceso universal a los

servicios de salud debe considerarse y acatarse como un derecho fundamental de todo ciudadano, cuyo bienestar debe ser la finalidad misma de las políticas nacionales de desarrollo.

La puesta en práctica de ese principio, especialmente en épocas de crisis económica, exige esfuerzos incansables por conservar los programas existentes en tanto se descubren nuevas formas de lograr la meta de igualdad. Parte de la estrategia consiste en lograr la voluntad política en los ámbitos nacional y local para incrementar los cambios necesarios y el financiamiento de los programas de salud. Al mismo tiempo, es preciso que el propio sector de la salud encuentre la forma de usar más eficientemente los recursos de que ya dispone.

A pedido de sus Gobiernos Miembros, la OPS organizó sus recursos para recalcar la importancia de una estrategia múltiple durante el cuatrienio: mientras emprendía las complejas reformas necesarias en materia de organización para aumentar la eficiencia y el alcance de la prestación de los servicios básicos de salud, la Organización encabezó la movilización de recursos nacionales, subregionales y externos para proyectos específicos factibles de lograrse a corto plazo. Uno de los principales métodos empleados para lograr la movilización de recursos fue la identificación de programas prioritarios de interés para grupos de países. En consecuencia, se intensificó la cooperación entre ellos en campos establecidos en forma conjunta y se mejoró la coordinación entre instituciones y organismos que colaboran a nivel nacional.

Transformación de los sistemas nacionales de salud

La esencia de la estrategia cuatrienal de la OPS para promover la transformación de los sistemas nacionales de salud existentes se esbozó en el documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990." En ese documento, aprobado en 1986, se abordaron los obstáculos

institucionales que dificultan la expansión de la prestación de servicios de salud, muchos de los cuales son producto de excesiva centralización. Las prioridades programáticas establecidas fueron: desarrollar la infraestructura de los servicios de salud, sobre todo la atención primaria de salud; ofrecer solución a los problemas de salud prioritarios de los grupos vulnerables, y administrar los conocimientos que se requieren para lograr esos fines.

La clave de la primera prioridad fue la medida tomada para desarrollar y fortalecer los sistemas locales de salud. Estos deberían prestar amplios servicios primarios, con un enfoque suficientemente flexible para poder atender las necesidades específicas de la comunidad. Con este método se busca descentralizar las decisiones sobre el manejo de los recursos y servicios con el fin de asignar la ejecución y responsabilidad al personal del ámbito local; en otras palabras, se establece el grado de autoridad local que falta en los sistemas muy centralizados. Dado que la participación social reviste importancia crítica para el funcionamiento de este método, la democratización es tanto una clave de su éxito como un subproducto de su puesta en práctica.

Los grupos vulnerables objeto de actividades especiales comprenden niños, mujeres embarazadas, personas muy pobres y ancianos, así como adolescentes expuestos además a riesgos de violencia y toxicomanía en asentamientos periurbanos. De esos grupos, se dio especial atención al de los niños mediante los programas de vacunación, control de diarreas, infecciones respiratorias agudas, y crecimiento y desarrollo. De ser fructífera la campaña de erradicación del virus salvaje de la poliomielitis a fines de 1990, y los resultados de la evaluación así parecen indicarlo, la Región será la primera del mundo en alcanzar esa meta. También se ha logrado adelantar en el control del sarampión, otra enfermedad infantil grave y prevenible; los países del Caribe, el Canadá, Costa Rica, Cuba y los Estados Unidos de América han fijado para 1995 la meta de eliminar su propagación autóctona.

El esfuerzo por aprovechar los conocimientos a fin de fomentar la mayor disponibilidad y

el mejor uso de la información incluye la investigación, el análisis y la difusión de información. Además, la Organización reforzó sus actividades de información pública con tecnología basada en videocintas y transmisiones para hacer llegar al público en general información en salud concisa y en forma gráfica. Se espera que un público mejor informado cambie de conducta en la búsqueda de atención de salud preventiva. Del mismo modo, una población bien informada estará mejor capacitada para romper la barrera del silencio y ejercer sus derechos democráticos al exigir servicios de salud apropiados donde vive.

Situación de la Región

El principal enfoque durante el cuatrienio 1986-1989 consistió en fijar metas concretas y factibles de lograrse mientras se emprendía el proceso más difícil de transformar las estructuras de los sistemas de salud. Además de garantizar adelantos tangibles, con este método se aprovechan determinados logros para mantener el impulso y el ánimo. Varios de esos logros habrían sido satisfactorios aun en la mejor de las épocas, lo cual es particularmente digno de mención dado el entorno de crisis en que se alcanzaron.

Uno de los adelantos más significativos de los Gobiernos Miembros de la OPS es el hecho de haber formulado una estrategia de salud común y cooperado en su realización, un logro por derecho propio, ya que las crisis a menudo crean competencia por recursos. La adopción del documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990" como marco del desarrollo del sector salud estuvo vinculada a las iniciativas subregionales de formulación de soluciones coordinadas para resolver los problemas existentes. El Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica ha tenido bastante éxito en la obtención de apoyo financiero, debido a la preocupación existente en el medio internacional por la crítica situación de la subregión y el consiguiente entusiasmo por el lema estratégico de la iniciativa: "Salud, un puente para la paz".

Las otras iniciativas lograron progresar en algunas de sus metas y seguirán siendo valiosos medios de cooperación técnica de la OPS/OMS.

Un importante indicador de los logros de la Organización durante el cuatrienio es el voto de confianza que se le dio con el cuantioso monto del financiamiento externo recibido en el período. A fines del cuatrienio, las contribuciones extrapresupuestarias a los programas de salud de la OPS fueron casi iguales al monto total de las contribuciones a los presupuestos ordinarios por programas de la OPS y de la OMS para la Región. Una recaudación de fondos de esa magnitud en un momento en que muchos programas internacionales sufren reducciones es testimonio de la confianza depositada por la comunidad internacional en la Organización como catalizadora de las políticas de desarrollo regional de salud.

Con respecto al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, varios ministerios de salud suscribieron acuerdos operativos con institutos de seguridad social para reducir la duplicación de servicios y ofrecer cobertura donde no existía antes. Se logró adelantar en la compleja tarea de establecer perfiles epidemiológicos que sirvieran de base para las intervenciones preventivas y los sistemas locales de salud. La mayoría de los gobiernos logró determinar sus necesidades de personal de salud y, con la cooperación de la OPS/OMS, poner en marcha programas de capacitación apropiados.

Con el fin de combatir los problemas de salud prioritarios de los grupos vulnerables, en la mayoría de los Gobiernos Miembros mejoró la cobertura de vacunación de los niños menores de 1 año; se redujo la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y atención perinatal deficiente; y disminuyó mucho la incidencia de rabia urbana. Los logros en el campo de la nutrición en general fueron menos sobresalientes, sobre todo a causa de la situación económica. Sin embargo, hubo importantes mejoras en la solución de problemas nutricionales específicos, por ejemplo, el bocio endémico, para el cual es posible hacer inter-

venciones de salud con un objetivo determinado.

Los servicios de salud más afectados por la crisis económica fueron la atención hospitalaria, los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento y el control de vectores, campos en los cuales los suministros y el equipo que se deben importar a menudo representan altos costos constantes. La falta de fondos también limitó la construcción y el mantenimiento de amplias instalaciones de atención hospitalaria y de tratamiento de agua potable y aguas negras.

El sector salud de la Región seguirá afrontando graves dificultades en el decenio venidero: los peligros para la salud provenientes de la creciente exposición a contaminantes del medio ambiente, una continua lucha por garantizar acceso universal a los servicios de salud, el persistente problema del control de las enfermedades prevenibles que dejan todavía un saldo innecesario de morbilidad y mortalidad, el creciente problema de la atención de las necesidades de salud de los ancianos y los efec-

tos cada vez mayores del uso indebido de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

En los capítulos siguientes quedará claro que la Región ha demostrado lo mucho que se puede hacer aun en las peores épocas. Sin embargo, ninguno de los campos en cuestión es del dominio exclusivo del sector salud. El desafío de formular nuevas políticas viables de desarrollo está en manos de los países de las Américas. En esas políticas se deberá incluir la democracia participatoria, considerar las repercusiones de un mundo en evolución y sus efectos para el medio ambiente y redefinir la función del Estado en la provisión de servicios sociales.

El progreso del sector salud depende, en gran medida, del resultado de las decisiones nacionales en materia de desarrollo. Sin embargo, al llevar adelante sus metas de proteger la salud de la población y obtener acceso universal y equitativo a los servicios, el sector salud contribuye al mismo tiempo al logro de un objetivo de desarrollo nacional de mayor alcance.

CAPITULO I

CUERPOS DIRECTIVOS

Tres Cuerpos Directivos orientan el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la autoridad suprema en el gobierno de la OPS, está integrada por un delegado de cada Gobierno Miembro y se reúne cada cuatro años. Elige al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, determina las normas generales de la OPS y es el principal foro donde los gobiernos debaten asuntos de importancia para la salud pública.

El Consejo Directivo está formado también por un representante de cada Gobierno Miembro y se reúne anualmente en los tres años en que la Conferencia deja de hacerlo. El Consejo examina y aprueba el presupuesto por programas de la OPS y analiza asuntos importantes para la Organización y sus Gobiernos Miembros.

El Comité Ejecutivo está integrado por representantes de nueve Gobiernos Miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo por períodos escalonados de tres años. El Comité se reúne dos veces al año para revisar los asuntos técnicos y administrativos y presenta sus recomendaciones al Consejo o a la Conferencia; también prepara el programa provisional para sus reuniones.

Por acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia y el Consejo desempeñan también las funciones de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

En las reuniones ordinarias celebradas durante el cuatrienio, cada uno de los Cuerpos Directivos de la OPS aprobó un conjunto de resoluciones en las que se recomendaron varias medidas a los Gobiernos Miembros y al Director de la

OSP. Las principales resoluciones aprobadas durante el período ofrecen pautas para los programas nacionales y regionales y recogen las principales inquietudes de los Gobiernos Miembros en cuanto a las condiciones de la salud pública en la Región.

CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (XXXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas) se celebró en la sede de la OPS/OMS en Washington, D.C., en 1986. Los Gobiernos Miembros eligieron al Dr. Carlyle Guerra de Macedo como Director para un segundo período de cuatro años a partir de 1987 (Resolución II).

Entre otras resoluciones emanadas de la Conferencia se destaca aquella en virtud de la cual se aprobó el documento titulado "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990" (Resolución XXI), en el que se establecieron los lineamientos básicos para el programa cuatrienal de la Organización y la Secretaría. En la resolución se pidió además prestar especial atención a lo siguiente: fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud; desarrollo de la capacidad de análisis financiero y de administración de recursos del sector salud; perfeccionamiento de los sistemas nacionales de información sobre la salud, y definición de la función de los trabajadores de salud, reconocimiento de la importancia de la participación de la comunidad e integración de la educación y capacitación del personal de salud.

La Conferencia aprobó la iniciativa de "Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe" (Resolución XI), formulada conjuntamente por la OPS, la Comunidad del Caribe (CARICOM) y la Conferencia de Ministros Responsables de la Salud en el Caribe. También apoyó el "Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina" (Resolución XXII), preparado por la Organización y el Convenio Hipólito Unanue, en el que se destacó la importancia de la movilización de recursos para campos prioritarios.

CONSEJO DIRECTIVO

Durante el cuatrienio, el Consejo Directivo celebró tres reuniones: la XXXII (1987), la XXXIII (1988) y la XXXIV (1989). La Resolución XV aprobada en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo fue una de las medidas más drásticas del Consejo para garantizar que se cumpla con la prioridad establecida por la Organización, de fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud. Al declarar que estaba convencido de que es preciso afrontar el desafío de mejorar la salud de los grupos de población más necesitados, a pesar de la crisis económica de la Región, el Consejo instó a los Gobiernos Miembros a intensificar sus esfuerzos para definir la política, las estrategias, los programas y las actividades tendientes al desarrollo de los sistemas locales de salud. En la resolución se hizo particular hincapié en la asignación de recursos suficientes y en la descentralización administrativa como manera de fortalecer la capacidad operativa de dichos sistemas. Entre tanto, se pidió al Director que emprendiera una amplia gama de actividades en ese campo, incluso de cooperación técnica, difusión de información, evaluación y apoyo programático a las actividades nacionales.

Presupuesto por programas

En 1987, en su XXXII Reunión, el Consejo Directivo asignó \$US138 806 000 para

apoyar los programas de la OPS en el bienio de 1988 a 1989 (Resolución II). En su XXXIV Reunión celebrada en 1989, asignó \$US145 599 550 para el período presupuestario 1990-1991. Al incrementar la eficiencia y eficacia de sus operaciones, manejar sus recursos con cuidado y atraer más recursos extrapresupuestarios, la Organización mantuvo su aumento presupuestario a un nivel modesto, particularmente en comparación con el de otros organismos internacionales.

Recaudación de cuotas

El estado de la recaudación de cuotas de los Países Miembros fue un asunto de profunda preocupación para los Cuerpos Directivos de la OPS. Como resultado de la prolongada crisis económica y de la deuda, algunos Gobiernos dejaron de cumplir la obligación de pagar cuotas anuales de afiliación, contraída por medio de tratados internacionales. En el cuatrienio, los Cuerpos Directivos observaron un alarmante incremento del número de Gobiernos Miembros de la OPS atrasados en el pago de sus cuotas.

En consecuencia, los Cuerpos Directivos consideraron la posibilidad de aplicar el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, que exige la suspensión de los privilegios de voto de los Gobiernos Miembros que tengan atrasos que excedan del importe de los pagos anuales de sus cuotas correspondientes a dos años completos. En varias resoluciones se expresó la preocupación del Consejo respecto a la posibilidad de imponer esa sanción. En 1989, el Consejo pidió al Director que informara a dos Gobiernos Miembros que sus privilegios de voto se suspenderían a menos que cumplieran los requisitos del plan de pago para la fecha de inauguración de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. Por otra parte, el Consejo felicitó a los Gobiernos que habían hecho un esfuerzo impresionante por saldar sus obligaciones atrasadas con la OPS.

Iniciativas subregionales

Como se señaló antes, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las iniciativas subregionales de la OPS en el Caribe y la Región Andina. En su XXXIII Reunión, el Consejo aprobó la Resolución X en la cual respaldó las pautas y estrategias formuladas conjuntamente por los países de la Subregión Andina y pidió al Director que colaborara con los países andinos en la movilización de apoyo internacional para esa empresa conjunta.

Prevención y control de enfermedades

Los Cuerpos Directivos aprobaron varias resoluciones en las que se fomentaron campañas conjuntas para prevenir, controlar o erradicar ciertas enfermedades infecciosas y educar mejor al público respecto al abuso de sustancias y de otras clases de conducta causantes de quebrantos de salud. La campaña de erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje de las Américas para 1990 fue el tema de varias resoluciones del Consejo Directivo. Este aprobó también varias resoluciones en las que se exigían medidas rápidas para responder al creciente problema del SIDA, programa para el cual la Organización recibió un mayor apoyo financiero. La necesidad de fortalecer los programas de control de la malaria y la manifiesta propagación de *Aedes albopictus* en ciertas zonas de la Región llevaron al Consejo Directivo a aprobar varias resoluciones en las que se subrayó también la necesidad de controlar o erradicar el mosquito *Aedes aegypti*.

El abuso del tabaco y de las drogas recibió cada vez mayor atención de los Cuerpos Directivos de la OPS. En su XXXIII Reunión, el Consejo Directivo aprobó la Resolución XVIII en la que promueve la prevención de la farmacodependencia y la Resolución XXII en la que insta a la lucha contra el tabaquismo. Igualmente, en su XXXIV

Reunión, el Consejo aprobó el Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control del Tabaquismo (Resolución XII), así como la Resolución XIV sobre la lucha contra la drogadicción, la farmacodependencia y el narcotráfico.

La mujer, la salud y el desarrollo

Los Cuerpos Directivos de la OPS han tomado nota en repetidas ocasiones sobre casos de injusticia y desaprovechamiento de posibles recursos cuando se niega a la mujer plena participación, con igualdad de derechos y de acceso, en todos los campos de la lucha por el desarrollo humano y nacional. En cada una de las reuniones realizadas durante el cuatrienio, el Consejo aprobó resoluciones en las que expresó su preocupación por ese asunto y su deseo de que se produzcan francas mejoras al respecto.

Preparativos para situaciones de emergencia y casos de desastre

Todos los años, la Región de las Américas sufre daños ocasionados por huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, sequías y conflictos armados. Desde mediados de los años setenta, la OPS ha ido a la vanguardia en materia de preparativos para casos de desastre en el mundo. En la Resolución X aprobada en la XXXII Reunión del Consejo Directivo (1987), se trataron los aspectos técnicos de los desastres y la salud, y en la Resolución VI aprobada en la XXXIV Reunión del Consejo, se abordaron los efectos del huracán Hugo y se felicitó al Director por la respuesta de la Organización ante las situaciones de emergencia en los países.

Otros asuntos

Las repercusiones de la "década perdida" para los programas de salud en América

Latina y el Caribe fueron objeto de consideración en cada reunión de los Cuerpos Directivos en el transcurso de 1980. En su XXXIV Reunión celebrada en 1989, el Consejo Directivo, en su Resolución XV, subrayó la importancia del estudio en marcha de la OPS sobre las repercusiones que había tenido la crisis económica en las condiciones de salud de la población de la Región.

En la Resolución XIII aprobada en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo (1988) se solicitó que antes del final de 1990 los Gobiernos Miembros establecieran metas nacionales para reducir la mortalidad materna en el año 2000 y que los países donde se registraran más de cinco defunciones maternas por cada 10 000 nacidos vivos establecieran la meta de reducir esa tasa de mortalidad al menos en un 50%.

Durante su XXXIII Reunión, el Consejo Directivo también abordó la política y las líneas de acción de la Organización en materia de alimentación y nutrición (Resolución XVI). Al reconocer la persistencia de graves problemas de alimentación y nutrición en la Región, el Consejo pidió encarecidamente a los Gobiernos Miembros que fortalecieran su política y sus estrategias multisectoriales para mejorar el estado de nutrición de sus respectivas poblaciones, particularmente las de bajos ingresos y los grupos expuestos a un alto riesgo biológico. Se hizo hincapié en siete aspectos de la cooperación técnica de la

Organización, incluso planificación, ejecución y evaluación de estrategias de alimentación y nutrición, vigilancia nutricional, distribución de alimentos y control de las deficiencias de yodo, hierro y vitamina A.

COMITE EJECUTIVO

Además de analizar los asuntos técnicos y políticos y de formular recomendaciones al Consejo Directivo y a la Conferencia Sanitaria Panamericana para consideración y acción definitivas, el Comité Ejecutivo analizó algunos asuntos relativos a la administración de la Organización, incluso varias enmiendas al Reglamento de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, informes sobre la marcha de las actividades relativas a la puesta en práctica del recién establecido sistema de contratación de personal bajo condiciones locales de empleo, medidas necesarias para la administración del fondo para bienes inmuebles y recomendaciones sobre el programa de becas. El Comité tomó las medidas pertinentes respecto a los informes de su Subcomité de Planificación y Programación, su Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y su Subcomité Permanente sobre Organizaciones Interamericanas no Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS.

CAPITULO II

DESARROLLO Y GESTION DEL PROGRAMA GENERAL

DIRECCION ADMINISTRATIVA

La Dirección Administrativa encauza las actividades de la Organización y orienta la labor de su Secretaría. Ese encauzamiento entraña la vigilancia de los programas para garantizar que se actualicen regularmente y puedan así satisfacer las necesidades de los países a los que están destinados e incorporar los adelantos que se logren en tecnologías y métodos de salud. Respecto a la orientación que brinda a la Secretaría, la Dirección Administrativa tiene la función de fomentar el diálogo y la cooperación entre los organismos multilaterales, bilaterales y privados que trabajan en el campo de la salud, y de procurar que tanto en el plano internacional como en el nacional se contraiga el compromiso de mejorar la salud en la Región.

La máxima responsabilidad de la Dirección Administrativa es mantener a la Organización sobre una base financiera sólida, y por eso controla de cerca sus finanzas. Este control resultó especialmente necesario durante el cuatrienio 1986-1989, pues en los últimos cuatro años el serio déficit presupuestario y la aportación irregular de las cuotas han sido temas de constante preocupación. La nueva programación y los sistemas financieros que se han incorporado en el curso del período han permitido que la Administración brindase protección a los programas, actividades y enfoques estratégicos de la Organización durante el decenio de 1980.

PROGRAMA DEL DIRECTOR REGIONAL PARA ACTIVIDADES DE DESARROLLO

El Programa del Director Regional para actividades de desarrollo consiste de un fondo asignado en el presupuesto a fin de dar al Director de la OSP la flexibilidad necesaria para costear actividades especiales en campos prioritarios en los que el tiempo es esencial y para los que no se pueden hacer asignaciones presupuestarias de antemano. A causa de la disminución en la contribución de las cuotas pagaderas a la Organización, el Director redujo un 36%, o sea \$US1 947 000, la suma originalmente autorizada para ese fin por los Cuerpos Directivos para el período 1986-1989.

El Director empleó el resto de los fondos para resolver problemas imprevistos en los sectores de salud de los Países Miembros; aprovechar nuevas oportunidades de cooperación técnica o fomentar otros métodos para realizarla; apoyar conceptos, enfoques o tecnología de salud innovadores, y promover, coordinar o acelerar las iniciativas subregionales.

En este período, casi 62% de los fondos restantes se emplearon para los dos primeros fines, incluso para prestar apoyo especial a varios países azotados por los huracanes Gilbert y Joan. La mayor parte del resto se destinó a actividades específicas de carácter urgente relacionadas con la introducción y

ejecución de las iniciativas regionales y sub-regionales de la Organización.

DESARROLLO DEL PROGRAMA GENERAL

En el cuatrienio 1986-1989 se logró adelantar mucho en diversos renglones del desarrollo del programa general a fin de mejorar la gestión administrativa, incrementar la eficiencia y eficacia de la Organización y asegurar la capacidad de la Oficina Sanitaria Panamericana para responder a las condiciones cambiantes de los países y a los mandatos de los Cuerpos Directivos, contenidos en el documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990". Se prestó especial atención al perfeccionamiento y la automatización del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), a la revisión conjunta gobierno nacional-OPS/OMS de la cooperación técnica en cada país, al desarrollo del personal de la Organización y al fortalecimiento de sus Representaciones en los países.

Como parte del proceso del AMPES, se celebraron consultas a nivel de país en 1986 y 1988 para preparar los presupuestos generales por programas correspondientes a 1988-1989 y 1990-1991, respectivamente, que incluyen actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS durante esos períodos.

Además de perfeccionar los procedimientos del AMPES, se incorporó la evaluación de los programas de la OPS/OMS al sistema, así como los mecanismos que permiten modificar las actividades en marcha según la disponibilidad de recursos humanos y financieros. En general, se buscó una mayor descentralización, lo que, a su vez, exigió que cada unidad orgánica tuviera la infraestructura administrativa apropiada, mientras la Organización mantenía un sistema centralizado para establecer políticas y programas prioritarios.

Los esfuerzos se concentraron también en mejorar los Subsistemas de Presupuesto

por Programas y Seguimiento y Evaluación, estableciendo la práctica de especificar los resultados que tratan de alcanzar los programas con cada uno de sus proyectos. La descripción de los resultados previstos sirve luego de base para vigilar y evaluar los programas.

El trabajo hecho para mejorar la fase a corto plazo del AMPES se orientó hacia la creación de un sistema integrado de información gerencial, que se seguirá mejorando en el transcurso del cuatrienio venidero. En ese campo se logró avanzar en cuanto a la definición y programación de un sistema automatizado de producción y montaje del presupuesto operativo anual por programas de la OPS/OMS (APB) y el plan de trabajo cuatrimestral (PTC). Ahora se emplean sistemas basados en el uso de microcomputadoras para preparar el APB y el PTC de cada unidad, que luego se incorporan en una base única de datos de toda la Organización, en la computadora principal.

Como parte del proceso de gestión del programa general se celebraron evaluaciones conjuntas de las actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS en la mayoría de los países de la Región. En las reuniones se trató de reajustar la orientación de los programas de cooperación técnica en cada país y de incrementar la eficiencia con que se emplean los recursos de la OPS/OMS.

Respecto al desarrollo del personal de la OPS/OMS, se asignó máxima prioridad a la capacitación de personal en todos los niveles y al uso eficaz de los recursos de adiestramiento y otros mecanismos de apoyo.

Las actividades dedicadas a fortalecer las Representaciones de la OPS/OMS se tratan en el Capítulo III del presente Informe, en la sección titulada "Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud".

COORDINACION EXTERNA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL

El intenso esfuerzo desplegado por la OPS/OMS para movilizar financiamiento externo para los proyectos de salud permitió

lograr adelantos espectaculares en los últimos cuatro años. En 1989, los fondos extra-presupuestarios alcanzaron un monto sin precedentes y representaron más del 40% del gasto total de la Organización.

Como resultado de su trabajo por movilizar recursos externos, durante el cuatrienio se fortaleció la relación de la OPS/OMS con las principales fuentes externas de financiamiento que trabajan activamente en la Región. Se celebraron reuniones anuales con organizaciones multilaterales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP).

La Organización también estableció una red de contactos con contribuyentes a las iniciativas subregionales (Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica, Cooperación Andina en Salud y Cooperación para la Salud en el Caribe) y a los proyectos y programas prioritarios especiales (la mujer, la salud y el desarrollo; la erradicación de la poliomielitis, y la prevención y el control del SIDA). Para apoyar las iniciativas formuladas en Centroamérica y el Caribe, la Organización formó delegaciones de funcionarios nacionales y de la OPS/OMS que exploraron las posibilidades de apoyo financiero en América del Norte y Europa.

Las principales fuentes de financiamiento externo para proyectos de salud fueron las instituciones multilaterales de crédito (BID, Banco Mundial), la Comunidad Económica Europea (CEE) y los Gobiernos del Canadá, Dinamarca, los Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Italia, Japón, Noruega, el Reino de los Países Bajos, el Reino Unido, la República Federal de Alemania y Suecia. Además de la OMS, otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, como el PNUD, el FNUAP y el UNICEF ofrecieron sólido apoyo, lo mismo que fuentes no gubernamentales, incluso la Fundación W. K. Kellogg, la Corporación

Carnegie de Nueva York y el Club Rotario Internacional.

La Organización participó en dos reuniones de importancia destinadas a movilizar recursos para la Región y a mejorar la coordinación de la cooperación internacional en los proyectos de salud en los planos nacional y subregional. En 1988, la OPS/OMS patrocinó junto con el Gobierno de España la II Reunión de Madrid sobre Centroamérica, en apoyo del plan llamado "Salud, un puente para la paz", a la que asistieron representantes de más de 35 gobiernos y organizaciones no gubernamentales. En 1989, el Gobierno de Italia y la OPS/OMS patrocinaron conjuntamente una Conferencia Ministerial sobre Cooperación Italiana en Salud en América Latina y el Caribe, en la que estuvieron presentes 22 ministros de salud de la Región.

La OPS/OMS siguió desempeñando su labor de preparar, publicar y distribuir pautas para la movilización de recursos y directorios actualizados de las principales fuentes oficiales y privadas de financiamiento que trabajan activamente en la Región. Como apoyo a los Países Miembros, la OPS/OMS organizó seminarios y talleres sobre técnicas de movilización financiera a los que asistieron funcionarios encargados de actividades de cooperación internacional en los países de Centroamérica, representantes de 11 países del Caribe Oriental, becarios residentes de la OPS/OMS y participantes de los países andinos, Argentina, Guyana, Santa Lucía y Trinidad y Tabago.

COORDINACION DE INFORMACION

Durante el cuatrienio 1986-1989, las necesidades y los servicios de información cambiaron mucho, lo mismo que los planes para aglutinarlos. La Oficina de Coordinación de Información adelantó en la consolidación de los recursos para sistematizar la información de la Sede de la Organización. La capacidad general de automatización en computadora mejoró al modernizarse la computadora principal y los servicios de

mecanografía electrónica y al agregarse una minicomputadora y un conjunto de microcomputadoras.

La introducción de la tecnología de disco compacto con memoria de lectura solamente (CD-ROM) permitió facilitar una gran cantidad de información bibliográfica a instalaciones de varios países a un costo muy bajo. Durante el cuatrienio se creó un prototipo de este proyecto, que luego se puso en funcionamiento y se trasladó a BIREME.

La terminación del Sistema de Administración Financiera (FMS) siguió constituyendo la máxima prioridad dentro del trabajo de determinación de aplicaciones. La Oficina de Coordinación de Información trabajó estrechamente con las unidades de Presupuesto y de Finanzas y Contabilidad para definir y programar el sistema. Concluyó la preparación de los módulos de "presupuesto", "contabilidad de costos" y "teneduría del libro mayor" de dicho sistema. Ya están en funcionamiento y exigen solo leves modificaciones. Esos módulos se diseñaron de forma que fueran compatibles entre sí y con otros sistemas de la OPS y en el próximo período se seguirá trabajando por perfeccionar esa interdependencia.

En 1989, se establecieron vínculos entre el Sistema de Administración Financiera sobre el Terreno (FFMS), empleado en varios sitios, y el sistema FMS de la Sede. Eso permite registrar rápidamente en la Sede las transacciones realizadas sobre el terreno.

Terminó de prepararse la base de datos inicial del Sistema de Recursos Humanos, que contiene el historial profesional de probables empleados y se facilitó a los usuarios del sistema en línea de la OPS. Se establecieron otros servicios y vínculos en la medida en que lo permitieron los recursos, pero se prevé que la terminación del sistema llevará varios años.

A fines del cuatrienio estaba próximo a utilizarse un servicio de correo electrónico. Una vez instalado, permitirá a los usuarios de los sistemas WANG dentro de la OPS comunicarse fácilmente con oficinas e instituciones fuera de la Sede. Para ello se emplean técnicas y sistemas de programación creados por otro organismo de las Naciones Unidas.

La introducción de un gran número de microcomputadoras y la necesidad de compartir información llevó a la Organización a instalar una red local (LAN) en toda la Sede. El trabajo en este proyecto comenzó en 1989.

CAPITULO III

INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

INTRODUCCION

El Area de Infraestructura de los Sistemas de Salud se reorganizó en 1986 para unir los Programas de Desarrollo de los Servicios de Salud, Desarrollo de Políticas de Salud, Desarrollo de Recursos Humanos, Información Científico-Técnica en Salud y Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Sus programas se concentraron en la formulación de estrategias para prestar servicios integrados de cooperación técnica interprogramática a los Gobiernos Miembros.

La crisis económica y social que sufre la Región, el continuo proceso de democratización, la necesidad de los gobiernos de reformular las estrategias de desarrollo y el proceso de modernización de la función del Estado fueron factores que influyeron en los intentos por reformar la prestación de servicios de salud durante el cuatrienio. Dentro del sector de salud propiamente dicho, los intentos pasados por lograr igualdad de acceso solo mediante un incremento del número de servicios existentes resultaron infructíferos. En consecuencia, los dirigentes del sector salud apoyaron, en su mayoría, un enfoque integrado dentro del ámbito del Area, en el que se dio consideración prioritaria a la calidad y eficiencia de los servicios, así como a su reforma administrativa.

Por tanto, en los programas correspondientes se realizaron actividades de cooperación técnica guiadas por las estrategias de descentralización de la administración y promoción de los sistemas locales de salud; coordinación, con otros sectores, del acopio de información y de los métodos de interven-

ción; mejora del manejo de la información, e identificación e incorporación del análisis multicausal en la formulación de proyectos de salud.

Al aprobar la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo (1988), los países de la Región determinaron que el sector salud debería reorganizarse mediante el desarrollo de sistemas locales de salud. Se asignó al Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud la responsabilidad de coordinar esta estrategia y, de acuerdo con ello, se procedió a orientar todo el grupo de programas que constituyen el Area de Infraestructura de los Sistemas de Salud. El desarrollo de perfiles ocupacionales y los programas de capacitación patrocinados por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos tuvieron por objeto la preparación de un equipo de trabajadores de atención de salud que facilite el acceso universal a los servicios de atención primaria descentralizados. El Programa de Desarrollo de Políticas de Salud se concentró en los campos de planificación, financiamiento e innovaciones en materia de tecnología de salud. Gran parte del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias se dedicó a instituir métodos de epidemiología aplicada que permitieran tanto mejorar la capacidad nacional de análisis como incorporar a los epidemiólogos al proceso de formulación de políticas. El Programa de Información Científico-Técnica en Salud prestó apoyo a todas estas actividades y a las de otros programas técnicos fuera de esta Area, mediante la selección, publicación y distribución de información crítica para la democratización

de los conocimientos que va aparejada con el establecimiento de sistemas locales de salud eficaces.

Para fomentar la cooperación con otros sectores cuyo trabajo es de importancia para la salud, dentro de esta Área se identificaron instituciones clave con las cuales se pudieran emprender proyectos conjuntos. Entre esas empresas se destaca el proyecto Universidad y Salud para América Latina y el Caribe en el siglo XXI (USALC-XXI), con arreglo al cual las universidades de América Latina y el Caribe y la Unión de Universidades Latinoamericanas participaron en el estudio de las soluciones que pueden ofrecer a los problemas de salud ciertas disciplinas como economía, ciencias políticas, ingeniería y ciencias del medio ambiente.

En esta Área también se buscó una mayor colaboración entre el sector salud y el de seguridad social que, como principal financiador y proveedor de servicios de salud, es un participante indispensable para la reforma de los servicios y la ampliación de la cobertura. Con arreglo a los programas pertinentes también se patrocinaron reuniones para lograr la participación en proyectos de salud de grupos organizados tales como sindicatos, asociaciones médicas y partidos políticos.

La administración de información revistió importancia crítica en todos estos esfuerzos. Mejoró mucho la calidad y la cantidad de la información y de la experiencia práctica en la Región durante el cuatrienio. Por tanto, se hizo necesario determinar dónde existían otras lagunas de información y la forma de llenarlas. Las necesidades surgidas guardaron relación con la metodología administrativa y epidemiológica. Por consiguiente, la producción y distribución de documentación sobre estrategias tendientes a la eficiente planificación y administración de servicios fueron un campo que recibió atención de todos los programas. Sus esfuerzos se tradujeron en varias publicaciones científicas y técnicas editadas en español, inglés, francés y portugués. Varias de ellas, sobre todo las tituladas *El desafío de la epide-*

miología, SIDA: perfil de una epidemia y Recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica, tuvieron un efecto aún mayor del que se había previsto.

El desarrollo y la ampliación de los sistemas de redes de información y de la tecnología (LILACS/CD-ROM y BITNET) también fueron muy bien acogidos. Con la propia base de datos de la OPS/OMS y otra información adquirida, además de la ayuda del programa de computación MicroISIS, los sistemas de redes de información contribuyeron mucho a facilitar la disponibilidad y coordinación de información en los países.

La mayoría de los países donde se había realizado un análisis a fines del cuatrienio indicaron que estaban dispuestos a mejorar la cobertura de sus respectivos sistemas de salud con la estrategia de las redes de sistemas locales de salud. Algunos de ellos lograron adelantos técnicos y legislativos concretos en la puesta en práctica de esas políticas.

PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE SALUD

Durante el cuatrienio, la mayoría de los países de la Región avanzaron en reorientar las actividades de cooperación técnica a fin de establecer la infraestructura de los sistemas y servicios de salud destinados a satisfacer las necesidades de los grupos prioritarios de alto riesgo. La OPS/OMS cooperó en esos esfuerzos y en la evaluación de los adelantos logrados para alcanzar la meta de atención primaria de salud para todos en el año 2000. Los puntos de atención incluyeron el análisis y manejo de las dimensiones políticas de la salud y la organización institucional de los sistemas de salud, con particular hincapié en el establecimiento de relaciones con las instituciones de seguridad social y el sector privado.

Un elemento clave de la cooperación de la OPS/OMS fue la mejora de la organización y administración de las Representa-

ciones, encargadas de coordinar la cooperación técnica brindada por la OPS/OMS a los programas nacionales. Mediante la introducción de sistemas automatizados en todas las Representaciones, se incrementó la eficiencia de los procedimientos para formular programas de cooperación técnica con el fin de facilitar la planificación, programación y ejecución de proyectos. En muchas Representaciones se modificó el perfil del personal para adaptarse mejor a las necesidades nacionales.

Los funcionarios de la OPS/OMS recibieron adiestramiento en asuntos administrativos y técnicos para ampliar su grado de competencia. Se hizo particular hincapié en el mejoramiento de los servicios administrativos, las comunicaciones y el apoyo de secretaría, así como en la descentralización del control administrativo de becas, seminarios y cursos.

Los centros de documentación se fortalecieron para incrementar la disponibilidad y actualidad de información muy necesaria. Los centros suministraron servicios para la suscripción a revistas, compra de libros y fotocopia de artículos científicos y prestaron asistencia en la preparación de bibliografías, asesoramiento y capacitación de personal.

La infraestructura física mejoró al buscar nuevos edificios para las Representaciones o remodelar los existentes.

A medida que se fueron adquiriendo computadoras, se introdujo gradualmente el sistema de gestión financiera fuera de la Sede, que ya estaba en funcionamiento en varias Representaciones y Centros a fines de 1989. Ese sistema se destina a mejorar la confiabilidad de la información presupuestaria, financiera y contable y a reducir la carga de trabajo que entraña su sistematización en la Sede.

COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES Y PROYECTOS A NIVEL DE PAIS

La cooperación técnica entre los países en desarrollo es uno de los medios más útiles

para promover la coordinación de actividades por parte de los Países Miembros de la Organización, y de asegurar que se beneficien de sus experiencias mutuas en la resolución de problemas de salud comunes. Durante el período 1986-1989, la Organización fomentó esa cooperación técnica encaminada a compartir recursos humanos, experiencias prácticas y recursos financieros y a realizar proyectos conjuntos. Los esfuerzos se concentraron en la promoción de las investigaciones sobre salud y desarrollo de tecnología, diseño de sistemas para garantizar la disponibilidad de suministros y equipo esenciales, coordinación de las intervenciones para resolver problemas de salud comunes a varios países y participación en proyectos de desarrollo de recursos humanos.

Durante el cuatrienio, la Organización copió y divulgó documentación que facilitaría las actividades de cooperación técnica entre sus Gobiernos Miembros. También realizó reuniones multinacionales, talleres y seminarios y adjudicó becas a funcionarios nacionales para que pudieran observar la marcha de los programas de cooperación.

Las iniciativas de Centroamérica, el Caribe, el Area Andina y el Cono Sur ofrecieron un marco que facilitó el establecimiento de programas y actividades relacionados con problemas de salud comunes. Con la participación de la Organización, en la Reunión sobre el Sistema Económico Latinoamericano (SELA) celebrada en 1989 se escogió el sector salud para la promoción de reuniones de programación y negociación sobre cooperación técnica entre países en desarrollo, en el campo de la salud.

Aunque los resultados han sido lentos en lograrse por no haber existido antes empresas de esa índole, los programas como los realizados conjuntamente por México y los Estados Unidos de América, México y Belice, y entre los participantes en las iniciativas de Centroamérica y del Caribe tuvieron un comienzo con buenas perspectivas.

ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

El Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias fue creado en 1986 para atender la necesidad de fortalecer y ampliar la práctica de la epidemiología en los países de la Región, en vista de los trascendentales cambios epidemiológicos observados en América Latina y el Caribe. Junto con la persistencia de enfermedades típicas de la pobreza y del subdesarrollo, ha habido un aumento de los problemas de salud comunes en las naciones desarrolladas, como enfermedades de los ancianos, contaminación ambiental y accidentes y violencias. La prolongada crisis económica hizo aún más crítica la evaluación epidemiológica de las necesidades, a medida que los sectores de salud buscaban una base más sólida para determinar la mejor forma de asignar sus recursos.

Los objetivos del Programa están orientados a generar y utilizar información relacionada con la evaluación del estado de salud de la población, sus factores determinantes y sus tendencias, con miras a contribuir a la definición de las prioridades y la formulación de las políticas y estrategias de salud para fines de intervención. Otra meta es la evaluación del efecto de esas políticas y estrategias y, en especial, el de las intervenciones de salud, para que se puedan ajustar o reformular, según sea necesario. Estos objetivos incluyen la mejora de la disponibilidad, calidad y oportunidad de los datos apropiados y el fomento de su debida utilización para los análisis en marcha y para proyectos especiales de investigación. El trabajo del Programa, según se esbozó en su plan a mediano plazo para 1984-1989, fue realizado por personal de la Sede en varios países y en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

En el entendimiento de que la epidemiología es una de las disciplinas de salud pública de importancia crítica para el logro de los objetivos citados, el Programa apoyó reuniones nacionales convocadas para anali-

zar y reorientar la práctica de la epidemiología, formular recomendaciones para su expansión y fortalecimiento y analizar sus repercusiones para el adiestramiento y la generación de información. Esta actividad se ha realizado en casi todos los países de la Región. Varios países, incluso la Argentina, el Brasil y Venezuela, crearon comisiones nacionales de epidemiología para poner en práctica las recomendaciones formuladas en esas reuniones, con especial atención a los requisitos de los servicios locales de salud. Las conclusiones y recomendaciones de esas reuniones han contribuido a la preparación de planes nacionales de acción para fortalecer la práctica de la epidemiología y, a su vez, han representado un aporte a la adaptación en marcha de la cooperación técnica del Programa.

Se ha hecho hincapié en la cooperación técnica directa con los Gobiernos Miembros para fortalecer la práctica de la epidemiología en los servicios de salud, trabajo que incluye revisión, expansión y ajuste de la organización y las funciones de las unidades de epidemiología de acuerdo con los procesos de descentralización en curso. Se dedicaron esfuerzos singulares a mejorar la utilización de los conceptos, principios y métodos epidemiológicos para realizar análisis de la situación de salud y sus tendencias y examinar antiguos y nuevos problemas de salud. Se ofreció cooperación para determinar las necesidades de adiestramiento en epidemiología y disciplinas afines y en la formulación de estrategias para satisfacer esas necesidades, especialmente en lo que se refiere a adiestramiento en los servicios de salud y para los mismos.

Se asignó prioridad al fomento y apoyo de la investigación epidemiológica y al debate y difusión de sus resultados. Con el fin de facilitar esos debates se prestó apoyo a reuniones científicas en varios países. En la actualidad, esta clase de reuniones representa el mejor mecanismo disponible para consolidar la práctica de la epidemiología y fomentar la utilización de los conocimientos epidemiológicos como aporte a la formula-

ción de políticas y la organización y evaluación de servicios de salud.

Además, se formularon iniciativas regionales para fomentar la investigación, apoyar el adiestramiento y mejorar la difusión de información técnica.

El principal esfuerzo del Programa respecto a generación de información se centró en la promoción y el apoyo de proyectos de investigación sobre perfiles de salud. Se prepararon proyectos de investigación específicos para sistematizar los procedimientos usados tradicionalmente para analizar datos de mortalidad y adquirir experiencia en el empleo de procedimientos poco comunes, como el número de años de vida perdidos prematuramente. El personal de la Sede de la OPS/OMS y de las Representaciones trabajó con investigadores nacionales para llevar a cabo los estudios. De los 11 proyectos iniciados en 1985, se completaron nueve y continuaron los otros dos. En 1988 se celebró en Washington, D.C., una importante reunión para resumir los resultados de ese estudio sobre la mortalidad, de dos años de duración. Las conclusiones de la reunión se distribuyeron en toda la Región y tuvieron un marcado efecto en los análisis de mortalidad.

Se ha promovido una segunda clase de investigación epidemiológica a fin de poder comprender mejor la transición epidemiológica y su relación con las condiciones socioeconómicas de diferentes grupos de población definidos según la región geográfica, que sirva para facilitar la planificación y evaluación de los servicios de salud. A esos efectos, en agosto de 1989 se celebró en Brasilia una reunión en la que importantes investigadores de 10 países discutieron los métodos y enfoques apropiados para estudiar la relación entre la salud y las condiciones de vida en general.

La capacitación en epidemiología no se puede realizar en forma aislada de la práctica de la misma en los servicios de salud. Además, al integrar la enseñanza de la epidemiología con la prestación de servicios se transformaría gradualmente una modalidad

de práctica que, en gran parte, ha sido insensible a los cambios de los requerimientos de salud de la población. Profesores de las facultades de salud pública de Medellín, México, D.F., y Rio de Janeiro se reunieron en San José, Costa Rica, en julio de 1986 para discutir una propuesta que pide la formulación y adopción de un modelo de adiestramiento en el que una estrategia de trabajo y estudio permitiría lograr el doble objetivo de transformar la práctica y el adiestramiento en epidemiología. Con la cooperación de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES) y la Asociación Americana de Escuelas de Salud Pública (ASPH) de los Estados Unidos de América se terminó de formular, junto con el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, una iniciativa para abordar la necesidad de liderazgo en el sector salud y la complejidad de las decisiones tomadas por los trabajadores de salud. Dentro de este marco, en 1987 se celebró en Caracas una reunión con participantes de varias instituciones, incluso escuelas de salud pública de los Estados Unidos. En la reunión se trató sobre la mejora de los sistemas nacionales de información en atención de salud y la necesidad de fortalecer la capacitación y las investigaciones en el campo de la epidemiología en las facultades de salud pública.

En noviembre de 1987 se celebró en Taxco, México, una reunión organizada conjuntamente por ALAES, ASPH, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la OPS/OMS, a la que asistieron representantes de centros de adiestramiento en epidemiología de América Latina y el Caribe, quienes acordaron que se necesitaba establecer un marco conceptual para determinar los fenómenos de salud que intervienen en la relación entre los procesos biológicos y sociales. También hubo acuerdo general en que todos los aspectos del campo de la epidemiología deberían someterse a consideración, incluso estudios de la situación de salud, vigilancia epidemiológica, investigación sobre causas y evaluación de

servicios. Se mencionó, en particular, la necesidad de recalcar la aplicación de la teoría epidemiológica en un sistema integral de salud pública y de no reducir la epidemiología a una simple técnica para confirmar la validez de hipótesis formuladas sobre la base de métodos clínicos particulares.

El Programa participó en la organización, realización y evaluación de un curso de epidemiología de 10 semanas de duración para los países del Istmo Centroamericano, que se celebra anualmente desde 1987 en San José, Costa Rica, en colaboración con el Gobierno de España.

Además, el Programa fomentó las investigaciones y el adiestramiento por medio de amplia difusión de información. Esta actividad se centró alrededor de la publicación trimestral del *Boletín Epidemiológico*, cuya tirada actual es de 4000 ejemplares en inglés y 8500 en español. También se reunieron bibliografías y otros materiales de referencia sobre epidemiología y estadísticas de salud, que se facilitaron a los países, y se prepararon y distribuyeron documentos para fines especiales, incluso informes sobre reuniones técnicas.

Para atender la creciente demanda de información técnica en los países, la OPS/OMS amplió sus actividades de difusión de información epidemiológica y estadística. Como primer paso en el proyecto establecido para acopiar, analizar, organizar y distribuir información bibliográfica sobre epidemiología y material afín, en 1988 se publicó el libro titulado *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*.

Se prepararon y distribuyeron informes específicos de reuniones técnicas, como los generados por la reunión de la ALAESP celebrada en Taxco, México, y la reunión, en Washington, D.C., sobre guías y procedimientos para el análisis de la mortalidad.

En materia de información sobre salud, el Programa mantuvo una base de datos sobre mortalidad, población y casos notificados de enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional e incorporó datos de población obtenidos por medio de un acuerdo con el Centro Latinoamericano de

Demografía (CELADE). Se acopiaron y elaboraron datos procedentes de los Países Miembros para su publicación en el *World Health Statistics Annual*. El programa tramitó solicitudes externas e internas de información de las unidades técnicas de la OPS, el BID, el Congreso de los Estados Unidos de América, diarios, investigadores y Gobiernos Miembros.

También coordinó un grupo de trabajo interdisciplinario con otros programas de la OPS/OMS para preparar la edición de *Las condiciones de salud en las Américas* correspondiente a 1990, en que la Organización y sus Países Miembros presentan detallados análisis estadísticos de las principales tendencias de salud en la Región.

Un proyecto especial dentro del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias ha sido la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que entrañó varias clases de trabajo. La primera consistió en una amplia promoción de la CIE, teniendo en cuenta sus instrumentos y usos. La principal estrategia fue el fortalecimiento de una red de centros nacionales. El trabajo de esos centros tuvo que ver con la utilización de la CIE y la generación de información para reforzar las estadísticas vitales y de salud. Se amplió la red de centros e instituciones afines con la incorporación de Cuba, y se iniciaron conversaciones para establecer centros en los países de habla inglesa del Caribe y en Centroamérica.

La segunda clase de trabajo se centró en la próxima revisión de la CIE, su grupo de clasificaciones y otras clasificaciones relacionadas con la salud. Se ha distribuido una serie de borradores de la 10ª Revisión y se han tenido en cuenta casi todas las sugerencias de la Región de las Américas en los borradores más recientes. La preparación de la versión en español de la 10ª Revisión se inició simultáneamente y está muy adelantada, y ya están en marcha los ensayos prácticos del índice. Además, se sometieron a ensayo los diferentes borradores y estudios de comparabilidad entre la 9ª y 10ª revisiones de la CIE (estudios de enlace).

La tercera clase de trabajo tuvo que ver

con la mejora de los datos básicos, especialmente para perfeccionar los instrumentos empleados, sobre todo los relativos a mortalidad.

La cuarta clase de trabajo fue la investigación de métodos nuevos o sustitutivos para el acopio y análisis de datos. En lo que respecta a la recopilación de datos, se investigaron métodos no convencionales por su utilidad para realizar actividades de vigilancia epidemiológica simplificada, mejorar las estadísticas vitales y atender las necesidades reconocidas de las comunidades, así como para confirmar la validez de la información, de acuerdo con lo expresado en la conferencia sobre la 10ª Revisión de la CIE celebrada en Ginebra en 1989. Otros métodos de análisis consistieron en estudios de causas múltiples y búsqueda de nuevos indicadores.

DESARROLLO DE POLITICAS DE SALUD

El Programa de Desarrollo de Políticas de Salud se creó al comienzo del cuatrienio a fin de prestar cooperación técnica para el desarrollo de la infraestructura de los sistemas de salud. Su finalidad es fomentar el empleo de un enfoque amplio e integrado para analizar y establecer políticas de salud.

En el Programa se hizo hincapié en desarrollar y fortalecer la capacidad de los sectores nacionales de salud para interactuar con todos aquellos sectores que influyen sobre las políticas de salud y, al mismo tiempo, mejorar la coordinación entre los organismos que prestan servicios de salud a fin de lograr una mayor eficacia. Se recaló la necesidad de hacer que la planificación de salud concuerde con las políticas nacionales de desarrollo e incrementar la eficacia de la legislación nacional en lo tocante a los derechos y deberes del Estado, las personas y las instituciones privadas en la promoción, protección y restauración de la salud. Otros campos de interés para el Programa fueron el análisis de la relación entre la economía de un país y sus condiciones de salud, el incremento de la eficiencia y la equidad en la ges-

tión económica y financiera de los servicios de salud y la promoción del desarrollo de la tecnología de salud, en tanto se amplía su accesibilidad y eficacia.

Dada la naturaleza del Programa, se trabajó estrechamente con las entidades de seguridad social y otras instituciones públicas y privadas, además de los ministerios de salud. Otros programas regionales de la OPS/OMS, al igual que otras organizaciones internacionales, colaboraron en actividades relacionadas con sus campos de trabajo.

En colaboración con el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, se trabajó con los Gobiernos de la Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Venezuela para fortalecer la capacidad operativa y directiva de sus respectivos sectores de salud y reformar sus sistemas nacionales de salud por medio del diálogo con los institutos de seguridad social, el sector privado, las universidades, los parlamentos, las organizaciones laborales y las comunidades.

En Centroamérica, el componente de salud de los trabajadores del Programa de Salud Ambiental de la OPS/OMS cooperó en un proyecto para ampliar los servicios de salud prestados por los ministerios de salud y los institutos de seguridad social a los trabajadores, apoyando las actividades de coordinación entre esas entidades.

Los Gobiernos de Brasil, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Paraguay y Perú recibieron la asistencia del Programa para fortalecer su capacidad para formular, poner en práctica y evaluar políticas, planes, programas y proyectos de salud. En general, esa cooperación entrañó apoyo a grupos nacionales, establecimiento de sistemas de información para fines de planificación y asistencia a los gobiernos en la negociación de proyectos con entidades internacionales o bilaterales de financiamiento.

El Programa desarrolló la capacidad técnica necesaria en materia de legislación sobre salud pública, servicio que se amplió mucho gracias al interés de las autoridades nacionales de salud. En cooperación con la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de América, BIREME y la Facultad

de Derecho de la Universidad de las Indias Occidentales, el Programa creó la base de datos LEYES, que contiene resúmenes de la legislación de salud de América Latina y el Caribe. Esta base de datos, que se incorporó al sistema MicroISIS de LILACS/BIREME, sirvió de fuente de referencia para los países que se proponían reformar su legislación sanitaria.

El Programa prestó apoyo técnico especializado en la aplicación de análisis económicos y financieros a los problemas y servicios de salud. Ese apoyo fue útil en la institución de un plan nacional de seguro médico en Trinidad y Tabago, la puesta en marcha de programas de alimentación y nutrición en el Brasil y la realización de análisis de costo-eficacia de la campaña para erradicar el virus salvaje de la poliomielitis en Centroamérica.

La formación y el mantenimiento de grupos nacionales especializados en el desarrollo de la tecnología de salud fue un asunto de profunda preocupación para el Programa. Esos grupos se organizaron en los ministerios de salud, entidades de seguridad social y universidades de la Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, México y Uruguay. Hacia fines del cuatrienio, el Programa comenzó proyectos similares en otros países.

Con apoyo de varios centros de ciencias políticas de la Región, concluyó una encuesta preliminar en 15 países para determinar sus programas de política de salud, identificar a los principales protagonistas y sus funciones y evaluar la capacidad de investigación y docencia sobre políticas de salud. La información acopiada se empleará para establecer actividades de seguimiento en esos países y orientar la expansión de estudios similares en otros países.

El Programa sistematizó una metodología para formular, ejecutar y evaluar proyectos, tarea en la cual muchos países solicitaron cooperación a fin de mejorar la administración de los mismos.

En colaboración con el Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud, también se fomentó la formulación, creación de

modelos y aplicación de sistemas automatizados de información sobre equipo de salud. En cooperación con el Programa de Salud de los Adultos, se celebró una conferencia de consenso de la que emanaron recomendaciones sobre el uso de diversas tecnologías para tratar la insuficiencia renal crónica, que sirvió de modelo para revisar complejos asuntos relacionados con otras tecnologías.

Las actividades de investigación del Programa se centraron en dos de los campos prioritarios del Programa de la OPS/OMS de Subvenciones para Investigación (financiamiento de la salud y proceso de desarrollo tecnológico en salud), del que tiene responsabilidad directa. También se prestó apoyo al proceso de formulación de política de salud, que constituye una responsabilidad de la Oficina de Coordinación de Análisis y Planificación Estratégica.

Se exploraron las repercusiones que tiene para las políticas de salud la restauración de una forma democrática de gobierno durante una crisis económica, por medio de un proyecto de investigaciones comparativas iniciado en la Argentina, Brasil y Uruguay, países que han pasado recientemente por ese período de transición. El BID cooperó en otro proyecto de investigación comparativa en el Brasil, Ecuador, Honduras, México y Uruguay, en el que se exploró el efecto de la crisis económica en las condiciones y los servicios de salud. El Programa apoyó un estudio similar en el Caribe, realizado por el Instituto de Estudios Socioeconómicos de la Universidad de las Indias Occidentales, así como estudios sobre financiamiento sectorial emprendidos en la Argentina, Brasil, México y Perú.

El Programa participó en numerosas actividades de capacitación, incluso la redacción de un plan de adiestramiento sobre desarrollo tecnológico que se puso en práctica en varios países. En cooperación con el Centro de Investigaciones sobre el Desarrollo Económico y Social, de la OEA, el programa patrocinó un curso interamericano sobre política y planificación social con énfasis en la salud, celebrado en Buenos Aires en

1987 y 1989. Se trataron temas similares en el seminario sobre los aspectos institucionales de la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud, que el Programa celebró en San José, Costa Rica, en 1987, en cooperación con el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) y el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social de la CEPALC, en el que participaron 16 países.

El material que el Programa ha recogido y sistematizado sobre proyectos de desarrollo de la salud se presentó en cinco seminarios interpaíses. El juego de materiales de adiestramiento constó de textos, ejercicios, programas de computadora, ayudas audiovisuales y guías didácticas y será objeto de amplia distribución a partir de 1990. Además, se prestó apoyo a los cursos sobre planificación de la salud dictados por instituciones educativas nacionales en el Brasil, Jamaica, México, Nicaragua y Venezuela, y el Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial colaboró en dos seminarios sobre economía y financiamiento de la salud celebrados en Brasilia (1987) y Barbados (1989).

En vista de la relativa falta de experiencia del sector salud respecto a los muchos temas abordados por el Programa, se produjo más de una docena de textos de referencia para ampliar los conocimientos sobre las teorías y los métodos pertinentes. Se publicó una serie de artículos y cuatro textos sobre economía y financiamiento de la salud, así como un libro sobre metodologías para evaluar las tecnologías de salud. Se inició la publicación de la versión en español del *Boletín de la Sociedad Internacional de Evaluación de la Tecnología de Salud*.

El Programa ha realizado evaluaciones regulares de sus actividades. Sin embargo, es difícil determinar sus efectos en tan temprana etapa, especialmente puesto que trabaja en coordinación con tantos otros programas e instituciones. Aunque durante la crisis económica de la segunda mitad de los años ochenta se pudo confirmar la

prudencia de las propuestas presentadas por el Programa para reformar los métodos tradicionales de planificación, se encontró resistencia entre quienes subestiman la importancia de los componentes socioeconómicos y políticos de los problemas de salud y de las intervenciones para resolverlos. Muchos profesionales y autoridades de salud se mostraron renuentes a aceptar la participación de otros sectores en la formulación de intervenciones en materia de salud.

No obstante, en el cuatrienio hubo un marcado aumento del interés de las autoridades, los especialistas, maestros e investigadores en temas relacionados con el análisis y desarrollo de políticas de salud. Comenzó a surgir esa misma clase de interés en otros sectores de desarrollo, en particular entre los que trabajan activamente en proyectos de salud. Se expresó interés tanto de palabra como de obra en las actividades de los gobiernos, en los programas de adiestramiento para trabajadores de salud y en los campos de investigación a los que los países asignan prioridad. La receptividad que tuvieron en los países las propuestas y las actividades realizadas por el Programa constituye otro indicador de los resultados favorables que se han logrado. El vínculo entre las instituciones de salud y las de seguridad social, el sistema de documentación sobre legislación de salud, los métodos de gestión de proyectos de desarrollo, las propuestas de planificación estratégica y para situaciones particulares, la aplicación del análisis económico a los problemas de salud y los enfoques del sector en el campo de la administración de tecnología son todos ejemplos de los adelantos alcanzados. Otro indicador es el elevado número de solicitudes recibidas al final del cuatrienio para que se repitieran los cursos patrocinados por el Programa.

Por último, es preciso señalar que la mayoría de las publicaciones producidas con apoyo del Programa se habían agotado a fines de 1989. Además, los módulos de adiestramiento sobre proyectos de desarrollo,

pese a tener aún carácter de prototipos, se duplicaron varias veces para atender solicitudes específicas de los programas regionales y de las Representaciones de la OPS/OMS.

El número de solicitudes recibidas de los Gobiernos Miembros para efectos de cooperación en el análisis y desarrollo de políticas fue muy superior a la capacidad de respuesta del Programa en el plano regional. Por tanto, se adoptó la política de apoyar a las Representaciones de la OPS/OMS con personal y, sobre todo, con información técnica y adiestramiento para que los funcionarios respectivos puedan realizar la mayoría de las actividades de cooperación directa.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA

Desarrollo de los servicios de salud

La OPS/OMS recibió dos mandatos de sus Cuerpos Directivos, en los que se hizo hincapié en la necesidad de que los Gobiernos Miembros reorganizaran los servicios de salud. En la Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (1986) se aprobaron las prioridades programáticas para la Organización en el cuatrienio 1987-1990 y se determinó la necesidad de desarrollar la infraestructura de salud como componente fundamental de la aplicación de la estrategia de atención primaria. En la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo (1988) se reconoció "la necesidad urgente de acelerar los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud" y se solicitó al Director de la OSP que apoyara los procesos de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en los países.

Después de determinar que el desarrollo de los sistemas locales de salud era el medio más apropiado para alcanzar la meta de atención primaria universal, la Organización le confió al Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud la tarea de realizar activi-

dades para apoyar esa política. El principal objetivo del Programa era promover y apoyar las actividades nacionales para establecer redes de sistemas locales de salud aptos para atender las necesidades específicas de las comunidades destinatarias.

Con ese fin, la Organización celebró consultas con dirigentes nacionales de salud y redactó el Documento CD33/14, en el que se propuso el marco para el desarrollo de los sistemas locales de salud. Durante 1988 y 1989 se acopió información sobre los resultados de los procesos en marcha para el establecimiento de dichos sistemas en varios países. Se celebraron cinco reuniones subregionales en las que participaron 360 representantes de 35 Países Miembros, quienes compartieron experiencias y aportaron nuevos conceptos y metodologías.

A fin de fomentar un debate de alcance regional sobre las ideas discutidas y los métodos para ponerlas en práctica, se publicaron los documentos y las conclusiones de esas reuniones para su distribución a los países (15 000 ejemplares en español y 5000 en inglés). Además, se publicó el libro titulado *Primary Health Care and Local Health Systems in the Caribbean*, destinado a los países de habla inglesa del Caribe.

El Programa decidió hacer hincapié en algunos campos de importancia crítica para el desarrollo de los sistemas locales de salud, con la idea de acelerar el proceso de reorganización. Estos campos fueron: participación social, programación estratégica local, descentralización y sistemas de suministro de productos farmacéuticos.

Se organizaron dos reuniones de expertos para discutir la participación social, en las que se definió un programa de cooperación con 17 países para realizar encuestas con el fin de evaluar el grado de participación social existente. En reuniones subsiguientes, una celebrada en América Latina y la otra en el Caribe, se formularon recomendaciones para orientar el desarrollo de los sistemas locales de salud y la cooperación técnica ofrecida por la Organización y otros organismos que trabajan activamente en

SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Durante el decenio de los ochenta, los sectores de salud de la mayoría de los países de las Américas adquirieron mayor conciencia de que la excesiva centralización de sus propias estructuras, establecidas en otra época, era inadecuada para lograr su meta de proporcionar acceso universal a la atención primaria de salud y de que, a menudo, representaban un obstáculo. La manera de reformar esas estructuras para hacerlas más sensibles, flexibles y eficientes fue motivo de profunda preocupación a comienzos del cuatrienio 1986-1989.

Cuando los Ministros de Salud se reunieron en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1986, pidieron al Director que prestara especial atención "al fortalecimiento de las infraestructuras para los servicios de salud". Los dos años siguientes se caracterizaron por un esfuerzo concertado de las autoridades nacionales de salud y el personal de la OPS/OMS para estudiar la factibilidad de desarrollar y fortalecer los sistemas locales de salud y de formular pautas para ello.

Un importante resultado de ese trabajo fue la redacción del documento titulado "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud", en el que se elaboraron los principales conceptos y la racionalidad de las redes nacionales de sistemas locales de salud y que fue aprobado en septiembre de 1988 en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. El Consejo recalcó la "necesidad urgente de acelerar los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud" y pidió a la Organización que apoyara a los países, entre otras cosas, propiciando el "intercambio de experiencia entre países . . . sobre avances en el desarrollo de los sistemas locales de salud . . ." (Resolución XV).

El surgimiento del concepto de los sistemas locales de salud coincidió, no sorpresivamente, con una creciente democratización política en marcha en muchos países de la Región. Un criterio importante de los sistemas locales de salud —descentralizar la administración de los servicios de salud— se basa en la activa participación de la comunidad, y la fomenta. La descentralización administrativa da a los sistemas locales de salud la flexibilidad de atender las necesidades específicas de la comunidad destinataria. Al asignar a cada uno de los sistemas locales de salud la responsabilidad de prestar servicios a una población determinada, dentro de jurisdicciones geográficas claramente definidas, es más fácil exigir de ese sistema responsabilidad por la eficiencia y calidad de esos servicios.

Otro objetivo consiste en integrar los programas de salud, para así proporcionar servicios integrales en cada nivel.

Simultáneamente, la asignación de responsabilidad a los sistemas locales de salud por determinadas zonas geográficas acelera la coordinación de esfuerzos con otros sectores e instituciones cuyas actividades guardan relación con los programas de salud. Esta coordinación se destina a hacer uso eficiente de todos los recursos disponibles en una zona dada, evitando la duplicación de esfuerzos y permitiendo determinar las deficiencias de la cobertura con mayor facilidad. En todo caso, una buena medida administrativa es la coordinación intersectorial que reviste particular importancia cuando las condiciones económicas exigen el máximo aprovechamiento de todos los recursos disponibles.

De acuerdo con la mencionada Resolución XV, se celebraron talleres para discutir medidas concretas, incluso requisitos financieros, legales y técnicos para desarrollar los sistemas locales de salud.

Al final del decenio, la Región había pasado de una postura en que reconocía la necesidad de hacer algo para transformar la infraestructura del sector salud a otra centrada en encontrar definiciones prácticas de los sistemas locales de salud en la mayoría de los países. Por tanto, se han sentado las bases para poner en marcha esos sistemas en toda la Región durante el último decenio del siglo.

salud. El Gobierno de España y el PNUD, como parte de su proyecto de desarrollo de la capacidad gerencial, cooperaron en varias reuniones de grupos de consulta.

Teniendo en cuenta que la propuesta para el desarrollo de los servicios de salud dentro de la estrategia de atención primaria exige acción interdisciplinaria e interprogramática que, a su vez, requiere coordinación entre los organismos internacionales, el Programa organizó una reunión de consulta sobre el tema "La descentralización del Estado y los servicios sociales", en cooperación con el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, la Oficina Regional de la UNESCO en América Latina y el Caribe, la CEPALC, el PNUD y el Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. Otra medida tendiente a la coordinación intersectorial entrañó cooperación con el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), con el que se realizaron actividades de adiestramiento e investigación.

La atención de salud en los grandes centros urbanos siguió siendo motivo de preocupación en la Región y los esfuerzos por preslarla se consideraron de máxima prioridad. En cooperación con el estado de Rio de Janeiro, Brasil, el Programa realizó una reunión sobre el tema a la que asistieron autoridades de atención de salud de grandes áreas metropolitanas de las Américas y de Europa. Los participantes recalcaron la necesidad de descentralizar la atención de salud en las ciudades grandes creando sistemas locales de salud basados en los barrios y orientados hacia la promoción de la salud y la atención primaria integral. El método recomendado es compatible con el concepto de la creación de ciudades saludables mediante coordinación de los esfuerzos de todos los segmentos de la sociedad civil y del gobierno a fin de favorecer un hábitat más adecuado para la convivencia social.

En lo que respecta a la función de los hospitales, el Programa patrocinó un encuentro de los directores de 50 hospitales

de la Región en Buenos Aires, Argentina, para analizar la participación de los hospitales en el desarrollo de redes de servicio de los sistemas locales de salud. También coordinó una reunión sobre evaluación y acreditación de hospitales con la Comisión Conjunta de Acreditación de Servicios de Salud, la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales de los Estados Unidos, y los Gobiernos de la Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, los Estados Unidos de América, México, Perú, Venezuela y los países del Caribe.

Se celebró una reunión de especialistas en diseño y mantenimiento hospitalario en La Habana, Cuba. En ese mismo país se ha iniciado una evaluación de la calidad de los sistemas locales de salud, empleando metodologías que el Programa pueda aplicar a futuros esfuerzos de cooperación.

El tema de las infecciones nosocomiales también fue objeto de análisis en el ámbito regional, ya que ese problema guarda relación tanto con la calidad como con el mayor costo de la atención. En una reunión, organizada con la cooperación de 10 universidades de los Estados Unidos, los países de América Latina y el Caribe y centros especializados se formularon recomendaciones y un plan de trabajo que ejecutarán conjuntamente los países y la OPS/OMS.

Terminó la preparación de guías técnicas para analizar el desarrollo de la capacidad instalada hospitalaria, que se publicarán en cooperación con el Centro de Investigación del Desarrollo del Recurso Físico en Salud de la Universidad de Buenos Aires, el Fondo Nacional Hospitalario de Colombia y la Universidad de Campinas (Brasil).

La función de la enfermería en la prestación de servicios de salud y en la mejora de la atención hospitalaria fue también motivo de preocupación durante el cuatrienio. Se realizaron actividades en cooperación por medio de un acuerdo con la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, una organización no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la OPS/OMS.

El Programa apoyó también varias actividades de reforma de los servicios nacionales de salud mediante la preparación de propuestas que se presentarán a organismos de financiamiento, como el BID y el Banco Mundial.

Otro tema de interés prioritario relacionado con el desarrollo de servicios locales de atención primaria fue el suministro de productos farmacéuticos. Se preparó un documento de consulta y se celebró una reunión en Quito, Ecuador, en la que participaron la mayoría de los países de la Región. Se reiteró la necesidad de garantizar una mayor disponibilidad de medicamentos básicos. Se llegó a la conclusión de que para formular políticas eficaces en materia de medicamentos, los sistemas locales de servicios de salud deben estar en condiciones de realizar análisis epidemiológicos, programar sus propias actividades y decidir sus prioridades en cuanto a intervención.

Concluyó la primera fase del proyecto de desarrollo de la capacidad gerencial financiado por el PNUD en Centroamérica, y su notable aporte a las actividades nacionales se reconoció en una evaluación externa realizada por ese organismo. Las actividades cumplidas incluyeron: formulación de metodologías relacionadas con el uso de minicomputadoras y programas de desarrollo de la capacidad gerencial; promoción del liderazgo de la mujer en administración de salud (actividad realizada junto con el INCAE); siete actividades subregionales de capacitación; apoyo técnico y financiero para la organización de sistemas locales de salud, sistemas de información gerencial y descentralización; y producción de material didáctico.

Concluyó la primera fase del proyecto de fortalecimiento y desarrollo de los servicios de ingeniería y mantenimiento de los establecimientos de salud en la subregión centroamericana (a un costo de \$US3,5 millones), que se realizó en coordinación con proyectos nacionales de mantenimiento en Belice, Guatemala y Nicaragua. Cada uno de los países de la subregión puso en funcionamiento un hospital modelo para el cual se

estableció un programa de maestría en administración de servicios de ingeniería y mantenimiento. Se organizaron centros de documentación técnica en cada uno de los países de la subregión y se adiestró aproximadamente a 1100 funcionarios en nueve cursos subregionales y nacionales sobre temas prioritarios en materia de mantenimiento. Se prepararon 11 manuales técnicos para orientar el trabajo de seguimiento y apoyo de las tareas de mantenimiento y se compraron piezas de repuesto, herramientas, vehículos, microcomputadoras y libros técnicos por un valor de \$US1,4 millones. La compra conjunta de esos materiales significó un ahorro de cerca de 20%.

En el campo de la investigación y administración del conocimiento, la experiencia adquirida por medio de actividades de cooperación técnica permitió que la Organización acumulara abundante material de referencia y de estudio de casos, que se publicará en español en la Serie de Publicaciones Científicas de la OPS con el título de *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias*.

Se evaluaron las actividades en marcha relacionadas con la descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud en Brasil (Niteroi), Colombia (Cali) y México (Monterrey) en cooperación con la Fundación W. K. Kellogg. De manera análoga, en cooperación con la OMS se iniciaron estudios sobre la experiencia local en el Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala y Jamaica.

El Programa amplió su apoyo a la investigación sobre servicios de salud con el fin de ayudar a los países a trazar el perfil actual de los problemas relacionados con la calidad de la atención, eficiencia, equidad y productividad de los servicios. Se celebraron dos reuniones de consulta, en las que participaron ocho países, para determinar la manera de fortalecer las investigaciones sobre servicios de salud, en particular, el acopio de información sobre el *modus operandi* de los sistemas locales de salud. En una de las recomendaciones emanadas de esas reuniones se recalcó la necesidad de que los investigadores inter-

cambiaran información sobre los resultados de la investigación o los proyectos en marcha. A esos efectos, junto con la OMS, la Fundación Rockefeller y la Fundación de los Estados Unidos para Investigaciones sobre los Servicios de Salud, el Programa inició la publicación cuatrimestral del *Boletín de Investigación de Servicios de Salud*. En cooperación con el CIID (Canadá) y la OMS, se comenzó a producir una serie de módulos educativos para la realización de investigaciones sobre servicios de salud y a recopilar artículos científicos sobre el tema que se publicarán en forma de libro, como parte de la Serie de Publicaciones Científicas de la OPS.

Uno de los principales objetivos de la reorganización del sector salud al descentralizar sus sistemas de dirección administrativa y establecer sistemas locales de salud es utilizar todos los recursos disponibles para la atención de salud dentro de una zona geográfica determinada. El logro de esa meta implica el establecimiento de relaciones operativas entre entidades autónomas, especialmente ministerios de salud e instituciones de seguridad social, proceso que constituyó un punto central de la cooperación del Programa con los países. Un importante ejemplo de esta clase de actividad se observó en Costa Rica, donde se iniciaron actividades de programación conjunta en los sistemas locales de salud. La experiencia de este país permitió formular un acuerdo de cooperación entre la OPS/OMS y el BID para apoyar el proyecto.

La eficacia del Programa se evaluó por medio de un análisis de los adelantos logrados en el desarrollo de los servicios de salud en todos los países de América Latina y el Caribe. Aproximadamente 80% expresó su determinación de hacer revisiones tendientes hacia la descentralización de los sistemas administrativos. Casi todos habían promulgado los instrumentos jurídicos correspondientes para apoyar el proceso de descentralización. Quince países habían revisado sus modelos de atención de salud y otros 12 se proponían hacerlo a fines de

1989. La mayoría de los países tenía definiciones prácticas concretas de los sistemas locales de salud, lo que fue indicio del compromiso político adquirido por los respectivos gobiernos para su establecimiento y recaló la necesidad de que la OPS/OMS continúe apoyando su trabajo en ese campo.

Medicamentos y vacunas esenciales

El objetivo del Programa de Medicamentos y Vacunas Esenciales es apoyar el desarrollo de servicios de salud mediante actividades tendientes a mejorar la disponibilidad, calidad y utilización de medicamentos y vacunas esenciales.

El Programa trabajó muy activamente en el Istmo Centroamericano, donde se movilizaron recursos humanos y financieros por medio del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud. Los ministerios de salud centroamericanos acordaron realizar proyectos subregionales específicos sobre políticas farmacéuticas, reglamentación de medicamentos y control de la calidad, sistemas de suministro, producción de medicamentos esenciales y establecimiento de mecanismos de compra conjunta. Se han realizado numerosas actividades como parte de programas anuales de trabajo aprobados por los coordinadores nacionales en los países participantes, incluidos cooperación técnica directa, talleres y cursos nacionales y subregionales, mejoras de la infraestructura de las farmacias y bodegas de los hospitales y centros de salud, provisión de suministros y equipo y preparación de documentos y guías técnicas.

La compra conjunta de productos farmacéuticos por medio del Fondo Rotatorio de Medicamentos Esenciales para Centroamérica permitió importar esos productos a precios favorables. Sin embargo, el efecto de las actividades del Fondo ha disminuido debido a la grave crisis económica que atraviesa la subregión, las dificultades que han tenido los países para reembolsar los gastos

en divisas al Fondo Rotatorio y la oposición de la industria farmacéutica de algunos países. Todos estos factores llevaron a una marcada baja del volumen de compras en 1988. Por tanto, en 1989 se emprendió un estudio sobre la reorientación del Fondo hacia la adquisición de materia prima para productores nacionales con el fin de fomentar la producción subregional. El Banco Centroamericano de Integración Económica participará en este trabajo para facilitar los pagos.

En la Subregión Andina, el Programa se concentró en Bolivia, Colombia y Ecuador. Con la colaboración del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS, se prestó cooperación técnica para actividades preparatorias y se formularon proyectos para crear y fortalecer programas nacionales de medicamentos que incluyen aspectos como políticas farmacéuticas, reglamentación, control de la calidad, producción y sistemas de suministro de medicamentos.

El desarrollo del Programa en la Iniciativa del Cono Sur se demoró por factores externos. En reconocimiento de los pocos adelantos logrados, las autoridades nacionales modificaron los cronogramas de los proyectos conjuntos en una reunión de grupos técnicos en octubre de 1989. Se reactivaron los acuerdos relativos a proyectos de legislación y reglamentación de la salud pública; intercambio de información sobre productos farmacéuticos y sustancias químicas; fomento del intercambio de sustancias inmunobiológicas, hemoderivados y dispositivos necesarios para transfusión sanguínea; creación de un banco de datos sobre la capacidad instalada para análisis especializados; y estudios sobre la utilización de medicamentos.

Para asegurarse de que las vacunas compradas a pedido de los países de la Región por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se ciñeran a las normas internacionales, el Programa colaboró en los procedimientos de control de la calidad. En los laboratorios de

referencia de la OPS/OMS en Argentina (CEPANZO), los Estados Unidos (Centro para la Evaluación e Investigación de Biológicos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, FDA) y México (Instituto Nacional de Virología) se analizaron vacunas cuando fue necesario. El Programa también prestó apoyo técnico para la producción y el control de la calidad de las sustancias biológicas en los países donde se fabrican y dictó cursos en varios países sobre el manejo de la cadena de frío para las vacunas empleadas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

En varios países se logró adelantar en lo relativo a la legislación que rige los servicios de transfusión sanguínea y en otros se dictaron cursos sobre el trabajo de laboratorio en los bancos de sangre. La Administración de Desarrollo de Ultramar del Reino Unido colaboró en la preparación de cursos dictados en los países de habla inglesa del Caribe.

Para apoyar la reorientación y reorganización de los servicios de salud, uno de los principales objetivos de cooperación técnica del Programa durante el cuatrienio fue promover el establecimiento de servicios farmacéuticos modernos, en los que las farmacias son miembros activos del equipo de salud. Esos servicios se destinan a racionalizar el suministro y uso de medicamentos y a mejorar la calidad de la farmacoterapia mediante educación de profesionales y pacientes.

Otras actividades destacadas fueron los cursos regionales sobre administración de farmacias hospitalarias dictados en 1987 y 1988 en Costa Rica en colaboración con instituciones nacionales, la publicación de los manuales prácticos titulados *Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la farmacia hospitalaria* y *Manual para la administración de farmacias hospitalarias* y los proyectos en marcha en varios hospitales centroamericanos. También se apoyó la actualización de las listas de medicamentos y la preparación de formularios terapéuticos para instituciones del sector salud de los países andinos y centroamericanos.

Comenzaron a funcionar centros de información sobre medicamentos, que son importantes elementos de los servicios farmacéuticos, en los países centroamericanos y andinos y la República Dominicana. Su eficacia se vio obstaculizada por escasez de personal profesional de dedicación exclusiva.

La Red Latinoamericana de Laboratorios de Control de la Calidad de los Medicamentos, establecida con apoyo de la OPS/OMS en 1984, se convirtió en un gran instrumento para la creación de laboratorios nacionales por medio de cooperación, intercambio de información y estandarización de normas y procedimientos. Entre las actividades realizadas para apoyar a los laboratorios nacionales cabe citar reuniones de directores de laboratorio, en las que se definió el programa bienal de la red; actualización de los recursos bibliográficos de las instituciones afiliadas; preparación de un programa de adiestramiento y de material didáctico sobre administración de laboratorios; publicación de la obra titulada *Standards of Good Laboratory Practice*; preparación de normas farmacéuticas regionales de referencia; y establecimiento de un programa externo de control de la calidad. Este último proyecto recibió apoyo de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Pese a estos esfuerzos por mejorar, muchos laboratorios todavía no han establecido programas nacionales de vigilancia y control de los efectos de los productos farmacéuticos comercializados sobre la salud, debido en parte a que la función de los laboratorios en el sector salud no está bien definida.

Otra de las actividades del Programa destinada a mejorar la calidad de los servicios farmacéuticos son los cursos de capacitación en buenas prácticas de fabricación y garantía de la calidad ofrecidos a profesionales de la industria, las universidades y el gobierno. Seis países han dictado cursos de esa índole con materiales audiovisuales preparados por el Programa y se han beneficiado de la cooperación de un experto comisionado por la FDA.

En resumen, el Programa de Medicamentos y Vacunas Esenciales amplió mucho su gama de actividades durante el cuatrienio para cubrir los diferentes aspectos de ese sector, incluso política farmacéutica, producción, sistemas de suministro, control y reglamentación de la calidad, información farmacológica y adiestramiento. La promoción del establecimiento de servicios farmacéuticos dentro de los sistemas locales de salud constituyó una actividad prioritaria.

Salud oral

La principal actividad del Programa de Salud Oral durante el cuatrienio se centró en fomentar la integración de los servicios pertinentes en otros servicios de salud y la ampliación de la cobertura de atención dental y de las actividades de prevención de enfermedades dentales. El Programa prestó servicios de cooperación técnica a 26 países para reducir los problemas de salud oral. Esta colaboración comprendió desde servicios de asesoramiento para desarrollar sistemas de atención dental y establecer instituciones de enseñanza de salud oral hasta iniciación de programas de control de infecciones y de educación sobre las manifestaciones orales de las infecciones causadas por el VIH.

Las encuestas epidemiológicas indican que la caries dental y la periodontitis predominan en la Región. En muchos países, la prevalencia de la caries dental es todavía casi el doble del objetivo fijado por la OMS para el año 2000 y se ha comprobado que la periodontitis infantil está bastante difundida. Si bien la incidencia de caries dental se redujo mucho en los países desarrollados, no se registró la misma tendencia en los países en desarrollo de las Américas, excepto en los lugares donde se ha utilizado fluoruro amplia y continuamente. La elevada prevalencia de cáncer oral (sobre todo en el Brasil, donde se estima que representa 20% de todas las formas de cáncer), en comparación con otras regiones de la OMS, fue motivo de preocu-

pación, al igual que el reconocimiento, en fecha reciente, de la existencia de lesiones y afecciones orales de importancia asociadas con la infección causada por el VIH. Se estima que hasta 60% de la población infantil de algunos países necesita tratamiento ortodóntico.

Uno de los principales puntos de enfoque del Programa fue la prevención de la caries dental, sobre todo entre los niños y adolescentes. Se promovieron los programas de suministro de fluoruros sistémicos para tratar el agua o la sal y se estudiaron otros posibles medios de empleo de fluoruros, como la leche. Se hicieron grandes adelantos en el Brasil, donde se procedió a la fluoruración de la red de abastecimiento de agua en Río de Janeiro y São Paulo; en Venezuela, donde 70% de la población bebe ahora agua fluorada; en la Argentina, que decidió agregar fluoruro a la red de abastecimiento de agua de la ciudad de Buenos Aires, y en Guatemala, donde se decidió hacer lo mismo en la ciudad de Guatemala.

Se iniciaron programas de fluoruración de la sal en Costa Rica y Jamaica, con los que se pusieron los beneficios del fluoruro al alcance de la población nacional a un costo nominal (menos de \$US0,01 anual per cápita), lo que, en el caso de Jamaica, se absorbió en el costo del producto. Al cierre del cuatrienio se estaban iniciando programas similares en Colombia, México y Perú. Esos programas surgieron de las actividades de colaboración de la OPS/OMS, que prestó apoyo técnico y financiero, y de los sectores público y privado de cada país. En Costa Rica, México y Perú, la Fundación W. K. Kellogg prestó apoyo adicional.

La posibilidad de que la fluoruración de la sal beneficie a toda la población de un país a un costo suficientemente bajo que puedan sufragar las entidades gubernamentales o los productores de sal, sirvió de fundamento a las resoluciones adoptadas por los Ministros de Salud de los países de habla inglesa del Caribe. Con la producción de sal de mesa fluorada en Jamaica, se puso ese producto al alcance de los países del Caribe. Otro benefi-

cio es la posibilidad de agregar fluoruro y yodo a la sal simultáneamente, con lo que se combaten la caries dental y el bocio endémico al mismo tiempo.

En Bermuda, la OPS/OMS y el Ministerio de Salud realizaron un programa de múltiples tratamientos con fluoruro para prevenir la caries dental en niños de edad escolar, con apoyo inicial de la Fundación W. K. Kellogg. La incidencia de caries dental se redujo más de 80% después de los 11 años.

La necesidad de incorporar servicios de salud oral a los sistemas locales de salud se abordó dentro de la OPS/OMS al incluir el Programa de Salud Oral en la planificación de actividades realizadas por el Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud. En los Países Miembros, el Programa de Salud Oral colaboró para mejorar la eficiencia y eficacia de los sistemas de prestación de servicios de salud oral, coordinando los programas de enseñanza con los servicios prestados en ese campo a la población desatendida y promoviendo el empleo de personal profesional, auxiliar y comunitario. A fines de 1989, casi todos los países de habla inglesa del Caribe, Guyana y Suriname tenían programas organizados de atención dental infantil que utilizaban auxiliares adiestrados en las escuelas para auxiliares dentales establecidas en Jamaica, Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago.

Los programas de servicio local en Chile, México y Venezuela demostraron la viabilidad económica de prestar amplia atención primaria de salud oral en comunidades con limitados recursos públicos y privados. Cuba introdujo el concepto de los "dentistas de familia", que tienen la responsabilidad de prestar servicios de atención oral preventiva, primaria y amplia en determinadas zonas geográficas.

Durante el cuatrienio se prestó atención a la necesidad de disponer de información básica sobre el estado de salud oral y los recursos nacionales para realizar programas. El Programa inició una encuesta para obtener esa información e identificar campos en los que podría mejorarse la colaboración

entre los países. También preparó una serie de indicadores que todos los países pueden usar para evaluar el estado de salud oral de sus respectivas poblaciones. Se suscribieron acuerdos para aprovechar las iniciativas sub-regionales con el fin de juntar recursos para la realización de actividades de salud oral. Los componentes de salud oral se integraron en los programas de atención de salud materno-infantil, nutrición, mantenimiento de equipo y control del SIDA.

Durante el período 1986-1989 se hizo evidente que la proporción de dentistas por habitante en muchos países se acercaba a la de las naciones desarrolladas y que la capacidad de los sistemas de salud del Estado para absorber profesionales del campo de la odontología comenzaba a limitarse. Un análisis para comparar el aumento del número de dichos profesionales con el crecimiento de la población nacional en 12 países entre 1961 y 1984 indicó claramente la necesidad de utilizar mejor esos recursos, sobre todo en las zonas desatendidas.

Entre tanto, la disponibilidad y difusión de información mejoraron al vincular los recursos de la biblioteca de la Asociación Odontológica Argentina y los de la facultad de odontología de la Universidad de São Paulo con los de BIREME. El acuerdo permite tener acceso a información bibliográfica en español y portugués en casi todos los países de la Región. La red de comunicación electrónica se ampliará para incluir centros de información dental en el Canadá y los Estados Unidos de América.

Con arreglo al Programa, se trató de hacer participar al sector no gubernamental en el establecimiento de programas de salud oral. La OPS/OMS otorgó asistencia a la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO-UDUAL) para mejorar su función como entidad regional que une a las instituciones educacionales odontológicas en las Américas. Se firmó un acuerdo específico de colaboración entre OFEDO-UDUAL y la Asoc-

iación Americana de Escuelas de Odontología de los Estados Unidos. La OFEDO-UDUAL realizó cinco reuniones de comisiones técnicas y dos congresos. También celebró una reunión en Ecuador a la que asistieron representantes de 36 facultades de odontología y las asociaciones de facultades de medicina y enfermería. El Programa colaboró con la OFEDO-UDUAL en la realización de un análisis prospectivo de la educación dental.

Se comprobó la eficacia del nuevo método que integra el adiestramiento con el servicio en El Salvador y el Uruguay (donde se estima que los estudiantes pasarán 50% del tiempo en un medio comunitario) y en el aumento de programas comunitarios en la Argentina, Costa Rica, México, Perú y Venezuela.

El Programa también colaboró en la formulación y preparación de planes de estudio y el establecimiento de programas de capacitación de profesionales en el campo de la odontología en la Universidad Complutense de Madrid. El personal y el profesorado de esa Universidad participaron en cursos dictados en español en los Estados Unidos y en otros países de la Región y en un seminario viajero que permitió que las personas encargadas de introducir cambios en los planes de estudio de odontología observaran los nuevos planes adoptados en los países de habla hispana de las Américas.

Se creó un Centro Internacional en la Facultad de Odontología de la Universidad de Puerto Rico para que los profesionales odontólogos que hablan español de América del Norte y América Latina pudieran intercambiar experiencias.

Se celebraron dos reuniones internacionales de importancia con la Federación Dental Internacional (FDI), la principal organización no gubernamental que colabora con la OPS/OMS en materia de salud oral. En ambas ocasiones, los jefes de programas de salud dental de la Región y los decanos de las facultades de odontología se reunieron para coordinar las actividades de los sectores educativo y de servicio. El Pro-

grama y la FDI realizaron dos encuestas para suministrar información sobre campos de actividades futuras en las Américas.

Para fomentar la realización de investigaciones y el uso de tecnología apropiada, se celebraron dos talleres en los cuales se produjeron documentos en los que se señalaron varios campos de actividad y la necesidad de apoyo en el período venidero. El desarrollo de tecnología apropiada ha sido notable en lo que respecta a equipo dental, que 17 países producen o ensamblan en la actualidad.

En el campo de la medicina tradicional, se realizaron investigaciones sobre el uso de sustancias locales para fines de higiene oral, alivio del dolor y control de infecciones. Los principios activos de esos remedios se sometieron a análisis para confirmar sus efectos bactericidas o bacteriostáticos.

El Programa colaboró con el Programa de la OPS/OMS sobre el SIDA, los Institutos Nacionales de Salud (EUA), los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) y el Centro Colaborador de la OMS para Manifestaciones Orales de la Infección por el VIH en la preparación de material informativo y cursos sobre los efectos de dicha infección en la salud oral. Las lesiones orales pueden ser un importante indicador del estado de salud de las personas infectadas por el VIH y el personal de atención de salud oral puede desempeñar una función importante en la administración de regímenes terapéuticos.

Otros logros alcanzados con apoyo del Programa incluyeron la conclusión de varios estudios epidemiológicos y del estado de la salud oral en el Brasil y el Ecuador, el establecimiento de Divisiones de Salud Oral en ambos países y la terminación de las obras de la primera facultad de odontología del Caribe de habla inglesa en Trinidad y Tabago. En el Ecuador, la creación de un instituto de fomento de las investigaciones sobre salud oral llevó a establecer el Centro Colaborador de la OMS para la Salud Oral en Quito.

En otras Regiones de la OMS, particularmente las de Europa y el Pacífico Occiden-

tal, se expresó interés en las experiencias y los adelantos de las Américas con respecto a educación dental, prevención, uso de tecnología y unión de la enseñanza con el servicio y la investigación.

Tecnología clínica, radiológica y de laboratorio para servicios de salud

Servicios de laboratorio

A medida que los sistemas nacionales de salud se reorganizaron para facilitar el establecimiento de los sistemas locales de salud, también se ampliaron y adaptaron los servicios de laboratorio. La OPS/OMS convocó a un grupo especial y financió un estudio de campo para evaluar las pruebas de laboratorio más eficaces y sencillas que se necesitan para apoyar la atención primaria de salud. La Organización también fomentó el establecimiento de sistemas nacionales de redes de laboratorio basados en servicios de referencia. Catorce países (Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) han establecido esas redes nacionales de laboratorios. Con el fin de respaldar esta empresa, la OPS/OMS capacitó personal y prestó asistencia para la celebración de talleres nacionales sobre administración y manejo de laboratorios y sobre especialidades como inmunología, química clínica, virología, bacteriología de los alimentos, bacteriología entérica e infecciones respiratorias agudas.

La Organización brindó apoyo a los laboratorios e institutos nacionales de salud pública en su calidad de centros de diagnóstico y en su nueva función como centros de referencia en materia de enfermedades infecciosas de importancia para la salud pública y de servicios clínicos y de laboratorio en los hospitales.

En 1986, todos los Países Miembros estuvieron representados en una reunión

regional para promover la producción y el control de calidad de los reactivos de diagnóstico. En forma simultánea, cuatro instituciones latinoamericanas —el Instituto Adolfo Lutz y la Fundación Oswaldo Cruz del Brasil, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Gerencia General de Biológicos y Reactivos de México—establecieron una red de intercambio para distribuir reactivos a 19 países. Argentina, Cuba y España también participaron extraoficialmente mediante sus institutos productores de reactivos. En 1989, Brasil, Cuba, Chile y México recibieron apoyo para producir reactivos víricos como parte de un proyecto del PNUD. Ya en 1986, 23 países participaban en programas de evaluación de la calidad en materia de química clínica, hematología, determinación de grupos sanguíneos, microbiología y parasitología. Para 1989, 29 países habían ingresado en por lo menos un programa de evaluación externa de la calidad, que también incluyó pruebas de diagnóstico de sífilis (VDRL) y de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde 1986 la OPS/OMS ha fomentado las pruebas de laboratorio para la detección del VIH en la sangre destinada a transfusiones. En 1989 se celebraron reuniones subregionales en América Central y del Sur y una reunión regional en la República Dominicana sobre nuevas tecnologías para la detección del VIH. Las reuniones agruparon a directores de laboratorios de salud pública y de bancos de sangre y a investigadores científicos para analizar las pruebas más avanzadas de detección de la infección por el VIH y recomendar los métodos que debe adoptar cada país, según su situación epidemiológica.

Dado que el trabajo de laboratorio implica la exposición a agentes biológicos, químicos y físicos, el programa apoyó la producción de documentos sobre seguridad biológica y copatrocinó talleres sobre el tema.

Argentina, Costa Rica, Chile y la República Dominicana publicaron documentos sobre seguridad biológica para sus respectivas redes de laboratorio. Asimismo,

la OPS/OMS distribuyó a todos los países de la Región las guías para la protección de los técnicos de laboratorio contra las enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, los fluidos corporales y los tejidos, establecidas por el Comité Nacional (EUA) de Normas para Laboratorios Clínicos.

Se impulsó el intercambio de información por medio de la distribución de más de 2400 documentos técnicos a las autoridades nacionales de salud y a 51 instituciones de 19 países.

La necesidad de adiestrar personal de laboratorio en nuevas tecnologías creó una mayor demanda de asistencia de la OPS/OMS, para lo cual se buscó un mayor respaldo financiero de los organismos donantes. Se incentivaron la inversión nacional en mantenimiento de equipo y la producción local y el control de la calidad de los reactivos como medidas para reducir los gastos de laboratorio en suministros importados.

Tecnología radiológica

La cooperación en tecnología radiológica para servicios de salud abarca actividades relacionadas con el diagnóstico por imagen, la radioterapia, la medicina nuclear y la protección radiológica. Se promovió la utilización, especialmente en los sistemas locales de salud, de una unidad de radiografía simplificada diseñada por la OMS, que se conoce con el nombre de sistema radiológico básico (SRB) y puede cubrir más del 80% de las necesidades totales de exámenes radiológicos. A pesar de que ya en 1986 en Colombia y Chile se completaron evaluaciones muy alentadoras con el SRB, únicamente se han instalado en la Región unas 25 unidades. Otro proyecto importante, que puede tener influencia en la curación del cáncer, fue el Programa del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA)/OMS de intercomparación postal de dosis para unidades de radioterapia de alta energía, que solamente entre 1988 y 1989

verificó la calibración de más de 200 unidades de cobalto y aceleradores lineales.

Se efectuaron visitas a las Antillas Neerlandesas, Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Haití, México, Perú y Venezuela para examinar los equipos y la seguridad de sus programas radiológicos. En San Antonio, Texas, Estados Unidos de América, se dirigió y organizó un curso práctico en español de dosimetría física en radioterapia para físicos médicos latinoamericanos; además, se filmó un video del curso como contribución al mejoramiento de la calidad y la eficacia de la radioterapia en la Región. Se ofrecieron disertaciones en seminarios sobre radiología diagnóstica en la Argentina, Brasil, Costa Rica, México y Venezuela; radioterapia, en el Perú; física médica, en la Argentina y Brasil, y protección radiológica, en Chile, México y Perú. Se estableció una estrecha colaboración con los Laboratorios Secundarios de Calibración Dosimétrica (LSCD) de la OIEA/OMS en la Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela, y con los tres Centros Colaboradores de la OMS para Emergencias Radiológicas en la Argentina, Brasil y los Estados Unidos. Se editó la versión en español de las recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica (Publicación Científica de la OPS No. 497, 1986) y se distribuyeron publicaciones, especialmente las de la OPS, sobre salud radiológica.

En 1987 se produjo un grave accidente de contaminación en Goiânia, Brasil, que entrañó la muerte de cuatro personas. En el período posterior al accidente, el Centro Colaborador de la OMS para Emergencias Radiológicas, en el Brasil, desempeñó un papel preponderante. En 1989 se investigaron otros dos accidentes radiológicos. El primero se produjo en El Salvador, en febrero, con un aparato industrial de irradiación de cobalto 60: una persona resultó muerta y a otra hubo que amputarle ambas piernas. El segundo ocurrió en Bolivia, en septiembre, con una fuente industrial de gammagrafía de iridio 192: dos personas

sufrieron lesiones en las manos. En ambos casos se obtuvo asistencia médica por conducto de los Centros Colaboradores de la OMS para Emergencias Radiológicas en la Argentina y los Estados Unidos. También en 1989 se proporcionó asistencia técnica después de dos accidentes radiológicos menores relacionados con fuentes de braquiterapia, uno en la República Dominicana y otro en Trinidad: en ninguno de los casos se requirió tratamiento médico. Estos hechos han demostrado la necesidad de reforzar la legislación sobre seguridad radiológica en los países de la Región.

Educación para la salud y participación de la comunidad

Los servicios locales de salud basados en la atención primaria funcionan dentro del medio en que vive y trabaja la población. Con el fin de promover un estilo de vida más sano, el Programa de Educación para la Salud y Participación de la Comunidad colaboró con los ministerios de salud en el establecimiento de proyectos de información pública, promoción de la salud, educación y participación de la comunidad. Estos proyectos se destinan a motivar y capacitar a las personas, las familias y las comunidades para que protejan su salud, prevengan la enfermedad, hagan buen uso de los servicios de salud existentes y tomen parte activa en la planificación y realización de actividades tendientes a mejorar la atención de salud prestada a la comunidad. Se hizo hincapié en el análisis de situación, planificación, ejecución, vigilancia y evaluación en el plano local para reorganizar los servicios existentes con el fin de dar mayor flexibilidad y responsabilidad administrativa a las comunidades atendidas. Al mismo tiempo, el fomento de la participación de la comunidad tuvo por objeto puntualizar con mayor exactitud los problemas prioritarios de salud y los grupos vulnerables.

La OPS/OMS nombró un grupo interprogramático para redactar una estrate-

gia de participación social en el establecimiento de sistemas locales de salud. Basándose en los lineamientos que emanaron de ese trabajo, 17 países comenzaron a realizar estudios de factibilidad.

En 1986, se redactó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, con la aprobación de 221 representantes de 38 países en una reunión sobre ese tema realizada en Ottawa, Canadá. En dicha carta se estableció el concepto de una "nueva salud pública" en virtud del cual los servicios de salud colaborarían con otros sectores y considerarían un marco más amplio que incluye los planos social, político, económico y ambiental. También se subrayó la necesidad de que los grupos de población participantes adquirieran conocimientos prácticos para su vida personal y para defender sus intereses.

En febrero de 1988, 49 representantes de 11 países de las Américas participaron en una reunión técnica celebrada en Washington, D.C., para definir las prioridades en materia de promoción de la salud, educación y participación de la comunidad. Se recomendó seguir haciendo hincapié en la promoción de la salud y educación sanitaria; acción, movilización y participación de la comunidad; autocuidado; estrategias adecuadas de comunicación; y adquisición de conocimientos prácticos. En agosto del mismo año, la OPS/OMS ofreció orientación y asesoramiento práctico para la XIII Conferencia Mundial de Educación para la Salud, patrocinada conjuntamente por la Unión Internacional de Educación para la Salud, la OPS y la OMS y celebrada en Houston, Texas. Los 1500 asistentes de 111 países reiteraron que la salud está íntimamente ligada a los múltiples factores sociales y políticos que afectan al desarrollo, y que los países deberían reorientar los servicios de salud y educación para poder responder mejor a esas influencias. Dada la diversidad de países y experiencias representados, los participantes instaron a los trabajadores de salud a "pensar globalmente y a actuar localmente" para unir mejor las fuerzas necesarias para resolver problemas comunes en todo el mundo.

Posteriormente, la OPS/OMS publicó una serie de documentos en los que se esbozaron los mecanismos para instituir la participación social. Asimismo, se preparó un protocolo para estudio con el fin de ayudar a los gobiernos nacionales a determinar la factibilidad de introducir nuevos sistemas y metodologías que incluyan la participación social en la prestación de toda clase de servicios locales que afectan a las condiciones de salud.

Para presentar esos conceptos a quienes toman decisiones importantes y lograr que se comprometieran a incorporarlas en las prioridades del sistema de salud estructurado, la OPS/OMS celebró una serie de talleres para el personal nacional y sus propios funcionarios en toda la Región. La Organización ya ha recibido muchas solicitudes de asistencia técnica y financiera para realizar actividades tendientes a fortalecer la participación social en la promoción de la salud.

La OPS/OMS también promovió las investigaciones operativas en las Bahamas, Colombia, Costa Rica y Jamaica. Se escogió el método de la investigación participativa porque, por su propia naturaleza, fomenta la participación organizada y activa de la comunidad y facilita que esta ejerza sus derechos y exprese sus necesidades de manera clara y precisa a las instituciones apropiadas. Aunque en estos proyectos se hizo hincapié en la colaboración intersectorial, fue difícil lograrla y mantenerla por la antigua tradición de independencia sectorial.

La OPS/OMS preparó y difundió documentos conceptuales básicos e instrumentos operativos para orientar actividades similares en otros países. La esencia de esos documentos y los resultados de estudios llevados a cabo en muchos de los países se publicaron en forma de libro. Se creó un marco para realizar investigaciones sobre la participación social en los sistemas locales de salud, y se incluyó como anexo de los lineamientos de la OPS en materia de solicitudes de subvenciones para investigación.

La OPS/OMS prestó cooperación técnica para fomentar la participación de la

comunidad en los siguientes campos programáticos: uso apropiado de medicamentos esenciales, salud materno-infantil, salud ambiental, salud pública veterinaria, salud del adulto, educación sanitaria de los niños de edad escolar y capacitación de personal de salud en metodologías educativas. Los ejemplos de esos esfuerzos incluyen el establecimiento de proyectos piloto de educación comunitaria en medicamentos esenciales en El Salvador, Guatemala y Honduras, y de pautas para promover la participación de la comunidad en programas de control de la malaria en Guatemala, Honduras y Panamá.

La OPS/OMS también brindó asesoramiento técnico en educación para la salud a organizaciones no gubernamentales tales como la Unión Internacional de Educación para la Salud, la Sociedad de Educadores Profesionales en Salud, el Consejo Nacional para la Salud Internacional y la Asociación para el Avance de la Educación para la Salud. El programa colaboró con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, como la Asociación de Salud Pública, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional en el Canadá, y la Asociación Americana de Salud Pública, los Centros para el Control de Enfermedades, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud en los Estados Unidos de América, así como con organismos internacionales como el UNICEF, la UNESCO, el PNUD, el FNUAP y la OEA. La Organización y el UNICEF están preparando conjuntamente materiales para sus programas de supervivencia infantil, y la salud se ha incluido en las actividades regionales y mundiales de "Educación para todos" realizadas por el UNICEF, la UNESCO, el PNUD y el Banco Mundial.

El Programa fomentó el desarrollo de la capacidad de adiestramiento de una amplia gama de personal de salud en promoción, educación, información en materia de salud y campos afines. Los programas de capacita-

ción para instructores, especialistas en comunicaciones y funcionarios de los servicios de salud se concentraron en problemas prioritarios como las enfermedades diarreicas, la malaria, el saneamiento y la atención en salud materno-infantil.

Se prepararon y pusieron a prueba publicaciones originales, documentos de referencia, guías, manuales y materiales audiovisuales, que luego se distribuyeron a todos los Países Miembros. La OPS/OMS facilitó el intercambio de especialistas en ese ramo entre los países de la Región. También impulsó el establecimiento de programas de adiestramiento en salud para maestros, comunicadores y otro personal clave que participa en las actividades destinadas a informar y a educar al público en general y a determinados grupos de población como los niños y adolescentes. Para lograrlo, la Organización trabajó con la Corporación Carnegie de Nueva York en la formulación, programación y ejecución de un proyecto para fortalecer el papel de las escuelas en la promoción de la salud. El proyecto se concentró en los países del Caribe Oriental, donde llevó a los trabajadores de salud a las escuelas para que explicaran la importancia del autocuidado, los estilos de vida sanos y la participación en actividades de desarrollo comunitario. Se establecieron programas de capacitación en las escuelas normales de nivel superior.

LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

El Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo trata de promover la mejora de la condición social y el estado de salud de la mujer; facilitar el análisis y la evaluación de las políticas, programas y leyes que la afectan; patrocinar investigaciones y publicar y divulgar los resultados pertinentes; promover el diseño y la puesta en práctica de diversos modelos de servicios de salud para la mujer, y fomentar la participación de grupos femeninos en la reforma de las políticas de salud.

Durante el período 1986-1989, el interés

PROGRAMA REGIONAL MUJER, SALUD Y DESARROLLO

Las mujeres constituyen la mitad de la población de las Américas. Son ellas las que tienen los niños y crían a las nuevas generaciones de la Región y, en su mayoría, son las encargadas de alimentar y vestir a sus hijos y de ocuparse de su salud. Los niños menores de 15 años representan entre un tercio y dos quintos de la población total de América Latina y el Caribe, según la subregión, y son la futura fuerza laboral de los países.

Aun sin tener en cuenta el hecho de que la mujer también atiende a los hombres y a los ancianos dentro del círculo familiar, la responsabilidad de la mujer es enorme, como lo es que en ella recae la dependencia implícita de la sociedad. En la medida en que los indicadores de salud de mayor importancia, como las tasas de mortalidad infantil y el estado de nutrición, se emplean como indicadores del desarrollo social y económico de un país, también son reflejo del trabajo y la función de la mujer.

A pesar de todo eso, en el mejor de los casos, los gobiernos han ido a paso lento en la adopción de políticas tendientes a mejorar el bienestar de quienes, de hecho, representan la mayor parte de sus respectivas poblaciones. Incluso en los Estados Unidos de América, donde la crisis económica de los años ochenta fue menos grave que en otros países de la Región, una cuarta parte de los niños viven en la pobreza y casi todos ellos viven en familias encabezadas por mujeres, cuyas oportunidades económicas son mucho menores, con menos experiencia práctica y no tan bien remuneradas como los hombres. En América Latina y el Caribe, el panorama económico es mucho peor. Sin embargo, hay una marcada falta de información precisa sobre los riesgos relativos para la salud de las mujeres.

La escasez de estudios concienzudos sobre la mujer es en sí una reveladora señal de la desatención de que es objeto en la formulación de políticas nacionales de desarrollo. Las estadísticas con que se cuenta suelen concentrarse en la función biológica de la mujer como madre. Esas cifras indican que, a pesar del número de programas de salud maternoinfantil establecidos, queda todavía mucho por hacer. La mortalidad materna prevenible, para citar solo un indicador de progreso social de importancia crítica, es todavía muy elevada en muchos países de la Región. Las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio todavía figuran entre las cinco causas principales de mortalidad de la mujer de 15 a 44 años en América Latina y el Caribe. Si se emplearan las tasas de mortalidad materna predominantes en 1980 para calcular el número de defunciones que podrían ocurrir entre 1980 y el año 2000, las defunciones de mujeres ascenderían aproximadamente a 1 millón. Si se emplearan las tasas predominantes en países más desarrollados para hacer cálculos sobre esa misma población, se obtendría una cifra de 60 000 defunciones.

Los Cuerpos Directivos de la Organización han señalado en repetidas ocasiones que la mujer de la Región está sujeta a injusticias y a que se le niegue la igualdad de derechos y de participación en el proceso de desarrollo. El Consejo Directivo ha aprobado resoluciones en todas las reuniones celebradas durante el cuatrienio en las que dejó constancia de su preocupación por las condiciones en que se encuentra la mujer y por su salud y pidió encarecidamente que se tomaran medidas para corregir la situación.

El Programa de la OPS/OMS Mujer, Salud y Desarrollo tomó forma durante el cuatrienio 1986-1989, cuando se estableció como Programa Regional bajo la responsabilidad del Subdirector de la Organización. A fines de 1989, el Programa Regional preparó un plan de trabajo para el próximo cuatrienio titulado "Criterios para orientar la cooperación



técnica sobre la mujer, la salud y el desarrollo”, con el que se pretende llenar las lagunas de información sobre la mujer mediante la realización de investigaciones y facilitando sus resultados a todos los programas nacionales de salud. Los datos bien investigados no solo ayudarán a acabar con la resistencia profundamente arraigada a mejorar las condiciones de la mujer que todavía existe en muchos países, sino que indicarán puntos concretos de intervención para los programas de salud. En el plan de trabajo se subraya la necesidad de considerar los efectos que tienen la función biológica de la mujer y los diversos papeles que la mujer desempeña en la sociedad para fomentar su salud y la de sus hijos y para lograr un mayor potencial de desarrollo económico en la Región. Al promover esos estudios y la difusión de información, el Programa Regional tendrá por orientación principal el fortalecimiento de las actividades de apoyo a la mujer en las instituciones de salud, las universidades y otras entidades sociales. En forma simultánea, patrocinará talleres y otras actividades destinadas a mejorar la forma de habilitar a la mujer para desempeñarse en el ámbito de la comunidad.

del Programa se centró sobre todo en hacerse presente dentro de la estructura de la OPS/OMS y de otras organizaciones internacionales, organismos bilaterales y grupos femeninos. Además, se fomentó la necesidad de establecer programas nacionales sobre la mujer en los Países Miembros. Tras haber logrado éxito moderado en esa empresa inicial, incluida la movilización de un elevado monto de fondos extrapresupuestarios para proyectos relacionados con la mujer en Centroamérica, en el último trimestre de 1989 el programa pasó a concentrarse en la preparación de un plan cuadrienal —“Criterios para orientar la cooperación técnica sobre la mujer, la salud y el desarrollo”— que pide la iniciación de proyectos concretos en los países de la Región.

La Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo de la OPS/OMS discutieron la importancia de trabajar por el adelanto del Programa y aprobaron resoluciones a esos efectos en todas las reuniones celebradas durante el cuadrienio. El Comité Asesor del Director sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, establecido en 1985, comenzó a funcionar plenamente en 1986. En observancia de las recomendaciones de los Cuerpos Directivos, en 1987 se creó el cargo de Asesor Regional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Cada una de las Representaciones de la OPS/OMS en los países designó un punto focal para coordinar las actividades del Programa y se nombró un coordinador subregional del Programa en Centroamérica con sede en San José, Costa Rica.

La OPS/OMS apoyó la organización de comisiones nacionales multisectoriales sobre la mujer, la salud y el desarrollo, que se establecieron en todos los países. El proyecto OPS/OMS sobre “La mujer en la salud y el desarrollo en Centroamérica” recibió fondos de España, Noruega y Suecia y colaboración de FNUAP, UNIFEM, UNICEF, PNUD y CEPALC. Además, a mediados de 1989, el Programa suscribió acuerdos de cooperación con el Instituto de la Mujer de España, la Universidad de Iowa (EUA) y el IICA, entre

otras instituciones, para realizar sus actividades en Centroamérica.

En 1989, la OPS/OMS celebró discusiones técnicas sobre la mujer, la salud y el desarrollo en la Sede y en las Representaciones, a las que asistieron delegados de las Comisiones Nacionales, instituciones no gubernamentales y organizaciones femeninas.

El Programa hizo varios aportes a los campos de investigación y difusión de información. Concluyó la preparación de un perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas, que se editará como Publicación Científica de la OPS y se incluirá en forma resumida en un capítulo de la Publicación Científica No. 524, *Las condiciones de salud en las Américas* (edición de 1990). Representa el análisis sistemático más actualizado del estado de salud de la mujer de la Región.

Entre tanto, la mayoría de los países promovieron la realización de estudios de diagnóstico sobre el estado de salud de la mujer, cuyos resultados se emplearán para formular políticas más eficaces en ese campo. En algunos países centroamericanos concluyeron varios estudios de la legislación vigente con el fin de determinar si hay criterios legales discriminatorios que constituyan obstáculos para la plena participación económica y social de la mujer. El Programa fomentó el examen del efecto de la legislación en la salud de la mujer patrocinando una serie de reuniones y divulgando la materia tratada.

El tema de la mujer, la salud y el desarrollo se consideró campo prioritario para fines de financiamiento por parte del Programa de la OPS/OMS de Subvenciones para Investigación. Entre 1987 y 1989 se presentaron 12 propuestas de investigación, pero en muchos casos los protocolos fueron inadecuados. Se determinó que se necesitaba un mayor esfuerzo para promover la preparación de propuestas adecuadas, y personal del Programa de Subvenciones colaboró con el del Programa Mujer, Salud y Desarrollo en la preparación de una propuesta de varios cen-

tros para estudiar la relación existente entre la crisis económica, el trabajo y la salud de la mujer. Asimismo, el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud colaboró en la preparación de un protocolo de investigación sobre el uso y el abuso de la tecnología terapéutica y clínico-quirúrgica para la mujer. En coordinación con el Programa de Salud de los Adultos, se realizó una encuesta preliminar del estado de salud mental de la mujer de los países andinos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

También se apoyó el establecimiento de sistemas y redes de información especializada sobre la mujer en cada una de las subregiones geográficas en las que se concentran las iniciativas de salud patrocinadas por la OPS/OMS (Área Andina, el Caribe, Centroamérica y el Cono Sur). En un estudio de factibilidad del Sistema Centroamericano de Información sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (SIMUS) se delinearón las pautas metodológicas y técnicas para estudios similares en otras subregiones y países. Basándose en los resultados del estudio, se redactó el texto de un proyecto de cooperación para fomentar el crecimiento del SIMUS, presentado luego al FNUAP para su consideración.

El Instituto de la Mujer de España suscribió un acuerdo con el Programa para apoyar una serie de publicaciones sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Se publicaron dos bibliografías anotadas sobre el tema y el libro *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*, producido en coordinación con el Programa de Salud de los Adultos y la Asociación Americana de Personas Jubiladas (EUA).

El Programa colaboró con los países en la preparación de manuales sobre los problemas de salud y los patrones de conducta de riesgo de las adolescentes y apoyó la preparación de materiales sobre la participación de la mujer en la atención primaria de salud, tema poco investigado.

Con el fin de facilitar la movilización de grupos femeninos para participar en proyectos de salud, con apoyo del Instituto de la

Mujer de España se publicó el *Directorio sobre la mujer en Centroamérica, Panamá y Belice*, en el que se enumeran las organizaciones femeninas y sus proyectos. Se inició la compilación para otro directorio similar en México.

PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y COORDINACIÓN DEL SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE

Durante el cuatrienio 1986–1989, los desastres naturales asestaron un duro golpe a la América Latina y al Caribe. Los huracanes Gilbert, Joan y Hugo azotaron el Caribe, México y Centroamérica y las inundaciones repetidas en América del Sur tuvieron graves consecuencias para la salud.

Pese a los logros de los programas nacionales de preparativos para situaciones de emergencia en el sector salud, no se redujo la vulnerabilidad de la Región a los desastres naturales. De hecho, la migración en masa de la población de las zonas rurales a las urbanas, junto con la creciente amenaza de desastres tecnológicos —factores que el sector salud no puede remediar— intensificó la vulnerabilidad existente. Con todo, aunque los desastres siguen amenazando el desarrollo mediante la destrucción de la infraestructura, la imposición de una carga a los servicios de salud y el desvío de escasos recursos a medidas de emergencia o de rehabilitación, algunas veces ofrecen la oportunidad de reformar y mejorar a largo plazo el sistema de salud.

Durante el último cuatrienio, el apoyo y fortalecimiento de los programas técnicos de los ministerios de salud siguieron siendo uno de los principales objetivos del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre. Con apoyo del Programa, cada país de la Región designó a un coordinador de desastres en el sector salud o a un punto focal encargado de la planificación y coordinación de las actividades de socorro de ese

sector con anterioridad al desastre. En algunos casos, como ha sucedido en las islas más pequeñas del Caribe, los coordinadores asumieron esos deberes además de otras responsabilidades. Muchos ministerios de salud establecieron oficinas o unidades de preparación con la debida dotación de personal y de fondos al nivel apropiado dentro de su respectiva estructura orgánica. Sin embargo, varios países no establecieron ni un presupuesto determinado ni puestos, y muy pocos de ellos colocaron sus unidades en niveles suficientemente altos para que fueran compatibles con las actividades de todos los departamentos y el nivel ejecutivo de adopción de decisiones. Esas medidas son esenciales en cualquier compromiso serio contraído con objeto de hacer preparativos.

Puesto que el trabajo relacionado con preparativos para desastres en el sector salud coincide con las actividades de otros sectores y depende de estas, se buscó la participación de los sectores clave. Entre estos estuvieron la defensa civil, los ministerios de planificación, del interior, de defensa y de relaciones exteriores, y organismos no gubernamentales. Se invitó a los representantes de esos sectores a participar en talleres y seminarios internacionales patrocinados por la OPS/OMS. Si bien se hizo hincapié en el liderazgo general de los ministerios de salud en materia de preparativos para desastres en ese sector, la OPS/OMS proporcionó cooperación técnica y apoyo material a todas las instituciones nacionales que trabajan en ese campo.

La Organización realizó una serie de talleres para los ministerios de relaciones exteriores y fomentó la preparación de directrices para definir la función de los diplomáticos en el país y el exterior en casos de emergencia. Cuando ocurre algún desastre, las decisiones relacionadas con los asuntos de salud a menudo se adoptan en los más altos niveles políticos, en lugar del nivel técnico. La observación repetida de esa tendencia subrayó la necesidad de que el Programa fomentara el conocimiento y la comprensión de las prioridades y soluciones en materia de salud

por parte del público y de los dirigentes políticos. El Programa dirigió ese mensaje a esos grupos por medio de amplia distribución de material impreso y audiovisual.

Otro objetivo principal del Programa consistió en adiestrar al personal de salud en procedimientos de respuesta de emergencia. La eficacia de la respuesta de un país a los desastres depende en gran medida de la preparación y la idoneidad de los grupos de respuesta inmediata, los dirigentes locales y los servicios de salud de la comunidad afectada. Mientras mejor preparados estén los servicios locales de salud y las comunidades, mejor será la respuesta nacional en general. La calidad y oportunidad de la respuesta nacional también depende de la capacidad de las autoridades del nivel central para apoyar y coordinar la respuesta local.

A comienzos del decenio pasado, el concepto de preparación para situaciones de desastre era todavía nuevo y el adiestramiento tenía que comenzar con los administradores de alto nivel. Sin embargo, durante el cuatrienio, en el Programa se pudo aprovechar el efecto multiplicador por medio de la formación de capacitadores, los grupos locales de respuesta inmediata y el personal de los servicios de salud. Por ejemplo, en 1988 (un año representativo del promedio), se celebró un total de 147 reuniones, cursos y talleres con 7507 participantes, a un costo de \$US400 000.

Ejemplo del fomento de la participación intersectorial en 1989 lo constituyó el primer curso de diseño, reparación y manejo de hospitales en zonas de actividad sísmica, patrocinado por el Organismo de Cooperación Internacional del Japón, el Centro de Investigaciones sobre Ingeniería Sísmica y Situaciones de Desastre del Japón-Perú y la OPS/OMS. Se escogieron 30 ingenieros, arquitectos y administradores de hospitales de 11 países de la Región para que asistieran al curso, basándose en parte en el hecho de que ocupaban puestos que les permitirían repetir el curso en su medio nacional.

La preparación de material de adiestra-

miento es indispensable para que los "multiplicadores" recién capacitados puedan repetir los cursos y talleres en su propio medio. Durante el cuatrienio, se amplió el material didáctico del Programa para incluir programas de videocintas, nuevas presentaciones de diapositivas y varias publicaciones técnicas. Además, en colaboración con la Oficina de Información y Asuntos Públicos, se estableció una extensa biblioteca de videocintas y diapositivas sobre desastres que sirvió no solo de medio para preparar material didáctico sino de banco de datos institucionales.

El Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre asumió una importante función coordinadora después de la mayoría de los desastres recientemente ocurridos en la Región. Para modernizar las actividades de respuesta de emergencia, se estableció un centro de emergencia en la Sede. Dicho centro, cuyo costo fue módico, tiene la capacidad de instalar rápidamente nuevas líneas de teléfono, facsímil, correo electrónico y computadoras. La Organización también adoptó la política de rápida movilización del personal de la OPS/OMS a lugares fuera del país afectado cuando se interrumpen las comunicaciones y la información preliminar indica que ha ocurrido un daño de grandes proporciones. En el Caribe, la OPS/OMS formó un equipo interinsular de respuesta a desastres que está listo a actuar en cualquier momento durante la estación de huracanes. Este método de trabajo en equipo en las islas más pequeñas del Caribe, establecido por gestión del Coordinador del Programa en el Caribe, recibió pleno apoyo de los países interesados.

Para ocuparse de las comunicaciones de emergencia durante un desastre repentino, la Organización compró estaciones terrestres portátiles para el recibo de señales de satélite (INMARSAT), que ayudan a los países afectados a comunicarse con las organizaciones internacionales y la comunidad de donantes internacionales. La OPS/OMS adiestró a un grupo de operadores que viajaron con ese

equipo a Jamaica en 1988 y a Montserrat en 1989 inmediatamente después de los huracanes Gilbert y Hugo.

La Organización también concentró su capacidad de respuesta a desastres en la asistencia para la rápida evaluación de las necesidades de salud, el asesoramiento técnico a donantes interesados y la cooperación con los gobiernos afectados para la gestión de las donaciones de suministros de salud para operaciones de socorro. Esta última puede ser una tarea monumental, dado el gran volumen de suministros médicos no solicitados que llega en muchos casos. Para abordar los problemas de asistencia internacional con fines de socorro sanitario, en 1987 los Países Miembros aprobaron una serie de recomendaciones que ahora constituyen la política regional de la Organización. Con ese mismo fin, la OPS/OMS emprendió el diseño de un sistema computadorizado para hacer un inventario y seguir la trayectoria de la distribución de suministros médicos esenciales. Los gobiernos que prestan asistencia importante con fines de socorro en la Región (los Estados Unidos de América, Italia y el Japón, por ejemplo) participaron en el diseño del sistema.

Es difícil determinar el grado de desarrollo de un programa nacional de preparativos para situaciones de desastre en el sector salud o la forma en que se puede comparar el programa de un país con el de otro. Hay que mejorar los criterios operativos para determinar los adelantos y establecer indicadores básicos para evaluar el desarrollo del programa. Para tratar de evaluar los adelantos del programa en algunos países se empleó un modelo de evaluación, preparado con la ayuda de expertos de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). Sin embargo, no produjo una respuesta efectiva. Se cree que un equipo de evaluadores independientes, ayudados por personal nacional, podría precisar los adelantos logrados por el país, incluso sus puntos fuertes y débiles. Los planes para actividades futuras dentro de cada país se podrían adaptar a las necesidades existentes.

Las Naciones Unidas designaron al decenio de 1990 como el Decenio Internacional de Reducción de los Desastres Naturales. Sin embargo, el plan de trabajo propuesto no incluyó ningún elemento ni actividad de salud importante. La OPS, para apoyar a la OMS, ha fomentado activamente las prioridades y los intereses del sector salud ante las Naciones Unidas, por medio del Grupo de Representantes Permanentes de América Latina y el Caribe, para asegurarse de que el Comité de Expertos del Decenio equilibre su método basado principalmente en las investigaciones básicas con una orientación social y sanitaria. La OPS/OMS desempeñó una función clave al instar al sector salud a participar activamente en el establecimiento de Comités Nacionales para el Decenio y asegurarse de que sus preocupaciones, necesidades y prioridades sean consideradas por los programas nacionales para el Decenio.

La preparación adecuada para situaciones de desastre puede ser el medio apropiado para mejorar o establecer actividades y servicios públicos y comunitarios que se necesitan en épocas normales. El grado de preparación para desastres en el sector salud de un país es indicativo de la calidad y eficacia general de sus servicios de salud y de su cobertura en épocas normales. Por tanto, el grado de preparación solo puede llegar hasta donde lo permitan la organización y los recursos del sector salud. Hasta la fecha se ha alcanzado un grado de preparación alentador. Sin embargo, los adelantos son frágiles y aún pueden verse afectados por cambios en la dirección de los ministerios nacionales de salud. Se necesita un continuo y sustancial apoyo de la OPS/OMS y de otros organismos hasta que los programas nacionales de preparación para situaciones de desastre consoliden su dotación de personal y sus fondos dentro de las instituciones de salud.

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La dotación suficiente y la distribución eficaz de recursos humanos bien formados

son dos de los principales determinantes del éxito de los programas de salud pública. Como parte de su evaluación general de necesidades del cuatrienio, la Organización examinó la situación del personal de salud en la Región y descubrió que la distribución de los profesionales de salud presentaba varias clases de sesgos.

Los profesionales mejor formados siguieron concentrándose en las zonas urbanas, en detrimento de los servicios de las rurales. Dentro de las urbanas, se agruparon en empleos del sector privado y en hospitales, más bien que en dispensarios y otras unidades periféricas de salud. Entretanto, las políticas liberales de admisión a las universidades permitieron que se graduara un mayor número de profesionales en un momento en que la crisis económica reducía la capacidad del sector público para emplear personal en condiciones competitivas. La tasa de crecimiento del empleo en los servicios de salud, que en decenios anteriores había aumentado a un ritmo más rápido que en otros sectores, se estancó o se redujo entre 1986 y 1989. En algunos países, los estudiantes de medicina recién graduados afrontaron problemas de subempleo o desempleo, tendencia que puede empeorar.

Al mismo tiempo, el número de dentistas, enfermeras diplomadas y otros profesionales de salud no médicos no bastaba para atender las necesidades del sistema de trabajo en equipo requeridas para prestar atención primaria integral. Por otro lado, los estudiantes de medicina terminaban su formación, a menudo inadecuada, en número cada vez mayor. Esa formación se orientaba hacia la atención hospitalaria especializada, pese a que la mayoría de los países tiene exceso de profesionales en ese campo y escasez de médicos de familia y de otros especializados en epidemiología de las enfermedades infecciosas.

La difícil tarea de tratar de armonizar la formación con las necesidades ha exigido complejas soluciones. A principios del cuatrienio (1986), la Organización comenzó a reestructurar su propio programa de cooperación técnica para ayudar a los

Gobiernos Miembros a tomar medidas correctivas. En esa época, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos agrupaba sus actividades bajo tres encabezamientos generales —política y coordinación, administración y capacitación de personal de salud— que indicaban la importancia de adaptar los programas de educación y adiestramiento de profesionales a los requisitos de la reforma del sistema de prestación de servicios de salud pública. En consecuencia, en el Programa, cuya orientación educativa había sido predominantemente técnica, se comenzaron a considerar los factores determinantes de índole social y económica como medios de influencia en la fuerza de trabajo en atención de salud.

En el documento titulado "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1989" aprobado en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1986 (Resolución XXI), se subrayó la importancia de "la búsqueda de una mejor definición de las funciones del personal de salud, de mejores esquemas de formación y adiestramiento de recursos humanos y de una mayor eficiencia en la captación, educación continua y utilización de los mismos, especialmente para la gestión de los servicios en los niveles intermedios y superiores".

Esas preocupaciones se abordaron en el plan a mediano plazo del Programa, que se concentró en promover la administración de personal, con énfasis en formulación y análisis de políticas, mejoras de los sistemas de información, fortalecimiento de la investigación en este campo y formación avanzada de especialistas; desarrollo de la educación continua de los trabajadores de salud, que ofrezca formación o reorientación adaptable a las reformas de los servicios de salud; establecimiento de un sistema de capacitación basado en las necesidades prioritarias; reorganización del adiestramiento en salud pública para atender las necesidades de liderazgo en ese campo, en particular, aportando conocimientos especializados de epidemiología y administración, y colaboración con los Países Miembros en administrar, vigilar y fortalecer el empleo de las becas de la

Organización a fin de promover la meta de contar con servicios de salud universales y equitativos.

Política y coordinación

El Programa fortaleció sus vínculos de trabajo con los organismos no gubernamentales, como la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), la Asociación Americana de Salud Pública (EUA) y la rama que se ocupa de las Facultades de Salud Pública, la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE), la Federación Panamericana de Enfermería, la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la mayoría de las asociaciones nacionales de toda la América Latina que trabajan en el desarrollo de recursos humanos en salud.

Para incluir a las universidades, en 1987 se estableció junto con la UDUAL un programa llamado "Universidades y salud para América Latina y el Caribe en el siglo XXI". Se celebraron reuniones con sectores en los que no se aborda tradicionalmente la salud, como los de economía, ciencias políticas, ciencias del medio ambiente e ingeniería, para discutir temas de importancia crítica para la resolución de los problemas de salud.

Las dificultades encontradas para adoptar políticas que coincidieran con las metas establecidas en el sector salud se debieron en parte a la falta de coordinación entre los sectores de educación y salud. Esa falla se corrigió con el establecimiento de mecanismos como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en México, los consejos de integración docente-asis-

tencial en Bolivia y Chile y la Comisión Interministerial de Planificación y Coordinación de la Salud en el Brasil.

Un proyecto realizado en la Argentina con financiamiento del Banco Mundial tiene un componente de coordinación y análisis de política en materia de recursos humanos. En el Brasil, la OPS/OMS apoyó la Conferencia Nacional de Recursos Humanos en Salud, que más tarde repercutió en la nueva Constitución del país.

El Programa ofrece dos fuentes de información científica y técnica de importancia: la revista trimestral *Educación Médica y Salud*, que cumplió 23 años de publicación ininterrumpida en 1989, y la Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, dentro de la que se publicaron documentos, informes, fascículos, manuales y folletos útiles para los trabajadores de salud.

En el plano subregional, el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), brazo operativo del Programa en la subregión centroamericana, con sede en Costa Rica, cumplió 10 años de dar vigoroso apoyo al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica. El PASCAP delineó el componente de capacitación de personal en campos prioritarios como los de salud materno-infantil, medicamentos esenciales, alimentación y nutrición y control de la malaria; también se encargó de realizar actividades específicas en el campo de recursos humanos, descritas en la sección que trata de los países centroamericanos en el Capítulo VI del presente informe.

Por último, por mandato de los Cuerpos Directivos, se realizó una evaluación del programa de becas de la Organización para determinar cómo emplean los becarios el adiestramiento recibido, en sus respectivos países de origen.

Administración de recursos humanos

La OPS/OMS siguió fomentando el desarrollo de un sistema de información

sobre recursos humanos para facilitar el empleo de óptimas estrategias de capacitación y asignación. El sistema se basó en datos primarios recolectados por medio de estudios especiales y permitió explorar la posibilidad de emplear censos generales de población. Los resultados variaron mucho de un país a otro y hubo casos en que fue imposible actualizar la información disponible. Aun así, la calidad de los análisis de datos mejoró mucho en lo que respecta a la forma en que los trabajadores ingresan a la fuerza laboral, las condiciones de empleo o de ejercicio profesional autónomo y los aspectos cuantitativos y cualitativos del adiestramiento. Se definieron las prioridades de investigación sobre la estructura y composición de la fuerza de trabajo y se inició un estudio sobre medicina de la familia como posibilidad de ejercicio profesional.

En el Programa se fomentó el interés de los grupos nacionales en encontrar formas de convertir la educación en salud en un proceso continuo vinculado a las responsabilidades ordinarias del empleo. El Programa prestó apoyo técnico y financiero a ocho grupos nacionales de trabajo encargados de formular metodologías. Sus resultados se publicaron como fascículos y guías de trabajo y se distribuyeron por toda la Región.

La meta del Programa es formar una Red Latinoamericana de Colaboración que investigue y proponga otros métodos de capacitación de los trabajadores de salud en el empleo. Asimismo, el Programa formuló actividades de adiestramiento para un grupo de especialistas sobre la forma de analizar los problemas particulares del personal de salud de América Latina y de preparar a las instituciones encargadas de la asignación efectiva de ese personal.

Capacitación de recursos humanos

Se introdujo una nueva metodología —el análisis prospectivo— para el adiestramiento de profesionales de salud. El método se basa en la creación de futuros marcos hipotéticos

de fijación de normas dentro del concepto de la meta de acceso universal a la atención primaria de salud. La posición de cada institución y los factores de importancia crítica para los adelantos se determinan luego por consenso. En ese análisis se consideran el medio dentro del cual se realiza el proceso educativo, la situación socioeconómica y de salud, la estructura de los servicios de los que forma parte y las prácticas educativas prevalentes, y esos elementos se reconocen luego como factores determinantes de la orientación profesional resultante.

A fines del cuatrienio, esa metodología se había empleado en más de 100 facultades de medicina, otras tantas facultades de enfermería y alrededor de 50 facultades de odontología y, en muchos casos, los resultados habían servido de punto de partida para ajustes académicos y administrativos en las respectivas instituciones educativas.

El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción siguió colaborando en la capacitación de personal. Duplicó el número de títulos de libros ofrecidos y aumentó el número de manuales de educación continua para el personal en servicio. Se triplicaron los textos originales preparados por autores latinoamericanos y su distribución aumentó más de 40%. Los trabajos de reorientación más importantes del programa fueron la inclusión de material sobre atención primaria entre sus temas y la expansión del sistema de distribución de libros de texto al de servicios de salud.

Se celebraron reuniones para discutir la cooperación con otros sectores. Los temas tratados incluyeron los campos de salud y desarrollo, la situación de salud y sus tendencias, el financiamiento del sector, la fuerza de trabajo en salud, el desarrollo tecnológico en salud y la organización de servicios de salud.

El Programa siguió apoyando el adiestramiento en las áreas críticas de administración y epidemiología. Los requisitos de adiestramiento y empleo de esta última se sometieron a amplia revisión. El Programa también siguió patrocinando la participación de profesionales jóvenes en proyectos de

aprendizaje por medio de actividades de cooperación técnica realizadas por los programas regionales de la OPS/OMS. Treinta y cinco residentes participaron en ese programa durante el cuatrienio; al volver a sus respectivos países se reintegraron a sus instituciones y varios pasaron a ocupar cargos relacionados con la salud internacional. Tres fueron contratados más tarde por el UNICEF y la OPS/OMS.

APOYO DE LA INFORMACION SOBRE SALUD

Publicaciones oficiales y técnicas

Las publicaciones de la OPS reflejaron las prioridades técnicas y el trabajo de la Organización, y se distribuyeron a 100 000 instituciones y personas.

Al Servicio Editorial del Programa de Información Científico-Técnica en Salud se le encomendó la tarea de hacer preparar, seleccionar, producir y divulgar publicaciones sobre temas considerados pertinentes, oportunos, válidos y prácticos para los trabajadores y administradores de salud. Dicho Servicio trató de llenar las lagunas existentes dando a conocer información que habría quedado inédita si la OPS no la hubiera publicado y que reflejaba el trabajo de la Organización y apoyaba sus programas técnicos.

Las publicaciones producidas entre 1986 y 1989 comprendieron documentos oficiales, publicaciones periódicas, libros científicos y cuadernos técnicos (Cuadro 1). Todas ellas incluyeron trabajos originales preparados por funcionarios técnicos y distinguidos profesionales de los países, traducciones al español de originales recibidos de la OMS y de otras fuentes y publicaciones preparadas junto con organizaciones como la Asociación Americana de Salud Pública, los Institutos Nacionales de Salud, la Asociación Médica Americana y la Asociación Ameri-

Cuadro 1. Publicaciones producidas por el Servicio Editorial de la OPS, 1986-1989.

Serie No.	Título
<i>Publicaciones Científicas</i>	
479	VI International Conference on the Mycoses
480	Enfermedades ocupacionales. Guía para su diagnóstico
494	Manual para el análisis de la fecundidad
495	Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo, vol. 4
496	Estudios médicos independientes: Su efecto potencial en el sistema de atención de la salud
497	Recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica
498	Tuberculosis Control: A Manual on Methods and Procedures for Integrated Programs
498	Control de la tuberculosis: Manual sobre métodos y procedimientos para los programas integrados
499	Control de calidad en radioterapia. Aspectos clínicos y físicos
500	Health Conditions in the Americas, 1981-1984 (two volumes)
500	Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984 (dos volúmenes)
501	Salt Fluoridation
502	Towards the Eradication of Endemic Goiter, Cretinism, and Iodine Deficiency
503	Zoonoses and Communicable Diseases Common to Man and Animals. Second Edition
503	Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. Segunda edición
504	Patterns of Birthweights
504	Características del peso al nacer
505	The Challenge of Epidemiology. Issues and Selected Readings
505	El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas
506	Guías para la calidad del agua potable, vol. 2
507	El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, 14a. edición
508	Guías para la calidad del agua potable, vol. 3
509	The Right to Health in the Americas. A Comparative Constitutional Study
509	El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado
510	Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias
511	IV Seminario Regional de Tuberculosis
512	Diagnóstico de malaria
513	Compendio de enfermedades alérgicas e inmunológicas
514	AIDS: Profile of an Epidemic
514	SIDA: Perfil de una epidemia
515	Guía para evaluar el estado de nutrición
516	Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas
517	Health Economics. Latin American Perspectives
517	Economía de la salud. Perspectivas para América Latina
518	Anestesia en el hospital de distrito
519	Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias
520	Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante. Primera Conferencia de Consenso
521	Cirugía general en el hospital de distrito
522	Abuso de drogas
<i>Documentos Oficiales</i>	
211	Informes finales. 96ª y 97ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS y de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana. XXXVIII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas/Final Reports. 96th and 97th Meetings of the PAHO Executive Committee. XXII Pan American Sanitary Conference. XXXVIII Meeting, WHO Regional Committee for the Americas
212	Handbook of Resolutions of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization, vol. 3
212	Manual de Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, vol. 3
215	Annual Report of the Director, 1986
215	Informe Anual del Director, 1986
219	Informes finales. 98ª y 99ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS y de la XXXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. XXXIX Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas/Final Reports. 98th and 99th Meetings of the PAHO Executive Committee and of the XXXII Meeting of the Directing Council of PAHO. XXXIX Meeting, WHO Regional Committee for the Americas
221	Annual Report of the Director, 1987
221	Informe Anual del Director, 1987

Cuadro 1. Publicaciones producidas por el Servicio Editorial de la OPS, 1986-1989 (cont.).

Serie No.	Título
225	Informes finales. 100ª y 101ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS y de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. XL Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas/Final Reports. 100th and 101st Meetings of the PAHO Executive Committee, XXXIII Meeting of the Directing Council of PAHO. XL Meeting, WHO Regional Committee for the Americas
228	Annual Report of the Director, 1988
228	Informe Anual del Director, 1988
232	Informes finales. 102ª y 103ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS y de la XXXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. XLI Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas/Final Reports. 102nd and 103rd Meetings of the PAHO Executive Committee, XXXIV Meeting of the Directing Council of PAHO. XLI Meeting, WHO Regional Committee for the Americas
<i>Cuadernos Técnicos</i>	
1	Malaria en las Américas. Análisis crítico
2	Control del hábito de fumar. Taller subregional para el Cono Sur y Brasil
3	Protección del paciente en radiodiagnóstico
4	Investigaciones sobre servicios de salud. Índice de trabajos
5	Malaria en las Américas. Informe de la IV Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas
6	Polio Eradication Field Guide
6	Guía práctica para la erradicación de la poliomielitis
7	Pautas simplificadas. Control de las enfermedades de transmisión sexual
8	Atención médica de casos graves y complicados de malaria. Reunión técnica informal de un grupo internacional de especialistas patrocinada por la OMS
9	Control del hábito de fumar. Segundo taller subregional. Area Andina
10	Problemas nutricionales en países en desarrollo en las décadas de 1980 y 1990
11	Assessing Needs in the Health Sector after Floods and Hurricanes
11	Evaluación de necesidades en el sector salud con posterioridad a inundaciones y huracanes
12	Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones
13	National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study of Intersectoral Action
14	Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos
15	Protección contra la radiación ionizante de fuentes externas utilizadas en medicina
16	Education and Training Needs for Medical Entomology in the Americas
16	Necesidades para la educación y el adiestramiento de entomólogos médicos en las Américas
17	Administración de emergencias en salud ambiental y provisión de agua
18	Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. Curso integrado de salud materno-infantil
19	Malaria en las Américas. Informe de la V Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria y Directores Generales de Salud en las Américas
20	Smoking Control. Third Subregional Workshop, Caribbean Area
22	A Profile of the Elderly in Trinidad and Tobago
23	Strengthening Health Research in the Americas through International Collaboration
24	A Profile of the Elderly in Guyana
25	Por una mejor alimentación. Evaluación de programas destinados a mejorar el consumo alimentario y el estado nutricional de familias pobres en Brasil
26	A Profile of the Elderly in Argentina
<i>Periódicas</i>	
	Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (mensual)
	Bulletin of the Pan American Health Organization (trimestral)
	Educación médica y salud (trimestral)

cana de Personas Jubiladas, todas de los Estados Unidos de América, y el Banco Mundial.

Se hizo particular hincapié en la cooperación técnica directa con los países que expresaron interés en mejorar sus publicaciones nacionales. El Programa patrocinó

reuniones nacionales de editores y miembros de juntas editoriales de revistas biomédicas y de salud y talleres-seminarios sobre edición de artículos científicos en Costa Rica, Cuba, Chile, Nicaragua, Perú y Venezuela y los estados de la frontera de México con los Estados Unidos de América.

Se establecieron juntas editoriales para la **Serie de Publicaciones Científicas** y las publicaciones periódicas *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, *Bulletin of PAHO* y *Educación médica y salud*. A partir de 1986, cada año se dedicó un número del *Boletín* a un tema determinado, a saber, salud mental en 1986, economía de la salud en 1987, el SIDA en 1988 y la toxicomanía en 1989. Se hizo lo mismo con el *Bulletin* comenzando con el número especial sobre el SIDA.

Durante el cuatrienio, el programa de publicaciones produjo 32 títulos en su Serie de Publicaciones Científicas y 26 en la de Cuadernos Técnicos. Esta última serie se inició en 1986 para divulgar información cuya rápida publicación era indispensable. En la Serie de Documentos Oficiales el programa produjo 8 títulos, que incluyeron los informes anuales del Director, los informes finales de las reuniones de los Cuerpos Directivos y el Manual de Resoluciones (Cuadro 1).

En el campo de distribución y ventas de publicaciones se destacaron tres actividades. Se descentralizaron las ventas en la Argentina, Brasil, Canadá, México, Perú, España y los Estados Unidos. Se ampliaron las actividades de promoción y comercialización, lo que produjo un aumento de las ventas. Por último, se diseñó un nuevo sistema computarizado para los sistemas de preparación de listas de distribución, facturas e inventarios, que incrementó mucho la eficiencia.

Información científica y técnica

El Programa de Información Científico-Técnica en Salud también se encarga de organizar y manejar la Red Latinoamericana y del Caribe de Información Científico-Técnica en Salud. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) es el centro especializado de la OPS/OMS al que se ha encomendado el sistema regional que vincula los sistemas nacionales con los de la OPS, lo que permite compartir los recursos de información y documentación a un costo reducido.

Durante el cuatrienio, las metas del Pro-

grama fueron: establecer sistemas nacionales en los países carentes de ellos, fortalecer las

redes nacionales existentes, incluir los sistemas nacionales en los proyectos de desarrollo de los servicios de salud y conseguir apoyo financiero de fundaciones y otros organismos para ampliar más el desarrollo de las redes de información.

Los principales servicios del sistema regional fueron: la base de datos de Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), el Servicio de Intercambio Bibliográfico y el acceso a otras bases de datos nacionales e internacionales. LILACS contiene publicaciones originadas por profesionales de salud de la Región y de la OPS/OMS. Los documentos se incorporan de acuerdo con una metodología que BIREME ha preparado y hecho llegar a los países por medio de cursos y períodos de adiestramiento en servicio. Los centros nacionales de información recopilan e incorporan al sistema las publicaciones producidas en sus países y envían a BIREME el producto elaborado. BIREME prepara entonces la base de datos en disco compacto (CD-ROM) y distribuye copias gratis del sistema LILACS/CD-ROM a todas las instituciones cooperadoras, a las que ha proporcionado antes dispositivos de lectura de CD-ROM. Estos dispositivos se enviaron a 160 instituciones de 19 países junto con la base de datos LILACS/CD-ROM. Esa base también se distribuyó a instituciones de fuera de la Región. A fines de 1989, 12 países enviaban información regularmente a LILACS y se habían hecho planes para conseguir la participación de todos los países, continuar negociaciones para incorporar al sistema la literatura producida en España y Portugal e iniciar una campaña de promoción de la venta de LILACS/CD-ROM con fines de generación de ingresos.

Las instituciones que forman parte de los centros nacionales de información compartieron recursos bibliográficos por medio del Servicio de Intercambio Bibliográfico, que proporciona fotocopias de documentos a solicitud de las instituciones carentes de

ellos. Durante el período 1986-1989, BIREME envió 300 000 fotocopias de artículos de revistas a las bibliotecas del sistema regional. La red de 17 máquinas de telefacsimil en 11 países facilitó el intercambio de documentos entre las unidades del sistema y se ampliará en el transcurso del próximo cuatrienio.

Las revistas biomédicas producidas en América Latina y el Caribe encararon dificultades por tres razones principales: un número insuficiente de artículos originales que les permitiera publicar regularmente; imposibilidad de verificar la validez de la materia tratada por falta de juntas editoriales o de un sistema de revisión por parte de expertos en la materia, y escasez de fondos para financiar su publicación. El programa trató de apoyar las publicaciones científicas nacionales celebrando reuniones con grupos de editores y miembros de juntas editoriales de revistas biomédicas en Costa Rica, Cuba, Chile, Perú y Venezuela. En esas reuniones se examinaron los campos que constituyen problemas y la cooperación internacional. También patrocinó cursos y talleres sobre métodos de investigación en materia de comunicación, haciendo hincapié en la edición de artículos científicos en Costa Rica, Cuba, México, Perú, Venezuela y los estados de la frontera de México con los Estados Unidos de América.

En 1986, la OPS/OMS firmó un nuevo acuerdo con la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) de los Estados Unidos en virtud del cual se convirtió en Centro Internacional MEDLARS, lo que le permite prestar a los países el servicio complementario de acceso en línea a bases de datos. Se desplegaron esfuerzos simultáneos para ampliar las colecciones básicas de revistas en cada país, con la meta de establecer una base de referencia que permita atender 80% de las solicitudes más frecuentes sobre información biomédica. El acceso en línea al sistema MEDLARS fuera de los Estados Unidos exige servicios que las instituciones biomédicas de la mayoría de los países consideran costosos. Por tanto, el programa se con-

centró en el desarrollo de la red BITNET (*Because It's Time NETwork*) para poder ofrecer una alternativa de costo módico. En 1988, la OPS/OMS y la Biblioteca Nacional de Medicina patrocinaron la preparación de un protocolo de investigación sobre telecomunicaciones llamado BITNIS (Sistema de Intercomunicación NLM BITNET). En el proyecto, diseñado por las Facultades de Medicina e Ingeniería de la Universidad de Chile, se trató de usar el sistema BITNET como conductor para el acceso a MEDLARS a fin de reducir los costos del servicio de telecomunicaciones. Dos versiones de BITNIS han demostrado ser eficientes, tener pocas restricciones y ser de bajo costo.

Durante el cuatrienio 1986-1989, la Biblioteca de la Sede de la OPS experimentó cambios importantes. Entre ellos se destaca su incorporación al Programa de Información Científico-Técnica en Salud en 1986, y su reestructuración interna bajo una nueva dirección en 1987.

La Biblioteca ofrece servicios de información, búsquedas bibliográficas, control de publicaciones periódicas, servicio de fotocopias, distribución selecta de documentos, y cooperación técnica con los programas de la Sede, las Representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos.

Respecto a la sistematización de información, los documentos de los programas técnicos de la Sede y de los centros de documentación de las Representaciones de la OPS/OMS comenzaron a incluirse en el programa de computación MicroISIS. Por primera vez, este programa permitió compartir recursos e intercambiar información biomédica activamente en la Región mediante la preparación conjunta de índices y su difusión en disco compacto.

Información y asuntos públicos

La Oficina de Información y Asuntos Públicos tuvo un gran cambio en el cuatrienio 1986-1989. A fines del período, se había creado una unidad de producción de

LA SALUD Y LA TECNOLOGIA DE COMUNICACIONES

Cuando la OPS/OMS lanzó su campaña para establecer un moderno servicio de comunicaciones en 1986, muchos preguntaron qué tenía que ver la tecnología moderna de comunicaciones con la atención primaria de salud. Desde entonces, la Oficina de Información y Asuntos Públicos ha mostrado que se puede hacer mucho en ese campo.

Por ejemplo, muchos padres de familia se enteraron de la importancia vital de inmunizar a sus hijos durante el programa especial de televisión "Salud para todos", de dos horas de duración, animado por destacadas figuras del mundo artístico, organizado por la OPS y transmitido por las redes de televisión de 30 países en 1989. En un número presentado en ese mismo espectáculo, muchos niños vieron que el famoso Topo Gigio venció el miedo a las agujas.

Se contó con la actuación de conocidos artistas latinoamericanos, quienes transmitieron mensajes de salud relativos a temas como la mortalidad infantil, la contaminación ambiental, las enfermedades diarreicas, la función de la mujer en los servicios de salud, la toxicomanía y el tabaquismo. Dichos artistas atrajeron a un amplio público que normalmente no vería un documental sobre salud y probablemente tuvieron un efecto mayor en la conducta de salud que si el mensaje lo hubieran transmitido las autoridades del sector. Durante el espectáculo, el actor de televisión mexicano Humberto Zurita anunció el plan de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas en 1990 formulado por la OPS y ofreció una recompensa de \$US100 a cualquier persona que notificara un caso confirmado de la enfermedad.

Para citar otro ejemplo, los trabajadores de salud de zonas remotas, carentes de medios económicos para asistir a reuniones científicas internacionales, pudieron ver, oír e interrogar a autoridades mundiales en SIDA durante la I y II Teleconferencias Panamericanas sobre el SIDA. En estas dos actividades pioneras se empleó tecnología moderna —redes de televisión, satélites internacionales, sitios de recepción locales en todos los países de las Américas y de Europa y conexiones telefónicas directas— para poder hacer preguntas a los ponentes que, de esa forma, llegaron a un público mayor que el de cualquier reunión científica.

videocintas en la Sede, la cual, junto con la estrategia de emplear tecnología de comunicación vía satélite para teleconferencias, amplió mucho la capacidad de la Organización para hacer llegar información de salud a un público numeroso. El éxito de este método y el apoyo recibido de los Países Miembros llevó, a fines de 1989, a adoptar la decisión de establecer un proyecto de comunicación para la salud, mediante el cual se realizarán amplias campañas de comunicación en varios medios de información, destinadas al público de los países de las Américas.

La Oficina organizó dos teleconferencias sobre el SIDA en colaboración con el Programa OPS/OMS de Prevención y Control del SIDA. La Primera Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA, celebrada en Quito, Ecuador, en 1987, fue transmitida vía satélite a 45 000 personas de 30 países de las Américas. Se transmitió en español, francés, inglés y portugués y ofreció información general sobre la pandemia del SIDA a los trabajadores de salud, las autoridades decisorias, los integrantes de los medios de comunicación y el público en general. La Segunda Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA se

Treinta países y más de 45 000 participantes de más de 300 sitios de las Américas estuvieron vinculados por satélite del 14 al 15 de septiembre de 1987 en la I Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA, transmitida en cuatro idiomas.

La II Teleconferencia Panamericana, transmitida en vivo del 12 al 14 de diciembre de 1988, reunió a más de 40 de los principales especialistas del mundo en SIDA en Río de Janeiro, Brasil, durante tres días de ponencias científicas, discusiones de grupo, debates y conferencias de prensa diarias. Estas se transmitieron a los trabajadores de salud vía satélite y se televisaron en más de 26 países de las Américas, así como en muchos de Europa, África y el Medio Oriente. Además, toda la teleconferencia se transmitió en vivo por los canales de televisión educativa de Bolivia, Brasil y la República Dominicana.



transmitió desde Río de Janeiro, Brasil, en diciembre de 1988 al público de las Américas y de Europa, el Medio Oriente y África. Cubrió asuntos clave de la prevención y el control del SIDA y se destinó a personal médico y de atención de salud, sociólogos y otras personas encargadas de formular, realizar y vigilar proyectos de control y tratamiento del SIDA. El contenido de ambas conferencias se publicó en español, francés, inglés y portugués, y se distribuyó en los Países Miembros.

El 1 de julio de 1989, la Oficina patrocinó un programa especial de televisión

sobre "Salud para todos", transmitido a todas las Américas. Este programa de entretenimiento, el primero de su especie, se transmitió en vivo desde Miami, Florida, Estados Unidos, a más de 30 países en las Américas y Europa, y permitió llegar a más de 100 millones de televidentes. Se presentaron artistas populares de América Latina y España que combinaron la transmisión de mensajes de salud sobre temas como la mortalidad infantil, la contaminación ambiental, el papel de la mujer en los servicios de salud, el uso indebido de drogas y tabaco y los programas de inmunización infantil con presen-

taciones de música y baile. Durante el programa se presentó una serie documental sobre las condiciones de salud en las Américas, producida por la Oficina.

La Oficina produjo unos 60 documentales y videocintas educativas de corta duración sobre importantes asuntos de salud de actualidad en el transcurso del cuatrienio. El personal de la Oficina encargado de la producción de videocintas viajó extensamente por las Américas para documentar las condiciones de salud, los factores de riesgo, proyectos técnicos y actos especiales. Este material visual se editó luego en la Oficina a fin de preparar las videocintas para su distribución general. Varias de las producciones cuya materia era menos técnica se transmitieron como programas de información pública por estaciones de televisión de la Región.

Mejoraron las funciones básicas que desempeña la Oficina en cuanto a relaciones con los medios informativos, preparación y difusión de publicaciones no técnicas, atención de solicitudes de información recibidas del público y producción de exhibiciones de fotografías y diapositivas.

El número de solicitudes de información enviadas a la OPS/OMS aumentó mucho durante el cuatrienio. En 1989 se recibieron 8000 solicitudes de redes de televisión, diarios, estaciones de radio, revistas, investigadores, estudiantes y el público en general. Para atender la demanda de los medios de comunicación, la Oficina a menudo hizo los arreglos necesarios para entrevistar al Director y al personal técnico de la OPS/OMS.

Para apoyar los programas técnicos de la Organización, la Oficina produjo varios juegos de documentos instructivos para diversos medios de información que consistieron en videocintas, publicaciones y exhibiciones de diapositivas. También montó 50 exhibiciones importantes de fotografía en las que se documentaron los proyectos de salud patrocinados por la OPS/OMS. La Oficina colaboró con varias organizaciones nacionales y con el UNICEF en la producción de material impreso y audiovisual. El

extenso centro de documentación fotográfica establecido por la Oficina durante el período sirvió de recurso para los programas técnicos y para las Representaciones, que emplearon fotografías en publicaciones técnicas, científicas y otras, así como en carteles y otras presentaciones visuales. Diferentes revistas, diarios y publicaciones de la Región y de Europa emplearon fotografías del centro para ilustrar la situación de salud de las Américas.

La tan necesaria compra de equipo moderno permitió a la Unidad de Ayudas Visuales de la Oficina ampliar mucho su servicio de preparación de gráficos en computadora. Se adquirió o modernizó el equipo electrónico de mesa para edición de publicaciones así como estaciones de trabajo para exhibición de diapositivas a fin de mejorar la calidad de las publicaciones y las exhibiciones de diapositivas de la Oficina.

FOMENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Durante el cuatrienio, los métodos para el fomento y desarrollo de las ciencias y la tecnología de la salud recibieron especial atención. Piedra angular para ello fueron las contribuciones del Comité Asesor de la OPS/OMS de Investigaciones sobre Salud (CAIS) y de sus subcomités en biotecnología y en investigaciones sobre servicios y sistemas de salud. Se reorientó el apoyo que el Programa presta, desviándolo de las iniciativas aisladas o fragmentadas hacia la inversión de sus escasos recursos en enfoques orientados a favorecer la cooperación técnica entre países.

A pesar del progreso alcanzado, todavía existe la necesidad de desarrollar un programa completo —desde su diseño hasta su ejecución— con la participación de todos los programas técnicos. Esta es una tarea compleja dadas todas las dificultades inherentes al trabajo interprogramático, pero a la que se dará comienzo en 1990 con la ayuda de los respectivos comités y subcomités de la Sede

instituidos por el Director de la OSP para apoyar la coordinación de las actividades de investigación.

Uno de dichos comités, el Comité Asesor Interno de Investigaciones, se encarga del Programa de la OPS/OMS de Subvenciones para Investigación, el que aprobó 94 de las 364 solicitudes de subvenciones que recibió en el período 1986-1989 (Cuadro 2). Debido al número de solicitudes rechazadas, el Comité recomendó que se establecieran vínculos más estrechos con los consejos nacionales de investigación y que se contrataran especialistas para preparar los protocolos de los proyectos multinacionales en campos prioritarios de investigación. A fines de 1989 se habían establecido acuerdos de trabajo con seis consejos nacionales de investigación y comenzado protocolos multinacionales en cuatro de los campos prioritarios del Programa de la OPS/OMS de Subvenciones para Investigación.

En 1988 se inició un estudio en cinco países de América Latina para determinar las tendencias de la investigación y la producción científica de 1978 a 1988 y su relación con las características socioeconómicas de los respectivos países. Una vez concluido, el

estudio permitirá identificar los bancos de datos existentes que luego se pueden vincular. Puesto que los cinco países participantes producen 90% de la información científica en América Latina, la vinculación de los bancos de datos permitirá seguir y analizar las principales tendencias de investigación en la Región.

El Programa patrocinó varios seminarios destinados a mejorar la dirección y el desarrollo de la investigación, a los que asistieron participantes de 30 países y territorios de la Región. Se trataron temas tales como sistemas de información sobre investigaciones de salud, evaluación de investigaciones, métodos para el establecimiento de prioridades de investigación, y cooperación técnica en ciencias y tecnología de la salud.

El CAIS recomendó que se formulara un programa regional de biotecnología aplicada a la salud y otro de investigaciones sobre sistemas y servicios de salud; se seleccionaron esos campos por su valor potencial para el fomento de la salud y la promoción de la ciencia y la tecnología en la Región. En ambos casos, el desarrollo de la infraestructura de la investigación es el objetivo a largo plazo que se trata de alcanzar mediante pro-

**Cuadro 2. Subvenciones de la OPS para investigación.
Proyectos aprobados durante 1986-1989, por área prioritaria.^a**

Rubro	1986-1987		1988-1989	
	Número de proyectos	Cantidad (\$US)	Número de proyectos	Cantidad (\$US)
Envejecimiento y salud	3	20 000	—	—
Biotecnología	9	176 021	2	40 000
Economía y financiamiento	3	87 545	1	20 000
Crecimiento, desarrollo, reproducción	2	22 450	6	100 377
Sistemas y servicios de salud	—	—	3	59 964
Salud y enfermedad en adultos	8	121 527	4	68 705
Salud y trabajo	6	43 748	3	60 100
Perfiles de salud	5	58 340	1	10 000
Salud de los trabajadores	3	57 814	4	84 691
El proceso político y la salud	2	35 000	4	75 800
Proceso de desarrollo tecnológico	7	90 189	5	87 760
Sistemas/servicios de saneamiento	6	79 150	2	41 500
Actividad científica en salud	—	—	5	100 000
Total	54	791 784	40	748 897

^aHasta el 31 de diciembre de 1989.

yectos de investigación orientados a las necesidades prioritarias de salud.

En el campo de la biotecnología, se financiaron 11 proyectos para establecer procedimientos de diagnóstico de enfermedades transmitidas por la sangre; la mayoría concluyó en 1989. Uno de los proyectos llevó a producir un estuche para el diagnóstico del SIDA, que ahora está en proceso de validación por parte de dos grupos que trabajan con sueros de referencia. En 1989, un grupo de investigadores de tres países de América Latina formuló un proyecto para desarrollar tecnología estratégica para la producción de reactivos de inmunodiagnóstico. El proyecto, que es financiado por la Organización y cuenta con personal de las instituciones participantes, tendrá una duración de dos años.

El Programa ha producido varios documentos e informes en el campo de las investigaciones sobre sistemas y servicios de salud y los Cuerpos Directivos han reconocido en repetidas ocasiones la necesidad de transformar los sistemas de salud en una sólida base

científica. Sin embargo, solo en 1985 hizo la OPS/OMS un esfuerzo concertado por estimular la investigación en ese campo y, pese a la actividad de promoción, la respuesta de la comunidad científica ha sido mínima. Por tanto, se nombró un Subcomité del Comité Asesor sobre Investigaciones en Salud para fomentar la investigación sobre sistemas y servicios de salud. El Subcomité se reunió por primera vez en mayo de 1989 y recomendó varias pautas que fueron aprobadas por el Comité Asesor; este, a su vez, instó encarecidamente al Director a ponerlas en práctica sin demora.

La Unidad de Coordinación de Investigaciones y el Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud presentaron una propuesta al Director en noviembre de 1989 para realizar, junto con varios centros, una evaluación de la puesta en marcha de los sistemas locales de salud en 18 países. La preparación de los protocolos de cada país con arreglo a este proyecto, cuyo costo asciende a \$US1 000 000, está en marcha y terminará en 1990.

CAPITULO IV

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

INTRODUCCION

Durante el cuatrienio, el trabajo realizado en el Area de Desarrollo de los Programas de Salud se canalizó por medio de dos enfoques principales. Primero, la atención se concentró en la estructuración de las actividades de cooperación técnica de la Organización con el fin de utilizar los recursos de manera eficaz, lograr que surtieran el máximo efecto posible y programarlos y emplearlos de tal forma que permitieran evaluar los resultados. Segundo, se consolidó el enfoque subregional para poder resolver mejor los asuntos relativos a localización geográfica y salud pública, por medio del esfuerzo coordinado de varios países.

En la sistematización de la cooperación técnica se acentuó el establecimiento de plazos para el logro de las metas fijadas, la garantía de una programación adecuada y la observancia de seis estrategias básicas para el trabajo de cooperación técnica con los Países Miembros. Esas seis estrategias fueron: movilización de recursos; difusión de información; adiestramiento de recursos humanos; establecimiento de normas, planes y políticas; fomento de las investigaciones, y prestación de servicios de consulta técnica. Algunas de las principales actividades en esos seis campos se describen con detalle bajo los diversos encabezamientos de programas.

Todos los proyectos de Desarrollo de los Programas de Salud se concentraron en la movilización de recursos financieros. Se obtuvieron aumentos importantes de fondos extrapresupuestarios, que se asignaron a los

programas de los países, y se hizo un esfuerzo mancomunado para movilizar recursos institucionales y políticos en la esfera nacional. Como resultado de ello se logró una mayor participación de las universidades y otras instituciones nacionales en los proyectos de salud que los programas fomentan.

También mejoró la evaluación de las actividades de cooperación técnica. Se sigue haciendo hincapié en la evaluación de los logros alcanzados en las actividades programadas; además, se adelantó mucho en la evaluación de las repercusiones que tienen esas actividades en los servicios nacionales y las condiciones de salud, sobre todo de los grupos vulnerables más expuestos a riesgo.

Continuó el apoyo a las iniciativas subregionales, en especial a los proyectos que beneficiaron a grupos vulnerables como las madres, los niños y los trabajadores, y a programas de salud prioritarios como los de enfermedades transmisibles, deficiencias de alimentación y nutrición, salud ambiental y enfermedades crónicas de la edad adulta.

Los programas progresaron considerablemente en algunos campos específicos: la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje comienza a vislumbrarse, el programa de control de la rabia urbana ha entrado en la fase de ataque final y la campaña de erradicación de la fiebre aftosa recibe amplio apoyo nacional.

La preocupación regional por la contaminación y la salud ambiental y el uso indebido de drogas llevó a la OPS/OMS a prestar más atención a esos campos. Se hizo un esfuerzo concomitante en materia de pro-

moción de la salud y empleo y aplicación práctica de las investigaciones sobre servicios de salud. Por último, la mayor cohesión y unidad de propósitos en ese campo durante el cuatrienio han ampliado la colaboración entre programas y el apoyo a las actividades programáticas en los países.

ALIMENTACION Y NUTRICION

El trabajo del Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS/OMS está a cargo de su propio personal y del de dos centros especializados, a saber, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), con sede en Jamaica, y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), en Guatemala.

En el Programa se abordan los problemas de deficiencia nutricional (malnutrición proteinoenergética y deficiencias de hierro, yodo y vitamina A) así como los problemas de salud emanados de los malos hábitos de alimentación. En vista de la continua crisis económica, el Consejo Directivo de la OPS, en su XXXIII Reunión celebrada en 1988, asignó al Programa el mandato de fomentar los medios de garantizar la disponibilidad de alimentos para grupos de bajos ingresos y otros grupos vulnerables (Resolución XVI). En la resolución pertinente también se pidió cooperación técnica en lo relativo a sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, educación e información pública, investigaciones sobre dietas equilibradas que incorporen productos locales y nutrición preventiva para el tratamiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

El Programa Conjunto OPS/OMS-UNICEF de Apoyo a la Nutrición (JNSP) fue un vehículo de importancia por medio del cual se efectuaron actividades relacionadas con la alimentación y nutrición. En Dominica, Haití, Nicaragua, Perú y San Vicente y las Granadinas, dicho programa prestó apoyo a proyectos nacionales destinados a mejorar la nutrición y la salud de las

mujeres y los niños como parte de los servicios de atención primaria. Los proyectos del JNSP en Dominica, Nicaragua y San Vicente y las Granadinas concluyeron en 1989, año en que se iniciaron otros similares en San Kitts y Nevis y Santa Lucía. El JNSP también realizó con éxito proyectos de control de los trastornos relacionados con la deficiencia de yodo en Bolivia, Ecuador y Perú. En 1989 efectuó una rápida evaluación de la situación de esos trastornos en Centroamérica, México y Paraguay.

El Programa Interagencial OPS/OMS-FAO-UNICEF de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se estableció en 1987 para ofrecer información sobre salud y nutrición con fines de apoyo en los planos nacional e internacional. Su finalidad era promover la protección nutricional de los grupos vulnerables y el desarrollo de sistemas nacionales de vigilancia alimentaria y nutricional. Ulteriormente, en la Conferencia Internacional sobre Vigilancia Alimentaria y Nutricional en las Américas, celebrada en México, D.F., en 1988, se recomendó un conjunto de medidas en ese sentido (véase la Publicación Científica de la OPS No. 516), incluso un programa regional de capacitación en el campo citado. El Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS/OMS presentó información relativa a esa clase de capacitación en una reunión celebrada en Cali, Colombia, en 1989.

El Programa y los centros trabajaron junto con otras entidades internacionales no gubernamentales y gobiernos donantes para realizar sus actividades. La OPS/OMS y el BID convinieron en asignar prioridad a la alimentación y nutrición y prepararon estrategias conjuntas para América Latina y el Caribe. El Programa también colaboró en la formulación y evaluación de los proyectos del Programa Mundial de Alimentos destinados principalmente a los grupos pobres y vulnerables. El INCAP recibió fondos de la AID(EUA) y los Gobiernos de Francia, Suiza y Suecia para apoyar las actividades de cooperación técnica en salud maternoinfantil, educación en nutrición y desarrollo de

recursos humanos en salud y nutrición en América Central. El CFNI recibió apoyo del Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer para proyectos destinados a controlar la anemia ferropénica en el Caribe y del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del Canadá para un proyecto educativo tendiente a mejorar el estado de nutrición de los niños en edad de destete.

El CFNI concentró gran parte de sus esfuerzos en facilitar información sobre alimentación y nutrición a los trabajadores de salud y las comunidades. Siguió publicando la revista *Cajanus*, el boletín *Nyam News* y varios manuales sobre control de la obesidad y otras enfermedades crónicas afines, salud oral, educación en nutrición y nutrición en la comunidad. Publicó regularmente *Nutrient-Cost Tables* (tablas del costo de los nutrientes) con el fin de informar al público sobre la compra de los alimentos más económicos para lograr una dieta equilibrada. En su libro titulado *Children of the Caribbean* se incluyó un resumen de la situación nutricional del Caribe y sus efectos para la supervivencia infantil. El CFNI realizó una vigorosa actividad de cooperación con los medios de información para fomentar la educación en nutrición. La serie radiofónica "With Healthy Living", apoyada en parte por el sector privado de Jamaica, fue una de sus empresas de mayor éxito y uno de los programas radiofónicos más populares de dicho país.

El INCAP se interesó también en la difusión de información. Su biblioteca prestó servicios a más de 5000 usuarios en los países de América Central y a 1500 en otros. Su bibliografía se incluyó en el sistema LILACS y se logró tener acceso a bancos de datos bibliográficos internacionales como MEDLARS, MEDLINE y DIALOG. El INCAP produjo y distribuyó boletines relacionados con alimentación suplementaria (boletín PROPAG), supervivencia infantil (*Noticias sobre IRA, Madres y niños, Diálogo sobre la diarrea*) y tecnología de los alimentos (*Amarantus*).

El Programa de Alimentación y Nutrición colaboró con el de Salud Materno-infantil en la producción de un módulo de adiestramiento para promover la lactancia materna y compartió datos con el Subcomité de las Naciones Unidas sobre Nutrición para incluirlos en las publicaciones *First World Nutrition Situation Report (Primer informe sobre la situación de la nutrición en el mundo, Cuaderno Técnico de la OPS No. 28)* y *Update of the World Nutrition Situation*. También produjo publicaciones científicas sobre bocio endémico, cretinismo, trastornos ocasionados por deficiencia de hierro y vigilancia alimentaria y nutricional.

El Programa y sus dos centros realizaron varias actividades destinadas a adiestrar a los trabajadores de salud en alimentación y nutrición. Como parte de la Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición (RORIAN), en 1988 el Programa dictó, junto con la Universidad de las Naciones Unidas y el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas, un curso sobre la aplicación de un método de estudio de casos para mejorar la administración de los programas de alimentación y nutrición y otros proyectos de salud. El apoyo prestado por el CFNI para actividades de adiestramiento incluyó su colaboración con el primer Internado Dietético en el Caribe, la Facultad de Agricultura de la Universidad de las Indias Occidentales, el Colegio de Artes, Ciencia y Tecnología de Jamaica y el Barbados Community College. El CFNI también empleó el servicio de enseñanza a distancia vía satélite de la Universidad de las Indias Occidentales en Mona para ofrecer adiestramiento en servicio en todo el Caribe. El Programa Regional de la OPS sobre Adiestramiento en Vigilancia Alimentaria y Nutricional ayudó al Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de Chile, al Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y a la Universidad del Valle de Colombia a formular proyectos subregionales de capacitación.

La Escuela de Nutrición y Dietética del

INCAP fue trasladada a la Universidad de San Carlos de Guatemala en 1987, pero siguió ofreciendo cursos de posgrado en nutrición y ciencias y tecnología de los alimentos. El INCAP realizó una encuesta de las necesidades de recursos humanos en la subregión centroamericana y colaboró en la formulación y ejecución de planes nacionales basados en los resultados de la misma.

El Programa apoyó un estudio hecho por la Asociación Colombiana de Profesionales de Dietética y Nutrición sobre el perfil académico y la competencia de los profesionales de esos campos. Se preparó también un manual que se empleará para realizar estudios similares en otros países.

El Programa Regional, el INCAP y el CFNI apoyaron a los Gobiernos Miembros de toda la Región en la formulación de políticas y estrategias de alimentación y nutrición y en el seguimiento de su ejecución. El INCAP evaluó también los programas de ayuda alimentaria, que incluyeron administración y almacenamiento de existencias de alimentos, hábitos alimentarios para incrementar la producción de leche materna, terapia de rehidratación oral con líquidos de preparación casera y prácticas de alimentación durante episodios de diarrea infantil. El CFNI investigó las estrategias para combatir la anemia ferropénica, los aspectos sociológicos de la venta ambulante de alimentos y los efectos de la migración en la alimentación y la nutrición. En Jamaica, se evaluó el programa de merienda escolar y el material didáctico usado para mejorar el estado de nutrición de los niños en edad de destete. El CFNI también estudió las repercusiones socioeconómicas del huracán Gilbert en ese país.

SALUD AMBIENTAL

El Programa de Salud Ambiental de la OPS/OMS está entre los programas de la Organización de importancia crítica, puesto que abarca servicios que tienen efectos directos y duraderos para la salud pública. Tiene

cinco componentes: salud ambiental general, abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas y excreta, gestión de los desechos sólidos e higiene doméstica, prevención y control de la contaminación ambiental y salud de los trabajadores. Sus actividades son realizadas por personal de la Sede, que se encarga de supervisar las actividades en toda la Región, los ingenieros sanitarios asignados a varios países, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en Lima, Perú, y el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) en Metepec, México.

Salud ambiental general

Por medio del componente de salud ambiental general se coordinan programas de la OPS/OMS con los de otras instituciones a fin de realizar actividades tales como capacitación en ingeniería sanitaria y ambiental, movilización de recursos, establecimiento de sistemas de información y preparación para desastres naturales y tecnológicos.

En reconocimiento del importante papel que ha desempeñado en la Región, el Programa dio apoyo a la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), una asociación profesional a la que pertenecen ingenieros de todos los países de la Región. El Programa encargó un estudio en 1987 para fortalecer la capacidad institucional de la AIDIS a fin de promover la salud ambiental, formulando un plan financiero viable, estableciendo su Secretaría Ejecutiva en São Paulo, Brasil, y desarrollando estudios nacionales. La AIDIS también celebró congresos regionales cada dos años y produjo varias publicaciones con apoyo del Programa.

Para brindar oportunidades en materia de educación, el Programa preparó el primer directorio regional de programas de educación para ingenieros sanitarios y ambientales, que se actualizó en 1989. También

patrocinó reuniones de profesores de esa disciplina y acuerdos de cooperación técnica entre universidades latinoamericanas y varias de América del Norte y España. El CEPIS y el ECO ofrecieron internados de nueve meses a un año a jóvenes profesionales en el campo de la salud ambiental, que luego regresaron a trabajar a sus respectivos países de origen. Ambos centros publicaron y distribuyeron textos, boletines, manuales y material didáctico sobre una amplia gama de temas pertinentes.

El Programa colaboró con el de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre para prestar cooperación técnica a programas nacionales en los países susceptibles a desastres, con el fin de preparar a los establecimientos y al personal de salud ambiental para situaciones de emergencias naturales y tecnológicas. Cuando estas se presentaron, se asignó personal del Programa al Equipo de Respuesta de Emergencia de la OPS para asesorar al país afectado en lo relativo a medidas pertinentes y prioridades de rehabilitación y coordinar las operaciones de socorro sanitario internacional.

Agua y saneamiento

Al comienzo del cuatrienio, los Cuerpos Directivos de la OPS (véase el Capítulo I) analizaron los esfuerzos realizados por los países de la Región para ampliar la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua, alcantarillado y saneamiento. En la revisión se examinaron los adelantos logrados durante la primera mitad del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990) y se fijaron estrategias para el quinquenio final. En una reunión de consulta de instituciones donantes y de crédito patrocinada por la OPS/OMS y el BID en 1986, en la que participaron 22 entidades internacionales y bilaterales, también se examinaron los progresos logrados y el desarrollo alcanzado en el Decenio.

Los datos disponibles en 1985 mostraron que 86% de la población urbana de América Latina y del Caribe disponía de servicios de abastecimiento de agua y 60% de servicios de alcantarillado e instalaciones sanitarias. En las zonas rurales, esa cobertura fue de 45 y 15%, respectivamente. Los estudios realizados en el Perú sobre las deficiencias de los servicios de operación y mantenimiento de abastecimiento de agua y saneamiento demostraron que 30% de los sistemas rurales de abastecimiento de agua estaban total o parcialmente dañados al cabo de cinco años de haber sido construidos. Puede que la situación se repita en otros países con características similares. En las zonas urbanas, las pérdidas de agua por mal mantenimiento y prácticas inadecuadas de gestión ascendían a más de 40% de la capacidad (de 20 a 25% se considera normal en los grandes sistemas de distribución).

Ya en 1988, los datos preliminares de 25 países, que incluían más de 90% de la población de América Latina y del Caribe, mostraban que la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua (que incluían conexiones directas y fácil acceso) había alcanzado 88% en el sector urbano y 55% en el rural, y la de los servicios de alcantarillado y eliminación de excreta, 80% en el urbano y 32% en el rural.

Al comienzo del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental las metas regionales de cobertura se fijaron en 91, 56, 69 y 31% con respecto a abastecimiento urbano de agua, abastecimiento rural de agua, alcantarillado y eliminación de excreta en el medio urbano y en el medio rural, respectivamente. Los datos de 1988 indican que casi todas esas metas se habrán alcanzado o sobrepasado a fines de 1990, lo que representa un gran logro, especialmente en vista del deterioro de la situación económica. Aun así, no bastará lograr las metas de cobertura fijadas en 1980. La calidad del agua dista de ser satisfactoria: 75% de las redes de abastecimiento de agua no se desinfectan adecuadamente para garantizar que el agua sea potable y los pro-

gramas de control de la calidad carecen del personal suficiente y del apoyo de laboratorio que necesitan. Además, la continua expansión de los asentamientos en la periferia de las zonas urbanas significa que el sector de agua y saneamiento necesitará fondos, recursos humanos y suministros para enjugar los posibles déficit futuros de cobertura y mantener los sistemas ya instalados.

Por tanto, la OPS/OMS concentró una gran parte de sus actividades de cooperación técnica en ayudar a desarrollar tecnologías de bajo costo para ampliar la cobertura, adiestrar personal en el mantenimiento apropiado de los servicios para reducir los escapes y la pérdida de capacidad, fomentar el uso eficiente de agua en la comunidad e instituir métodos de prevención y tratamiento para proteger el agua contra la contaminación biológica y química.

La OPS/OMS, el Banco Mundial y el PNUD colaboraron en la preparación de un conjunto de módulos de instrucción para demostrar el uso de tecnologías de bajo costo de abastecimiento de agua y saneamiento. El CEPIS y la Universidad de Surrey (Reino Unido) prepararon y ensayaron varios juegos de tecnologías de bajo costo para mejorar la calidad del agua (incluso el juego experimental DELAGUA, la desinfección mediante gas oxidante mixto y los filtros lentos de arena con prefiltros). A fines de 1989 ya se empleaban esos módulos y juegos en toda la Región. Mientras tanto, el Banco de Desarrollo del Caribe colaboró con la OPS/OMS en el establecimiento de proyectos de control y mejora de la calidad del agua en esa subregión.

El CEPIS recibió apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), del Canadá, la Agencia de la República Federal de Alemania para la Cooperación Técnica (GTZ) y el Banco Mundial, para su proyecto de investigaciones con el Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado (SENAPA) del Perú sobre métodos para tratar y reutilizar las aguas servidas. La OPS/OMS y CARICOM iniciaron un proyecto

de estudios de alcantarillado en el Caribe para establecer normas apropiadas de evacuación de las aguas negras y tecnologías para prevenir la contaminación de zonas costeras.

Para apoyar el desarrollo institucional de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, 24 proyectos extrapresupuestarios formulados y ejecutados por la OPS/OMS y las entidades nacionales recibieron fondos del BID, el Banco Mundial, la GTZ, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), el Banco de Desarrollo del Caribe, el PNUD y los propios países por un importe de \$US21 millones. Los proyectos se concentraron en el desarrollo institucional de las entidades nacionales y estatales de abastecimiento de agua, prestación de servicios descentralizados de abastecimiento de agua y saneamiento a las comunidades rurales, preparación de planes para llevar servicios de acueducto y alcantarillado a las zonas urbanas periféricas y detección y reducción de las pérdidas de agua.

Más de 1000 técnicos e ingenieros recibieron adiestramiento de la OPS/OMS en la detección de fugas y control de la pérdida de agua en un proyecto financiado por el BID y la GTZ. El CEPIS estableció grupos conocidos como "núcleos técnicos" formados por especialistas del Brasil, Colombia, Costa Rica y México para preparar pautas, manuales y material didáctico sobre conservación de agua y optimización de los servicios existentes.

Gestión de los desechos sólidos e higiene doméstica

La gestión de los desechos sólidos exigió cada vez mayor atención en vista del aumento de la tasa de urbanización, inclusive los hacinados asentamientos de la periferia de las grandes zonas urbanas. El Programa se concentró en ampliar la cobertura de los servicios de saneamiento urbano y en mejorar las prácticas de gestión en la

evacuación final de los desechos municipales. Se estima que la proporción de desechos sólidos depositada en rellenos sanitarios aumentó a 35% en las principales ciudades de la Región en 1989. El Programa prestó asistencia técnica a varios países para la preparación de planes de saneamiento y promovió la formación de "sistemas nacionales de saneamiento urbano", en que participaron los municipios, ministerios, organismos financieros y otras instituciones, además de los grupos comunitarios, para mejorar los servicios dentro de los programas nacionales. Este enfoque fue elaborado por un grupo de especialistas convocado por el Programa y los resultados se dieron a conocer a los países. Entre tanto, el CEPIS realizó proyectos experimentales para que los residentes de los barrios pobres pudieran evacuar los desechos sólidos por su cuenta, con mínima asistencia tecnológica. El Programa patrocinó cursos en toda la Región, por medio de los cuales se capacitó a 1523 profesionales en gestión de los desechos sólidos.

En vista de los limitados recursos disponibles, las actividades del Programa en la mejora de las prácticas de higiene doméstica se concentraron, en su mayor parte, en la difusión de información y en el adiestramiento.

Prevención y control de la contaminación ambiental

El principal objetivo del Programa fue prestar asistencia a las autoridades nacionales para evaluar los riesgos que para la salud presentan las sustancias químicas y establecer programas para prevenir y controlar la contaminación ambiental. El Programa también se destinó a hacer que el público tome conciencia de los peligros de la contaminación química en la Región mediante realización de estudios, difusión de información, perfeccionamiento de profesionales y fomento de la creación de redes interinstitucionales como la de PROECOS (véase lo expuesto más adelante). Las evaluaciones

realizadas durante el cuatrienio revelaron una extensa y grave contaminación, que se ha exacerbado por el rápido crecimiento urbano, la expansión industrial y el desarrollo agrícola.

El ECO organizó tres redes de instituciones a fin de mejorar la capacidad nacional para evaluar y remediar problemas. A fines de 1989, la red de toxicología funcionaba en siete países, la de epidemiología ambiental, en 14 y la de evaluación de los efectos para la salud ambiental, en nueve.

El ECO ha preparado material modular de adiestramiento en campos tales como toxicología, epidemiología ambiental, evaluación rápida de la contaminación ambiental, efectos para la salud de la exposición a varios agentes químicos, y plaguicidas y salud. Este material se ha utilizado ampliamente en la Región. Durante el cuatrienio pasado se organizaron 152 talleres, con 4732 participantes.

El ECO apoyó la creación de proyectos nacionales de ecología y salud (PROECOS), cuyas funciones son facilitar información sobre la gravedad de la degradación ambiental y sus ramificaciones para la salud y proponer proyectos interinstitucionales viables para evitar que avance. Entre los asuntos tratados en los PROECOS cabe citar la contaminación del aire, el uso de plaguicidas, los efectos que para el medio ambiente tienen los proyectos de construcción de grandes presas y la contaminación causada por hidrocarburos, metales pesados y residuos de sustancias químicas peligrosas.

El CEPIS estableció núcleos técnicos formados por especialistas para examinar el estado de las sustancias tóxicas y revisar los procedimientos de control en las aguas de superficie y la eutroficación de los lagos y embalses tropicales. Los grupos prepararon estudios de casos prácticos, manuales, pautas y documentos de principios y también realizaron talleres sobre el tema. El CEPIS mismo prestó asistencia técnica a varios países en el empleo de programas de creación de modelos sistematizados en computadora para evaluar y controlar los contaminantes

peligrosos. También coordinó un programa regional para prevenir y controlar la contaminación del agua subterránea y prestó apoyo a varios laboratorios latinoamericanos que participan en el Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente (Naciones Unidas), para la calidad del agua.

Tanto el CEPIS como el ECO adiestraron profesionales *in situ* en la Región. Los programas de profesionales visitantes del CEPIS y del ECO contaron con participantes de las Américas, Europa y el Japón.

Otras organizaciones y entidades como el BID, el Banco Mundial, el Organismo de Protección Ambiental y los Centros para el Control de Enfermedades (EUA), el CIID y la CIDA del Canadá, la GTZ y el Organismo Japonés de Cooperación Internacional participaron en las actividades del Programa en ese campo.

Al cierre del cuatrienio, el Programa preparó un documento sobre la relación entre la salud y el ambiente en el que se delineó un plan de acción para los años noventa, que empleará la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990) para establecer políticas y dar orientaciones programáticas para toda la Región.

Salud ocupacional

Más de 80% de la población activa de América Latina y el Caribe carece de acceso a servicios de salud ocupacional. Las metas del programa para el período 1986-1989 en ese campo se centraron en revisar las políticas y la legislación en materia de salud ocupacional, fomentar los servicios pertinentes y la ampliación de la cobertura como parte de la atención primaria de salud, ampliar la atención de salud ocupacional preventiva para incluir a los segmentos más vulnerables de la población económicamente activa y prestar servicios de cooperación técnica a los países respecto a capacitación de personal en dicho campo. El Programa colabora con varios institutos especializados en investiga-

ciones y políticas sobre salud ocupacional en Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Estados Unidos de América y Perú.

En Colombia, el Programa participó en la preparación de un plan nacional que tiene por objeto ampliar la cobertura de los servicios de salud ocupacional en los sistemas de salud del Ministerio de Salud. Se apoyó el trabajo de revisión de la legislación existente en varios países y se establecieron vínculos de colaboración con programas homólogos de Cuba para mejorar la calidad de los servicios de salud ocupacional y el acceso a los mismos.

Los grupos de trabajadores considerados más vulnerables por el Programa y los servicios nacionales de salud incluyeron trabajadores agrícolas de América Central, mineros de la subregión andina y mujeres. Se presentó una revisión del estado de salud de los trabajadores y su relación con el desarrollo en América Central y la República Dominicana ante la V Reunión Especial del Sector Salud de Centro América.

En el Programa también se redactaron y divulgaron manuales y pautas sobre métodos para ampliar los servicios de salud ocupacional como parte de la estrategia regional de atención primaria de salud y se patrocinaron varios seminarios y talleres para adiestrar personal nacional en ese campo. Se prepararon formularios de encuesta que luego se utilizaron en varios países para recopilar datos demográficos y sobre morbilidad y mortalidad específicos, relacionados con el trabajo, y necesarios para la planificación de servicios. A fines del cuatrienio, también se logró acopiar mejor información básica sobre desempleo, subempleo, accidentes de trabajo, intoxicación por plaguicidas, enfermedades ocupacionales y el tipo de servicios que se ofrecen a los participantes en el sistema de seguridad social y a quienes carecen de esa cobertura.

El programa se concentró también en activar la cooperación entre los ministerios de salud, los institutos de seguridad social, los ministerios de trabajo y servicios de inspección, las grandes empresas y otros gru-

pos y entidades cuya actuación influye en la salud ocupacional.

La capacitación en salud ocupacional se impartió por medio de cursos de posgrado ofrecidos en varios países, inclusión de esa materia en los planes de estudio normales de salud pública y cursos intensivos especializados para técnicos de nivel intermedio, capacitadores, dirigentes laborales y otras personas que participan en la ampliación de la cobertura. Se realizaron seminarios sobre investigaciones epidemiológicas en salud ocupacional con miras a mejorar la calidad de las propuestas de investigación formuladas en América Latina. El Programa se concentró en adquirir experiencia práctica para determinar la relación causal que existe entre el trabajo y la patología y los aspectos en que las intervenciones preventivas surten mayor efecto.

SALUD MATERNOINFANTIL, INCLUIDA LA PLANIFICACION FAMILIAR

El Programa de Salud Maternoinfantil procura salvaguardar el crecimiento, el desarrollo y la salud reproductiva de la población de la Región mediante la reducción de las principales causas de morbilidad y mortalidad en madres y niños. Estas causas son: las afecciones perinatales, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades de la niñez prevenibles por vacunación y los problemas asociados con el embarazo y el parto.

El Programa estableció una serie de objetivos en relación con estas áreas. El primero consistió en asistir a los Países Miembros para que aumentasen la cobertura y mejorasen la calidad de los servicios, especialmente entre grupos desprotegidos y de alto riesgo a fin de regular la fecundidad; controlar el embarazo, el parto y el período de posparto; suministrar atención perinatal; vigilar el crecimiento y el desarrollo del niño, y proporcionar atención al adolescente. El segundo fue ayudar a los programas

nacionales de vacunación para alcanzar la meta de inmunizar a todos los niños menores de 1 año en 1990. El tercer objetivo del Programa se encaminó a fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica a fin de garantizar que se investiguen de inmediato los casos de poliomielitis notificados y se adopten las medidas apropiadas para interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje. El cuarto fue reforzar los programas de control de las enfermedades diarreicas y promover el uso de la terapia de rehidratación oral en los hogares y en todos los niveles de la atención. Por último, el Programa se propuso reducir la mortalidad infantil causada por infecciones respiratorias agudas mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado, fomentando las terapias uniformes y el envío a niveles superiores de los casos graves en vez de la utilización indiscriminada de antibióticos.

Los Cuerpos Directivos de la OPS establecieron diversos plazos en el Programa: erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje en la Región en 1990, eliminación de la transmisión autóctona del sarampión en el Caribe en 1995 y reducción de la mortalidad materna a un 50% de las tasas actuales en el año 2000. Otros criterios rectores entrañan la meta de eliminar el tétanos neonatal y desarrollar un programa de atención integral del adolescente.

El Programa colaboró con los países de la Región en seis campos principales: difusión de información científica y técnica; desarrollo de políticas, planes y normas; capacitación de recursos humanos; cooperación técnica directa; investigación, y movilización de recursos humanos y financieros nacionales e internacionales.

Información

La fragilidad de las bases de datos de la Región entorpeció la vigilancia y evaluación de las operaciones y el seguimiento de los proyectos. Por consiguiente, entre 1986 y 1989, el Programa promovió el diseño y la

ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

En mayo de 1985, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, propuso que se lanzara una campaña en el continente para erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en 1990. En la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS se aprobó la propuesta en septiembre de 1985. Dado que existe una vacuna eficaz, se consideró inaceptable que algún niño tuviera que sufrir las consecuencias de tan devastadora enfermedad.

La meta de erradicar la poliomielitis se consideró como punto de partida para fortalecer todo el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Su logro serviría también para reforzar la infraestructura de salud de la Región, sobre todo porque la descentralización de los recursos para la campaña de erradicación también fortalecería los sistemas locales de salud.

Los principales impedimentos para la erradicación de la poliomielitis en el pasado han sido falta de voluntad política y social firme, restricciones administrativas, problemas de eficacia y estabilidad de la vacuna y deficiencias del sistema de vigilancia epidemiológica. Dichos impedimentos tuvieron que ser abordados conjuntamente por los gobiernos y entidades que apoyaban la iniciativa.

Las entidades que se unieron inmediatamente a la campaña de la OPS/OMS fueron la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el UNICEF, el Club Rotario Internacional y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Juntas, estas instituciones aportaron cerca de \$US100 millones a esa actividad quinquenal.

Para garantizar la debida coordinación del trabajo de estos organismos e instituciones con el de los gobiernos, se creó un Comité de Coordinación Interinstitucional a nivel regional, que ejerce su labor por medio de representantes en los países. Con los recursos externos facilitados por las instituciones afiliadas al Comité se adiestró a administradores y supervisores en diversos niveles del sistema de salud, y se les suministró el transporte necesario para el cumplimiento de sus deberes. La OPS/OMS preparó y distribuyó la publicación titulada *Guía práctica para la erradicación de la poliomielitis*, para empleo por parte del personal de salud nacional.

Mejoró la cadena de frío para vacunas y, para detectar cualquier problema, se vigiló constantemente su eficacia. El sistema de vigilancia sugirió que la baja eficacia de la vacuna habría podido causar un extenso brote de poliomielitis ocasionado por el serotipo 3 en el nordeste del Brasil en 1986. En consecuencia, la vacuna se reformuló casi de inmediato. En fecha más reciente, se observó un problema similar en México como resultado de la investigación del último brote en que se aisló el poliovirus salvaje, en 1989.

Se determinó que la vigilancia era la clave para la erradicación de la enfermedad y recibió prioridad en la estrategia general. Todos los países establecieron definiciones de casos patrón y desarrollaron indicadores para vigilar la presencia de la enfermedad y tomar prontas medidas de control.

Se organizó una red de unidades de notificación en que se incorporan los establecimientos de salud con más probabilidades de observar casos de parálisis flácida aguda que pudieran deberse a poliomielitis. En esas unidades se estableció un sistema de notificación semanal que incluye notificación negativa, es decir, que dichas unidades deben enviar informes semanales al nivel central aunque no se hayan detectado casos. A fines de 1989, casi 4500 de esas unidades enviaban informes regulares sobre la existencia o ausencia de casos.

En 1989 se anunció que se pagaría una recompensa de \$US100 a cualquier persona que notificara o investigara un caso sospechoso de poliomielitis que resultara ser confirmado y causado por el poliovirus salvaje.

Se estableció un sistema de vigilancia del virus de la poliomielitis basado en el examen de muestras de materia fecal de todos los casos probables de la enfermedad. En el futuro próximo se empleará el método de muestreo ambiental. Con ese fin, se estableció una red de ocho laboratorios, reforzados por los ya existentes en la Región. En los últimos tres años se examinaron más de 10 000 muestras de materia fecal para la posible recuperación del poliovirus salvaje y la red entró en pleno funcionamiento en 1989. El número de especímenes con resultados positivos ha disminuido continuamente y en 1989 solo 14 dieron muestras del poliovirus salvaje, lo que representa una reducción del ya pequeño número de 38 en 1988. Esta información sugiere que la circulación del poliovirus salvaje se limita a muy pocas zonas geográficas y que, en realidad, será posible interrumpir la transmisión a fines de 1990, como se propuso en un principio. De hecho, se cree que durante 1989 solo cerca de 0,5% de casi 14 000 municipios de toda América Latina se vieron afectados por casos de poliomielitis en algún momento.

Los adelantos alcanzados en el continente en la erradicación de una enfermedad que no hace mucho era el azote de miles de niños han abierto el camino para alcanzar la meta de erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, establecida por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1988.

La estrategia de vacunación antipoliomielítica se basó sobre todo en la organización de jornadas nacionales de vacunación para incrementar rápidamente el grado de inmunidad de la población expuesta a riesgo. Esas jornadas de vacunación, celebradas generalmente en el curso de un mes, sirven de complemento a los programas de inmunización ordinaria. También permiten mejorar la cobertura general de las vacunas infantiles, ya que estas se aplican simultáneamente con la antipoliomielítica. La estrategia demostró ser eficaz no solo para reducir la transmisión de la poliomielitis, sino además para ampliar el grado general de cobertura con todas las vacunas del PAI. En promedio, la cobertura regional del PAI llegó a una marca histórica en 1990: más de 60% con cualquiera de los antígenos de las enfermedades objeto del PAI.



utilización de bancos de datos que facilitarían el análisis y la toma de decisiones de los encargados de poner en marcha y administrar las actividades de todo nivel. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas y el Programa de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas lograron los adelantos más importantes. El desarrollo del banco de datos fue más lento en materia de crecimiento, desarrollo y reproducción humana debido a la complejidad del tema.

El Programa continuó publicando boletines informativos sobre salud perinatal, poliomielitis, prevención de enfermedades respiratorias, programas de vacunación y enfermedades diarreicas, con tiradas promedio de 15 000 ejemplares por tema. Los manuales y las guías técnicas básicas se publicaron a través del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX). Cada una de las unidades técnicas elaboró y difundió material de enseñanza, incluidos manuales, materiales audiovisuales, videos y estudios de casos. Parte de este material se preparó en colaboración con las Escuelas de Salud Pública de Rio de Janeiro, São Paulo, Buenos Aires, Cali, Medellín, ciudad de México y Lima.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) continuó publicando artículos referentes a algunos de los 42 campos de investigación que se lleva a cabo en el propio Centro y en la red de más de 100 maternidades de la Región que participan en estudios en colaboración.

Políticas, normas y programas

Una de las estrategias que han facilitado la adopción de políticas, planes y normas en los programas técnicos ha consistido en la formación de comités interinstitucionales. Estos comités permiten que los organismos de cooperación técnica y financiera se unan en torno a objetivos y estrategias, lo que

evita la duplicación de esfuerzos, confusiones y competencia entre grupos nacionales y facilita a los países la programación, negociación y uso de la información.

La composición de los comités interinstitucionales depende del interés que tenga cada organismo en las diversas áreas técnicas de los diferentes países. El PAI cuenta con el comité más amplio, que incluye a representantes del BID, la AID (EUA), el UNICEF, el Club Rotario Internacional y la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA). Este comité se ha tomado como modelo cuando se han querido crear otros comités semejantes. Los comités de los Programas de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas están formados básicamente por funcionarios de la AID(EUA), el UNICEF y la OPS/OMS.

Todos los países de la Región, como cuestión política, asignaron prioridad a sus programas de salud materno-infantil. Todas las unidades del Programa promovieron la organización de grupos nacionales que representan a diversas instituciones, entre las que figuran la seguridad social, las universidades y las sociedades científicas. Estos grupos colaboraron y apoyaron el desarrollo y verificación de criterios técnicos para el diseño, administración y correcto funcionamiento de los proyectos.

Como resultado de los debates en curso y de las evaluaciones sobre las condiciones de salud en el cuatrienio, la OPS/OMS creará a partir de 1990 un programa, con su consiguiente partida presupuestaria, destinado a la salud del adolescente.

Investigación

La investigación en salud materno-infantil es fundamental para mejorar la atención primaria mediante la introducción de reformas en la tecnología que utiliza y en la prestación de sus servicios. En el cuatrienio se gastaron unos \$US8 millones en investigación sobre reproducción humana.

Se llevaron a cabo proyectos de investigación recurriendo a fondos de la propia Organización —correspondientes al Programa de Investigaciones de la OPS— y a fondos recibidos de programas mundiales de la OMS, así como a limitados recursos extrapresupuestarios. Los campos de investigación comprendieron el desarrollo de vacunas contra los rotavirus, la utilización de soluciones caseras de rehidratación oral y de alimentos durante y después de la diarrea, el funcionamiento de unidades de tratamiento y el estudio de las oportunidades de vacunación perdidas. Los resultados de este último proyecto permitieron la adopción de medidas correctivas que ampliaron la cobertura en varios países.

La investigación efectuada en zonas de alto riesgo de tétanos neonatal permitió aumentar selectivamente la cobertura de vacunación en las áreas que presentaban el mayor número de casos. En consecuencia, se confía en que la incidencia de esta enfermedad declíne significativamente durante los próximos cuatro años.

El CLAP continuó promoviendo y conduciendo investigaciones epidemiológicas y operativas en campos tales como la prematuridad, la frecuencia de las intervenciones cesáreas y el bajo peso al nacer. El CLAP dirigió ocho talleres sobre metodología de la investigación que reunieron a unos 200 participantes de distintas disciplinas. También colaboró con el Consejo de Población para mejorar la elaboración de protocolos, y con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y el Instituto de Desarrollo de Recursos, ambos de los Estados Unidos, para realizar estudios demográficos y de salud, incluida la salud del adolescente, y difundir sus conclusiones en casi todos los países de la Región.

La Unidad de Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana brindó su apoyo a 60 estudios realizados en 21 países de la Región. Esos estudios se centraron fundamentalmente en el desarrollo infantil, salud del adolescente y causas de mortalidad maternoinfantil.

Cooperación técnica directa

El Programa de Salud Maternoinfantil amplió sus posibilidades de proporcionar cooperación técnica directa aumentando el número de consultores contratados. En 1989, ese número fue el más alto de la historia del Programa: había 47 profesionales que desarrollaban sus tareas en proyectos regionales, entre países y nacionales. Ese mismo año se trabajaron 10 004 días-consultor (más de los 6000 de 1986): 70% en América Latina, 12% en el Caribe y 18% en América del Norte. Los consultores provienen de 30 países de la Región y de Australia, Bélgica, Egipto, India, Italia, Japón, Reino de los Países Bajos y Reino Unido. La cooperación técnica que proporcionaron los consultores abarcó una amplia gama de actividades, incluida la definición de políticas y planes nacionales; diseño, operación, vigilancia y evaluación de programas y proyectos; capacitación de recursos humanos y actividades de desarrollo; mejoramiento de los sistemas de información y logísticos, y desarrollo de proyectos en procura de financiación extrapresupuestaria.

Capacitación y desarrollo de recursos humanos

La capacitación de recursos humanos es una de las estrategias prioritarias de cooperación que desarrolla el Programa, pues el personal de salud constituye el recurso más valioso disponible para emprender la reforma de los sistemas de salud. Se estima que 40% de los recursos del Programa se invierten en desarrollar recursos humanos en todos los niveles. El Programa de Control de Enfermedades Diarreicas logró que se aceptara su material de capacitación en 107 escuelas de enfermería y 43 escuelas de medicina. No obstante, es difícil modificar la capacitación básica que brindan las escuelas, facultades y otras instituciones similares de ciencias de la salud a fin de lograr que el ambiente de trabajo de los graduados concuerde más con la realidad cotidiana. Los

currículos anticuados, los cambios constantes en la tecnología utilizada en la atención primaria y la ausencia en muchos países de una carrera administrativa que abra sus puertas a los profesionales de salud pública, crean la necesidad continua de dictar cursos de capacitación remediales para los graduados que trabajan por primera vez en las unidades de salud y de actualización para los que han trabajado en ellas durante cierto tiempo.

Las oportunidades de capacitación ofrecidas por el Programa comprenden becas de perfeccionamiento para que los graduados estudien fuera de sus países y cursos para supervisores de nivel superior e intermedio, de capacitación administrativa y técnica para trabajadores de salud y cursos para promotores de salud y parteras tradicionales. El contenido de los cursos recorre la gama que va desde aspectos técnicos y administrativos de la prestación de servicios y técnicas de supervisión y administración hasta cuestiones que se refieren a la atención clínica de los aspectos que cubre el Programa. Los datos disponibles indican que, durante el cuatrienio, de 12 000 a 14 000 personas recibieron adiestramiento basado en material preparado por el Programa.

El CLAP ofreció cursos de posgrado en perinatología, salud pública perinatal y diseño y ejecución de investigaciones, entre otros temas. Todos esos cursos, junto con otros sobre salud materno-infantil impartidos por las escuelas de salud pública de Colombia, Cuba y Chile, permitieron la capacitación de más de 1000 profesionales nacionales y regionales como supervisores de programas. Los conocimientos sobre administración de programas de salud materno-infantil y de población —y sobre técnicas de supervisión— existen en toda la Región, aunque paradójicamente faltan recursos para hacer uso de los mismos.

Movilización de recursos

Hasta 1989, el Programa de Salud Materno-infantil tenía un presupuesto anual

total de \$US29 millones, de los cuales alrededor de 10% correspondía a fondos ordinarios y 90% a fondos extrapresupuestarios. Más de 85% de estos recursos se canalizaban directamente hacia los Países Miembros.

La escasez de recursos en los países se agudizó durante el cuatrienio. Los efectos de la crisis se observaron en el estancamiento o declinación de los gastos nacionales en programas de salud materno-infantil. Por consiguiente, el Programa consagró una importante cantidad de esfuerzos a la obtención de fondos extrapresupuestarios internacionales. Logró movilizar \$US100 millones comprometidos por diversos organismos (el UNICEF, la AID (EUA), el BID, la CPHA y el Club Rotario Internacional) para la campaña de erradicación del poliovirus salvaje correspondiente al período 1987-1991; de esa suma, se asignaron directamente \$US27 millones a programas ejecutados por la OPS/OMS. Esos fondos se agregaron a los \$US450 millones, aproximadamente, que los países asignaron a actividades de inmunización de toda la población infantil y de erradicación de la poliomielitis.

Hubo importantes aumentos en los fondos extrapresupuestarios de los programas de control de enfermedades diarreicas e infecciones agudas de las vías respiratorias. El Programa de Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana también logró obtener recursos adicionales gracias a organizaciones privadas de los Estados Unidos de América, como la Fundación W.K. Kellogg, el Pew Charitable Trust y la Corporación Carnegie, y a otros donantes como la Comunidad Económica Europea (CEE), los gobiernos de Italia y Suecia, el UNICEF y, especialmente, el FNUAP.

El Programa también aprovechó al máximo la utilización de sus recursos coordinando sus actividades con las de otros programas de la OPS/OMS, como el de Salud del Adulto; Desarrollo de Recursos Humanos; Evaluación de la Situación de Salud y de sus Tendencias; la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y Alimentación y Nutrición. Además, se llevaron a cabo actividades con-

juntas con centros especializados de la Organización, como el CLAP, INCAP, CEPANZO, BIREME y PASCAP.

Resultados

En el transcurso del cuatrienio, algunas metas se alcanzaron plenamente y otras tan solo parcialmente. De 36 países y territorios de la Región de los que se brinda información en *Las condiciones de salud en las Américas*, edición de 1990 (Publicación Científica No. 524), las tasas de mortalidad infantil eran de menos de 30 por 1000 nacidos vivos en 19 países, de 30 a 49 en ocho, de 50 a 99 en siete, y en dos países todavía eran superiores a 100 por 1000 nacidos vivos. Veinticinco países notificaron sus tasas de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos: en seis (con 35 millones de habitantes) eran de menos de 50; en 11 (donde se concentra la mayor parte de la población de la Región) oscilaban entre 50 y 100, y en los ocho restantes (con unos 50 millones de habitantes en total), las tasas de mortalidad materna eran superiores a 100 por 100 000 nacidos vivos.

Las tasas de cobertura de la Región en su conjunto fueron del orden de 70% para la atención prenatal, 75% para los partos hospitalarios y 54% para los métodos anticonceptivos, en tanto que las tasas de cobertura de partos atendidos y del control del crecimiento de los niños (menores de 1 año y menores de 5 años) fueron de 60 y 40%, respectivamente. La calidad de la atención brindada a madres, niños y adolescentes sigue siendo motivo de preocupación.

En cumplimiento de las metas del Programa, en el 50% de los países se revisaron las normas relativas a la atención durante el embarazo y el parto, la atención del recién nacido y la planificación familiar. Sin embargo, no se sabe hasta qué punto se han incorporado esas normas a la atención prenatal y perinatal. Con el apoyo del Programa se evaluaron más de 2000 servicios de ginecología, obstetricia y pediatría en 18 países. En

otros siete se llevó a cabo un segundo estudio para analizar los cambios propuestos.

La cobertura de vacunación se siguió ampliando hasta alcanzar, en 1989, el nivel más alto registrado en la Región: como mínimo, 60% respecto a todas las vacunas. Muy pocos países tenían coberturas de menos de 50%, cualquiera que fuese la vacuna. La incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación continuó descendiendo: la de la poliomielitis llegó a su nivel más bajo a fines de 1989, con menos de 130 casos confirmados en la Región. La erradicación de la poliomielitis en 1990 parece una meta más realista que nunca.

Durante los últimos cuatro años se vieron coronados por el éxito los esfuerzos desplegados por poner en marcha las actividades de control de las enfermedades diarreicas en todos los países de la Región. Además, 20 países han preparado perfiles que les permitirán evaluar sus programas. En promedio, a fines de 1989, la posibilidad de recibir sales de rehidratación oral fue de 62% y su empleo fue de 39%. De los 18 países que producen sales de rehidratación oral, 15 superaron sus metas de producción y, en su mayoría, los países ya pueden satisfacer localmente sus necesidades de sales.

Todos los países consideran que las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen un problema prioritario y 20 han elaborado y ejecutado programas nacionales de control que comprenden planes operativos, normas nacionales y módulos de adiestramiento.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El Programa de Enfermedades Transmisibles presta asistencia a los Países Miembros para establecer y mantener programas integrados de control de las enfermedades transmitidas por vectores, las parasitarias y otras enfermedades infecciosas endémicas. Las principales enfermedades objeto del Programa son la malaria, leishmaniasis, esquistosomiasis, enfermedad de Chagas (tripano-

somiasis americana), filariasis (incluida la oncocercosis), dengue, fiebre amarilla, tuberculosis, lepra, hepatitis vírica, fiebre hemorrágica argentina, leptospirosis, peste, rickettsiosis, teniasis/cisticercosis y helmintiasis. Las actividades del Programa se realizaron mediante el mejoramiento de los conocimientos epidemiológicos de estas enfermedades, lo que comprende análisis y clasificación de los factores de riesgo que intervienen en su transmisión, apoyo a los servicios encargados de controlar su propagación, y movilización de recursos nacionales, bilaterales y multilaterales para apoyar los esfuerzos de prevención y control.

Se trabajó en cooperación con el Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, la AID (EUA), el BID, el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional, la Comandancia del Ejército de los Estados Unidos de América para la Investigación y el Desarrollo, y otras instituciones nacionales e internacionales con objeto de preparar y revisar propuestas de investigación, adiestrar personal, prestar cooperación técnica directa a las actividades de control y vigilar y evaluar los adelantos.

La inmanejable propagación de la malaria siguió siendo motivo de profunda preocupación. Según el 36° informe sobre el estado de los programas de malaria en las Américas, presentado en 1988 en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en 1987 hubo más de un millón de casos nuevos de malaria en las Américas, lo que representa un aumento de 6,2% en relación con 1986. Pese a las actividades de control, se detectaron reinfestaciones del vector en algunas zonas costeras donde se había eliminado antes.

El Programa redobló sus esfuerzos por promover la activa detección de casos y mejorar la elaboración de mapas epidemiológicos de incidencia relativa y factores de riesgo en los que se fundaban las actividades de control de la malaria. También apoyó investigaciones en varias instituciones de América Latina, incluso el Centro de Inves-

tigación del Paludismo en Tapachula, México, y la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental de Maracay, Venezuela. Además apoyó los esfuerzos nacionales por integrar los programas de control de mosquitos en los servicios ordinarios de atención primaria de salud, una estrategia apropiada contra otras enfermedades transmitidas por vectores.

Además de investigaciones sobre malaria, el Programa apoyó otras sobre leishmaniasis, filariasis de Bancroft y oncocercosis. Los laboratorios nacionales encargados de diagnosticar enfermedades infecciosas y parasitarias fueron otro foco de atención, a medida que el Programa trabajó por mejorar su capacidad de servicio por medio de adiestramiento de personal, establecimiento de centros de referencia, provisión de equipo y de reactivos y evaluación de su actuación respecto al diagnóstico de las enfermedades víricas.

Se asignaron más de \$US1,5 millones anuales para apoyar las investigaciones aplicadas sobre enfermedades tropicales en el plano nacional. Se preparó una vacuna atenuada contra la fiebre hemorrágica argentina y los resultados de un ensayo práctico controlado hecho con cerca de 6000 voluntarios permitieron demostrar su inocuidad e inmunogenicidad. Está pendiente la información sobre su eficacia. También se logró adelantar en la formulación de ensayos de diagnóstico de la infección por *T. cruzi* y *Cryptosporidia*. En Colombia se introdujo una vacuna contra la hepatitis B (HB) en la zona hiperendémica de Santa Marta como parte de un programa quinquenal para inmunizar a todos los lactantes y a los niños y adultos susceptibles. Se prepararon protocolos para estudiar la epidemiología de la hepatitis B y determinar su prevalencia en los países de la Región. Otros temas importantes de investigación incluyeron la biología y ecología de los vectores de la malaria, los métodos de diagnóstico pertinentes y el efecto de esa enfermedad en el embarazo, la importancia de los vectores *Anopheles rangeli* y *A. nuñeztovari* en la trans-

misión de la malaria y los métodos de control de *A. albimanus*.

En colaboración con instituciones de investigación de ocho países, el Programa estableció una red para adiestrar personal en epidemiología, entomología médica, parasitología, inmunología, manejo del medio ambiente, gestión y administración de programas y ciencias sociales. La Universidad de Panamá, la Universidad Autónoma de Nuevo León (México), la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil) y la Universidad de Carolina del Sur (EUA) copatrocinaron cursos afines de posgrado.

Además de adiestramiento directo, el Programa amplió la base de información científica y técnica a disposición de los profesionales de salud mediante la preparación de monografías, manuales y otras publicaciones. Su amplia distribución sirvió también para fomentar las investigaciones y el intercambio de información sobre los aspectos operativos del control de enfermedades infecciosas. Los programas nacionales de control del dengue, la malaria y la lepra se beneficiaron mucho de este intercambio de información.

A fines de 1989, varios problemas limitaban todavía la capacidad de los países para realizar con éxito proyectos de control de las enfermedades para los cuales existe la experiencia práctica técnica y científica necesaria. Entre estos se destaca el que los encargados de formular políticas se abstuvieran de emplear la información epidemiológica y técnica disponible al decidir la forma de asignar recursos. Un problema relacionado con este se centra en que, por lo general, se deja de consultar a los epidemiólogos, pese a estar empleados en el sector público, al determinar qué proyectos de control de enfermedades deben tener prioridad y cómo se deben organizar (véanse otras observaciones al respecto en la sección sobre el Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias). Se encontró que los trabajadores nacionales de salud pública carecen del debido adiestramiento en entomología médica. Se establecieron varios programas

para fortalecer la capacidad existente en ese sentido, incluso cursos de posgrado sobre epidemiología en la Fundación Oswaldo Cruz en el Brasil y la Universidad del Valle en Colombia, y programas conducentes a la maestría en entomología en México y Panamá, pero se necesitará un mayor adiestramiento de recursos humanos para poder tener éxito en los esfuerzos por controlar las enfermedades tropicales en la Región.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El Programa de la OPS/OMS para la Prevención y el Control del SIDA siguió las pautas establecidas por el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA para desarrollar planes nacionales de prevención y control. Con ese fin, contrató expertos en epidemiología, administración de programas, educación en salud, técnicas de laboratorio y financiación y administración para proporcionar asistencia técnica a los Países Miembros.

A fines de 1986 la OPS/OMS creó el puesto de Asesor Regional del Programa, el cual empezó a funcionar oficialmente en enero de 1987. El Programa ha mantenido la vigilancia de los casos de SIDA para controlar la propagación de la epidemia en la Región. Se han desarrollado estrategias especiales que comprenden el establecimiento de redes de laboratorios, el mejoramiento de sus equipos y la adquisición de los suministros y materiales; la provisión de servicios de consultoría, y el control y mejoramiento de la vigilancia de casos en los planos nacional y regional.

Para facilitar la vigilancia regional, se fijó el criterio de la OPS/OMS para definir casos y se celebró, en julio de 1989, en Washington, D.C., Estados Unidos de América, un seminario regional de vigilancia. Además, el personal de la OPS/OMS colaboró en una reunión recién celebrada en el Caribe para fortalecer las actividades de vigilancia en los

SIDA

El problema

El gráfico representativo de la propagación del SIDA en las Américas tiene la forma inconfundible de una epidemia. Las curvas correspondientes a cada una de las subregiones comienzan en años distintos porque el virus de la inmunodeficiencia humana del tipo 1 (VIH-1) se introdujo en épocas diferentes, pero el patrón subsiguiente de aumento es casi idéntico en todas las Américas.

Pese a ser perturbador, el número notificado de casos de SIDA, empleado para proyectar la incidencia del VIH-1 en la población, indica solo parte del problema. La OMS estima que los casos reales son dos o tres veces superiores al número de casos notificados. En las Américas, las tasas de notificación oscilan entre 25 y 100% de los casos, y puesto que el período transcurrido entre la incubación del VIH y la aparición de la enfermedad puede ser de 10 años, aun una notificación de 100% de los casos de SIDA indica solo lo que sucedió en el pasado.

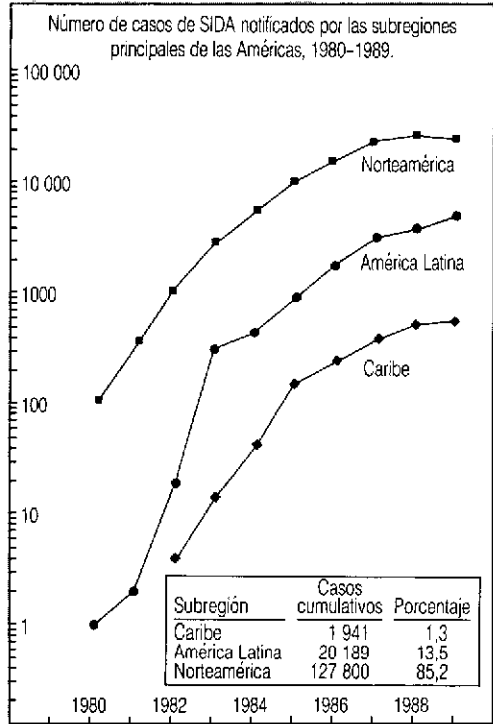
Se estima que en las Américas hay no menos de 2,5 millones de personas infectadas actualmente con el VIH. La mayor parte, si no la totalidad de esas personas, desarrollará la enfermedad en el futuro y necesitará atención médica. Por tanto, aun si la transmisión cesara hoy mismo, el efecto de la enfermedad en los servicios de salud de la Región sería enorme.

La inmunodeficiencia causada por el VIH hace aumentar el número de infecciones latentes y oportunistas. Eso significa que el sector de salud pública podría ver un retroceso en sus adelantos en campos como el control de la tuberculosis. La mortalidad infantil, que se ha venido reduciendo continuamente, también puede aumentar a medida que nacen más niños cuyas madres están infectadas.

Prevención del SIDA

El Programa de la OPS/OMS para la Prevención y el Control del SIDA, que es parte del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA, ha concentrado su energía y sus recursos en la mejora de la vigilancia regional y el desarrollo de programas nacionales de prevención.

Las medidas de control efectivas exigen información precisa. No hace mucho que el



SIDA se descartó como una afección de los hombres homosexuales en ciertas zonas estrictamente circunscritas, creencia que aún sostienen algunas personas mal informadas. Los conocimientos sobre la enfermedad, período de incubación y modo de transmisión se han ampliado mucho en los últimos años. Sin embargo, los sistemas de vigilancia a menudo se apoyan en servicios de laboratorio inadecuados.

La notificación imprecisa de casos es también consecuencia de otros factores. Puesto que los pacientes con SIDA mueren de infecciones oportunistas, como neumonías, o de otras complicaciones, con frecuencia esas enfermedades son las notificadas como la causa de mortalidad, debido a la relativa novedad del SIDA y a su estigma social. Una razón de la inexactitud de los datos sobre las tasas de infección por el VIH es el prolongado período de incubación del SIDA: sin saberlo, las personas pueden estar infectadas con el virus y propagarlo por muchos años.

Un mejor conocimiento de la prevalencia o incidencia de la infección por el VIH exigiría estudios de seropositividad entre varios grupos de personas expuestas a riesgo. Sin embargo, la definición de la población expuesta a riesgo ha sufrido cambios según se ha ido conociendo la enfermedad. Los casos de transmisión sexual del VIH entre hombres homosexuales y bisexuales y sus parejas sexuales representan aún el mayor grupo, pero la transmisión heterosexual del SIDA en las Américas va en aumento. En algunos países se infecta un número igual de hombres y mujeres. A medida que aumenta el número de mujeres infectadas, se incrementa la transmisión de la madre al niño (perinatal).

Los receptores de transfusiones sanguíneas y los toxicómanos que comparten agujas representan otro grupo muy expuesto a riesgo. También hay otro grupo formado por personas expuestas al equipo médico contaminado y por personal de atención de salud expuesto como resultado de accidentes ocurridos en la aplicación de procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio.

Las actividades de vigilancia y de notificación de casos se concentran en los grupos más expuestos a riesgo. Los gobiernos nacionales han adelantado mucho en poco tiempo; pese a ello, el mayor número de casos de SIDA notificado se encuentra en los que se identifican entre los pacientes atendidos en los hospitales. El problema que afrontan los trabajadores de salud para el control de la enfermedad consiste en la dificultad de tener acceso a los grupos que, por su propia naturaleza, son los más difíciles de alcanzar y los que menos posibilidades de cambiar tienen, con el fin de instarlos a modificar su conducta. Las poblaciones marginales de personas prostitutas de ambos sexos y de toxicómanos presentan el mayor riesgo para sí mismas y para otros.

Se pueden tomar, y de hecho se han tomado, medidas claras y precisas en otro campo que constituye un riesgo: las existencias de sangre contaminada. El número de países que notifican que ninguno de sus casos fue transmitido por la sangre aumentó de 17 en 1987 a 24 en 1988 y el número de países donde más de 10% de los casos notificados fueron transmitidos por la sangre se redujo de dos a cero entre 1987 y 1988. Sin embargo, el examen general de los donantes de sangre es un fenómeno relativamente reciente y la eficiencia de ese servicio varía de 100% en algunos países a 30% en otros donde los servicios de transfusión carecen de la infraestructura necesaria. A fines de 1988, parte de la sangre y de los hemoderivados empleados en el sector público de algunos países todavía no se sometía a examen de detección del VIH.

países de esa subregión mediante informes de casos y estudios centinela.

A efectos de proporcionar orientación a los Países Miembros, un grupo de expertos de toda la Región elaboró pautas técnicas para la prevención del SIDA, que fueron distribuidas profusamente. Como consecuencia de los rápidos progresos científicos y tecnológicos en materia de prevención del SIDA, estas pautas fueron revisadas primero en diciembre de 1986 y otra vez en abril de 1987. El personal de la OPS/OMS efectuó evaluaciones *in situ* de los programas nacionales de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y examinó la labor desarrollada por los comités de lucha contra el SIDA establecidos en el Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México, Paraguay y Trinidad y Tabago. El personal de plantilla y los consultores de la OPS/OMS también proporcionaron asistencia técnica a los programas nacionales de prevención y control del SIDA recién establecidos en cada una de las subregiones de las Américas.

En América Latina se celebraron tres reuniones subregionales para directores de programas nacionales sobre el SIDA, a fin de estandarizar criterios de diseño y ejecución de programas. Un taller destinado a administradores de programas nacionales en el Caribe, celebrado en la Comunidad del Caribe (CAREC), proporcionó colaboración para la revisión sistemática de los logros de los programas nacionales y la elaboración de planes apropiados a mediano plazo.

Dada la importancia de la educación en salud para la prevención del SIDA, se organizó una unidad especial de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre el SIDA con el propósito de prestar apoyo a los países para desarrollar y fortalecer este componente de sus planes nacionales. La unidad IEC distribuyó discos compactos que contenían bibliografías MEDLINE-AIDS y artículos científicos de siete publicaciones periódicas importantes. Con arreglo al Programa, también se celebraron talleres de promoción de la salud, se

desarrollaron y verificaron sobre el terreno criterios de control y evaluación y se condujeron estudios piloto para introducir en las escuelas la enseñanza de conocimientos sobre el SIDA.

De consuno con la Oficina de Información y Asuntos Públicos y otras unidades, se organizó asimismo la primera Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA, que se transmitió desde Quito, Ecuador, en septiembre de 1987, a 650 puntos de casi todos los países de las Américas y llegó a un auditorio de 45 000 trabajadores de salud pública. La segunda Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA, celebrada en diciembre de 1988, se transmitió desde Rio de Janeiro, vía satélite, a un vasto auditorio que abarcó desde Canadá hasta Chile. Además, la Conferencia se transmitió fuera de la Región a Portugal, Kuwait y cinco países africanos.

El Programa reunió y difundió material informativo sobre el tema a los Países Miembros y desempeñó un papel clave en la creación, en el marco del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), del primer centro de intercambio de información sobre el SIDA para los países de habla inglesa de la subregión. Se establecieron otros dos centros en las ciudades de Brasilia y México, bajo la égida de las comisiones nacionales de lucha contra el SIDA del Brasil y de México, respectivamente.

En 1989 se llevaron a cabo varios talleres para personal docente, que abarcaron temas como asesoramiento, promoción de la salud, comercialización de preservativos, función de la enfermera en la prevención y control de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y métodos para garantizar la cobertura equilibrada del tema por parte de los medios de comunicación y para movilizar a la juventud en la lucha contra el SIDA.

El personal del Programa participó en la Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA, celebrada en Londres en enero de 1988, y desempeñó una función importante en la planificación, puesta en práctica y evalua-

ción del Primer Simposio Internacional de Comunicaciones e Información sobre el SIDA, que se celebró en octubre de ese mismo año en Ixtapa, México. En colaboración con el Programa de la Organización sobre Enfermedades Transmisibles, se llevaron a cabo varios seminarios internacionales sobre tecnología de laboratorio en relación con el SIDA. El Programa también representó a la OMS ante el Congreso de los Estados Unidos de América y participó en numerosas reuniones, congresos, simposios y talleres científicos sobre el SIDA.

Con el propósito de asegurar el financiamiento de los programas de prevención y control del SIDA, en diciembre de 1988, en Barbados, se llevó a cabo una reunión de organismos donantes auspiciada por el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA, los ministros de salud del Caribe y otros organismos. Los participantes en la reunión se comprometieron a contribuir con \$US15 millones en apoyo a los programas de 13 países del área del Caribe. Después de esta primera reunión se celebraron otras similares a fin de movilizar recursos para la subregión centroamericana, Haití, México y la República Dominicana, y se obtuvo el compromiso de contribuir con otros \$US16 millones adicionales. Los fondos se invertirán en actividades tales como educación del público, atención a las personas infectadas con el VIH, seguridad de la sangre donada y de los hemoderivados, y vigilancia y prevención de la transmisión perinatal del VIH. Durante todo el período en examen se colaboró con organizaciones no gubernamentales como el Club Internacional de Leones y la Cruz Roja Internacional.

El Programa suscribió un contrato de investigación sobre el SIDA de \$US5 millones de costo y cinco años de duración con el Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas (NIAID), de los Institutos Nacionales de Salud (EUA). Además, se prepararon propuestas para llevar a cabo en los países investigaciones sobre comportamientos de riesgo y conducta sexual en el curso de una reunión celebrada

en Guatemala con el propósito de revisar los instrumentos de investigación del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA. Estos instrumentos se adaptaron después para que se pudieran utilizar en América Latina y a fines de 1989 ya se empleaban en proyectos de investigación realizados en Costa Rica y Chile. Entre otras actividades desarrolladas como parte del contrato con el NIAID, cabe mencionar un estudio de seroprevalencia del VIH en centros de atención de ETS, que se llevó a cabo en la República Dominicana; un proyecto para estudiar la transmisión heterosexual del VIH, que se inició en el Brasil, y la elaboración de protocolos de investigación, en Jamaica y México.

Se destinaron más de \$US13 millones de los fondos del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA a prestar apoyo directo a los programas nacionales; asimismo, se desembolsaron más de \$US4 millones para el desarrollo de actividades regionales.

SALUD DE LOS ADULTOS

El Programa de Salud de los Adultos dio apoyo a actividades destinadas a prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles y sus principales factores de riesgo; promover la salud mental y prevenir las conductas violentas; prevenir y tratar el uso indebido de alcohol y drogas; integrar las actividades comunitarias de rehabilitación en los servicios de atención primaria de salud; prevenir la ceguera y ofrecer atención ocular; prevenir los accidentes y las lesiones, y promover servicios integrales de atención a los ancianos. Para abordar estos asuntos, el Programa empleó las estrategias de fomentar un estilo de vida sano, en especial mediante una intensa promoción de la salud entre individuos y grupos de población; fortalecer y adaptar los servicios de salud a la atención de los adultos y los ancianos, y racionalizar la producción y el uso de tecnología compleja de alto costo.

En el cuatrienio 1986-1989, el componente de control de enfermedades cróni-

cas no transmisibles se concentró en un enfoque integrado para prevenir y tratar el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, con particular atención a sus factores comunes de riesgo. Se realizaron encuestas para determinar los factores de riesgo en comunidades urbanas de varios países como paso inicial para determinar las intervenciones más eficaces. Si bien se logró crear una mayor conciencia respecto a los problemas que presentan las enfermedades crónicas no transmisibles, ha sido difícil iniciar programas integrados de atención preventiva en gran escala. En general, los países invierten sus escasos recursos en atención médica más que en servicios preventivos para los adultos. Además, los cambios en los patrones de conducta individual y colectiva asociados con la incidencia de enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe se han dificultado, ya que requieren de actividades no tradicionales en el sector salud. Por último, los recursos de la Organización son limitados en este campo.

Los esfuerzos por racionalizar la producción y el uso de tecnología compleja de alto costo revisten importancia crítica para lograr servicios más eficientes y equitativos para los ancianos y las personas con enfermedades crónicas. La Primera Conferencia de Consenso sobre Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante, celebrada en Venezuela en 1988 (véase la Publicación Científica de la OPS No. 520), fue una reunión que hizo época y ofreció un medio propicio para abordar este nuevo aspecto de la cooperación técnica.

En el Programa se asignó prioridad a las actividades contra el tabaquismo, ya que este se considera como el factor de riesgo más importante para muchas enfermedades crónicas, como cáncer y afecciones respiratorias y cardiovasculares. Se lograron grandes adelantos en ese sentido. Para promover los planes nacionales de acción contra el tabaquismo, se celebraron talleres subregionales en el Cono Sur, el Área Andina, los países de habla inglesa del Caribe y América Cen-

tral. Los Cuerpos Directivos de la Organización aprobaron resoluciones que apoyan las actividades contra el tabaquismo en los ámbitos regional y nacional. La OPS/OMS y la Oficina del Director de Salud Pública (Surgeon General) de los Estados Unidos de América realizaron un proyecto conjunto para preparar un documento sobre el problema del tabaquismo en la Región.

Otras actividades del Programa para combatir el cáncer entrañaron la modernización y ampliación de programas de detección precoz del cáncer de cuello uterino, que constituye un grave problema en la Región. En cada país se analizaron el perfil epidemiológico de la enfermedad y la organización de los servicios de salud para su control, con el fin de mejorar la detección y, por ende, reducir las tasas de mortalidad por esa clase de cáncer. Al final del cuatrienio, Barbados y las islas del Caribe Oriental, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Nicaragua y Venezuela habían reorientado sus programas.

El Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP) de la OPS/OMS siguió sirviendo de red de información especializada sobre cáncer en la Región. El Programa prestó ayuda para la organización de los registros de cáncer de los hospitales en todos los países y, junto con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (OMS), fomentó la realización de nuevos registros de incidencia para poder efectuar investigaciones epidemiológicas más precisas. También apoyó la participación de los trabajadores de salud en cursos internacionales de capacitación en el uso de instrumentos epidemiológicos para estudiar las enfermedades crónicas no transmisibles.

En el campo de la rehabilitación se recalcó la importancia de los servicios de rehabilitación basados en la comunidad y la integración de las personas discapacitadas en la sociedad. La rehabilitación basada en la comunidad, como un componente de la atención primaria de salud, se lleva a cabo en 15 países. La OPS/OMS preparó y distri-

buyó en los países módulos para el adiestramiento en ese campo.

El componente de salud mental se concentró en la formulación de planes nacionales de salud mental. Entre 1986 y 1989 se logró que los países se comprometieran a orientar sus planes de salud mental hacia métodos distintos de los de la atención psiquiátrica tradicional, incluso hacia actividades de fomento de la salud y acciones preventivas comunitarias.

Entre las prioridades relativas a la salud de los ancianos se fomentó el establecimiento de una base de información fidedigna sobre los ancianos de la Región, la promoción de políticas y programas destinados a ese grupo de edad y la capacitación de trabajadores de salud en gerontología y geriatría. Entre los logros alcanzados está la terminación de una encuesta de las necesidades de los ancianos en 13 países. Se han publicado los resultados obtenidos en cinco países. La alta calidad de los datos y el riguroso proceso de normalización seguido harán que esa información tenga un valor incalculable para la planificación de servicios para los ancianos. Además, los países de la Región han comenzado a intercambiar experiencias relacionadas con modelos de atención de ancianos, un primer paso hacia la sistematización de las políticas que se buscarán en el futuro.

En materia de prevención y control de accidentes, el trabajo se concentró en investigaciones epidemiológicas y disseminación de información dentro de la comunidad científica para fomentar la toma de conciencia del problema. La meta es capacitar al sector salud para formular políticas junto con otros sectores responsables en este campo.

Se definieron las prioridades sobre prevención de la ceguera en la Región según las causas más frecuentes de discapacidad, como cataratas, glaucoma, trastornos de refracción y traumatismos. En los países donde persisten las enfermedades parasitarias e infecciosas y los problemas de deficiencia nutricional, se dio prioridad al control de esas afecciones. Se hizo hincapié en la inclusión de la atención ocular en los servicios de

atención primaria de salud y el Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND) apoyó la creación de programas de atención ocular primaria en varios países de América Latina y el Caribe. Con frecuencia el establecimiento de esos programas fue difícil por la escasez de personal de servicio capacitado en oftalmología de salud pública. El apoyo de varios organismos no gubernamentales revistió importancia crítica: la Real Sociedad para Ciegos de la Mancomunidad Británica y la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) de España permitieron que la OPS/OMS diera continuo asesoramiento técnico en toda la Región; también es digno de mencionarse el apoyo recibido de Chibret International.

En materia de prevención y control del uso indebido de alcohol y drogas se apoyó la investigación epidemiológica para evaluar el estado del abuso de sustancias en los Países Miembros y el establecimiento de sistemas de vigilancia continua. En sus actividades también se acentuó la necesidad de informar al público de la gravedad del problema de la farmacodependencia y del alcoholismo y de fomentar las actividades nacionales de prevención y control. Se recibió apoyo financiero de los Estados Unidos de América para estudios epidemiológicos que permitieron obtener un perfil de la toxicomanía en la Región.

SALUD PUBLICA VETERINARIA

En el programa de salud pública veterinaria se abordan varios campos en los que la salud animal influye sobre la salud y el bienestar del hombre, a saber, protección de los alimentos, zoonosis, fiebre aftosa y cría de animales de laboratorio. El programa trabaja por medio de dos centros: el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) en Argentina y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en Brasil, que ofrecen servicios de asesoramiento técnico

especializado, investigaciones y adiestramiento a los Gobiernos Miembros.

Los ministros de agricultura latinoamericanos señalaron los campos prioritarios en materia de salud pública veterinaria en la V (1987) y VI (1989) Reuniones Interamericanas de Salud Animal a Nivel Ministerial. Las principales metas fueron la erradicación de la fiebre aftosa en el año 2000, la eliminación de la rabia urbana en las principales ciudades de América Latina y el establecimiento de programas nacionales integrados de protección de los alimentos.

Protección de los alimentos

Las enfermedades transmitidas por los alimentos son causas frecuentes de morbilidad en la Región y ocasionan la mayor parte de las enfermedades y defunciones infantiles registradas en América Latina. Sin embargo, la mayoría de los países carece de un sistema centralizado de inspección y control de las existencias de alimentos. Por tanto, la inocuidad de los alimentos fue reafirmada como prioridad por los Ministros de Salud de la Región en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución XVII) celebrada en 1986. En esa Conferencia se aprobó el Plan de Acción (1986-1990) del Programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de los Alimentos, con el que se busca asegurar que a fines de 1990 más de la mitad de los países de la Región hayan adoptado políticas, estrategias y tecnologías para garantizar la inocuidad de los alimentos.

Con arreglo al programa, se celebraron talleres subregionales de planificación y ejecución de programas de protección de los alimentos. En un taller sobre legislación y establecimiento de normas alimentarias en América Latina, celebrado en México en 1988 con el patrocinio de la FAO y la OPS/OMS, se redactó el texto de una ley modelo sobre alimentos básicos que algunos países, como Guatemala, Honduras y México, ya han empleado para actualizar su legislación nacional. El establecimiento de normas para

la inocuidad de los alimentos que sean aceptables en toda la Región fue el centro de varias otras actividades del programa.

Se prestó apoyo a un proyecto para uniformar las normas regionales, iniciado por el Comité Estatal de Establecimiento de Normas de Cuba, la Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPANT), el Instituto Centroamericano de Investigaciones sobre Tecnología Industrial (ICAITI) y la FAO. En 1989 la FAO y la OPS/OMS celebraron en Costa Rica su primer taller internacional conjunto sobre programas de control y protección de los alimentos importados y destinados a exportación. Entre tanto, el Gobierno de España apoyó la realización de actividades en materia de legislación y adiestramiento en inocuidad de los alimentos en Guatemala y la República Dominicana.

El programa patrocinó la primera reunión del Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información para la Protección de Alimentos (1988) y cooperó en el establecimiento de dichos sistemas en varios países.

Los servicios de análisis de los alimentos fueron otro campo de cooperación ofrecido por el programa, principalmente por medio de CEPANZO y, en menor grado, del Laboratorio Unificado para el Control de Alimentos y Medicamentos (LUCAM) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Además de ofrecer sus servicios tradicionales de microbiología y parasitología de los alimentos, el CEPANZO estableció un laboratorio de análisis de residuos químicos y comenzó a prestar asistencia técnica en ese campo durante el cuatrienio. También fue el punto focal en la Región para el apoyo técnico prestado por el programa a la estrategia de análisis de riesgos y puntos críticos de control con fines de protección de los alimentos. La Red Caribeña de Laboratorios de Control de la Calidad de los Alimentos, establecida en 1989, tiene una función similar.

Los servicios oficiales de inspección de los alimentos en la Región recibieron apoyo del programa por medio de cursos de adies-

tramiento, envió de documentación especializada y cooperación técnica directa.

En 1989, el programa convocó la primera reunión sobre vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos, que llevó a crear la Red Latinoamericana de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos. Se creó una red voluntaria similar en la Argentina. Se ha preparado una guía para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos y seis módulos para empleo en cursos intensivos de adiestramiento.

El programa prestó oportuna asistencia técnica para investigaciones sobre brotes de intoxicación con alimentos en varios países, como los ocurridos en Guatemala en 1987 (intoxicación paralítica con mariscos) y en Perú en 1988 (el primer brote de botulismo en seres humanos registrado en ese país).

Los Gobiernos de Canadá, la República Federal de Alemania, el Japón, España y los Estados Unidos de América, los organismos internacionales de crédito y cooperación técnica, como el Banco Mundial, el BID y el PNUD, y el sector industrial de los países prestaron asistencia técnica y financiera para las actividades nacionales de protección de los alimentos en la Región.

Zoonosis y fiebre aftosa

La rabia urbana siguió siendo un problema en América Latina, aunque se redujo mucho el número de casos en los últimos cuatro años. En general, las medidas de control tuvieron éxito en las grandes ciudades, pero en las de tamaño mediano esa enfermedad sigue siendo motivo de profunda preocupación.

De tres a cuatro millones de personas sufren anualmente mordeduras de perros en la Región; solo 10% de ese número recibió tratamiento preventivo completo después del incidente. De 1986 a 1989, el promedio de casos de rabia humana en la Región fue de 200 al año. Eso representa una reducción de

27% en comparación con el cuatrienio precedente, un logro significativo dado el aumento estimado de la población canina de 20% en el mismo período. Las tasas de mortalidad específicas indican que los países más afectados fueron Bolivia, El Salvador, Guatemala y México. Durante el período de notificación no se registraron casos de rabia humana en Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, Uruguay ni en los países del Caribe, con excepción de Haití y la República Dominicana. Varios países de América Central han realizado proyectos conjuntos de control de la rabia en sus fronteras, lo mismo que Brasil y Paraguay, Colombia y Venezuela, y Haití y la República Dominicana.

La rabia salvaje representa una continua dificultad para los programas de control. El ganado contrae rabia a menudo por mordeduras de murciélagos vampiros, que se han convertido en un reservorio animal de importancia tanto en las zonas urbanas como en las rurales y boscosas. Veinticuatro personas murieron de rabia después de haber sufrido mordeduras de murciélagos vampiros en octubre de 1989 en una zona boscosa del Departamento de Madre de Dios en el Perú.

El CEPANZO preparó una vacuna anti-rábica estándar de referencia, evaluada en laboratorios de la Argentina, Brasil, Colombia, Chile y México. Fue aprobada en una reunión técnica interamericana celebrada en diciembre de 1988 para emplearla como norma regional en el control de la calidad de las vacunas preparadas en tejido cerebral de ratones lactantes.

El Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND), la CEE, la Fundación Mérieux de Francia, el organismo francés BIOFORCE, la Soberana Orden de Malta, la Fundación Rockefeller, la Universidad de Wisconsin, la AID(EUA) y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) prestaron apoyo financiero para la campaña antirrábica.

La brucelosis, observada más comúnmente en ganado lechero, es una zoonosis

ELIMINACION DE LA RABIA URBANA EN AMERICA LATINA

La rabia es una enfermedad mortal pero prevenible. Puesto que la mayoría de los casos de rabia humana tradicionalmente han sido causados por mordeduras de perros rabiosos en grandes zonas urbanas y existen vacunas para inmunizar a la población canina, en los programas de salud pública se ha logrado reducir mucho la incidencia de rabia humana. Los gobiernos de los países de América Latina consideran que hoy en día es posible eliminar la rabia en las grandes ciudades y han iniciado la última fase de una campaña intersectorial concertada en la que se fija el año 1992 como plazo para alcanzar esa meta.

La decisión de eliminar la rabia en las grandes zonas urbanas de América Latina exigió la reorientación de muchos de los programas de control en curso, ampliando su alcance y uniendo sus recursos con los de otros sectores.

Las estructuras técnicas y administrativas de programas verticales se descentralizaron para ampliar la cobertura lograda con los recursos disponibles de los programas de control de la rabia. En forma simultánea, se firmaron acuerdos con los gobiernos locales para fortalecer las actividades de prevención y control. Por ejemplo, en el Brasil los Centros de Control de las Zoonosis Urbanas, administrados por los gobiernos de los municipios, asumieron mayor responsabilidad por las medidas de control; en El Salvador los Ministerios de Salud y Agricultura unieron esfuerzos y lograron reducir el número de casos de rabia humana en la capital de 33 en 1984 a 1 en 1989.

La eliminación de la rabia humana dependerá directamente de la participación de la comunidad, ya que para reducir el riesgo de mordeduras por perros rabiosos, sus dueños tendrán que observar lo dispuesto en programas de vacunación antirrábica. Eso ha sucedido en la República Dominicana, donde se movilizaron 5000 voluntarios para ayudar al sector salud a realizar la campaña de vacunación antirrábica.

La consolidación del servicio de salud animal y de los laboratorios de las universidades con los de los ministerios de salud, otra estrategia eficaz de la campaña, ha ampliado mucho la vigilancia y la cobertura de diagnóstico. Por ejemplo, en Colombia, el Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano Agropecuario coordinaron sus servicios de laboratorio para ampliar su cobertura de diagnóstico a todo el país.

Uno de los problemas encontrados para la eliminación total de la rabia urbana es el suministro de productos biológicos, lo que se complica por el hecho de que las Américas están divididas en zonas exentas de fiebre aftosa y en zonas afectadas por esa enfermedad. Las leyes de los países que han eliminado la fiebre aftosa prohíben la importación de vacuna antirrábica de los países productores que todavía no lo hayan hecho. Eso ha llevado a menudo a importar, a un costo mucho mayor, vacunas preparadas por fabricantes europeos en lugar de vecinos de las Américas.

La OPS/OMS ofreció orientación y sirvió de intermediario para obtener apoyo financiero para los programas nacionales de control de la rabia. Se obtuvieron fondos de fuentes como el AGFUND, la Soberana Orden de Malta, la Comunidad Económica Europea y la Fundación Mérieux. En los Estados Unidos de América, la Fundación Rockefeller, la Universidad de Wisconsin, los Centros para el Control de Enfermedades y la Agencia para el Desarrollo Internacional han prestado apoyo financiero a los programas de eliminación de la rabia en América Latina.

El Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS/OMS orientó su cooperación técnica hacia campos en los que los países no eran autosuficientes, como servicios de laboratorio. Asignó a especialistas de laboratorio a varios países desde donde pudieran

atender simultáneamente las necesidades subregionales y amplió su cooperación en campos como vigilancia epidemiológica, planificación y administración de programas.

Durante el cuatrienio 1982-1985, el promedio anual de casos de rabia humana fue de 250, y durante 1986-1989 se logró una reducción del 20%, con un promedio de 200 casos de rabia humana notificados anualmente. Entre tanto, la rabia canina aumentó de un promedio de 13 530 casos anuales durante el primer cuatrienio a uno de 15 651 casos anuales durante el cuatrienio siguiente. Este aumento aparentemente contradictorio de 15% se debe en gran parte a una mayor vigilancia y notificación en las zonas rurales y urbanas marginales.

Para alcanzar la meta de eliminación de la rabia en grandes zonas urbanas de América Latina en 1992, la OPS/OMS tiene tres estrategias principales que consisten en ampliar el alcance de las campañas de vacunación canina, fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante el uso de un sistema de notificación semanal de casos de rabia humana y canina, y aumentar el número de servicios médicos para las personas expuestas al riesgo de contraer la rabia. Las zonas periféricas y rurales serán entonces el objetivo de los futuros programas de eliminación de la rabia.



que siguió siendo una enfermedad ocupacional de importancia entre los que trabajan con el ganado. En los países del Cono Sur la prevalencia en el ganado osciló entre 0,5 y 10%; en la Subregión Andina, entre 2 y 4%; en América Central, entre 0,1 y 9%; y en Cuba, Haití, México y la República Dominicana, entre 0,3 y 4,7%. La prevalencia en los Estados Unidos de América fue de 0,25%. La mayor parte de los países del Caribe están exentos de la enfermedad y en los afectados la prevalencia es de 0,1% o menos. El Canadá ha estado exento de la enfermedad desde 1985.

También se registra tuberculosis bovina en la mayoría de los países de la Región, aunque su prevalencia ha disminuido a una cifra que se sitúa entre 0,01 y 12%. Las bajas tasas de prevalencia inferiores a 2% en Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, los Estados Unidos, Honduras, Jamaica, Panamá, Perú, la República Dominicana, Uruguay y Venezuela merecen decisiones políticas para erradicar la enfermedad. El CEPANZO prestó cooperación técnica para mejorar la producción de sustancias biológicas de diagnóstico de la tuberculosis bovina y garantizar el control de la calidad. También sirve de centro internacional de referencia para la vacuna BCG.

La leptospirosis es cada vez más común en las zonas suburbanas, especialmente después de lluvias copiosas y frecuentes. El programa cooperó con el Brasil en el control de brotes ocurridos durante la estación lluviosa en 1986 y 1988 (cuando la tasa de letalidad fue de 9,4 y 6,7%, respectivamente) y con Costa Rica cuando hubo 264 casos humanos después del huracán Joan en 1989.

En el programa se hizo particular hincapié en la hidatidosis y la teniasis/cisticercosis, zoonosis parasitarias que afectan a la población de muchos Países Miembros. Los programas de control de la hidatidosis en la Argentina y Chile lograron reducir la prevalencia de esa enfermedad en el hombre así como su frecuencia en la población canina. Se dio prioridad al establecimiento de cooperación técnica de la OPS/OMS para

combatir la teniasis/cisticercosis en 1988, año en que se introdujeron los métodos de inmunodiagnóstico necesarios para su vigilancia y control. En 1989 se formó el grupo interprogramático de la OPS/OMS para redactar pautas para la realización de programas de control y vigilancia de la teniasis/cisticercosis. Varios países habían adoptado las pautas al final del año.

Fueron fructíferos los esfuerzos del programa por erradicar la fiebre aftosa, realizados mayormente por PANAFTOSA. Las zonas ya exentas de la enfermedad se mantuvieron así, con excepción de Chile donde en 1987 ocurrió un brote que fue controlado por los servicios veterinarios de ese país y PANAFTOSA. Colombia amplió su zona exenta de fiebre aftosa para incluir parte de la región del noroeste en 1987. Entre tanto, PANAFTOSA preparó una vacuna con coadyuvante oleoso y transfirió esa nueva tecnología a los países participantes.

Representados por la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), los países de la zona endémica adoptaron políticas y estrategias comunes para sus programas nacionales. Se logró reducir mucho la morbilidad en los rebaños afectados (en 1989 la tasa fue de 5 por 10 000, en comparación con 280 por 10 000 en los años 70) y la cobertura vacunal se extendió a 81% de la población bovina.

En julio de 1988 se formó el Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), cuya primera reunión se celebró en abril de 1989. Este comité, compuesto por representantes de gobiernos y la industria ganadera, ha fortalecido el programa de control de enfermedades uniéndose a los esfuerzos de los sectores público y privado. El Comité preparó y aprobó un plan de acción por medio del cual se establecieron estrategias para cada país, según los ecosistemas en los que ocurre la fiebre aftosa. Se identificaron tres subregiones: la cuenca del Río de la Plata/Cono Sur, la Subregión Andina y la Amazonia. Sin embargo, la situación económica de los países participantes obstaculizó la ejecución del plan. Por

tanto, el programa se concentró en ayudar a los gobiernos a obtener apoyo financiero de fuentes como la CEE y el BID.

CEPANZO y PANAFTOSA adiestraron a 1425 profesionales en sus propias instalaciones y en otras instituciones para que adquirieran conocimientos prácticos sobre producción y control de la calidad de las vacunas, diagnóstico, epidemiología, administración de programas de control, y planificación y evaluación. El servicio de adiestramiento es apreciado por los países, ya que da continuidad a las actividades de control de enfermedades y permite compartir tecnologías y metodologías empleadas en programas de erradicación.

Cría de animales de laboratorio

Se emplean primates no humanos para preparar y ensayar vacunas contra enfermedades humanas y mejorar los conocimientos sobre la patogénesis de las mismas. En los últimos años, la población natural de primates no humanos se ha reducido drásticamente, debido sobre todo a la destrucción de su hábitat natural al ampliarse las actividades de explotación agrícola y pecuaria.

El programa colaboró con los Gobiernos Miembros de los países que tienen poblaciones naturales de monos para lograr su conservación y uso racional. Las formas de incrementar su reproducción en cautiverio y en su hábitat natural y de conservar los hábitats vírgenes fueron objeto de estudio del programa. Los Gobiernos de Bolivia, Brasil, Colombia y Perú establecieron o reforzaron

las unidades de conservación y manejo de primates no humanos y los centros de cría en cautiverio.

En 1986 se suscribió un nuevo acuerdo con los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América para apoyar el Proyecto Peruano de Primatología y extender su estudio de población y cría de *Aotus* sp. Se ampliaron los términos de la carta de acuerdo entre el Gobierno del Perú y la OPS/OMS para realizar este proyecto. En 1988 se aprobó un acuerdo entre la OPS/OMS y Merck, Sharp & Dohme Research Laboratories para rescatar y conservar poblaciones de *Saguinus labiatus* en el Perú. En 1989, la AID (EUA) firmó un acuerdo para financiar un proyecto regional para conservar y criar *Aotus* y otras especies de primates importantes para las investigaciones conducentes a la preparación de una vacuna contra la malaria humana.

En 1986 se realizó una reunión de directores de centros de primates de los Estados Unidos en el Centro de Primates del Perú. Después de esa reunión, varios primatólogos y especialistas en conservación asistieron a un taller y aprobaron la "Declaración de cooperación técnica entre los países de las Américas para la conservación y el uso de primates no humanos".

Además de sus investigaciones con primates no humanos, el trabajo del Proyecto Peruano de Primatología incluyó participación en el Programa Ampliado de Inmunización, adiestramiento de promotores de salud, construcción de escuelas primarias y movilización de maestros en relación con la educación para la salud.

CAPITULO V

ADMINISTRACION

La Oficina de Administración se ha esforzado en mejorar el apoyo administrativo a la Sede y las oficinas locales, haciendo hincapié en una mayor flexibilidad administrativa y en la reducción de los gastos de funcionamiento. Como resultado de este esfuerzo, los procedimientos administrativos se descentralizaron, se delegó más autoridad en las Representaciones de la OPS/OMS en los Países y se instaló un nuevo sistema de gestión financiera en 10 oficinas locales que proporciona información más exacta y actualizada y un mejor control financiero y programático de los fondos. Además, la utilización de traducciones mecánicas, mejores servicios de comunicación y más equipos procesadores de textos contribuyó a reducir los gastos en la Sede.

PRESUPUESTO Y FINANZAS

Durante el cuatrienio 1986-1989, el presupuesto ordinario de la Organización ascendió a un total de \$US233 656 000, que al compararse con el de \$US194 279 000 en el período 1982-1985 representa un aumento de 20,3% en disponibilidad de fondos presupuestarios. Las asignaciones del presupuesto ordinario de la OMS para las Américas fueron de \$US112 146 837, en comparación con \$US96 057 177 en el cuatrienio precedente, es decir, un incremento de 16,7%.

El ingreso total disponible para todos los programas de la OPS/OMS, excluidas las transferencias al Fondo de Igualación de Impuestos, fue de \$US612 949 365, que en comparación con \$US449 963 260 disponibles durante 1982-1985 representa un aumento de \$US162 986 105. La recauda-

ción de las cuotas de los Gobiernos Miembros destinadas al presupuesto ordinario de la OPS ascendió a \$US211 312 430 durante 1986-1989, de los cuales se trasladaron \$US7 882 041 al Fondo de Igualación de Impuestos, lo que dejó \$US203 430 389 para la ejecución de programas. En el cuatrienio se recaudaron cuotas por un total de \$US232 799 000.

Los ingresos varios provenientes de las inversiones y de otras fuentes de ingreso aumentaron de \$US10 945 775 en 1982-1985 a \$US14 852 823 en 1986-1989. Este aumento puede atribuirse a que se siguieron aplicando prácticas acertadas de manejo de fondos en efectivo, a un mejor control y a inversiones a corto plazo de fondos recibidos en monedas no convertibles.

Los gastos de los fondos fiduciarios ascendieron a \$US91 592 716 en 1986-1989, en comparación con \$US45 969 360 en el cuatrienio precedente. A fines de 1989, la Organización se encontraba ejecutando más de 400 proyectos con fondos extrapresupuestarios.

El Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha ayudado a financiar las compras de vacunas para los Gobiernos Miembros desde 1977. Durante el cuatrienio, los gastos de ese fondo especial ascendieron a \$US26 442 436, lo que refleja el continuo aumento de las actividades relacionadas con la compra de vacunas. Asimismo, la Organización siguió ayudando a los Gobiernos Miembros a comprar suministros y equipo para actividades relacionadas con la salud y las compras efectuadas por medio de ese programa especial ascendieron a más de \$US19 000 000.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), que es financiado conjuntamente

por la OPS/OMS y los países participantes de la subregión del Caribe, efectuó gastos en programas en 1986-1989 por valor de \$US7 686 000 y su situación financiera al final del cuatrienio era muy estable. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), que también es financiado conjuntamente por la OPS/OMS y los países participantes de la subregión, en el cuatrienio tuvo un importe total de gastos de \$US4 822 000 y su situación financiera fue satisfactoria. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) tuvo un gasto total en programas de \$US21 342 000 en 1986-1989 y los gastos de las actividades relacionadas con los fondos fiduciarios ascendieron a \$US14 774 000.

SERVICIOS GENERALES Y GASTOS DE OPERACION DE LA SEDE

El Departamento de Conferencias y Servicios Generales presta servicios de conferencias, traducción, interpretación y mantenimiento de edificios en la Sede. Asimismo, se ocupa de la coordinación del funcionamiento general de la Sede, del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y de otros proyectos especiales.

Durante el cuatrienio, la OPS/OMS prestó servicios o cooperó en la organización de 1445 reuniones celebradas en la Sede y a través de la Región contratando a editores, traductores y redactores de actas por un total de 971 días-hombre. Se dedicaron esfuerzos especiales a la organización y preparación de la documentación necesaria para las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo, del Comité Ejecutivo, del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo y del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. También se prestaron servicios de organización, personal y documentación a las dos Reuniones Interamericanas de Salud Animal a nivel Ministerial.

A fin de atender las necesidades de las

reuniones técnicas y administrativas celebradas durante el cuatrienio en la Sede y fuera de ella, se brindaron servicios de interpretación simultánea en los cuatro idiomas oficiales por un total de 1419 días-intérprete. Entre esos días se cuentan los correspondientes a la interpretación simultánea en inglés, francés, portugués y español de la transmisión en vivo de las dos Teleconferencias Panamericanas sobre el SIDA.

El Departamento hizo hincapié en la plena aplicación del proyecto de traducción mecánica, que utiliza los sistemas de la Organización para traducir del español al inglés y del inglés al español. Un estudio de 11 meses de duración realizado en 1988 puso de manifiesto que la máquina se caracteriza por su alto grado de productividad y por su gran rapidez. Los resultados del estudio indujeron a adoptar una nueva política a partir de febrero de 1989 y desde entonces la traducción mecánica se ha convertido en la forma principal de traducción de la OPS/OMS.

En el curso de 1989 correspondió a la traducción mecánica la mayor parte del trabajo en las traducciones del español al inglés y del inglés al español. Todavía no se han incorporado al sistema de la máquina las traducciones al francés y portugués. En 1989, 54,5% de la totalidad de las traducciones efectuadas se realizó al inglés, 40,1% al español, 2,9% al francés y 2,5% al portugués.

La OPS/OMS se ha convertido en líder mundial en el campo de la traducción mecánica. Fue la primera organización pública internacional que la utilizó y sigue siendo el único organismo del sistema de las Naciones Unidas que recurre a la traducción mecánica en su actividad cotidiana.

En el cuatrienio se desplegaron importantes esfuerzos por mejorar los servicios de comunicación, incluidos el télex, el facsímil, el teléfono y el correo entre la Sede y las oficinas locales. La tecnología del facsímil, introducida en 1986, se emplea cada vez más. La correspondiente disminución del uso del télex redujo los costos de transmisión en 23,5%, aunque los mensajes se duplicaron. A

pesar de que desde 1986 las llamadas telefónicas de larga distancia aumentaron en 142%, la introducción de un programa de computación de todas las llamadas realizadas y de una nueva política de contabilidad cuando se utiliza el servicio, permitió gastar menos en 1989 que en 1988 en concepto de llamadas de larga distancia. Estas medidas también permiten que el personal autorizado pueda hacer ese tipo de llamadas sin tener que recurrir al operador.

La OPS/OMS ha aprovechado los servicios de correo licitados, incluidos los ofrecidos por el Servicio Postal de los Estados Unidos de América, utilizando el despacho por bulto de la correspondencia ordinaria (con un costo hasta 44% inferior) y concentrando sus envíos en una empresa postal seleccionada por concurso.

La capitalización del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles permitió planificar a largo plazo el mantenimiento y la reparación de los inmuebles propiedad de la Organización. En 1988 se encomendó la realización de un estudio del edificio de la Sede, que sirvió para evaluar el estado actual de sus equipos mecánicos y la esperanza de vida útil que les resta, y recomendó la adopción de una estrategia global de reparación y reposición de equipos.

PERSONAL

A fines de 1989, el personal de la OPS/OMS se componía de 1055 funcionarios de plantilla (y 71 empleados temporales), lo que representa una reducción de 7% desde fines de 1985, cuando esas cifras eran 1134 y 34, respectivamente. De ese total, más de la mitad estaban asignados a puestos locales.

Durante el cuatrienio, uno de los logros más significativos del programa de administración de personal fue la aplicación de la Resolución XIX, sobre movilización de recursos nacionales, que aprobó la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana. Por consiguiente, la Oficina de Personal diversificó sus funciones e hizo hincapié en el diseño de nuevos métodos de clasificación de

puestos, administración de salarios, contratación de personal y control y evaluación de su rendimiento.

El esfuerzo por elaborar un sistema de profesionales nacionales entrañó un cambio significativo en la orientación y órdenes de prioridad de la administración de recursos humanos de la Organización. Se emprendió este esfuerzo con miras a satisfacer la necesidad, en algunos lugares de destino, de contar con profesionales nacionales con preparación especializada y un acabado conocimiento de las condiciones locales, incluida la situación social y económica, capaces de complementar la experiencia internacional de los profesionales extranjeros. A fines de 1989, 140 profesionales nacionales prestaban servicio en cuatro Centros y 16 oficinas locales.

En 1989, como en años anteriores, los consultores a corto plazo y los asesores temporeros formaron parte del núcleo de la fuerza laboral de la Organización. Un análisis indicó que los 2056 consultores y asesores contratados temporalmente en 1989 produjeron un equivalente de 60 874 días de trabajo y desempeñaron sus tareas principalmente en la planificación de proyectos y programas y, en mucho menor grado, en el procesamiento de datos, sistemas de información gerencial y administración general. Esta modalidad se mantuvo por lo general en el período examinado.

A fin de dar cumplimiento a las directrices de los Cuerpos Directivos respecto a la mujer, la salud y el desarrollo, la Organización siguió desplegando esfuerzos por aumentar la proporción de mujeres y fomentar oportunidades para estas en la Organización, particularmente en cargos de nivel decisorio. Como parte de su función de control, el Departamento colaboró con el Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo para determinar los éxitos y fracasos encontrados en alcanzar las metas establecidas por los Cuerpos Directivos y, donde proceda, desarrollar medidas específicas con miras a introducir mejoras. Además, el Departamento cooperó con la Oficina de Coordinación de Información para recolec-

tar todos los datos estadísticos posibles a fin de examinar la situación de la mujer en la Secretaría. El personal femenino ocupaba 26% de los puestos profesionales en diciembre de 1989, comparado con 23% en 1985. Del total de mujeres contratadas, el número de las asignadas a la categoría P.4 y grados superiores aumentó de 38 a 45% en los cuatro últimos años.

Al igual que en cuatrienios anteriores, se dio prioridad a la formación y perfeccionamiento del personal. Se reforzó el Sistema de Recursos Humanos de la OPS en colaboración con la Oficina de Coordinación de Información. A fines del cuatrienio, el sistema, que se vincula con el de administración financiera, se había ampliado hasta comprender datos sobre consultores a corto plazo, asesores temporeros, profesionales nacionales y personal contratado bajo condiciones locales de empleo. El sistema se seguirá desarrollando y perfeccionando en 1990.

COMPRAS

La Oficina de Compras se encarga de efectuar adquisiciones que resulten eficaces en función del costo y de la entrega oportuna de bienes y servicios en unidades de la Sede, de las oficinas locales y de los proyectos de la OPS/OMS, así como de los Gobiernos Miembros, con arreglo al Programa de Compras Reembolsables, al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y al Fondo Rotatorio de Medicamentos Esenciales (FORMED) para Centroamérica. El costo de las compras durante el cuatrienio ascendió a \$US121 451 938. Las adquisiciones para los Gobiernos Miembros incluyeron \$US27 886 663 para el PAI y \$US19 204 278 para otras operaciones reembolsables. Las compras de bienes y servicios para proyectos financiados por la OPS/OMS y para apoyo administrativo y logístico sumaron \$US74 360 997.

EL DERECHO A LA SALUD EN LAS AMÉRICAS. ESTUDIO CONSTITUCIONAL COMPARADO

La Organización Panamericana de la Salud realizó un estudio pionero que culminó con la publicación titulada *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado* (Publicación Científica No. 509, 1989), en español e inglés.

Convencida de la necesidad de efectuar un riguroso estudio de la relación existente entre la salud y el derecho, la OPS/OMS pidió a destacados especialistas en asuntos constitucionales de 29 de sus Países Miembros que redactaran ensayos en los que se analizara la manera en que sus sistemas políticos y legales abordan el concepto de la salud, e hizo lo necesario para dar especial atención a las declaraciones internacionales sobre el tema. El resultado es una colección de artículos eruditos en los que se examina la forma en que cada nación percibe la salud, como derecho humano y como responsabilidad individual y colectiva, y hasta qué punto se ha incorporado el derecho a la salud en la constitución y la legislación de cada país.

Dos ensayos incluidos al comienzo del libro proporcionan un marco teórico adecuado para las contribuciones nacionales. En el titulado "El derecho internacional y las instituciones internacionales para la protección de los derechos humanos" se revisan las actividades internacionales contemporáneas para fomentar el derecho a la salud y en "El derecho a la atención de la salud" se esboza la evolución histórica de la atención de salud como derecho jurídico.

El libro contiene una extensa explicación del papel y la evolución de la Constitución en cada país, junto con una descripción detallada de la legislación nacional relacionada con la salud, y formula interesantes preguntas sobre el derecho teórico frente al derecho práctico a la salud. ¿Qué significa realmente el derecho a la salud o a la protección de la salud en una sociedad determinada? ¿Se confiere a todos o solo a ciertos grupos? ¿Es solo un principio abstracto o existen leyes que lo sustenten? Y de ser así, ¿hay medios apropiados para hacerlas cumplir?

Dadas las múltiples diferencias políticas, económicas, sociales y culturales de los países de las Américas, no es sorprendente que estos asuntos se traten de muchas formas. La manera en que las instituciones jurídicas de cada nación abordan esas preguntas y las medidas que se pueden tomar para conferir el derecho a la salud constituyen un fascinante campo de estudio para todos los interesados en mejorar la atención de salud en las Américas.

CAPITULO VI

COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS A NIVEL SUBREGIONAL Y DE PAIS

INTRODUCCION

Los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS a nivel de país constituyen el núcleo central del programa y presupuesto de la Organización. La orientación fundamental de todas las demás acciones de cooperación técnica de la OPS/OMS están dirigidas a apoyar los programas a nivel de país mediante recursos de los programas regionales, de las iniciativas subregionales y otros recursos que faciliten el logro de los objetivos previstos.

La programación de cada país se basa en la identificación de las prioridades nacionales de cooperación técnica establecidas mediante un diálogo continuo entre la Organización y las autoridades nacionales. Las prioridades para el cuatrienio que abarca el presente informe se establecieron dentro del marco de la "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990", mandato colectivo aprobado por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1986.

Los programas de país se han formulado de acuerdo con el examen efectuado por las

autoridades nacionales sobre las consecuencias que pueda tener para el sector salud el compromiso colectivo de transformación de los sistemas de salud mediante el desarrollo de su infraestructura; la atención a las necesidades prioritarias de salud de los grupos más vulnerables de población, y el proceso de administración del conocimiento necesario para avanzar en estos dos grandes ámbitos, en concordancia con la "Estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo a los Países Miembros".

Las iniciativas subregionales son, por su parte, una estrategia importante de cooperación entre grupos de países para la atención de las necesidades prioritarias de salud identificadas en forma conjunta en cada subregión.

Este capítulo proporciona una síntesis panorámica de las principales actividades de cooperación técnica desarrolladas en el sector salud de cada país, así como de aquellas emprendidas dentro del marco de las iniciativas subregionales entre 1986 y 1989.

AREA DEL CARIBE

COOPERACION PARA LA SALUD EN EL CARIBE

En 1986, la Décima Conferencia de Ministros Encargados de la Salud en el Caribe lanzó la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, un enfoque subregional para conducir en forma conjunta proyectos de salud; ese mismo año, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una resolución en la que hacía suya la iniciativa. Esta se funda en la premisa de que los servicios de salud pueden funcionar mejor y con más eficiencia cuando las intervenciones nacionales y subregionales se proyectan hacia áreas prioritarias.

Inicialmente, los gobiernos seleccionaron seis temas prioritarios: la protección ambiental, incluido el control de vectores; el desarrollo de los recursos humanos; el control de las enfermedades crónicas y la prevención de accidentes; el fortalecimiento de los sistemas de salud; la alimentación y la nutrición, y la salud maternoinfantil. Posteriormente se añadió el séptimo: la prevención y el control del SIDA.

La OPS/OMS y la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) funcionaron como secretaría conjunta de la iniciativa, colaborando con los gobiernos en las estrategias conexas de promoción y preparación de proyectos. Países como el Canadá, Francia, Italia y la República Federal de Alemania; organismos, incluidos los que integran el sistema de las Naciones Unidas, e instituciones gubernamentales de asistencia bilateral han brindado su respaldo a la Cooperación para la Salud en el Caribe. Se han preparado proyectos en tres niveles: la subregión del Caribe, los países del Caribe Oriental y los distintos gobiernos nacionales.

En un principio, la atención y la financiación se centraron en torno a proyectos subregionales, en parte porque los organismos consideraban que el enfoque subregional entrañaba un criterio útil para asistir

a los países, y en parte porque los propios Ministros de Salud del Caribe deseaban promover la iniciativa como medio de fomentar la colaboración intracaribeña. Hacia fines del cuatrienio se diseñaron más proyectos nacionales. El Gobierno de Trinidad y Tabago, por ejemplo, preparó una cartera de proyectos nacionales relacionados con las áreas prioritarias determinadas por la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y adoptó providencias para que se celebrase una conferencia de donantes, en noviembre de 1989, en la que se obtuvo respaldo sustancial.

En apoyo de la iniciativa, la OPS/OMS y CARICOM han elaborado una serie de documentos y presentaciones: con fines de promoción se ha preparado y repartido material impreso y audiovisual y se ha distribuido un boletín que informa regularmente sobre la marcha de la iniciativa. En 1988 se llevó a cabo una evaluación de la Cooperación para la Salud en el Caribe, que se presentó ese mismo año a los Ministros de Salud. En ella se puso de manifiesto que se habían logrado avances satisfactorios hacia el cumplimiento de los objetivos generales y se indicó el grado de financiamiento obtenido en varias áreas.

De conformidad con lo reiteradamente expresado por los Ministros de Salud de CARICOM, la obtención de financiamiento exterior es tan solo una medida del éxito de la iniciativa, pues varios de los proyectos desarrollados originariamente en los países fueron atendidos por entero con recursos nacionales. Sin embargo, la asistencia externa a la iniciativa ha sido gratificante. Tres años después de haberse puesto en marcha, se habían conseguido consignaciones por \$US32 millones aproximadamente y se estaban llevando a cabo varios de los proyectos. El grueso de los fondos se destinó al control del SIDA, la protección del

medio ambiente y la salud maternoinfantil. Solo la alimentación y nutrición y las enfermedades crónicas recibieron un apoyo menor.

No todos los recursos que se movilizaron fueron financieros. Los trabajadores de salud pública, por ejemplo, formaron la Asociación de Salud Pública del Caribe y hubo además un mayor intercambio de información y personal entre las naciones caribeñas de habla francesa e inglesa. Este intercambio mereció del Gobierno de Francia considerable asistencia técnica, prestada predominantemente a los países del Caribe Oriental. También se estableció una asociación del Canadá con el Caribe, que entrañó la colaboración entre las Universidades de Toronto y de las Indias Occidentales y entre asociaciones de salud pública del Caribe y Canadá. La OPS/OMS suscribió oficialmente acuerdos de cooperación con el Banco de Desarrollo del Caribe y la Universidad de las Indias Occidentales. La OPS/OMS y CARICOM colaboraron con el Banco de Desarrollo del Caribe con el doble propósito de ayudar a los países a que aumentaran su capacidad de desarrollar y administrar proyectos, y de movilizar organizaciones no gubernamentales del sector salud del Caribe, especialmente si tenían interés en las siete áreas prioritarias ya men-

cionadas. Estos acuerdos están encaminados a movilizar el apoyo interno nacional y promover el desarrollo de lazos con organizaciones no gubernamentales de otras partes del mundo a fin de encauzar recursos adicionales hacia el sector salud del Caribe.

La OPS/OMS, CARICOM y el sector salud del Caribe consideran que la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe ha logrado éxito porque se ha convertido en el marco rector de la mayor parte de los proyectos de cooperación técnica de la OPS/OMS, y ha proporcionado un mecanismo viable para facilitar la colaboración en salud entre organismos y entre gobiernos. Estas ventajas demuestran que las estrategias adoptadas para impulsar la iniciativa pueden ser un buen vehículo para atraer apoyo a proyectos de salud nacionales y subregionales.

El mantenimiento de la buena marcha de la iniciativa dependerá de la eficiencia con que los países participantes, asistidos por la OPS/OMS, CARICOM y las instituciones caribeñas, ejecuten los proyectos que se han elaborado y que merecen apoyo. Su éxito futuro se medirá en definitiva por un desarrollo cuantificable de los sistemas de salud del Caribe y por el consiguiente mejoramiento de los indicadores de salud en las áreas prioritarias.

ANTIGUA Y BARBUDA

Durante el cuatrienio 1986-1989, las prioridades nacionales de cooperación técnica en salud fijadas por el gobierno se concentraron en el desarrollo de la infraestructura de salud. Se hizo hincapié en el establecimiento de un sistema nacional de información en salud, la institucionalización de los servicios de atención familiar, la preparación de un plan nacional en salud, la introducción de un sistema de suministro de medicamentos y la identificación de posibilidades de financiamiento de la atención de salud. En las actividades de cooperación téc-

nica de la OPS/OMS se incorporaron esas prioridades nacionales. Ese trabajo se concentró en el establecimiento de la base de información necesaria para realizar una labor eficaz de planificación, vigilancia y evaluación y en la introducción de un sistema intersectorial de prestación de servicios de salud.

En 1986 se celebró un extenso taller intersectorial sobre el enfoque de la atención primaria de salud y Antigua y Barbuda participaron en talleres afines en otros países de la subregión del Caribe. El Ministerio de Salud

hizo hincapié en el fortalecimiento del sistema comunitario de información en salud para mejorar el enfoque de la atención primaria. Se empleó una subvención del Programa de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud para mejorar los sistemas de suministro pertinentes y establecer la base para la futura participación del país en la red del Caribe Oriental.

En materia de salud ambiental, el Ministerio preparó proyectos de financiamiento con arreglo a la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe y la Compañía de Gestión de Desechos Sólidos de Trinidad y Tabago prestó asistencia al Gobierno de Antigua y Barbuda para mejorar la recolección y eliminación de esos desechos. Con la colaboración de la OPS/OMS y del UNICEF mejoró el saneamiento básico en Barbuda.

El gobierno continuó su campaña destinada a reducir la tasa de mortalidad y morbilidad infantil y se concentró en la vacunación y el control de las enfermedades diarreicas. Se obtuvo un éxito considerable, particularmente por medio del Programa Ampliado de Inmunización, cuya cobertura pasó de 90% al final del período.

Dado el cambio en la composición por edad de la población nacional, el gobierno formuló programas de control de las enfermedades crónicas, en particular la dia-

betes y la hipertensión. También revisó sus leyes de salud mental con ayuda de la OPS/OMS y preparó un plan de control del SIDA a mediano plazo con apoyo del CAREC. En las reuniones de donantes organizadas por la OPS/OMS y el Programa Mundial sobre el SIDA se asignaron fondos propios al plan.

El Proyecto Pan Caribe de Preparativos y Prevención para Situaciones de Desastre, con sede en Antigua, sirvió de punto focal primario para la coordinación de las actividades de socorro después del huracán Hugo, que afectó mucho a las islas septentrionales de Sotavento en 1989.

Antigua y Barbuda participaron plenamente en la formulación y promoción de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. El Ministro de Salud formó parte del grupo de la OPS/CARICOM que fomentó la iniciativa en Europa. Aunque no muchos de los proyectos financiados se destinan particularmente a Antigua y Barbuda, el país se beneficiará de los de alcance subregional que se inician en la actualidad en campos como salud maternoinfantil y salud ambiental.

En 1989, el gobierno y la OPS/OMS realizaron con gran éxito una evaluación conjunta de las actividades de cooperación técnica de la Organización, en la que no solo se analizó el trabajo previo sino que se formularon lineamientos para futura cooperación.

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS

A mediados del cuatrienio, la Oficina de Coordinación del Programa en el Caribe, con sede en Barbados, se encargó de reordenar las actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS con los territorios franceses del Caribe. La Representación de la OPS/OMS en Suriname se había ocupado, de manera encomiable, de esta tarea en años anteriores.

El sistema de atención de salud de los Departamentos Franceses en las Américas es

similar al de Francia. Por lo tanto, los hospitales y servicios de atención terciaria, al igual que las normas de tecnología e investigación sobre salud, son comparables con los existentes en las zonas metropolitanas de Francia. No resulta entonces claro si corresponde a esos Departamentos el carácter de "donantes" o de "beneficiarios" de asistencia en el Caribe. Sin embargo, un examen más a fondo de la situación y el intercambio de visitas con otros territorios caribeños

pusieron de relieve que los antedichos Departamentos proporcionan pero a la vez también reciben cooperación técnica en la subregión.

La atención terciaria está sumamente desarrollada y suele resultar muy cara, pues sigue el modelo de atención de una metrópoli. Los sistemas de apoyo, como instalaciones de laboratorio e investigación, son asimismo caros y no guardan relación necesariamente con las necesidades locales. Los servicios de atención secundaria están menos desarrollados, pues la mayor parte de la atención se proporciona a nivel primario, en consultorios de médicos privados o en servicios de promoción de salud pública y medicina preventiva. Si se exceptúa la capacitación de enfermeras, el desarrollo de los recursos humanos y de la tecnología de salud depende mayormente de las instituciones que funcionan en Francia.

La Oficina de la OPS/OMS determinó una serie de oportunidades apropiadas para prestar cooperación técnica. Se promovieron intercambios a fin de permitir que los Departamentos Franceses estudiaran las ventajas económicas de la organización y administración de los servicios de salud en los países de habla inglesa del Caribe; estos, a su vez, examinaron y extrajeron enseñanzas de la medicina con alto contenido de tecnología que se aplica en el Caribe de habla francesa.

La OPS/OMS también definió otras áreas en las que los Departamentos Franceses podían beneficiarse y brindó acceso a becas, intercambio de investigaciones,

seminarios y talleres en el Canadá, América Latina y los Estados Unidos de América a personal de salud de Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa.

Guadalupe colaboró en un proyecto de investigación del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y se establecieron acuerdos para que Martinica y Guadalupe fuesen "los primeros en dar respuesta médica" a casos de desastre producidos en Dominica y Santa Lucía, respectivamente.

Con la puesta en marcha de la iniciativa subregional de Cooperación para la Salud en el Caribe se intensificaron los esfuerzos por relacionar a los países de habla inglesa con los de habla francesa, que culminaron con el Acuerdo de Cooperación que surgió de la reunión celebrada en Santa Lucía en abril de 1989. Este Acuerdo proporciona acceso a los servicios de atención terciaria de las Antillas Francesas a pacientes de países de habla inglesa del Caribe y de otros países vecinos; también dispone que la asistencia técnica se ponga al servicio del desarrollo de la atención secundaria en países vecinos. Por otra parte, estableció la ejecución conjunta de ciertos proyectos, como uno sobre cáncer de cuello uterino, una mayor participación de los Departamentos Franceses en instituciones subregionales y la prestación de ayuda técnica por parte de los países caribeños de habla inglesa, compartiendo su experiencia en el desarrollo de atención primaria y sistemas locales de salud con los países de habla francesa del Caribe.

ANTILLAS NEERLANDESAS Y ARUBA

Las Antillas Neerlandesas y Aruba son dependencias del Reino de los Países Bajos. En 1986, Aruba logró que se le concediera "estado de autonomía" dentro de las Antillas Neerlandesas y nombró su propio Ministro de Salud Pública. A partir de 1987, la economía del Reino de los Países Bajos sufrió una contracción cuyas consecuencias se sin-

tieron en la política adoptada por las islas para contener los costos en el sector salud durante el cuatrienio 1986-1989. No obstante, la prestación de servicios de salud no se vio adversamente afectada. La OPS/OMS siguió prestando servicios de cooperación técnica a las islas en los campos indicados a continuación.

El sector salud acentuó el desarrollo de servicios de salud preventivos, el establecimiento de programas de salud ambiental, incluso control de vectores, la reglamentación del uso de plaguicidas, el control de la contaminación del aire, la tierra y el agua, y la ampliación de las actividades de sus programas de salud pública veterinaria, especialmente el control de la calidad de los alimentos importados, la protección de la salud animal y el control sanitario de mataderos y expendios de alimentos.

Respecto a la reorganización de los servicios de salud, se hizo hincapié en los servicios psiquiátricos y de prevención del uso indebido de drogas, el establecimiento de legislación sobre salud, la ampliación de los servicios de atención para pacientes ambulatorios e internos y los preparativos para situaciones de desastre, con especial atención a los servicios de ambulancia. Se ampliaron los programas de salud oral, y se realizó una encuesta epidemiológica sobre el estado de la salud oral de los niños de edad escolar de Aruba.

El proyecto de prevención del uso indebido de drogas se orientó hacia el suministro de información a la comunidad y a lograr la

participación de esta. La OPS/OMS colaboró en un estudio epidemiológico del uso de sustancias psicotrópicas en Curazao.

También se movilizó la participación de la comunidad en programas de salud materno-infantil, prevención del SIDA e inmunización. Curazao se convirtió en miembro del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS/OMS. Los laboratorios de las islas recibieron apoyo para mejorar su capacidad de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, incluso el SIDA.

La cooperación técnica de la OPS/OMS incluyó el fomento de la colaboración entre el Ministerio de Salud y el Banco de Seguridad Social y varias entidades privadas. La Organización también logró un acuerdo mediante el cual el Gobierno de Venezuela donó reactivos de laboratorio y vacunas a las Antillas Neerlandesas. Como parte de sus principales funciones en las Antillas Neerlandesas y Aruba, la OPS/OMS facilitó información técnica mediante servicios de asesoramiento, distribución de publicaciones, patrocinio de talleres y seminarios, y adjudicación de becas.

BAHAMAS

La Mancomunidad de las Bahamas es un archipiélago de unas 700 islas que se extienden por unos 259 000 km². Sus 248 000 habitantes residen en 24 de esas islas; alrededor de 75% de la población vive en el sector urbano de dos islas y el resto en comunidades rurales dispersas. Además de apreciables problemas logísticos para la prestación de servicios de atención de salud y provisión de instalaciones físicas, suministros y recursos humanos, esta configuración geográfica también ha dado lugar a un pluralismo económico y social. Por tanto, es preciso interpretar con precaución los datos agregados para poder determinar los indicadores.

En 1986, el Ministerio de Salud examinó su documento de política vigente y preparó una versión revisada en la que se especificaron 16 campos prioritarios para guiar al programa a corto y mediano plazos. En el documento revisado, que recibió la aprobación del Gabinete en 1987, se incorporaron todos los campos cubiertos en la «Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990». En noviembre de 1989, el Primer Ministro comprometió al gobierno a trabajar por el fortalecimiento de la democratización de la administración política del país en los años noventa, por medio del establecimiento de

un gobierno local en las Islas Family. Esa política debe entrañar un gran fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Se hizo un esfuerzo conjunto para fortalecer la organización y los sistemas de la sede del Ministerio, complementar la descentralización de servicios en hospitales y centros de salud y fortalecer los sistemas locales de salud. El BID costó los servicios de consultores externos para ayudar al desarrollo de los sistemas de salud, que constituye una prioridad nacional. Con cuantiosos fondos del Estado se construyeron varios centros de salud en Nueva Providencia y las Islas Family y se inició una modernización radical de otros. En 1987 se mandó a construir una nueva facultad de enfermería.

La Unidad de Servicios de Información de Salud y Coordinación, indispensable para fines de planificación y adopción de decisiones, recibió particular atención respecto a mejora de la recolección y el análisis de datos, automatización del sistema de información de los hospitales y actualización del registro de cáncer. Mejoró la calidad de los datos sobre atención primaria de salud en las Islas Family. La unidad citada también pudo concluir con éxito una encuesta nacional de nutrición, cuyos resultados preliminares son actualmente objeto de análisis para determinar sus repercusiones para la política nacional en materia de alimentación y nutrición.

El gobierno reconoció la necesidad de examinar otros medios de financiar los servicios de salud a causa del alza del costo de la atención de salud, que representa aproximadamente de 13 a 14% del presupuesto ordinario anual del Estado. Un grupo de trabajo nombrado para estudiar este asunto presentó un informe a fines de 1987. Por solicitud del Gabinete, sus principales recomendaciones fueron presentadas luego de forma que permitieran realizar un extenso diálogo público, celebrado en 1989.

En el campo de la salud maternoinfantil, el gobierno siguió realizando su campaña de vacunación de los niños menores de un año y formó comités nacionales de coordinación

del control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, las dos causas principales de mortalidad infantil. La cobertura con las vacunas DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa fue superior a 80% a fines de 1989. La OPS/OMS ha promovido activamente las acciones sobre la mujer, la salud y el desarrollo.

El programa de salud ambiental se convirtió en una alta prioridad nacional. La vigilancia del medio ambiente y la evaluación de riesgos mejoraron por medio del adiestramiento de funcionarios locales y la utilización de cuantiosos fondos proporcionados por el sector privado local. El problema de la eliminación de desechos sólidos siguió siendo inmanejable, aunque se mitigó con la asistencia internacional. El control de vectores, sobre todo de *Aedes aegypti*, se intensificó en 1988 y 1989.

Para hacer frente a la epidemia del uso de cocaína, se inició un gran número de actividades educativas destinadas a los grupos vulnerables y a las organizaciones centinela. Se efectuaron estudios de prevalencia en las escuelas, cárceles e instituciones universitarias para ofrecer información fidedigna para empleo en la formulación de políticas nacionales de prevención, tratamiento y rehabilitación. Hasta 1989, esas actividades habían sido costeadas principalmente por el FNUFUID.

Las Bahamas tienen una de las mayores tasas de incidencia de SIDA en la Región, que es de cerca de 54 por 100 000 habitantes. Para estudiar el problema y coordinar la respuesta del sector salud, el gobierno estableció un Comité Nacional Permanente multidisciplinario. Se creó una Secretaría del SIDA como dependencia operativa. El programa del SIDA se concentró en tres campos principales, a saber, educación pública, vigilancia y apoyo de laboratorio, y realizó un estudio de conocimientos, actitud y prácticas que estaba por terminarse a fines de 1989.

El gobierno amplió sus esfuerzos para adiestrar personal de salud mediante asignación de una gran proporción del presupuesto del Ministerio de Salud a desarrollo de per-

sonal en varias disciplinas. La OPS/OMS prestó asistencia sobre todo mediante adjudicación de becas y financiamiento de la asistencia de funcionarios nacionales a cursos y seminarios.

Durante el cuatrienio, la proporción del presupuesto nacional asignado directamente a la salud se mantuvo constantemente alta en cerca de 13,5%. Además, el gobierno consiguió fondos de fuentes externas, incluso de su propio sector privado. Otras fuentes de fondos incluyeron: organizaciones de servicio, cuyo aporte se destinó a establecimientos de salud mental; el BID, a infraestructura; el FNUFUID, a prevención y control de la farmacodependencia, y la

OPS/OMS, a prevención y control del SIDA, planificación de personal de salud, gestión de desechos sólidos e información sobre salud.

Muchas de las actividades emprendidas se beneficiaron de un método multidisciplinario e intersectorial. El Grupo de Trabajo en Seguro Médico Nacional, el Comité de Investigaciones sobre Traumatismos, el Comité Nacional Permanente del SIDA, el Consejo Nacional de Medicamentos y los comités coordinadores de la Encuesta Nacional de Nutrición y la Encuesta Nacional del Uso de Drogas tuvieron en común una composición intersectorial.

BARBADOS

El nuevo gobierno elegido en mayo de 1986 estableció las prioridades nacionales para el cuatrienio. Se afirmó que la salud es un derecho humano básico, se propuso el establecimiento de un comité de planificación de salud para ocuparse de mejoras en el sistema de prestación de servicios asistenciales y se revisaron todas las políticas y actividades del Ministerio de Salud. El gobierno decidió aplazar el establecimiento de un servicio nacional de salud integral similar al que existe en el Reino Unido y optó, más bien, por ampliar el sistema de policlínicas, lo que incluyó planes para la construcción de otras tres. Se concentró en el establecimiento de programas y servicios en las policlínicas y los hospitales para reducir la tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Para complementar ese esfuerzo, se formuló el programa de investigación de los patrones de conducta de riesgo que influyen en la diabetes y la hipertensión, que se iniciará en los primeros meses de 1990.

Se analizó el sistema de policlínicas y se procedió a su reestructuración. Se asignó a esos establecimientos suficiente personal idóneo que pudiera prestar servicios de atención

preventiva y curativa en las comunidades. De conformidad con el compromiso nacional de acceso universal a la atención de salud, se hizo un estudio del Servicio de Medicamentos de Barbados para asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales de alta calidad, gratuitos o de costo módico. El Servicio, que siguió siendo Centro Colaborador de la OMS, estableció un Centro de Información sobre Medicamentos y automatizó su sistema de información.

Se creó una Unidad de Educación Sanitaria para fomentar un estilo de vida sano. Se prestaron algunos servicios de salud en el hogar, más bien que en instituciones, a los ancianos, indigentes, discapacitados y enfermos mentales.

Una de las prioridades del gobierno fue un proyecto para mejorar la eficiencia del Hospital Queen Elizabeth mediante su integración en el sistema de salud. Se ampliaron los servicios hospitalarios mediante la adquisición del Hospital St. Joseph, que solía ser administrado por la Iglesia Católica. En el proyecto, financiado por el BID y ejecutado por la OPS/OMS, se revisaron todos los aspectos de administración del hospital, se formularon sistemas de introducción de

mejoras y se impartieron conocimientos sobre su utilización.

Para hacer frente a la creciente incidencia del SIDA, el gobierno complementó sus programas prioritarios con una vigorosa campaña de control. Con ese fin, se formularon una estrategia y un plan de acción detallados y se empleó el programa de educación pública como modelo para varios países del Caribe Oriental.

Se pusieron en práctica varias iniciativas de salud ambiental, incluso la realización de estudios de factibilidad de las medidas de protección ambiental. A fines del cuatrienio se estaba considerando la promulgación de nueva legislación integral sobre el medio ambiente. El gobierno evaluó sus servicios de salud ambiental y, con ayuda del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos de América, examinó los posibles peligros que acarrea el uso de asbesto en ciertos edificios públicos. Actualmente se estudian las recomendaciones de la primera revisión. A fines de 1989, el gobierno se encontraba preparando un proyecto para aliviar el problema causado por el asbesto.

El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) ayudó a la Oficina Británica de Estudios Geológicos y al Gobierno de Barbados a establecer un sistema de vigilancia de la calidad del agua subterránea, que es la principal

f fuente de abastecimiento del país. El CEPIS también prestó asistencia técnica en lo relativo a la instalación de emisarios submarinos para que los nuevos sistemas de alcantarillado no contaminen el medio marino del que tanto depende Barbados.

En un estudio de factibilidad de la atención psiquiátrica y geriátrica realizado entre 1986 y 1987 se señaló la necesidad de establecer vínculos más estrechos entre esos servicios y los generales de salud. Se modificaron los servicios del hospital geriátrico de mayor importancia, de acuerdo con eso, y se establecieron servicios comunitarios de salud mental.

En los últimos dos años del cuatrienio, el Ministerio de Salud se concentró cada vez más en el desarrollo de recursos humanos, considerado como un factor de importancia crítica para mejorar la calidad de la atención y permitir una ampliación de los servicios. Se analizaron las necesidades de personal de salud, junto con el proyecto de ampliación del Hospital Queen Elizabeth, y se ofreció adiestramiento en colaboración con el Community College de Barbados.

La OPS/OMS amplió sus servicios de cooperación técnica para facilitar el trabajo pertinente entre Barbados y el resto del Caribe. Barbados se convirtió en el principal centro de referencia en el Caribe Oriental y ha puesto sus conocimientos técnicos a disposición de los otros países del Caribe.

BERMUDA

Durante el período 1986-1989, las prioridades nacionales de salud de Bermuda abarcaron los campos del desarrollo de los recursos humanos, la atención primaria de salud, la vigilancia y evaluación del control de enfermedades, la calidad del medio ambiente, la salud oral y el control de vectores.

Al igual que los otros dos territorios británicos del norte del Caribe —las Islas Turcas y Caicos y las Islas Caimán— Bermuda recibe cooperación técnica de la OPS/OMS

por conducto de la Representación en Jamaica. La OPS/OMS apoyó el desarrollo de planes y la prestación de servicios de salud ofreciendo capacitación en talleres, otorgando becas, proporcionando consultores a corto plazo, auspiciando visitas de su personal y reforzando los sistemas de información en salud. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) prestó asistencia técnica para mejorar la vigilancia y el análisis epidemiológicos.

Aunque el desarrollo de los recursos humanos siguió mereciendo prioridad, se introdujeron cambios en determinadas actividades. Por ejemplo, se otorgó una beca al coordinador de la promoción de salud para que pudiera asistir a un seminario de "Ciudad Salud" en Liverpool, Reino Unido; a su vez, el Asesor de la OPS/OMS en Enfermería participó en una visita a la Escuela de Enfermería del Canadá y brindó consejos sobre los planes de estudio más apropiados para la mejor capacitación de las enfermeras de Bermuda. La limitada disponibilidad de recursos humanos en el territorio restringió

la realización de otras actividades de formación que se habían propuesto.

La OPS/OMS también proporcionó asistencia en la evaluación de un programa de salud oral preventiva.

Los recursos externos se movilizaron por conducto de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe a fin de brindar apoyo al programa de control de vectores y a los servicios de salud materno-infantiles. Como en los otros dos territorios del norte del Caribe, la movilización de recursos internos se vio limitada dado el pequeño número de profesionales idóneos.

CUBA

Cuba continuó mejorando en gran medida el estado de salud de su población. La esperanza de vida llegó a 74,2 años en 1988 y la mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos se redujo de 16,5 en 1985 a 11,5 en 1988 y 11,1 en 1989. Simultáneamente, la tasa de nacimientos siguió declinando, como consecuencia de los efectos combinados del mejor nivel económico y educativo, el fácil acceso a anticonceptivos y el asesoramiento brindado a las parejas.

Se siguió observando la tendencia a reducir significativamente la morbilidad y mortalidad provocadas por enfermedades infecciosas, que eran causa de 13% de las defunciones en 1962 y de solo 1,5% en 1988 y 1,3% en 1989. Se han erradicado la poliomielitis, la malaria autóctona, la difteria y el tétanos neonatal. Otras enfermedades transmisibles se hallan ahora bajo control.

Aunque Cuba logró progresos importantes en estas áreas tradicionales, también vio aumentar el número de enfermedades no infecciosas. A medida que se prolonga la vida de la población, cambian los perfiles de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, el gobierno desplegó cada vez más esfuerzos para desarrollar servicios y adiestrar recursos humanos con el propósito de brindar atención a las enfermedades crónicas y promover

su tratamiento preventivo, así como para instituir programas de rehabilitación que faciliten la plena integración de los pacientes de edad avanzada en la comunidad.

Los equipos formados por un médico y una enfermera de familia han sido los principales prestadores de atención médica en Cuba. Esta afirmación es particularmente válida en las zonas rurales, donde la mayor parte de los programas de salud pública giran en torno a la interacción entre dichos equipos y la comunidad. Durante el cuatrienio, Cuba empezó a incorporar brigadistas sanitarios en estos equipos, para que en 10 años todo el país pueda contar con un equipo compuesto por médico, enfermera de familia y brigadista sanitaria por cada 600 habitantes.

En el cuatrienio, una de las máximas prioridades nacionales en materia de salud ha sido el mejoramiento de la atención médica, impulsado mediante diversas actividades, como la evaluación y adquisición de nueva tecnología, la capacitación de recursos humanos y la construcción o restauración de instalaciones. Durante el decenio de 1980, en la ciudad de La Habana las camas de hospital aumentaron de 17 605 a 23 730, de las cuales 3990 correspondieron al cuatrienio 1986-1989. También se ampliaron y

modernizaron las instalaciones hospitalarias de pediatría en todo el país, construyendo e inaugurando 31 salas de cuidado intensivo, mejorando los pabellones y policlínicos existentes y modernizando los equipos disponibles.

Se instalaron equipos de ultrasonido en toda la red de hospitales del país, y los servicios especializados recibieron equipos de resonancia magnética nuclear y cámaras de oxígeno hiperbáricas. Cuba también invirtió en equipos de tomografía axial computarizada y de litotricia extracorpórea como parte del programa nacional de modernización de las técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Mientras tanto, el Ministerio de Salud Pública prosiguió ejecutando programas preventivos encaminados a intervenir ante factores de riesgo determinados por estudios epidemiológicos. Para llevar a cabo su plan quinquenal, el Ministerio de Salud trabajó de cerca con el Consejo de Estado, el Consejo de Estado de Cooperación Exterior, la Academia de Ciencias y los Ministerios de Planeamiento, Agricultura, Industria, Trabajo y Educación. La Federación de Mujeres Cubanas, la Asociación Nacional de Pequeños Agricultores y los Comités de Defensa de la Revolución participaron en el desarrollo de programas de salud de tipo comunitario.

El subsistema de salud pública y epidemiología, que emplea al equipo integrado por médico y enfermera de familia y brigadista sanitaria amplió su área de acción para incluir la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Los programas preventivos comprendieron proyectos especiales relacionados con la atención pre y posnatal y el bienestar de los ancianos. También fueron importantes las campañas de formación de un estilo de vida, especialmente en lo que atañe a la prevención del tabaquismo, alcoholismo, obesidad y estrés. El ejercicio físico y los deportes colectivos fueron la conducta preventiva fundamental que se promovió entre familias, trabajadores y estudiantes.

El sistema de vigilancia epidemiológica y

los servicios de inspección sanitaria aumentaron su fuerza laboral y sus presupuestos para combatir las principales enfermedades transmisibles y mejorar las condiciones sanitarias en barrios y lugares de trabajo. Los centros y unidades locales de salud pública y epidemiología trabajaron más estrechamente con los policlínicos y los equipos formados por médicos y enfermeras de familia y brigadistas sanitarias. Esta colaboración permitió disminuir el volumen de trabajo de esos equipos, con lo que mejoró la calidad de sus servicios y se redujeron a la vez sus costos.

Como complemento del Plan de Salud Pública, el Ministerio elaboró un programa para desarrollar la industria farmacéutica. La meta es elevar el nivel tecnológico de la industria y acelerar la construcción de nuevas plantas para producir antibióticos, hemoderivados, vacunas, reactivos y otros productos biológicos. El país también logró avances en el campo de la ingeniería genética y la biotecnología.

El subsistema de educación médica debió ser adecuado a los cambios ya señalados que se introdujeron en el sistema de servicios de salud. El personal en funciones tomó cursos para ampliar sus conocimientos y se brindó capacitación a nuevos auxiliares de salud para que se incorporaran al personal del sistema. Durante la primera etapa de este desarrollo de los recursos humanos, las enfermeras fueron adiestradas en actividades de prevención dentro de la comunidad. Los planes de estudios sobre atención primaria de salud estuvieron dirigidos fundamentalmente a las enfermeras y procuraron profundizar su comprensión de un enfoque epidemiológico global —inclusive la higiene y los factores éticos y psicosociales en la atención de salud— además de brindarles capacitación técnica específica. Se recurrió a la vigilancia epidemiológica y a la determinación de los factores de riesgo como medio fundamental para evaluar las cambiantes necesidades de la población y los ajustes requeridos en los servicios de salud. Los planes de estudio destinados a formar doctores en medicina —con excepción de los

cirujanos y de quienes se dedican a la investigación básica— experimentaron cambios similares.

El subsistema de ciencia y tecnología aumentó sustancialmente su capacidad para

emprender actividades de investigación. En el futuro se arbitrarán medios para crear una publicación científico-técnica y un sistema de difusión de información accesible a los auxiliares de salud en los policlínicos.

DOMINICA

Durante los dos primeros años del cuatrienio, el Ministerio de Salud otorgó prioridad a la tarea de extender a toda la población el acceso a los servicios de atención primaria. Una vez llevadas a cabo las medidas puestas en marcha durante el plan quinquenal de salud 1982-1987, se elaboró otro plan nuevo. El enfoque del gobierno se desplazó para darle énfasis al mejoramiento de la calidad de la atención y, especialmente, al aumento de la capacidad operativa del hospital principal, el Princess Margaret, así como a una más estrecha integración de sus servicios con el nivel de atención primaria.

La cooperación técnica de la OPS/OMS reflejó las prioridades nacionales. La Organización efectuó un completo análisis de la situación del sector salud y patrocinó la celebración de una serie de talleres en los que se evaluó la eficacia del plan anterior. En ellos se elaboraron pautas para la preparación de un nuevo plan y para la pertinente evaluación de la cooperación técnica prestada por la OPS/OMS en 1988.

La cooperación técnica abarcó la reforma administrativa del Ministerio de Salud, la instalación de sistemas automatizados de financiamiento en el Hospital Princess Margaret y la integración de la atención primaria con la secundaria. Los correspondientes gastos de capital fueron financiados por el Gobierno de Francia.

En el campo de la salud ambiental, la OPS/OMS llevó a cabo un proyecto financiado por el PNUD para estudiar la factibilidad de la instalación de sistemas de alcantarillado en la ciudad de Roseau. La cooperación técnica también comprendió el

mejoramiento de la calidad del abastecimiento de agua y de los servicios sanitarios básicos en zonas rurales. En un proyecto financiado por la OPS y el UNICEF se examinó la participación de las comunidades en campañas de control de vectores.

La cooperación técnica prestada en servicios de salud maternoinfantil promovió el logro de los objetivos subregionales del Plan de Acción, dentro de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. Se consiguieron considerables progresos en materia de reducción de la mortalidad infantil provocada por enfermedades diarreicas, gracias a la utilización de la terapia de rehidratación oral y al aumento de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que llegó a más de 90% a fines de 1989.

El primer caso de SIDA que se notificó en Dominica data de 1986. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) colaboró en la preparación de un plan de lucha a mediano plazo contra el SIDA que resultó totalmente financiado en una reunión de donantes conducida por la OPS/OMS y el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA.

Entre las enfermedades crónicas prevalentes en el país, se asignó especial atención a la diabetes. El Ministerio de Salud no solo diseñó programas de control con asistencia de la OPS/OMS, sino que también colaboró en su ejecución con diversas organizaciones no gubernamentales, muy especialmente con la Asociación contra la Diabetes, de Dominica.

LA OPS/OMS, el Instituto de Alimen-

tación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el UNICEF colaboraron en la ejecución del Programa Conjunto de Suplementación Alimentaria en Dominica. El propósito de este programa era incrementar los servicios de nutrición proporcionados por el gobierno y desarrollar programas de educación en nutrición tanto para madres y niños como para toda la población adulta.

La cooperación técnica entre países

alcanzó destacado relieve en los programas de la OPS/OMS en Dominica. El gobierno recibió a visitantes que llegaron de los Departamentos Franceses, Haití y las islas vecinas para observar las experiencias locales.

A fines de 1989 se preparaba un estudio de casos que permitirá difundir con amplitud información sobre los éxitos logrados en Dominica.

GRENADA

Durante los dos primeros años del cuatrienio, la OPS/OMS ayudó al gobierno a coordinar la cooperación y asistencia técnicas que había recibido por numerosos conductos. El país y la OPS/OMS efectuaron en 1987 un examen de la cooperación técnica de la Organización, que puso de relieve la necesidad de intensificar el proceso de planificación de todo el sistema de salud y seguir formando los recursos humanos imprescindibles para mejorar la infraestructura de los servicios de salud. Por consiguiente, la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró en estas dos áreas. A fines de 1989 se empezó a preparar un Plan Nacional de Salud con la plena participación de todas las partes que forman el sector.

Durante 1988 y 1989 se prestó cada vez más atención al aumento tanto de la capacidad operativa como de la eficiencia de los servicios brindados en el hospital principal y de otros servicios hospitalarios. La OPS/OMS y un equipo de consultores del Canadá llevaron a cabo un estudio de factibilidad sobre la construcción de un nuevo hospital. Las recomendaciones formuladas para mejorar los sistemas de administración quedaron incorporadas en un proyecto financiado por la OPS/OMS conforme a la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.

La OPS/OMS ayudó al gobierno a mejorar aspectos de la salud ambiental tales

como control de vectores, eliminación de desechos sólidos y ampliación del sistema de alcantarillado de St. George's. También proporcionó asistencia para prevenir la contaminación del área de Grand Anse, el sitio donde confluye la red principal de alcantarillado.

La cooperación técnica en programas de salud maternoinfantil consistió fundamentalmente en brindar apoyo a los continuos esfuerzos desplegados por el gobierno para alcanzar los objetivos subregionales del Plan de Acción, dentro de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. Se logró un cierto éxito, como lo demuestra la disminución de la mortalidad infantil. La cobertura de vacunación se amplió a más de 85% de los niños menores de 1 año y la admisión hospitalaria de niños pequeños con enfermedades diarreicas disminuyó como consecuencia del uso de sales de rehidratación oral a nivel de la atención primaria.

Grenada resultó afectada por la pandemia mundial de SIDA y recibió servicios de asesoramiento para elaborar y poner en marcha un plan a corto plazo de lucha contra la propagación de la enfermedad. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) asistió a las autoridades nacionales en la elaboración de un plan a mediano plazo, que obtuvo toda la financiación necesaria y se llevó a la práctica en 1989.

La OPS/OMS también brindó al gobierno cooperación técnica para desarrollar programas de control de la diabetes y de la hiper-

tensión, y asistencia para crear una asociación de diabéticos que empezó a intervenir activamente en actividades de educación pública.

GUYANA

Guyana afrontó graves problemas económicos durante la mayor parte del cuatrienio, a saber, cuantiosos déficit comerciales, problemas de la balanza de pagos, escasez de divisas, elevada tasa de inflación, imposibilidad de alcanzar la meta de producción fijada en importantes sectores de la economía, devaluación de la moneda nacional y gran emigración de mano de obra calificada. El sector salud confrontó una grave escasez de divisas que ocasionó dificultades para restituir las existencias de suministros y equipo, incluso de piezas de repuesto. La pérdida de mano de obra calificada agravó las dificultades operativas del sector salud; sin embargo, el Organismo de Educación en Ciencias de la Salud, el Medio Ambiente y Políticas Alimentarias, recientemente creado, dio nuevo impulso a los programas de salud pública.

Otra iniciativa importante del gobierno fue el establecimiento de una escuela de medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana, que ofrece un innovador método de enseñanza basado en la comunidad para compensar la migración de médicos. Entre 1986 y 1989, el gobierno también descentralizó sus servicios de salud y los organizó en 10 unidades administrativas regionales.

Los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS a los que se dio prioridad en Guyana durante el período en análisis fueron: desarrollo de recursos humanos, desarrollo de servicios de salud, salud materno-infantil, alimentación y nutrición, control de las enfermedades transmisibles y salud ambiental. También se trabajó activamente en los programas de salud oral y de los adultos.

Los esfuerzos del Ministerio de Salud por

desarrollar la infraestructura de los servicios nacionales de salud incluyeron estrategias de planificación, programación y preparación de presupuestos para instituir una red de sistemas locales de salud. Para ayudar a crear sistemas locales de salud viables, se realizaron actividades de cooperación intersectorial, se prestó apoyo a los servicios públicos de laboratorio por medio de capacitación de personal y del sistema para la provisión de suministros, y se actualizaron varios aspectos del sistema de información sobre salud. Además, se efectuaron estudios preliminares sobre los sistemas existentes de financiamiento de la salud (1987) y la actual situación del personal de salud (1989).

En respuesta a la vulnerabilidad del país a las inundaciones, se proporcionó adiestramiento local en gestión de desastres y varios profesionales de salud asistieron a seminarios sobre el tema en la Región.

En el programa de salud materno-infantil se hizo hincapié en la vigilancia de embarazos de alto riesgo y en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y de la incidencia de bajo peso al nacer. Se evaluó el sistema de atención prenatal y perinatal y se mejoró la clase de atención prestada. Se formularon y pusieron en marcha proyectos de planificación familiar y educación para la vida de familia y se analizó la práctica de la citología vaginal por medio de la prueba de Papanicolaou.

Se preparó un plan de acción cuatrienal para el Programa Ampliado de Inmunización y se obtuvieron fondos para ejecutarlo. La OPS/OMS facilitó vacunas y personal nacional adiestrado en los aspectos técnico-administrativos del programa de inmunización. Se prestó particular atención al sistema de cadena de frío y la capacidad de trans-

porte y comunicación del país para manejar el programa de vacunación. Se adiestró a personal de salud materno-infantil en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas y el control de la diarrea y se actualizó el sistema de acopio, difusión y utilización de datos sobre las madres y los niños. Se investigó el uso de drogas entre escolares.

En lo que respecta a alimentación y nutrición, se hizo hincapié en la vigilancia del crecimiento y la mejora del estado nutricional de los niños. Se evaluó el Programa de Alimentación Escolar de la UNESCO y los trabajadores de salud recibieron adiestramiento en nutrición y administración de alimentos en la comunidad. Se realizó un análisis de la situación de alimentación y nutrición del país, que sirvió de base para iniciar una política y un plan nacional en esos campos y se introdujo un sistema computadorizado de vigilancia de los mismos.

En materia de enfermedades transmisibles, el tratamiento de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, la lepra, la tuberculosis, la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual fueron los principales objetivos de los proyectos de control. Se prepararon un plan de vigilancia y un proyecto de control del vector *Aedes albopictus*. Se actualizaron los conocimientos técnicos y operativos prácticos de los grupos de salud que trabajan en el control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, lepra y tuberculosis. Se establecieron servicios de diagnóstico de malaria en el laboratorio y se preparó material didáctico sobre prevención de esa enfermedad. Se trazaron planes de control del SIDA a corto y mediano plazos y se puso en marcha la primera fase del plan a corto plazo, junto con actividades de vigilancia epidemiológica para seguir la trayectoria de la propagación de la enfermedad. La OPS/OMS prestó apoyo de laboratorio para la detección de casos de SIDA y adiestró al personal correspondiente. También se realizaron programas de educación pública.

El principal foco del Ministerio de Salud en el campo de la salud ambiental consistió

en mejorar el sistema de abastecimiento de agua, que incluye la instalación de pozos en algunas comunidades rurales, la actualización de los conocimientos prácticos del personal correspondiente, la realización de un proyecto piloto en que las mujeres participaron en el abastecimiento de agua potable y la ejecución de un programa de fluoruración de todo el sistema. La OPS/OMS también prestó servicios de capacitación y asesoramiento técnico en gestión de los desechos sólidos. En 1989, se preparó una propuesta de cooperación técnica en eliminación de esos desechos con el Gobierno de Trinidad y Tabago, y la OPS/OMS colaboró en la evaluación de los efectos para el medio ambiente.

El gobierno estableció un Consejo del Medio Ambiente y comenzó a preparar legislación sobre salud ambiental. La OPS/OMS ayudó a capacitar al personal sanitario de esos programas y participó en el programa de adiestramiento en salud y seguridad ocupacional. Se estableció una unidad de plaguicidas, se ofreció capacitación en vigilancia epidemiológica de los plaguicidas en los sectores de salud y agricultura y se inició una encuesta para vigilar ese posible peligro para la salud.

El Programa de Salud Oral facilitó suministros al programa nacional de enjuague bucal con fluoruro, compró material sellador de plástico y adiestró al personal en la forma de usarlo.

En el campo del desarrollo de recursos humanos, la OPS/OMS ayudó a formar médicos, enfermeras y personal de profesiones afines a las de la salud en instituciones docentes públicas y a preparar y revisar planes de estudio con ese fin. Se hicieron esfuerzos por mejorar los conocimientos prácticos de administración y supervisión de los trabajadores de salud y por establecer y evaluar una política y un plan para el personal de salud. Se fortaleció la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana y se establecieron vínculos con la Universidad de Galveston.

Se prestó asistencia para la creación de

un centro de provisión de material de enseñanza en salud y el desarrollo de tecnología para preparar materiales locales para actividades de educación en salud y participación de la comunidad. Las becas siguen siendo un importante instrumento para mejorar los conocimientos teóricos y prácticos del personal nacional; entre 1986 y 1989 se concedieron 30 becas de estudio en el exterior. Además, se celebraron varios talleres y seminarios nacionales para actualizar la competencia técnica y administrativa del personal nacional de salud.

Un aspecto importante del trabajo de la OPS/OMS fue la movilización de recursos de organismos internacionales. El PNUD proporcionó fondos para el control de la malaria, salud pública veterinaria y el Programa Regional de Adiestramiento de Auxiliares en Salud Animal. Se obtuvieron fondos de la CIDA para el programa de malaria y de la Asociación Canadiense de Salud Pública, el Club Rotario Internacional y el

UNICEF para el Programa Ampliado de Inmunización. El UNICEF prestó asistencia en nutrición y en mejoras del sistema de abastecimiento de agua. Se obtuvo asistencia técnica del FNUAP para los proyectos de educación y planificación para la vida de familia.

El Gobierno de Australia ayudó en el proyecto de abastecimiento de agua en las comunidades. Los Gobiernos del Brasil y Venezuela colaboraron con el de Guyana en el control de la malaria en las zonas fronterizas. Cuba proporcionó personal por medio del acuerdo de cooperación técnica que tiene con Guyana y la OPS/OMS para el desarrollo de servicios y de personal de salud y los programas de salud materno-infantil. Por medio de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, los Gobiernos de Italia y la República Federal de Alemania apoyaron proyectos subregionales de salud materno-infantil y ambiental que incluyen el desarrollo de esos servicios en Guyana.

HAITI

La caída del gobierno en febrero de 1986 dio al público grandes esperanzas de rápida instauración de las instituciones sociales democráticas y de mejora del nivel de vida. Sin embargo, en los años subsiguientes se ha observado una continua inestabilidad política caracterizada por cambios de gobierno y sucesivos golpes de Estado.

Las prioridades nacionales de salud siguieron siendo las mismas descritas en el documento titulado «Nouvelles Orientations», preparado en 1982, en el que se esbozó la política en materia de salud. En 1986, el SIDA se agregó a la lista de problemas de salud prioritarios, y a mediados de 1988 se estableció un programa nacional de control. Para fines de 1989, el SIDA se había convertido en un asunto de gran importancia para la salud pública, con repercusiones en los campos de atención, servicios y programas de salud.

Los siete programas públicos prioritarios de salud y sus actividades durante el cuatrienio se esbozan a continuación. En general, los programas de salud prioritarios se ejecutaron mediante la estrategia de atención primaria, utilizando instituciones descentralizadas.

El Programa Ampliado de Inmunización adoptó la meta de erradicación de la poliomielitis y recibió cuantioso apoyo financiero de un consorcio de organismos. Fue posible ampliar a más del doble la cobertura nacional de los niños de 1 año y reducir considerablemente la morbilidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles.

En el programa de control de las enfermedades diarreicas y fomento de la lactancia materna se siguió adoptando la estrategia de comercialización social, mediante la cual se amplió la información dispensada sobre técnicas de rehidratación oral y se faci-

litaron sales de rehidratación oral previamente envasadas en todo el país. A fines de 1989 se estimó necesaria una reevaluación de la estrategia y del programa general, principalmente para asegurar la activa participación de las instituciones del sector salud.

El programa para mejorar la nutrición se basó en la vigilancia nutricional por medio de los dispensarios de atención de salud maternoinfantil y la suplementación alimentaria para los niños malnutridos. En 1989 ese programa estaba aún en vía de ampliación y se trataba de establecer coordinación intersectorial y un método más amplio para considerar la nutrición con el fin de ir más allá de la vigilancia y del tratamiento estrictamente clínicos.

En el programa de control de la tuberculosis hubo que luchar contra una baja cobertura de detección de casos y un elevado índice de abandono que exacerbaron el incremento de los problemas de farmacoresistencia. Se desarrolló un proyecto del Banco Mundial para introducir estrategias de tratamiento a corto plazo, con un sistema de colaboración entre los sectores público y privado. Varias subunidades del programa trabajaron también en el control de la lepra y de las infecciones respiratorias agudas.

El programa de salud materna y planificación familiar sufrió mucho por la reducción del apoyo financiero externo y la desintegración de su institución coordinadora. A fines de 1989 recuperó el apoyo financiero del FNUAP y asumió una función coordinadora con las organizaciones no gubernamentales que trabajan activamente en ese campo.

También se redujo el apoyo financiero externo prestado al programa de control de la malaria y de otras enfermedades transmitidas por vectores y se disolvió su institución coordinadora, que había existido como programa de estructura vertical desde comienzos de los años 60. A fines de 1989, el gobierno estaba tratando de integrar esas actividades en las instituciones y los programas de salud existentes.

El programa de prevención del SIDA y

control de las enfermedades de transmisión sexual creció rápidamente. Con apoyo de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud Pública y de la Población formuló un plan a mediano plazo que fue presentado a la comunidad internacional de donantes en abril de 1989, que le prometió contribuciones de más de \$US10 millones.

La inestabilidad del apoyo financiero externo afectó a los programas prioritarios y dificultó mucho la programación. Del derrumbe de las instituciones de estructura vertical emanó un mandato claro, según el cual los programas prioritarios deberían realizar sus proyectos por medio de las instituciones de salud existentes, sin crear canales paralelos. Con el fin de reducir la duplicación de programas y la competencia entre unos y otros, el Ministerio citado estableció una unidad nacional de coordinación, en la que, por primera vez, se unieron los siete programas prioritarios en sus aspectos geográficos y programáticos.

Una característica sobresaliente de la política de salud de Haití, fortalecida desde mediados de 1988, ha sido la coordinación con las organizaciones no gubernamentales, a la que se suma el fomento de sus actividades como una forma más de descentralización. Ya existen organizaciones no gubernamentales responsables por una parte importante de los servicios prestados. Los vínculos intersectoriales y la participación de la comunidad continuaron siendo campos que necesitaban fortalecerse en la lucha contra los problemas de salud prioritarios.

A comienzos del cuatrienio, la cooperación de la OPS/OMS se centró en un proyecto de desarrollo de los servicios de salud de gran envergadura y en proyectos más pequeños de apoyo al control de la malaria, la salud maternoinfantil, la planificación familiar y el sector de abastecimiento de agua y saneamiento. A medida que se modificaron las políticas nacionales se reestructuró la cooperación de conformidad con tres líneas programáticas: primero, establecer una base epidemiológica para desarrollar la capacidad nacional para definir y analizar los

problemas y programas de salud prioritarios; segundo, ayudar a las autoridades nacionales a coordinar con los organismos externos y el sector no gubernamental la descentralización de las funciones de administración y manejo de los servicios, y tercero, garantizar continuidad en el sector de abastecimiento de agua y saneamiento, para lo cual la OPS/OMS sirvió como organismo catalítico y coordinador de los diversos organismos nacionales e internacionales participantes.

Cada uno de esos proyectos exigió su propio programa de adiestramiento, que consistió en seminarios locales y adjudicación de becas en el exterior. Un aspecto destacado de esas actividades fue el programa de epidemiología realizado sobre el terreno durante 10 meses, mediante el cual se adiestró a cuatro epidemiólogos regionales. A fines de 1989 se estaba realizando una segunda ronda de sesiones de adiestramiento para otros ocho epidemiólogos.

Respecto a movilización de recursos, la OPS/OMS desempeñó una labor indispensable al facilitar el diálogo entre el Ministerio de Salud y el Banco Mundial, organismo que se comprometió a realizar su primer proyecto de salud en Haití, programado para comenzar en los primeros meses de 1990. La OPS/

OMS también prestó servicios de cooperación técnica y de coordinación con el BID en la preparación de estudios de seguimiento que conducirán a la concesión de un nuevo préstamo para los servicios de salud. La OPS/OMS movilizó suficientes fondos de diversas fuentes para apoyar el plan de control del SIDA a mediano plazo. En apoyo al programa de salud materna y planificación familiar, la OPS/OMS obtuvo fondos del FNUAP y del PNUD, los de este último para adiestramiento de parteras. La OPS/OMS consiguió fondos de la AID (EUA), el BID, el Club Rotario Internacional y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), entre otros propósitos, para ayudar a realizar la campaña de erradicación de la poliomiélitis en Haití; la AID destinó una subvención a apoyar al Programa Ampliado de Inmunización. El programa de control de la malaria recibió asistencia de la OPS/OMS y del PNUD para realizar las actividades de adiestramiento necesarias para integrar sus servicios en proyectos de atención primaria de salud. Con fondos regionales de la OPS/OMS fue posible introducir una iniciativa piloto, en pequeña escala, de prevención de la ceguera y otra de preparativos para situaciones de desastre.

INDIAS OCCIDENTALES BRITANICAS

En esta sección y bajo este epígrafe se agrupan tres territorios del Caribe Oriental dependientes del Reino Unido: Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat. Los problemas típicos de los estados constituidos por islas pequeñas se plantean con nitidez por el reducido tamaño de estas poblaciones, que se componen de 7000 a 14 000 habitantes.

En el curso del cuatrienio, la cooperación técnica brindada por la OPS/OMS consistió fundamentalmente en ayudar a estos territorios a que aplicaran criterios de

atención primaria en la prestación de sus servicios. Habida cuenta de las dificultades que experimentan todos los territorios para obtener personal capacitado y de la falta de instituciones de capacitación calificadas, se fortaleció el programa de becas mediante la provisión de asistencia técnica a los becarios tras su reincorporación en sus cargos. También se proporcionó asistencia para mejorar los sistemas de información.

Los servicios de salud maternoinfantil recibieron apoyo permanente. El éxito de los esfuerzos en este campo lo demuestran la dis-

minución de la mortalidad infantil y la ampliación de la cobertura de inmunización a 100%.

En las Islas Vírgenes Británicas, el proyecto de educación en salud y vida de familia concluyó con éxito y, en Anguila, se desarrollaron programas locales de salud con la ayuda de la OPS/OMS.

Se efectuaron análisis de situación en todos los territorios y se terminó de preparar un Plan Nacional de Salud en Montserrat. Sin embargo, los logros alcanzados en este territorio se vieron afectados por la devastación provocada por el huracán Hugo. La cooperación técnica de la OPS/OMS fue el instrumento que permitió establecer comunicaciones y coordinar el socorro interna-

cional inmediatamente después del huracán. Los planes actuales de reconstrucción y rehabilitación de los servicios de salud cuentan con el apoyo de la OPS/OMS.

La Organización evaluó los servicios de salud ambiental de todos los territorios. Se llevó a cabo un Plan Maestro de Eliminación de Desechos Sólidos en Anguila y se proporcionó asistencia a Montserrat en todo lo relacionado con rellenos sanitarios.

Con asistencia del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) se prepararon planes a mediano plazo de prevención del SIDA. Se obtuvo pleno financiamiento para ellos en una reunión de donantes organizada por la OPS, el CAREC y el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA.

ISLAS CAIMAN

Las Islas Caimán son uno de los tres territorios británicos del norte del Caribe (los otros son las Islas Turcas y Caicos y Bermuda) que reciben cooperación técnica de la OPS/OMS por conducto de su Representación en Jamaica.

La aplicación del Plan Nacional de Salud como parte del Plan Nacional de Desarrollo fue de alta prioridad durante el cuatrienio. Con ese Plan de Salud, que hizo hincapié en el mejoramiento de la salud mental y de los servicios de prevención del uso indebido de estupefacientes, se reafirmó la política de capacitar recursos humanos como sostén de la bien desarrollada infraestructura de salud con que cuenta el país.

En cuanto a la prestación de servicios de salud, fueron temas prioritarios la salud infantil, especialmente con respecto a la prevención y control de enfermedades genéticas; la salud oral, en particular en materia de prevención; el control de enfermedades de transmisión sexual; la educación para la vida en familia, y el mantenimiento de los hospitales. Una creciente preocupación por las condiciones de salud ambiental indujo a planificar más actividades conexas y a brindar-

les apoyo; sin duda, estas actividades habrán de convertirse con el tiempo en el centro de la cooperación técnica. La prevención y el control del SIDA fue otro programa que mereció especial atención.

La OPS/OMS cooperó en el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud proporcionando capacitación, incrementando la capacidad de planificar en el sector y desarrollando un sistema de información de salud. Las becas y la participación de nacionales en talleres y conferencias que se llevaron a cabo dentro y fuera del territorio fueron las formas elegidas de brindar capacitación. La OPS/OMS apoyó el desarrollo del plan de salud y el fortalecimiento de la prestación de los servicios pertinentes, sobre todo con la provisión de consultores a corto plazo y de visitas de su personal. La adquisición de una computadora permitió mejorar la recolección y el ordenamiento de datos para el sistema de información de salud.

Se mejoró significativamente el programa de educación en salud oral en las escuelas. Con asistencia de la OPS/OMS, también se organizó un taller sobre nutrición en el que participó un funcionario del Insti-

tuto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Además se llevó a cabo un taller sobre atención de pacientes toxicómanos.

La OPS/OMS actuó como organismo ejecutor de proyectos internacionales puestos en marcha por los territorios del norte del Caribe; entre ellos se destacan los de desarrollo de servicios de salud financiados por el PNUD tanto en las Islas Caimán como en las Islas Turcas y Caicos. También se movilizaron recursos externos por conducto de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe a fin de mejorar el control de

vectores y los servicios de salud maternoinfantil.

La movilización de recursos internos fue limitada en los territorios del norte del Caribe por escasez de profesionales capacitados. Sin embargo, los nacionales de las Islas Caimán colaboraron en la puesta en marcha del programa de control del SIDA.

Como en Bermuda, no se llevaron a cabo algunas actividades programadas en materia de capacitación. Tanto el PNUD como el gobierno aportaron fondos para la capacitación de enfermeras graduadas.

ISLAS TURCAS Y CAICOS

Las Islas Turcas y Caicos son uno de los tres territorios británicos del norte del Caribe (los otros son las Islas Caimán y Bermuda) que reciben cooperación técnica de la OPS/OMS por medio de su Representación en Jamaica.

El gobierno preparó y aprobó un plan nacional de salud. Se preparó también un plan de desarrollo de personal de salud con ayuda de la Oficina de Coordinación del Programa de la OPS/OMS en el Caribe. Los campos en los que más adiestramiento se necesitaba eran enfermería general y clínica, partería, técnicas quirúrgicas, enfermería dental y ciencias básicas. El PNUD y la OPS/OMS concedieron becas de estudio en los mismos. Las actividades de capacitación se concentraron también en el fortalecimiento de la administración a nivel local.

El programa de nutrición se centró en el control de la anemia y recibió apoyo del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). La OPS/OMS evaluó los programas de control de las enfermedades de transmisión sexual y de la lepra, y apoyó las actividades de control de vectores y los servicios para las personas discapacitadas. Un proyecto del FNUAP ayudó a fortalecer el

programa de planificación familiar e incluyó un taller sobre la vida de familia realizado por la OPS/OMS. El PNUD proporcionó los servicios de un médico voluntario de las Naciones Unidas.

Se trató de fomentar la coordinación intersectorial de programas preparatorios de ciencias de la salud y de nutrición. Como parte del programa de prevención y control del SIDA, el personal nacional colaboró en la vigilancia de la detección de casos y la realización de campañas de educación pública.

La OPS/OMS sirvió de organismo ejecutor de varias actividades internacionales realizadas en las Islas Turcas y Caicos, entre las que cabe citar el proyecto financiado por el FNUAP de fortalecimiento de la salud maternoinfantil y la planificación familiar y el de desarrollo de los servicios de salud, financiado por el PNUD. Se movilizaron recursos externos por medio de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe para apoyar las actividades de control de vectores y fortalecer más los servicios de salud maternoinfantil. La movilización de recursos internos se ha limitado debido a la escasez de profesionales idóneos.

Bajo los auspicios de la Organización, se adiestró al oficial de salud dental en prevención y control del SIDA, se concedieron

becas para cursos de enfermería en Jamaica y Barbados y se hizo un aporte técnico considerable a los proyectos de salud ambiental.

JAMAICA

Las prioridades de salud de Jamaica en el cuatrienio, establecidas en su documento de política publicado en 1984, consistieron en reorganizar el sistema de prestación de servicios de salud para incrementar su costo-eficacia y buscar otros mecanismos de financiamiento, alcanzar la meta de la política nacional en materia de población y mejorar el grado de competencia del personal administrativo y de apoyo para equiparlo con el de los funcionarios técnicos encargados de prestar directamente servicios de salud. Los programas técnicos dentro del sistema de prestación de servicios de salud a los que se asignó prioridad fueron: salud materno-infantil (en particular, mayor cobertura de inmunización, atención neonatal y salud de los adolescentes), planificación de la familia, nutrición, control de las enfermedades transmisibles (con particular atención a las enfermedades de transmisión sexual), servicios curativos y salud ambiental.

A comienzos de 1986 el Ministerio de Salud propuso la reestructuración de varios de sus sistemas de administración, incluso los del propio Ministerio y los de los encargados de la administración de la red de hospitales y el mantenimiento de los servicios de salud. En 1988 el gobierno inició un programa destinado a racionalizar los servicios hospitalarios, mejorar la atención ambulatoria y vincular los niveles primarios y secundarios de atención de salud. Se reorganizaron varios hospitales y se procedió a clasificarlos como establecimientos de atención primaria de salud. Un proyecto de restauración de hospitales financiado por el BID, del que la OPS/OMS fue organismo ejecutor, llevó a modernizar varios establecimientos de importancia. Entre tanto, el Proyecto Hope y la AID (EUA) prestaron apoyo para

mejorar el financiamiento de la atención de salud.

Con la cooperación técnica de la OPS/OMS, el Ministerio concluyó un mapa de los límites de los distritos de salud en el país y modernizó su sistema de información, incluido el de vigilancia epidemiológica que sigue la trayectoria de la propagación del SIDA. La OPS/OMS también colaboró en el programa de prevención y control del SIDA, en la mejora de los servicios de epidemiología y en la prevención y el control del uso indebido de drogas.

Asimismo, se dio apoyo a los esfuerzos en materia de desarrollo de recursos humanos proporcionando adiestramiento en atención materna y perinatal y capacitación suplementaria para auxiliares e higienistas dentales. Las actividades de salud oral preventiva se fortalecieron con la creación del programa de fluoruración de la sal. En materia de protección ambiental, se logró mejorar la calidad del agua y fortalecer los programas de salud ambiental al asignar personal para apoyar a la División de Control de la Contaminación Ambiental.

En septiembre de 1988 el sector nacional de salud tuvo que ayudar a remediar los estragos causados por el huracán Gilbert. Su función se centró en prestar servicios de apoyo, establecer sistemas de notificación epidemiológica de emergencia e instituir medidas especiales de restauración de los servicios de saneamiento y los hospitales afectados.

La Organización cooperó en la movilización de recursos nacionales, apoyó a las instituciones nacionales de adiestramiento y fomentó la colaboración intersectorial y la participación de la comunidad. También consiguió apoyo externo para el programa de

inmunización, el control de la lepra y las enfermedades diarreicas, el control y prevención del SIDA, la mejora de los servicios de inmunología y la planificación familiar, y los preparativos para situaciones de desastre. El Reino de los Países Bajos financió un proyecto para adiestrar equipos distritales de administración sanitaria como parte del empeño puesto en establecer servicios locales de salud en el país. Con arreglo a la ini-

ciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, la OPS/OMS fomentó la participación interinstitucional en el establecimiento de proyectos de protección e inocuidad de los alimentos.

Con apoyo de la OPS/OMS, el gobierno mejoró la distribución de información técnica e instaló sistemas de computación que permiten usar la tecnología de CD-ROM en la Universidad de las Indias Occidentales.

REPUBLICA DOMINICANA

La importante reducción del producto interno bruto (PIB), el gasto público total y el gasto social observada entre 1984 y 1985 se detuvo a comienzos del cuatrienio. El auge de la industria de la construcción a mediados de 1986 produjo un incremento real del PIB en los dos años siguientes. Sin embargo, en 1988 el PIB presentó de nuevo cifras negativas y, a pesar del aumento del gasto social y en salud per cápita, muchos indicadores de salud no recuperaron los niveles de 1984. La crisis de servicios básicos (abastecimiento de agua y electricidad, recolección de basura, combustible y transporte) tuvo un profundo efecto en las condiciones de vida de la población y el sector salud se vio afectado por huelgas y escasez de materiales.

El perfil epidemiológico fue reflejo de esa situación. Las tasas de mortalidad materna e infantil se mantuvieron elevadas, con fuerte predominio de las afecciones perinatales y neonatales, así como de las enfermedades transmisibles de origen hídrico (diarreas, fiebre tifoidea y hepatitis), respiratorias (infecciones respiratorias agudas y tuberculosis), transmitidas por vectores (dengue y malaria) y de transmisión sexual (SIDA, sífilis y gonorrea), agravadas en la zona periurbana por el hacinamiento, el deterioro ambiental y la desnutrición. La urbanización acelerada y la introducción de pautas de conducta foráneas profundizaron problemas como la toxicomanía, la violencia, el alcoholismo, el

abuso y mal trato de las mujeres y los niños y los accidentes de tránsito. El envejecimiento progresivo de la población se refleja en un aumento de las enfermedades crónicas.

Después de la crisis hospitalaria de 1985, el gremio médico, mediante huelgas y abandono de hospitales por períodos prolongados, logró un aumento sostenido del número de plazas y de los salarios. La atención de otras demandas (como instalaciones de diagnóstico y tratamiento más complejas, nuevo equipo y remodelación de los hospitales) provocó una concentración del presupuesto fiscal en bienes de capital y gastos de personal. Hacia el final del cuatrienio se recrudeció la crisis hospitalaria por falta de mantenimiento, escasez de medicamentos esenciales y endeudamiento progresivo con los proveedores privados, con lo que se produjo un grave retroceso en la cantidad y calidad de la atención prestada por el sector público.

Al comienzo de la nueva administración en 1986, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la OPS/OMS realizaron una revisión conjunta de las actividades de cooperación técnica de la Organización. La Secretaría señaló las siguientes prioridades en el sector salud: reorganización administrativa, supervivencia infantil, rehabilitación de la infraestructura hospitalaria, suministro de medicamentos y erradicación de la poliomielitis. Las principa-

les líneas de cooperación solicitadas a la OPS/OMS fueron: la movilización de recursos financieros externos, la formación de recursos humanos, el acceso a la información científico-técnica y el asesoramiento técnico directo.

Entre las medidas tomadas por la OPS/OMS para abordar las prioridades de la República Dominicana estuvo su inclusión en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica. Una vez admitido como observador permanente a la IV Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica, el país suscribió varios acuerdos de cooperación con los siete países centroamericanos y, como resultado, participó en algunos proyectos generados en el seno de la iniciativa centroamericana.

En el plano sectorial, la Secretaría intentó coordinar sus actividades con el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), el Instituto de Seguros Sociales de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL) e institutos semiprivados de bien público, con el fin de evitar duplicación de esfuerzos. A esos efectos, firmó un acuerdo de cooperación con el IDSS y la OPS/OMS y el IDSS se incorporó a la Reunión Especial citada. Se fortalecieron las relaciones entre la Secretaría y las instituciones de abastecimiento de agua, alcantarillado y saneamiento, especialmente en los campos de desarrollo institucional, control de la calidad del agua y de pérdidas, reducción de la vulnerabilidad a los desastres naturales, gestión de los desechos sólidos y control de roedores.

Se brindó apoyo a los esfuerzos para mejorar la utilización y retención de los recursos humanos nacionales, mediante el fomento de la educación permanente, la capacitación en servicio y la integración docente-asistencial. En los planes de estudio de pregrado y posgrado de profesionales de salud y en los programas de maestría en salud pública y ocupacional se hizo hincapié en los problemas de salud prioritarios. La Secretaría, el IDSS y el ISSFAPOL firmaron varios acuerdos entre sí y con las universi-

dades del país para el desarrollo de su personal de salud.

A nivel local se dio apoyo a actividades de salud mediante asesoramiento directo, capacitación y difusión de información por medio de acuerdos de trabajo conjunto entre la Secretaría, el IDSS, las organizaciones de base (vecinales, sindicales, juveniles, religiosas y femeninas), organizaciones no gubernamentales de desarrollo regional, sociedades científicas, asociaciones gremiales de salud y numerosas dependencias locales de instituciones extranjeras de bien público.

Los logros más importantes fueron: la erradicación de la poliomiélitis, la eliminación de la rabia humana y la reducción de la rabia animal, la creación del programa de control del SIDA, la fructífera realización de la Reunión Científica Nacional de Epidemiología y el avance del plan de desarrollo integral de la epidemiología.

Se lograron importantes adelantos en materia de administración de información, como lo indica el hecho de haber incluido por primera vez en el presupuesto por programas fondos para dos proyectos: uno sobre difusión de información científico-técnica y el otro sobre información pública. Como parte del primer proyecto se organizó la Red Nacional de Información Biomédica, formada por el Centro de Documentación de la OPS y el de la Secretaría, bibliotecas universitarias y de hospitales docentes, la Asociación Médica Dominicana y el Centro Coordinador de la Red, ubicado en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Se dio apoyo a la capacitación de personal especializado y al acceso directo a las bases de datos MEDLINE y LILACS.

Con la colaboración de la OPS/OMS, la Secretaría concluyó un proyecto de extensión de la infraestructura con el BID y realizó varias actividades relacionadas con el Plan de Acción para la erradicación de la poliomiélitis, apoyada por el BID, la OPS/OMS, la AID(EUA), el Club Rotario Internacional y el UNICEF. También estableció un programa conjunto con el Comité de Agua Potable Regional, el BID, la

OPS/OMS y la GTZ e inició varios proyectos del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica con fondos del Gobierno de España y del PNUD. Su programa de control del SIDA a mediano plazo celebró una reunión de donantes y obtuvo

fondos por medio del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA y la Comunidad Económica Europea. Las actividades de planificación familiar continuaron con fondos del FNUAP y se preparó la versión preliminar de un nuevo proyecto quinquenal.

SAN KITTS Y NEVIS

La estrategia desplegada por la OPS/OMS para prestar cooperación técnica en San Kitts y Nevis durante el cuatrienio consistió en movilizar recursos de todos los programas que guardaran relación con las necesidades del país.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) colaboró para mejorar el sistema de vigilancia del SIDA y preparar un plan a mediano plazo de control, que resultó completamente financiado en una conferencia de donantes que patrocinaron la OPS y el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el UNICEF y la OPS/OMS desarrollaron un programa para combatir la persistencia de la malnutrición proteicoenergética en algunos sectores de la población. El CFNI fue el organismo ejecutor de este proyecto. Para enfrentar los problemas vinculados con la eliminación de desechos sólidos, se aprovecharon una subvención especial de la OPS/OMS y el asesoramiento técnico de la Oficina de Coordinación del Programa en el Caribe para mejorar los rellenos sanitarios de Basseterre.

También se movilizó asistencia en pro de

los programas que estaba llevando a cabo el gobierno para reducir la mortalidad infantil. Se empezó a aplicar la terapia de rehidratación oral y el PAI suministró vacunas y servicios de asesoramiento para el desarrollo de programas. La mortalidad infantil descendió y la cobertura de inmunización de los niños menores de 1 año se elevó a más de 90%.

En 1988 el país y la OPS/OMS llevaron a cabo conjuntamente la evaluación de la cooperación técnica de la Organización y una de las recomendaciones que formularon fue intensificar el proceso de planificación del sector salud. Por consiguiente, con asistencia de la OPS/OMS se preparó un anteproyecto de Plan Nacional, que será examinado por una serie de seminarios antes de que el texto final se eleve al Gabinete para su consideración y aprobación definitiva.

El desarrollo de los recursos humanos fue otra preocupación fundamental de la cooperación técnica de la OPS/OMS. Se prestó apoyo para capacitar enfermeras en la práctica de familia y se otorgaron becas que el Gobierno aprovechó para mejorar la preparación del personal de salud, incluido el que trabaja en enseñanza de enfermería.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

Juntamente con el Gobierno de San Vicente y las Granadinas se llevó a cabo en 1989 una evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS durante el cuatrienio. Esta evaluación puso de manifiesto la necesi-

dad de concentrar más definidamente dicha cooperación en los siguientes campos prioritarios: desarrollo de la infraestructura, incluidas mejoras en los sistemas de administración e información; formulación de políti-

cas realistas y apropiadas en materia de recursos humanos en salud, y fortalecimiento de los programas de educación pública para promover estilos de vida más sanos con miras a prevenir enfermedades crónicas.

A fines de 1989 se prepararon proyectos encaminados a mejorar los sistemas de administración del Ministerio de Salud, tanto en su sede como en los distritos. La política relativa a los recursos humanos se abordará en el programa de cooperación técnica en el próximo bienio.

Durante el cuatrienio, la cooperación técnica de la OPS/OMS hizo mucho hincapié en el desarrollo de los recursos humanos y gran parte de sus fondos se utilizaron para ampliar el Programa de Becas. Se terminó con sumo éxito el programa para enfermeras en práctica de familia, con base en San Vicente, pues se consideró que satisfacía las necesidades existentes en los territorios participantes en cuanto a esta categoría de trabajadora de salud.

En materia de salud materno-infantil, se amplió la cooperación ofrecida al gobierno para alcanzar las metas establecidas con respecto al Caribe y, en particular, para ampliar la cobertura de inmunización y reducir la mortalidad infantil provocada por enfermedades diarreicas. La mortalidad

infantil ha descendido y la cobertura de inmunización supera ahora 90%.

Se logró financiamiento para un plan a mediano plazo de prevención del SIDA, que se preparó con asistencia del CAREC y ya está en marcha. La OPS/OMS también prestó su ayuda para mejorar los servicios de transfusión de sangre. Respecto a salud ambiental, la cooperación técnica procuró mejorar el funcionamiento de los rellenos sanitarios y de otros servicios relacionados con la eliminación de desechos sólidos.

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el UNICEF y la OPS/OMS colaboraron para desarrollar el Programa Conjunto de Suplementación Alimentaria, que reforzó los servicios de nutrición oficiales y logró reducir la prevalencia de la malnutrición proteicoenergética.

San Vicente y las Granadinas estuvieron representadas en talleres subregionales sobre desarrollo de sistemas locales de salud y participación social. Se ejecutó y financió un proyecto de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe tendiente a fortalecer los servicios de salud de los distritos. San Vicente y las Granadinas participaron plenamente en el desarrollo de la iniciativa y se confía en que resulten beneficiadas por los proyectos subregionales que ahora se inician en salud materno-infantil y salud ambiental.

SANTA LUCIA

El interés del Ministerio de Salud, Vivienda, Trabajo, Información y Radiodifusión se desplazó de la ampliación de la cobertura de la atención primaria de salud a la mejora de la calidad de los servicios prestados. Ese nuevo punto de enfoque subrayó la importancia del sistema hospitalario para mejorar la atención. El gobierno se encargó de la restauración gradual del Hospital Victoria y de un proyecto (financiado por la OPS/OMS) para mejorar los sistemas de administración y coordinar los servicios hos-

pitalarios con el nivel primario de atención. Santa Lucía participó plenamente en los talleres subregionales del Caribe celebrados para fomentar los sistemas locales de salud y fue signataria de la Declaración de Tabago, en la que se reafirmó el compromiso con el sistema de atención primaria de salud y el desarrollo de sistemas locales de salud.

Se inició un esfuerzo por mejorar los sistemas de información del Ministerio de Salud, que incluyó la instalación de servicios de automatización de datos con la colabora-

ción de una misión técnica francesa y la OPS/OMS.

El gobierno se concentró también en la mejora de la cantidad y la calidad de los servicios de abastecimiento de agua. Con asistencia de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y el Banco Mundial se iniciaron las obras de construcción de una nueva represa en el río Roseau. Se amplió el trabajo de cooperación técnica de la OPS/OMS para evitar el recrudecimiento de la esquistosomiasis. La OPS/OMS también ayudó al gobierno a realizar proyectos destinados a prevenir la fiebre tifoidea transmitida por el agua y a mejorar la eliminación de los desechos sólidos.

El gobierno logró la cooperación de la OPS/OMS para formular una política en materia de población y establecer una unidad encargada de esta. Por medio de un proyecto financiado por el FNUAP se promovió vigorosamente la educación para la vida de familia. Como parte de la cooperación técnica en otros campos relacionados con la salud maternoinfantil se prestó asistencia técnica al gobierno para alcanzar las metas subregionales del Plan de Acción establecidas en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, eliminar la poliomielitis y erradicar el sarampión. La cobertura de inmunización con la vacuna

antipoliomielítica fue superior a 85% a fines del cuatrienio.

En una reunión de donantes organizada por la OPS y el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA se asignaron fondos propios a un plan para combatir la propagación del SIDA a mediano plazo, formulado con asistencia del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el UNICEF y la OPS/OMS también proporcionaron recursos para el establecimiento de un Programa Conjunto de Apoyo a la Nutrición en Santa Lucía en el que se abordan los problemas de malnutrición infantil y de nutrición del adulto, además de diabetes e hipertensión.

En las actividades de cooperación técnica con el gobierno se hizo hincapié en el desarrollo de recursos humanos, incluido el establecimiento de una División de Ciencias de la Salud en el Sir Arthur Lewis Community College. Se prestó apoyo al gobierno para dictar un curso destinado a funcionarios de programas de nutrición en la comunidad, mejorar las normas de enseñanza de la enfermería y ofrecer oportunidades de adiestramiento por medio del programa de becas a funcionarios nacionales que no puedan recibir el adiestramiento necesario dentro del país.

SURINAME

En los últimos cuatro años las prioridades de Suriname en materia de salud fueron dictadas fundamentalmente por una economía en grave y permanente crisis. La prestación de servicios de salud resultó profundamente afectada por el déficit de los suministros y equipos más imprescindibles.

La importante emigración de colegas obligó a muchos profesionales de salud que se habían quedado a desempeñar múltiples funciones o a que se incorporaran prematuramente en cargos administrativos para los que no estaban suficientemente preparados.

Por consiguiente, las prioridades de salud se centraron en las siguientes actividades: impedir que fuera mayor el deterioro de los servicios de salud provocado por la crisis económica; utilizar los recursos existentes más eficaz y eficientemente mediante el fortalecimiento de la infraestructura básica y el desarrollo de una cooperación intersectorial más intensa; descentralizar los servicios de salud regionales; completar o reforzar programas ya en curso; mejorar la preparación de los recursos humanos disponibles; establecer un programa nacional de control del

SIDA; determinar específicamente las enfermedades que se debían controlar, y movilizar recursos con el desarrollo de proyectos.

A pesar de las enormes dificultades experimentadas por Suriname durante este período, se alcanzaron logros fundamentales en el sector salud. Quizás el más importante haya sido el mantenimiento de las prestaciones de todo su sistema de atención. Además, el servicio regional de salud, que está a cargo de la atención primaria en la zona costera, completó su proceso de descentralización. Se llevó a cabo un plan nacional de salud como parte del plan quinquenal de desarrollo del país. Se desplegaron grandes esfuerzos para establecer un sistema de información sobre atención primaria y se estableció una División de Salud Ambiental. Otros logros fueron la provisión de cursos de capacitación en administración en todos los niveles del Ministerio de Salud, la preparación de un formulario nacional de medicamentos y el establecimiento de un programa nacional de control del SIDA. Asimismo, el gobierno prosiguió una intensa campaña de erradicación de la poliomielitis como parte del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

El sistema político y administrativo de Suriname promueve enérgicamente el enlace intersectorial en todas las esferas de actividad. Por consiguiente, la cooperación intersectorial constituye una realidad diaria en el desarrollo de los programas de salud. Por ejemplo, la División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud mantiene contacto cotidiano con el Servicio Rural de Abastecimiento de Agua del Ministerio de Recursos Naturales y Energía, con el Departamento de Medio Ambiente del Ministerio de Educación, Cultura y Medio Ambiente, y con el Ministerio de Obras Públicas.

Durante el cuatrienio, la empresa de mayor magnitud del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS consistió en fortalecer la infraestructura de los servicios de salud. Específicamente, el gobierno recurrió a la cooperación técnica de la OPS/

OMS en las siguientes esferas: descentralización de los sistemas locales de salud, que comprendió el mejoramiento de los diversos subsistemas; estudios y análisis globales del sistema de salud, incluidas su administración, planificación y programación y evaluación financiera; análisis de las necesidades de camas; estudios sobre utilización y mantenimiento de los servicios de salud y esbozo del suministro de medicamentos; desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica para el control de enfermedades; establecimiento de un sistema de información sobre atención primaria de salud basada en la comunidad; desarrollo y capacitación de los recursos humanos, incluida la enseñanza de enfermería y medicina; diseño y ejecución de medidas de salud ambiental en los campos de abastecimiento de agua, servicios sanitarios, control de vectores y control de la malaria, y mantenimiento general de todos los programas en curso.

Con respecto a las necesidades de los grupos vulnerables, el principal desafío planteado al programa de cooperación técnica de la OPS/OMS consistió en impedir el deterioro de sus servicios y cobertura. Otras preocupaciones fueron: el programa de salud materno-infantil y sus seis componentes (PAI, control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones agudas de las vías respiratorias, nutrición, salud escolar, perinatología y guarderías), el establecimiento de un programa nacional de control del SIDA y de una red de laboratorios de referencia, y el control de la lepra. A causa de las condiciones económicas, el país no pudo ampliar ni desarrollar programas especiales para muchos grupos vulnerables, como enfermos mentales, diabéticos, hipertensos, ciegos y ancianos.

Dada la situación nacional, se acentuó la necesidad de compartir y difundir al máximo la información sobre salud. Se celebraron reuniones de trabajo para divulgar información regularmente, y la Representación de la OPS/OMS en el país y el Servicio Regional de Salud adoptaron providencias para que los consultores visitantes entablaran con-

tacto con el personal nacional de salud. Se asignó una parte significativa del presupuesto del Ministerio a distribuir información técnica a los diversos administradores de programas. Se mantuvieron lazos estrechos con medios de la prensa y la televisión y se emitieron con frecuencia comuni-

cados y aclaraciones sobre temas de salud.

Durante el cuatrienio, la OPS/OMS patrocinó 70 cursos, talleres y seminarios sobre gran diversidad de temas. También contribuyó con 826 días/consultor, 586 días/funcionario y 164 meses de becas a la capacitación del personal nacional de salud.

TRINIDAD Y TABAGO

Las prioridades de salud del Gobierno de Trinidad y Tabago en el cuatrienio de 1986-1989 incluyeron: la mejora de la infraestructura de atención secundaria; la búsqueda de otras fuentes de financiamiento del sector salud; el fortalecimiento de la capacidad administrativa, con especial acento en los sistemas de información y planificación; y la capacitación del personal de salud y mejora de su distribución. También se asignó prioridad a la educación para la salud, la función de la mujer en la salud y el desarrollo, la salud materno-infantil, el control de las enfermedades crónicas y la salud ambiental. El SIDA se manifestó como un área prioritaria.

En el marco provisional de macroplanificación a mediano plazo, 1989-1995, un importante documento de política publicado en 1988, se determinó que la atención primaria era la estrategia principal para garantizar la igualdad de acceso a servicios básicos y prestar atención especial a los grupos vulnerables. Al mismo tiempo, el gobierno trató de ampliar la función del sector privado en la atención de salud con el fin de reducir su costo para el Estado.

El programa del Ministerio de Salud constó de tres iniciativas de importancia: el fortalecimiento de la infraestructura del Ministerio con descentralización simultánea de los servicios de salud, el apoyo a la infraestructura de atención secundaria y terciaria y la introducción de un plan nacional de seguro médico en el que se aborda el cre-

ciente problema del financiamiento de la atención de salud. En este último campo, el Gabinete nombró a un grupo de trabajo que recibió ayuda de otro especial.

El Ministerio de Salud solicitó la cooperación técnica de la OPS/OMS para lo relativo a desarrollo de la capacidad administrativa, infraestructura de atención secundaria y terciaria, proyectos de inversión en hospitales, búsqueda de otras fuentes de financiamiento, capacitación, educación para la salud y movilización de recursos en la comunidad, la función de la mujer en la salud y el desarrollo, preparativos para situaciones de desastre, administración del suministro de medicamentos esenciales y mantenimiento de instalaciones y equipo.

En lo relativo al fortalecimiento de la infraestructura de atención secundaria y terciaria, la colaboración de la OPS/OMS se concentró en la autorización de las obras de construcción del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, cuya primera etapa se inaugurará en 1990, y en el apoyo de los estudios de factibilidad necesarios para programas de inversión. El BID se comprometió a prestar asistencia para fases ulteriores del desarrollo de dicho Complejo.

Para la búsqueda de otras fuentes de financiamiento del sector salud, la OPS/OMS proporcionó los servicios de un consultor que deberá colaborar con un grupo de trabajo nombrado por el Gabinete en la preparación de pautas en materia de política y de una propuesta de financiamiento de un

plan nacional de seguro médico. El BID costeará la fase de iniciación.

La OPS/OMS concedió 58 becas que proporcionaron 258 meses/hombre de estudio en campos afines al de la salud. También se apoyó mucho el desarrollo de servicios de enfermería, que incluyen el fortalecimiento de la alta administración de ese campo, enfermería dental, adiestramiento en partería y capacitación en servicio para enfermeras de la comunidad. Se determinó que la formación dentro del país era la forma más eficaz en función del costo, dada la vasta experiencia práctica existente y la disponibilidad de una dependencia de la Universidad de las Indias Occidentales y de una institución de estudios superiores.

Como actividad relacionada con la capacitación, la OPS/OMS colaboró en el establecimiento de un centro de documentación y la preparación de un boletín ("DOCINFO"), que fue publicado por primera vez en 1989. También realizó una evaluación de la Unidad de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud y costeoó un estudio sobre los factores que predisponen a las enfermedades crónicas y el estilo de vida que influye en su desarrollo.

Para recalcar la prioridad dada por el gobierno nacional a la función de la mujer en la salud y el desarrollo, la OPS/OMS aumentó el apoyo en ese campo y concentró sus esfuerzos en organizaciones públicas y privadas. En 1988 se celebró en Puerto España un seminario subregional sobre ese tema y en 1989 el gobierno realizó un análisis de la situación de salud de la mujer.

El Ministerio emprendió también actividades nacionales y locales de planificación de preparativos para situaciones de desastre con la cooperación de la OPS/OMS, incluso tratamiento de víctimas en masa en los hospitales. Se preparó un plan nacional de salud para situaciones de desastre incluido en el plan general del Organismo Nacional de Administración de Emergencia, cuyo ensayo y publicación están pendientes todavía.

Se prestó apoyo a la administración de la tecnología médica, bajo la orientación del

programa regional de la OPS/OMS. Como paso inicial, en 1988 se adjudicó un contrato a la Compañía Nacional de Administración de Hospitales para la preparación de programas lógicos para sistemas de información sobre dispositivos médicos. En 1989, en un taller subregional se formularon pautas para su empleo en el Caribe, conducentes a la preparación de una propuesta para un proyecto en la que se solicitaron fondos al CIID para ponerlas en práctica en tres países, incluido Trinidad y Tabago.

En la revisión conjunta de las actividades de cooperación técnica de la Organización hecha por las autoridades del país y la OPS/OMS en 1989, el gobierno determinó que la administración y el mantenimiento de bienes, instalaciones y equipo eran asuntos prioritarios y la OPS/OMS se comprometió a ayudar a preparar un inventario exhaustivo de equipo y dispositivos médicos en los hospitales y centros de salud.

En materia de desarrollo de programas de salud para grupos vulnerables, la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró sobre todo en salud ambiental, salud materno-infantil, nutrición, control del SIDA y de las enfermedades crónicas, prevención del uso indebido de drogas y salud mental.

Como apoyo al programa de salud ambiental en Trinidad y Tabago, la OPS/OMS prestó asistencia para mejorar la calidad del agua potable y la detección de escapes, la erradicación del *Aedes aegypti* y la vigilancia de la malaria. También apoyó la capacidad nacional para practicar exámenes de toxicidad, el programa de capacitación en ingeniería de salud pública, el establecimiento de indicadores preliminares de desempeño de los programas nacionales de higiene de los alimentos, las medidas de seguridad de las sustancias químicas y el manejo de materiales tóxicos y peligrosos, y el adiestramiento del personal de salud y agricultura en el uso inocuo de plaguicidas.

En el campo de la salud materno-infantil, la asistencia prestada al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) fue la más completa y comprendió adiestramiento en administra-

ción de programas, planificación de metas, supervisión, fortalecimiento de la logística relativa a la cadena de frío y garantía de la continuidad de existencias de vacunas por medio del Fondo Rotatorio pertinente administrado por la OPS/OMS. Hubo una acentuada disminución de la tasa de morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación y en 1989 se había erradicado la poliomieltis casi por completo. El grado de cobertura con las vacunas contra el sarampión y la rubéola fue inferior al proporcionado con otras vacunas objeto del PAI, pero esos programas se fortalecieron para alcanzar las metas subregionales de erradicación del sarampión hacia 1995. El programa de control de las enfermedades diarreicas recibió apoyo para la revisión de sus actividades y el adiestramiento en prácticas de supervisión. Después de un proyecto de investigación sobre mortalidad y morbilidad infantil realizado en Caroni en 1986-1987, se realizó un estudio nacional sobre el mismo tema financiado por la OPS/OMS y el UNICEF dentro del marco de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.

Con la asistencia del CFNI, se dio apoyo a los servicios nacionales de nutrición por medio de los servicios de salud comunitarios, incluso los de organizaciones no gubernamentales, en servicios dietéticos institucionales, por medio de adiestramiento en servicio y en instituciones educativas; y, por último, con encuestas, investigaciones y pro-

visión directa de servicios especializados de formulación de política. Se ofreció la colaboración técnica del CFNI y de la OPS para la formulación de una política de alimentación y nutrición, adoptada por el Gabinete en 1989.

El país tiene uno de los más altos números de casos registrados de SIDA de la subregión, con más de 500 casos notificados al final del cuatrienio; el número de casos registrados en mujeres y ocasionados por transmisión perinatal va en aumento. Un Comité Nacional del SIDA administra el programa que se ocupa de la propagación de la enfermedad. El CAREC apoyó la prestación de servicios de laboratorio y el programa de exámenes de detección; colaboró en un estudio de conocimientos, actitud y prácticas financiado por la Comunidad Económica Europea, y ayudó a realizar una campaña de educación pública.

Las enfermedades crónicas fueron las principales causas de morbilidad y mortalidad de los adultos. La prevención del cáncer de cuello uterino, el cáncer más frecuente en la mujer, se efectuó por medio de un proyecto preparado conjuntamente con el Hospital La Meynard de Martinica, en el que se enseñará a citotecnólogos a leer los resultados del frotis de Papanicolaou. Se empleó una subvención de la OPS/OMS por un monto de \$US40 000 para un proyecto piloto de exámenes de detección del cáncer en el condado central de St. George.

CENTROAMERICA

PLAN DE NECESIDADES PRIORITARIAS DE SALUD EN CENTROAMERICA

La Organización Panamericana de la Salud y los Ministros de Salud de la subregión de Centroamérica instituyeron en 1984 el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica. El propósito de la iniciativa

fue unir los recursos y estimular la cooperación entre los siete países vecinos —Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá— para abordar problemas de salud críticos y compartidos. Al

proceder de ese modo se confiaba en que el consenso que existe sobre los problemas de salud y los progresos que se lograsen en el sector salud servirían de catalizador de otras actividades de cooperación y, en consecuencia, reforzarían los intentos de conseguir la paz en el área desgarrada por la guerra.

En 1989 la iniciativa centroamericana —la primera de las cuatro empresas subregionales puestas en marcha por la OPS/OMS— había logrado notables progresos al abordar con los recursos de los países participantes una serie de problemas de salud comunes y obtener, en ciertos casos, resultados innegables. Los gobiernos de los países del Istmo Centroamericano, que representaban muy diversos sistemas políticos, participaron en forma decidida en sostenidas actividades de cooperación que abarcaron el debate, la planificación y la ejecución de proyectos clave de prevención en salud.

En cada país, los ministros de salud y los directores de instituciones de seguridad social decidieron establecer una mayor coordinación entre las instituciones del sector y acordaron en conjunto aumentar la cobertura y proporcionar servicios a los grupos de alto riesgo. Juntos dieron comienzo a la Reunión Especial del Sector Salud de Centro América, que se celebra todos los años desde 1985, en reemplazo de las reuniones exclusivas de los ministros de salud que se realizaban anteriormente.

Las naciones centroamericanas y la Organización Panamericana de la Salud también cumplieron otro objetivo fundamental del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud: movilizar asistencia financiera de fuera de la Región para posibilitar la realización de proyectos críticos que carecían de suficiente financiamiento nacional. A fines del cuatrienio, más de 25 organismos y organizaciones habían prestado su apoyo técnico y financiero a la iniciativa. Figuran entre ellos la Comunidad Económica Europea (CEE) y los gobiernos de Bélgica, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Italia, Japón, Noruega, Países Bajos, República Federal de Alemania,

Suecia y Suiza, así como organismos tales como el UNICEF, el BID, el Banco Mundial, la OEA, el FNUAP y el PNUD.

El Gobierno de España, que había respaldado la iniciativa subregional desde el principio auspiciando una conferencia para inaugurarla en 1985, patrocinó tres años después, en Madrid, la II Conferencia "Salud, un Puente para la Paz". En la conferencia de 1988, los ministros de salud de Centroamérica y asesores técnicos de la OPS/OMS presentaron informes sobre la marcha de los trabajos y propuestas de proyectos de salud a mediano plazo a funcionarios de la comunidad internacional.

Con la colaboración de la OPS/OMS, los países centroamericanos estudiaron la situación de los proyectos prioritarios y presentaron un análisis de los progresos alcanzados a la V Reunión Especial del Sector Salud de Centro América que se celebró en agosto de 1989. La coordinación del estudio de cada una de las áreas prioritarias quedó a cargo de un país determinado, a saber: Costa Rica, fortalecimiento de los servicios de salud; El Salvador, alimentación y nutrición; Guatemala, formación de recursos humanos; Honduras, medicamentos esenciales; Nicaragua, control de enfermedades tropicales, y Panamá, supervivencia infantil. El Comité de Agua Potable para la Región (CAPRE) colaboró en la preparación de un informe sobre agua y saneamiento.

En el ámbito del fortalecimiento de los servicios de salud, el estudio permitió comprobar que se habían logrado avances importantes en el intento de extender los servicios a grupos sin acceso a sus beneficios, mediante el desarrollo inicial de los sistemas locales de salud. Aunque han mejorado los servicios destinados a las personas refugiadas y desplazadas por la guerra, estos grupos no disponen todavía de plena cobertura.

El estudio demostró asimismo que había aumentado la capacidad operativa y que los recursos se utilizaban con mayor eficiencia coordinando los proyectos que emprendían los ministerios de salud y los sistemas de seguridad social. Los logros principales en

este campo se relacionaron con proyectos conjuntos encaminados a establecer sistemas locales de salud y brindar apoyo a las redes de control en epidemiología, nutrición, supervivencia infantil y medicamentos esenciales. Sin embargo, se reconoce la insuficiente infraestructura y la existencia de grandes necesidades para proveer cobertura a la población, principalmente a los grupos de mayor riesgo.

Los sectores nacionales de salud lograron avances en cuanto a la reforma de los procedimientos de compra y distribución de suministros críticos con arreglo a la estrategia de descentralización administrativa. Los respectivos ministerios prepararon listas de los equipos fundamentales que se necesitarían a largo plazo y elaboraron procedimientos para efectuar sistemáticamente el inventario y el mantenimiento de equipos y piezas de repuesto. Para dar apoyo a estas actividades se inició un proyecto especial con fondos del Reino de los Países Bajos.

Se realizaron progresos en el establecimiento de normas subregionales para la prestación de servicios de atención primaria a las mujeres, los niños y los ancianos. Los países también realizaron esfuerzos por elaborar procedimientos uniformes respecto al SIDA en materia de vigilancia, detección de casos, exámenes de sangre y tratamiento. Costa Rica y Honduras establecieron con Nicaragua acuerdos bilaterales para controlar la propagación de la malaria en las zonas fronterizas de esos países.

En distintos proyectos, como el de control de enfermedades tropicales, supervivencia infantil, mantenimiento de equipos y medicamentos esenciales se incluyó un componente de desarrollo de recursos humanos a fin de adiestrar al personal requerido para su ejecución. Sin embargo, el estudio puso de relieve la existencia de lagunas y la necesidad de seguir trabajando para alcanzar el principal objetivo del Plan subregional: la capacitación de profesionales de salud en todas las disciplinas requeridas para garantizar la prestación de servicios integrales de atención primaria a grupos de población prioritarios. A

fin del cuatrienio se obtuvieron recursos del Gobierno de Dinamarca para apoyar el área de desarrollo de recursos humanos y el PASCAP.

Los programas nacionales sobre medicamentos esenciales han constituido en Centroamérica un tema de preocupación continua al que reiteradamente se ha asignado prioridad, pues muchas personas siguen sin tener acceso a los medicamentos básicos que necesitan. En una reunión celebrada en Panamá en 1989, los representantes de los sectores de salud aprobaron una resolución en cuyo texto se solicita que rápidamente se dicten normas y leyes para poner término a la situación. Reconocieron asimismo que la limitada cobertura y deficiente organización de los servicios de salud, al igual que la falta de personal capacitado, son factores de peso que restringirían la disponibilidad de medicamentos aunque se lograra aumentar la capacidad nacional de producirlos. Los gobiernos de Estados Unidos de América, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia patrocinan proyectos subregionales que proporcionarán a los gobiernos de Centroamérica la cooperación técnica necesaria para formar los recursos organizativos y humanos capaces de satisfacer las necesidades determinadas en el estudio. Las metas de los proyectos serán: establecer comités nacionales intersectoriales que fijen normas en materia de medicamentos y producción de fármacos; implantar modernos servicios farmacéuticos en hospitales y centros de salud; mejorar la infraestructura física de las farmacias y las instalaciones destinadas al almacenamiento en sitios especialmente seleccionados; intensificar la reglamentación y el control de calidad de los fármacos; producir en la subregión los medicamentos esenciales posibles; garantizar el cumplimiento de las normas de fabricación establecidas por la OMS, y proporcionar información actualizada sobre estos productos.

En el campo de la alimentación y nutrición, el estudio de las actividades del sector salud puso de manifiesto que había que

exhortar a los gobiernos a que adoptaran gradualmente medidas encaminadas a aumentar la cantidad de alimentos disponibles para los grupos de menores ingresos, tal como la asignación de una parte mayor de la producción agrícola al consumo interno. Simultáneamente, los sectores de salud resolvieron ampliar sus propios programas para controlar las deficiencias nutricionales originadas en la ingesta insuficiente de vitamina A, yodo, hierro y fluoruros. En estas actividades, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) ha seguido prestando una colaboración fundamental en la subregión.

La malaria es la enfermedad tropical que más preocupación causa en los países de Centroamérica, y aunque su transmisión había disminuido en la primera parte del cuatrienio, en 1988 iba otra vez en aumento. Es difícil controlar la enfermedad por diversas razones. Entre las más importantes cabe mencionar el peligro a que está expuesto el personal encargado del control de vectores en algunas zonas limítrofes ocupadas por fuerzas combatientes en el período considerado, el desplazamiento a través de las fronteras de personas infectadas con la enfermedad y de otras sanas que ingresan en regiones maláricas, el desarrollo de resistencia a los insecticidas entre los mosquitos anofelinos y la escasa capacidad de vigilancia epidemiológica. A fines del cuatrienio se encontraban adelantados los estudios de factibilidad de proyectos específicos solicitados por los países al Banco Interamericano de Desarrollo.

Los gobiernos de América Central continuaron haciendo mucho hincapié en la mejora de la protección a la madre y al niño y en reducir la mortalidad infantil. Entre las intervenciones fundamentales están las destinadas a ampliar la cobertura de inmunización contra las enfermedades prevenibles por

vacunación y a garantizar la práctica de la terapia de rehidratación oral en niños que padecen de enfermedades diarreicas.

Durante el cuatrienio, la OPS/OMS y el UNICEF, con apoyo financiero de la CEE y de los gobiernos de Estados Unidos e Italia lograron establecer la totalidad de los centros de educación originalmente planeados en esta área y desarrollar el programa propuesto. Además, todos los países participantes en el Plan utilizan los Módulos de Tratamiento y Normas de Atención Pediátrica que se introdujeron durante el cuatrienio.

En el campo del agua y saneamiento, el personal del CAPRE y de la Representación de la OPS/OMS en Honduras notificó que la cobertura de agua potable y saneamiento había aumentado entre 1984 y 1988, aunque el crecimiento demográfico haya sido su contrapartida. El estudio sobre la calidad del agua señaló que esta suele purificarse en las zonas urbanas de 100 000 o más habitantes, pero que generalmente no se trata en las zonas rurales. Otro tema de preocupación es la contaminación no verificada del agua por fertilizantes, plaguicidas y desperdicios industriales, y también por la eliminación antihigiénica de aguas servidas y desechos sólidos.

En general, se considera que el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica resultó un éxito al demostrar las enormes posibilidades que tiene la cooperación subregional en campos de interés común. La labor concertada de las autoridades de salud de estos siete países demostró que la salud puede constituir de verdad un "puente" para la paz y el desarrollo subregional, y que los esfuerzos realizados en el sector salud han contribuido a los avances logrados en otras áreas, principalmente a nivel político, para mayor entendimiento y solidaridad en la subregión.

BELICE

Durante el cuatrienio de 1986 a 1989, el Gobierno de Belice, que se independizó en 1981, consolidó la transición a la administración pública por parte de sus propios ciudadanos. En el sector salud, ese proceso entrañó el estudio de las condiciones del sistema de servicios de salud del país y la responsabilidad del proceso de planificación. Como parte del plan nacional de desarrollo se preparó el plan quinquenal de salud para 1989-1994.

El motivo principal de preocupación para las autoridades de salud, que constituyó también un factor limitante de la eficacia de ese sector, fue la continua escasez de profesionales de salud pública y especialistas clínicos especializados para la dotación de proyectos y unidades de tratamiento. Muchos de esos profesionales, sobre todo las enfermeras, emigraron en busca de trabajo una vez formados.

Pese a la escasez de personal, los indicadores de salud se mantuvieron buenos. A fines del cuatrienio, la mortalidad infantil era aproximadamente de 20 por cada 1000 niños nacidos vivos, la cobertura de inmunización contra las enfermedades de la infancia prevenibles por vacunación había alcanzado 80% y la malnutrición era rara. El perfil de salud favorable puede atribuirse en gran parte al reducido tamaño de la población (menos de 200 000 habitantes) y al hecho de que no se produjo una rápida urbanización, con su consiguiente carga para los servicios. La mayoría de la población vive en comunidades agrícolas rurales. La malaria, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual fueron los principales problemas de salud detectados por los servicios de tratamiento y atención preventiva entre grupos de bajos ingresos. Por falta de personal idóneo en las localidades, el programa de con-

trol de la malaria tuvo menos éxito de lo previsto.

El adiestramiento de personal de salud fue una prioridad para el Ministerio de Salud, y la OPS/OMS prestó su apoyo ofreciéndole la oportunidad de recibir becas de estudio en el exterior y establecer y ejecutar programas intensivos de capacitación a corto plazo en el país. Varios inspectores de salud pública recibieron adiestramiento por medio del programa de becas.

Las investigaciones epidemiológicas sobre los problemas de salud más urgentes y las intervenciones que se necesitan recibieron especial atención del gobierno. Esas investigaciones serán el centro de actividad en el próximo cuatrienio, una vez que se haya adiestrado a un número suficiente de investigadores.

El Ministerio de Salud adelantó mucho en sus esfuerzos por vigilar y prevenir la transmisión del SIDA que, según se ha podido comprobar, hasta ahora no se ha propagado entre la población local. También planeó la construcción de un nuevo hospital en la capital, obra para la cual obtuvo los fondos necesarios.

A comienzos del cuatrienio el gobierno asignó la responsabilidad en materia de salud ambiental al Ministerio de Recursos Naturales. Como resultado, los proyectos en ese campo se coordinaron junto con el Ministerio de Salud.

Belice es el único país de habla inglesa que participa en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica. La Comunidad Económica Europea, el CAREC, el CFNI, el INCAP, el PASCAP, el UNICEF, la AID(EUA) y otros organismos prestaron apoyo técnico y financiero a proyectos de salud realizados por Belice con sus vecinos centroamericanos.

COSTA RICA

La estabilidad de la economía y del clima político en Costa Rica han permitido la firme evolución y la institucionalización de la política de salud en los últimos cuarenta años. Esa política —enfocada a lograr el acceso universal a los servicios de salud— ha sido coherente con la orientación del país dirigida al desarrollo social y al crecimiento económico.

Costa Rica consiguió implantar efectivamente nuevas e importantes estrategias durante el último cuatrienio, mediante el establecimiento de vigorosos sistemas de servicios para las comunidades y las familias. Su empeño en destinar recursos a grupos y problemas prioritarios produjo un marcado mejoramiento de los principales indicadores de salud, tendencia que se aceleró en el decenio de 1970 y que continúa hasta el presente. De 1986 a 1988 la mortalidad infantil descendió de 17,76 a 14,67 por 1000 nacidos vivos. En 1988, la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años fue de 8,48 por 10 000, y de 3,8 por 1000 para la población general. En ese mismo año, la esperanza de vida al nacer fue de 74,7 años.

La cobertura de vacunación contra enfermedades prevenibles por vacunación alcanzó niveles elevados; datos provisionales correspondientes a 1988 indicaron que era de 86% para la vacuna oral contra la poliomielitis, de 87% para la DPT, de 97% para la antiserampionosa y de 87% para la BCG.

La incidencia de la desnutrición, de las enfermedades prevenibles por vacunación, de la deshidratación por enfermedad diarreica aguda, de las infecciones respiratorias agudas y de las parasitosis graves disminuyó notablemente.

Como consecuencia de la baja mortalidad general y del aumento de la esperanza de vida se produjo el envejecimiento gradual de la población, con el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como de otros trastornos propios

de la ancianidad. La casi desaparición de la desnutrición grave se acompaña de los problemas provocados por los malos hábitos alimentarios, por lo que las autoridades de salud consideran ahora que los programas de nutrición preventivos constituyen una prioridad nacional.

El saneamiento ambiental es también un tema de preocupación, y ha merecido especial atención, lográndose coberturas de 93% de la población para el agua potable y de 94,8% para la disposición sanitaria de excreta. Sin embargo, los problemas causados por la contaminación, los desechos sólidos y la agresión al ambiente natural se tornan cada vez más frecuentes, por lo que se le dará la más alta prioridad a la salud ambiental.

Durante el cuatrienio, Costa Rica estableció el marco de su política de salud en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de 1986–1990, que considera que el mejoramiento de las condiciones de salud es parte integral del desarrollo global. Durante la Reunión de Análisis de la Cooperación de la OPS/OMS a Costa Rica se analizó la validez de esta política, la coherencia de los programas nacionales con la misma y la relevancia del apoyo de la Organización a dichos programas. Este ejercicio, junto con el primer Foro sobre Salud y Desarrollo, constituyeron importantes hitos para el análisis y la reflexión sobre el desarrollo de la salud en el país.

La política de salud para el período 1986–1990 se orienta a garantizar el acceso a los servicios de salud a todas las personas, sin restricciones y con equidad. Se propone reducir la brecha social logrando el máximo bienestar físico y mental posible de los habitantes por medio de la disminución de la mortalidad infantil, la erradicación de factores de riesgo predisponentes, la reducción de las defunciones prematuras evitables y la recuperación y rehabilitación de los enfermos y discapacitados.

Se definió el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como las funciones de cada uno de sus organismos, con miras a satisfacer las metas antes señaladas. El SNS incluye todos los programas de salud del país dentro de una sola orientación política y hace hincapié en proyectos seleccionados de conformidad con las metas de desarrollo. Específicamente, pretende aumentar el acceso a servicios y programas de prevención de salud en las regiones menos desarrolladas del país y descentralizar recursos otorgando mayor autonomía administrativa a los servicios locales.

En consecuencia se fijó como objetivo a mediano plazo la consolidación del SNS, y con ese propósito se promovió la programación conjunta a nivel local y regional entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y las comunidades. Este proceso ya se extendió a todo el territorio nacional y se acompaña de medidas tendientes a la descentralización técnico-administrativa de ambas instituciones.

Se estimuló el desarrollo de nuevos modelos de atención, tales como las cooperativas médicas y medicina familiar, buscando mayor eficiencia, eficacia y participación social en la atención ambulatoria.

Mediante la programación local conjunta entre las instituciones del sector y la comunidad, tales modelos se están articulando y perfeccionando en todo el país y, una vez plenamente establecidos, conformarán 56 sistemas locales de salud (SILOS). El desarrollo institucional, de recursos humanos, de participación social y de infraestructura física requerirá de fondos externos que se están negociando con el BID, con el apoyo de la OPS/OMS.

Se han dedicado importantes esfuerzos a la revisión del sistema de información para la toma de decisiones en los SILOS, al desarrollo de recursos humanos y a la utilización y evaluación de tecnología orientada a la resolución de problemas prioritarios.

El Ministerio de Salud y la CCSS han aunado recursos para brindar especial atención a los cantones menos protegidos por

medio de programas orientados a revertir la actual situación de postergación.

En un intento por identificar los factores de riesgo predisponentes de los problemas de salud prioritarios, para adoptar las consiguientes medidas de prevención, el Ministerio de Salud se vinculó con otros sectores cuyos servicios tienen repercusiones en la salud. Colaboró así con otros ministerios, universidades, organismos especializados y grupos privados en un análisis global del abastecimiento de agua potable, servicios de saneamiento, control de la contaminación, higiene de los alimentos, salud ocupacional, control de las zoonosis y evaluación de las repercusiones en el medio ambiente de los principales proyectos de desarrollo.

La consolidación de los sistemas locales de salud exige programas de capacitación intensiva y masiva. Con ese propósito, la Universidad de Costa Rica, con la colaboración del PASCAP, estableció un programa de educación continua junto con el sector salud por medio de módulos de autoenseñanza. En una primera etapa, la capacitación se centró en la formación de administradores para los SILOS y en la capacitación de los Consejos Técnicos para garantizar la participación de las comunidades en la elaboración y evaluación de la programación local.

El programa de capacitación de Costa Rica en mantenimiento de equipo y ahorro de energía atrajo a estudiantes de otros países de la subregión centroamericana.

El programa de salud materno-infantil ha mantenido la más alta prioridad, y sus actividades se han centrado en la actualización normativa y en el desarrollo de la perinatología. Por su parte, el programa de salud del adulto y de enfermedades crónicas ha adoptado el enfoque de riesgo multisectorial como su estrategia principal.

La nutrición de grupos específicos de población sigue siendo una actividad importante del Ministerio y, con apoyo del INCAP, se profundizaron los trabajos relacionados con la nutrición preventiva.

En 1989, el programa de preparativos

para casos de desastre se desarrolló de modo significativo. En todo el país brindó capacitación a personal de salud pública y preparó planes de emergencia para determinados hospitales que fueron objeto de evaluación y considerados esenciales para responder ante desastres de gran magnitud. La colaboración con la CCSS, la Comisión Nacional de Emergencia, los Ministerios de Educación, Gobernación y Relaciones Exteriores, la

Cruz Roja, el Colegio de Periodistas, la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional de Educación a Distancia fue fundamental para la institucionalización de ese tipo de preparativos nacionales.

En el plano subregional, Costa Rica participó activamente en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica, cuyos objetivos políticos y técnicos son consecuentes con los del país.

EL SALVADOR

A causa de la violencia persistente, que se agudizó en el último trimestre de 1989, El Salvador sufrió un deterioro económico y social que obstaculizó los programas del sector público. Las actividades de cooperación en el sector salud también encontraron dificultades por la incertidumbre reinante en los días anteriores a la elección presidencial de marzo de 1989 y durante esta. El cambio de autoridades nacionales ocurrido el 1 de junio entrañó fundamentales modificaciones de la política y las prioridades en materia de salud.

Se sometieron a revisión los campos en los que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se había concentrado antes, que incluían desarrollo de los sistemas locales de salud, programas integrados de salud, coordinación intersectorial y participación de la comunidad. El Ministerio sustituyó también a los jefes de división y de departamento de las dependencias centrales, a los directores regionales y a los jefes de los establecimientos de atención de salud.

A causa de la inestabilidad, solo se lograron adelantos parciales en los campos de trabajo designados como prioritarios. Los indicadores de salud no cambiaron en forma tan favorable como se había previsto, pese a los esfuerzos del Ministerio de Salud y a un gran apoyo externo. No obstante, la morbilidad por malaria siguió reduciéndose, como ha sido el caso desde 1983, como resultado

de la estrategia conjunta de intervención centrada en el control de vectores y la quimioprofilaxis. El aumento de la cobertura de vacunación, a pesar de los riesgos a que está expuesto el personal de salud que trabaja en las zonas de guerra, también representó un importante logro. Se redujo la incidencia de poliomiélitis y, ya a fines de 1989, se dejaron de detectar casos causados por el poliovirus salvaje.

En el segundo semestre de 1989, la OPS/OMS apoyó a las autoridades del Ministerio de Salud ayudando a definir las prioridades nacionales que se emitieron con el nombre de "Políticas de salud, 1990-1994". Esas prioridades se basaron en lineamientos formulados en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.

En mayo de 1989 concluyó un curso de 18 meses sobre administración de salud de alto nivel, dictado como parte del proyecto de desarrollo de la capacidad administrativa. Entretanto, la estrategia para incorporar la educación en ciencias de la salud al servicio en campos afines se puso en práctica por medio de acuerdos entre el Ministerio de Salud y la Universidad de El Salvador, que colaboraron para modificar el plan de estudios regular.

En 1989 se consolidaron las relaciones entre el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y la OPS/OMS apoyó sus programas conjuntos en

campos tales como la compra de medicamentos, la formación de recursos humanos y el mantenimiento de instalaciones.

El proyecto para reestructurar la prestación de servicios de atención primaria, financiado con una subvención del Reino de los Países Bajos, comenzó a ejecutarse y sigue en marcha. El Gobierno de Italia, el Reino de los Países Bajos, el PNUD, la OIT, la Oficina del ACNUR, el FNUAP, la AID(EUA), el INCAP y el PASCAP prestaron su coopera-

ción a los proyectos de desarrollo social. El Ministerio de Salud siguió desplegando esfuerzos por integrar la cooperación externa en el sector salud y determinó que la OPS/OMS debería ser el organismo coordinador.

A causa del estado de emergencia del país a fines de 1989, se evacuó a todos los funcionarios de los organismos del sistema de las Naciones Unidas, incluso a los de la OPS/OMS, por orden del Secretario General.

GUATEMALA

Aunque la economía de Guatemala permaneció relativamente estable, su crecimiento fue lento en el curso del cuatrienio. Una gran parte de sus habitantes—inclusive más de la mitad de los que viven en el campo, que constituyen la mayoría de la población—no ganaron lo suficiente para pagar por los alimentos básicos. La desnutrición y las enfermedades diarreicas, junto con las enfermedades infecciosas y parasitarias, constituyeron las causas principales de morbilidad y mortalidad.

El Programa de Reorganización Nacional de 1987-1988, que proporcionó el marco para la política de salud del país durante el cuatrienio, tenía la meta de dar acceso equitativo a los servicios de salud y expresaba el compromiso del gobierno de pagar su "deuda social" acumulada invirtiendo en educación, salud y vivienda. El programa de salud del gobierno se vio influido por una serie de modificaciones en la política nacional, que incluyeron la aprobación de una nueva Constitución en 1985 y un cambio de gobierno en 1986.

El plan político de las nuevas autoridades se propuso consolidar la democracia en Guatemala mediante el establecimiento de un sistema pluralista basado en la descentralización del gobierno, de conformidad con

lo estipulado en la nueva Constitución. La legislación pertinente estableció un plan de desarrollo económico por regiones encaminado a fortalecer los sistemas locales de salud y promover la participación social. En cada región se designó un director de salud, quien se incorporaba como miembro en el consejo de desarrollo regional. Estas medidas ayudaron al sector salud en su intento de transformar el sistema nacional de salud en un servicio de atención primaria basado en la comunidad, que alcance aun las zonas rurales menos atendidas.

Con el reemplazo del modelo curativo por el preventivo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se propuso como objetivos reducir la mortalidad maternoinfantil, erradicar la transmisión del poliovirus salvaje, reducir la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación y ampliar el acceso de la población rural al agua potable y a los medicamentos esenciales.

La cobertura del PAI aumentó notablemente hacia 1989, no mucho después de haberse adoptado como estrategia la institución de jornadas nacionales de vacunación. Actualmente la cobertura llega a 60%; sin embargo, como consecuencia de la baja cobertura que alcanzó durante el decenio la vacunación antisarampionosa, un brote de

sarampión llegó a su punto máximo a fines de 1989. La cooperación de la OPS/OMS fue decisiva para el análisis epidemiológico que condujo a la adopción de estrategias para controlar el brote y para la entrega de vacunas a los dos días de haberlas solicitado el gobierno.

En general, el período se caracterizó por un avance lento y gradual a medida que se aplicaba el criterio de atención primaria a la formulación, ejecución y evaluación de los programas prioritarios de salud. Se hizo hincapié en la capacitación de personal de salud en métodos de atención primaria en reemplazo del enfoque tradicional, que giraba alrededor del hospital.

El desarrollo de la infraestructura de salud se cimentó en el mandato constitucional de descentralizar los procedimientos administrativos del gobierno. El plan correspondiente de desarrollo institucional reorganizó el Ministerio de Salud y se concentró en el fortalecimiento de los servicios locales.

A fin de crear servicios locales fuertes, el Ministerio incorporó a voluntarios y trabajadores comunitarios en sus proyectos, promovió campañas de salud y forjó lazos con los trabajadores "informales" del sector, como las parteras, a quienes enseñó prácticas de alumbramiento modernas y más seguras.

El Ministerio suscribió un acuerdo con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para que cooperara en la estrategia de atención primaria. El Instituto amplió la cobertura de sus programas de salud, incluidas las actividades de prevención, para que llegaran a grupos de población más grandes. El Ministerio de Educación colaboró con el Ministerio de Salud en el diseño y la ejecución de proyectos de educación de la comunidad en actividades de prevención de enfermedades. Diversas organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la atención de salud llevaron a cabo junto con el

Ministerio actividades de capacitación a nivel local.

El Ministerio de Agricultura suscribió en 1986 un acuerdo con el Ministerio de Salud para establecer formas de colaboración en el campo de la salud veterinaria. El control de la rabia urbana y el mejoramiento de las prácticas de inspección de la carne fueron sus principales proyectos conjuntos. El relativo al control de la rabia recibió el apoyo de una campaña de información pública promovida por el Ministerio de Educación y la Universidad Nacional de San Carlos, que integraban una comisión también formada por los Ministerios de Agricultura y Salud. La incidencia de la rabia comenzó a declinar como resultado del esfuerzo conjunto y la creciente disponibilidad de vacunas derivada de una mayor capacidad de la producción nacional. Los Ministerios de Salud y Agricultura colaboraron asimismo en la reducción de otro importante riesgo de salud en el país: la utilización y eliminación inadecuadas de plaguicidas.

Todos los organismos nacionales que realizan actividades de salud participaron en la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA. Aunque hasta la fecha se han confirmado relativamente pocos casos de esta enfermedad en el país, el propósito de la Comisión es ocuparse de asuntos de interés común para todos los organismos de atención de salud; los principales son: garantizar que el abastecimiento de los bancos de sangre reúna condiciones de seguridad mediante la provisión de servicios de laboratorio apropiados y establecer protocolos para el tratamiento de pacientes de SIDA.

En materia de investigación e información sobre salud pública, el gobierno adoptó medidas para crear un Instituto Nacional de Salud cuyo propósito será promover y fortalecer la capacidad de análisis nacional de la problemática de salud, la investigación y el desarrollo de recursos técnicos de alto nivel.

HONDURAS

El clima político y económico que vivió Honduras durante el cuatrienio estuvo marcado por la incertidumbre, en gran parte originada en los conflictos existentes en sus países vecinos, El Salvador y Nicaragua. Los recursos nacionales de las correspondientes zonas fronterizas se vieron afectados por el influjo de las personas desplazadas y refugiadas.

En 1987, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social instó a todos los organismos y organizaciones del extranjero que apoyaban los proyectos de salud de Honduras a unir sus fuerzas para ayudar a definir una política básica y elaborar un plan de salud integral. En una reunión de consulta, esos organismos —que comprendían la OPS/OMS, el UNICEF, la AID(EUA), el PNUD, junto con el Gobierno de España, y el proyecto Hope— cooperaron con el país en la determinación de los principales problemas de salud y los clasificaron de conformidad con la frecuencia con que se manifestaban en cada una de las ocho regiones de salud. En esa oportunidad, el gobierno delineó las estrategias para hacer frente a los problemas prioritarios (riesgos de salud materno-infantil, insuficiente cobertura de inmunización, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades transmitidas por vectores, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, rabia, epilepsia, alcoholismo y toxicomanía) en los planos nacional, regional y local.

El gobierno decidió que se debía revisar el Plan Nacional de Salud para que brindara servicios a los grupos de mayor riesgo: los pobres rurales y urbanos con limitado acceso a la atención de salud. Con ese fin, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social concentró sus esfuerzos en mejorar su funcionamiento y sus sistemas de administración y en restablecer servicios críticos de la red nacional con arreglo a las necesidades prioritarias detectadas en cada región de salud.

En cuatro de las ocho regiones, el nuevo enfoque integral produjo notables resultados y aumentó especialmente la eficacia y la equidad de los servicios. En Villanueva, por ejemplo, el Ministerio de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y las autoridades locales lograron la plena integración funcional de sus respectivos servicios de salud por vez primera en la historia del país. El éxito logrado por sus esfuerzos indujo a otras regiones a adoptar modelos similares.

Mientras estas reformas se ensayaban y se implantaban, continuaron en marcha los habituales programas de prevención. Con la campaña para reforzar el Programa Ampliado de Inmunización y erradicar la transmisión del poliovirus salvaje se obtuvo la máxima cobertura de vacunación jamás alcanzada en el país. La campaña del Ministerio contó con la asistencia de la OPS/OMS y, además, con el respaldo de la AID(EUA), el UNICEF, el Club Rotario Internacional y el BID.

También se lograron tasas récord de cobertura de vacunación en la campaña contra la rabia urbana, un proyecto que canalizó la OPS y recibió fondos y apoyo material de la Comunidad Económica Europea y de las instituciones francesas BIOFORCE y Fundación Mérieux.

Asimismo se consiguieron excelentes resultados con las actividades destinadas a formar un núcleo de profesionales de salud capacitados en conducción y gerencia para que a su vez enseñaran a los trabajadores de salud locales métodos y requisitos técnicos para reformar la prestación de servicios. Con el firme respaldo de la OPS/OMS, gran parte del personal del Ministerio de Salud y del IHSS recibió este tipo de adiestramiento.

El proyecto de control del SIDA centró su atención en la capacitación de personal médico y de salud y en establecer servicios de laboratorio y formar a su personal en técnicas de diagnóstico y procedimientos para examinar sangre. Asimismo, el Ministerio ha

elaborado un plan de mediano plazo de prevención del SIDA y lo ha puesto a consideración y ha logrado el apoyo de organismos de financiamiento.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) brindó su asistencia técnica a una encuesta nacional encaminada a determinar la incidencia de la desnutrición y evaluar la eficacia del programa de ayuda alimentaria. El Ministerio tomó medidas para que el programa lograra una mayor repercusión en el estado de nutrición de las madres y los niños. La campaña destinada a mejorar las condiciones generales de salud de la mujer recibió el apoyo de la Secretaría de Planificación Nacional y del Gabinete Económico y Social, que aprobó una Política Nacional para la Mujer a fin de promover su bienestar y aumentar su participación en la economía.

Honduras continuó experimentando una escasez crónica de medicamentos esenciales como consecuencia de sus altos costos de importación. El gobierno adoptó medidas para recuperar la capacidad ociosa de las instalaciones nacionales de producción de medicamentos y reorganizó su sistema de dis-

tribución para garantizar el abastecimiento regular de los considerados imprescindibles en zonas con servicios insuficientes. En apoyo de los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud para ampliar la capacidad nacional de producción de medicamentos, el Banco Centroamericano de Integración Económica participó en la formulación de mecanismos de compra conjunta de la materia prima necesaria.

En el transcurso de 1988 se llevó a cabo una evaluación nacional de la cooperación técnica de la OPS/OMS que contó con la amplia participación de expertos de todos los organismos del sector salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, IHSS, Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Facultad de Ciencias Médicas y asociaciones profesionales). El estudio de la pertinencia, eficacia e impacto de la cooperación de la OPS/OMS en el país sirvió para ajustar los elementos de la programación para el bienio 1990-1991, fundamentalmente respecto al aumento de la cooperación necesaria para introducir una reforma administrativa en toda la red nacional de salud.

NICARAGUA

La economía de Nicaragua se deterioró pronunciadamente entre 1986 y 1989. Su capacidad productiva se redujo como consecuencia del estado de guerra en que vive desde hace un decenio, y los bienes y servicios —tanto los de producción nacional como los obtenidos en el extranjero— disminuyeron.

A fines del cuatrienio, el consumo real per cápita era 21% menor que en 1980. En 1988, el producto interno bruto descendió en 8,0% y la balanza de pagos arrojó un déficit de \$US353,9 millones. Las repercusiones de la economía de guerra se hicieron sentir en el sector social, pues los presupuestos debieron reducirse a pesar del empeoramiento de las condiciones de vida.

La emigración relacionada con el conflicto armado fue amplia; los emigrantes rurales que huían de las zonas en guerra se establecían en nuevas barriadas pobres alrededor de las principales ciudades y planteaban la necesidad de que el Estado reasignase sus recursos para satisfacer sus demandas. Además, los escasos fondos disponibles se agotaron en reparar las secuelas de desastres naturales, pues el país hizo cuanto pudo por recuperarse de sequías, inundaciones y el huracán Joan, que azotó a Nicaragua en 1988 y afectó a 2,8 millones de personas.

A pesar de estas circunstancias, el Gobierno de Nicaragua desplegó enormes esfuerzos por proporcionar bienestar a su

pueblo. Los programas de asistencia social aumentaron su cobertura durante los cuatro últimos años, determinando una estabilización de los indicadores de morbilidad y mortalidad a pesar del deterioro de los indicadores económicos.

Las prioridades nacionales de salud se establecieron tras el análisis de la estructura general de morbilidad y mortalidad y se determinó la capacidad del sistema nacional de salud para abordar eficazmente los problemas principales, que son: la morbilidad y mortalidad infantil; lesiones producidas por armas de fuego y defunciones provocadas por otras causas relacionadas con la violencia y por accidentes; morbilidad y mortalidad que afecta a combatientes y trabajadores; enfermedades transmisibles, incluidas las potencialmente epidémicas como la malaria, y enfermedades no transmisibles.

Las principales causas específicas de morbilidad y mortalidad infantil fueron: las enfermedades diarreicas, las complicaciones neonatales, las afecciones respiratorias agudas, la septicemia y la meningitis, la desnutrición y las enfermedades prevenibles por vacunación.

Las lesiones de guerra y las provocadas por otro tipo de violencia trajeron como consecuencia un aumento sustancial del número de personas discapacitadas. En general, el Sistema Nacional Único de Salud no tiene capacidad de reducir el número de defunciones e incapacidades provocadas por lesiones de guerra, pero se ocupó decididamente de la rehabilitación de los supervivientes discapacitados y de la producción de las prótesis que necesitaban.

Las enfermedades transmisibles que más preocupación causan son: la malaria, las parasitosis y la tuberculosis. Su aumento se vio favorecido por el progresivo deterioro de los servicios de salud y del nivel general de vida; los rápidos movimientos migratorios y nuevos asentamientos antihigiénicos y atestados de gente resultaron factores de riesgo intratables desde el punto de vista de la transmisión. Por otra parte, los peligros que

se cernían sobre los trabajadores en zonas desgarradas por la guerra trajeron aparejada la interrupción de algunos programas decisivos de control de vectores.

Todos estos factores crearon condiciones precarias que también contribuyeron a promover el aumento del dengue y de las enfermedades de transmisión sexual, y el Ministerio de Salud ha formulado la advertencia de que estas enfermedades pueden alcanzar proporciones de epidemia.

Una de las principales iniciativas emprendidas por el Ministerio de Salud consistió en el diseño y aplicación de un nuevo modelo de organización de los servicios de salud que se basa en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, como parte del Plan Maestro para el Desarrollo del Sistema Nacional Único de Salud. En esta empresa se pone a prueba la "Planificación Situacional" como método de programación de los sistemas locales de salud y de la descentralización política y administrativa. Se confía en que esta técnica permita que en la planificación de salud se tome en cuenta la situación política, social y militar de cada jurisdicción municipal.

Además, los hospitales desempeñan una función fundamental en los sistemas locales de salud de Nicaragua y, por tanto, se brindó especial atención al mejoramiento de sus instalaciones y su abastecimiento.

Una de las principales iniciativas emprendidas en el cuatrienio fue la Campaña Nacional por la Defensa de la Vida del Niño, que tiene el propósito de reducir la mortalidad y las principales causas de enfermedad de los niños de 1 a 5 años. El Ministerio de Salud se puso a la cabeza de la campaña, para la que se obtuvieron fondos de todos los sectores del país.

La OPS/OMS concentró su cooperación técnica en varias áreas clave, incluido el desarrollo de la infraestructura de salud para mejorar la capacidad institucional de respuesta y la elaboración de un marco jurídico para la aplicación del nuevo sistema. En el ámbito de ese marco fundamental se brindó especial atención al mejoramiento de

la capacidad de análisis financiero y a la reforma de los métodos de financiación de la salud.

Además, la OPS/OMS cooperó en el mejoramiento de la dirección y el mantenimiento, la capacitación de personal y el establecimiento de métodos e instrumentos administrativos. Como parte del programa regional de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre, la OPS/OMS brindó su apoyo a proyectos nacionales relacionados con la organización de servicios de emergencia, la capacitación de personal y la promoción de la coordinación intersectorial en casos de emergencia.

En el campo de los medicamentos, la OPS/OMS cooperó para mejorar el sistema de abastecimiento, adiestrar al personal encargado de la distribución (especialmente a nivel local) y mejorar el control de calidad. Se lograron progresos en la institución de una política estandarizada de medicamentos nacionales, uno de cuyos propósitos es revitalizar la industria farmacéutica. Al efecto, se buscó el método de coordinar la capacidad productiva del Estado y del sector privado.

En cuanto a las necesidades prioritarias de salud, se desarrollaron proyectos sobre alimentación y nutrición; abastecimiento de agua y saneamiento ambiental; crecimiento, desarrollo y reproducción humana; prevención y control de enfermedades transmisibles; investigación sobre enfermedades tropicales; malaria; rehabilitación del discapacitado; oftalmología, y zoonosis. El UNICEF, el FNUAP, el PNUD, el PMA, el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional, el Organismo Finlandés de Desarrollo Internacional y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional colaboraron con la OPS/OMS en muchos de estos proyectos. El Ministerio de Salud y la OPS/OMS cooperaron para diseñar un modelo de sistema nacional de información científica y técnica. Se prestó apoyo especialmente a la investigación en salud y a un plan quinquenal de aprovechamiento de los recursos humanos que procura redefinir las funciones fundamentales del personal de salud, mejorar los programas de capacitación y reformular los proyectos de educación permanente para brindar apoyo a los sistemas locales de salud.

PANAMA

En 1980 Panamá tenía 1 831 400 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1,9%, y en 1989 se estimaba que tenía 2 300 000 habitantes, la mayoría jóvenes, pues 45% tenían menos de 20 años. Aproximadamente 48% de la población es rural y 52% urbana. La densidad demográfica es variable: la población se concentró en las áreas metropolitanas y está muy dispersa en las zonas rurales. Se calcula que alrededor de 20% se encuentra en estado de extrema pobreza; la mayoría de los pobres viven en comunidades rurales aisladas y en la periferia de las grandes ciudades.

Tras una breve recuperación económica, a mediados de 1987 el PIB declinó en 15%

respecto a 1986, y se estima que en 1988 y 1989 disminuyó 17% por año. Durante todo el cuatrienio, el desempleo manifiesto osciló entre 17 y 21% y el consumo de bienes y servicios declinó, al igual que las inversiones de capital público y privado. El empeoramiento de la situación económica se hizo sentir en las instituciones del sector salud en función de la escasez de medicamentos, suministros y equipos.

Durante 1986 y 1987 las condiciones de salud de la población fueron buenas, aunque no se observaron mejoras importantes. La mortalidad infantil permaneció estable en cerca de 20 por 1000 nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer osciló entre 70 y

72 años. Las principales causas de defunción en los menores de 15 años siguieron siendo las infecciones respiratorias agudas y los trastornos asociados con la desnutrición, especialmente en áreas de pobreza. Las causas principales de mortalidad general fueron las relacionadas con el envejecimiento y con las condiciones de vida urbanas. Los servicios de agua potable mejoraron, alcanzando a fines del cuatrienio una cobertura de 95% en las áreas urbanas y de 80% en las rurales.

En 1986 las autoridades de salud asignaron prioridad al desarrollo de la infraestructura y de la capacidad administrativa de los servicios, así como al control de las enfermedades que afectaban a grupos vulnerables y socioeconómicamente desposeídos. Con este fin, se concibió un Plan Estratégico de Desarrollo de los servicios de salud, que debía empezar en 1986 y terminar en 1990, cuyos objetivos concretos eran ampliar los servicios de salud, la provisión de agua potable y la cobertura de servicios de saneamiento básicos para servir a 90% de la población, aunque también procuró mejorar la eficiencia, reducir costos y lograr una distribución equilibrada de los recursos.

El Plan Estratégico comprendió siete programas: 1) de fortalecimiento de los servicios de salud, con proyectos para movilizar recursos externos destinados al desarrollo de la capacidad administrativa del sector, dar participación a otros sectores de la economía en las actividades de salud y ampliar y modernizar la infraestructura; 2) de medicamentos, encaminado a modernizar los sistemas existentes de garantía de calidad, inventario y control, abastecimiento y logística; 3) de recursos humanos, que entrañó el diseño de nuevos modelos de atención, la actualización de la fuerza de trabajo y la redefinición de las necesidades de recursos humanos; 4) de nutrición, que tuvo el propósito de mejorar el estado nutricional general, haciendo hincapié en los grupos de alto riesgo; 5) de epidemiología, que se centró en el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, las enfermedades de transmi-

sión sexual (incluido el SIDA) y otros problemas de salud; 6) de supervivencia infantil, que incluye el mayor acceso a los servicios en los distritos más pobres, la prevención y el tratamiento de infecciones respiratorias agudas, la rehidratación oral, la atención perinatal, la promoción de la lactancia materna y la atención pre y posnatal, y 7) de agua potable, que comprende un proyecto de construcción de 400 acueductos y de mejora de 300 sistemas en funcionamiento.

En 1986 se terminó un estudio de la red de servicios de salud y al año siguiente se puso en marcha el plan estratégico para movilizar recursos externos. El propósito era obtener fondos para ampliar, restaurar y modernizar toda la red y se incluían proyectos para construir acueductos y letrinas en zonas rurales y edificar y remodelar hospitales y centros de salud.

Durante todo el cuatrienio se mantuvieron tanto la estrategia orientada hacia las actividades de prevención, particularmente respecto a grupos de alto riesgo, cuanto la política de promover la participación de la comunidad en proyectos de salud. Sin embargo, el grado de cumplimiento de los programas resultó afectado por los reiterados cambios de autoridades y personal del Ministerio de Salud. Por ello no fue posible evaluar determinados proyectos, como el PAI.

A pesar de todas estas limitaciones, la OPS/OMS proporcionó cooperación técnica para el plan estratégico de desarrollo de los servicios de salud, que incluyó la selección de prioridades programáticas. El Ministerio de Salud solicitó especialmente de la OPS/OMS cooperación en los campos de medicamentos, recursos humanos y mantenimiento de equipos. La Organización ayudó a analizar y restablecer el sistema nacional de medicamentos y prestó asistencia para mejorar su manejo administrativo y técnico. Se gastaron \$US500 000 del Fondo Rotatorio de Medicamentos Esenciales para Centroamérica (FORMED) en la adquisición de medicamentos para instituciones nacionales.

Con el apoyo del BID, la OPS/OMS colaboró en el desarrollo del Sistema Nacional de Mantenimiento. A partir de septiembre de 1988, el sistema recibió el respaldo del Proyecto Subregional de Mantenimiento que financia el Reino de los Países Bajos. Este proyecto brindó apoyo a los programas de capacitación de recursos humanos y ayudó a adquirir herramientas y piezas de repuesto fundamentales.

La OPS/OMS también cooperó en el desarrollo de programas especiales para grupos vulnerables que viven en áreas rurales y urbanas periféricas. Estos grupos carecen de acceso a servicios sanitarios y presentan altas tasas de morbilidad y mortalidad provocadas por causas relacionadas con la pobreza. La desnutrición proteinoenergética grave, la anemia y las enfermedades infecciosas son endémicas en esos grupos. Como consecuencia, los proyectos de salud materno-infantil y de inmunización, la promoción de una mejor nutrición y los estudios para determinar los factores sociales que influyen en la salud constituyeron intervenciones fundamentales. Los trabajadores de salud y grupos de las comunidades de esas áreas fueron el objetivo de los planes de educación en salud.

Además de los proyectos habituales, el programa de control de las enfermedades

infecciosas dio gran impulso a las actividades encaminadas a reducir la población de *Aedes aegypti*, el mosquito portador del dengue que reinfestó la ciudad de Panamá.

La Universidad de Panamá revisó el programa de estudios sobre nutrición destinado a estudiantes de medicina, enfermeras y maestros, y la Universidad Tecnológica de Panamá incorporó la enseñanza de la gestión administrativa en situaciones de desastre en el programa de ingeniería. El personal en servicio del Ministerio de Salud fue capacitado para manejar el Sistema de Gastos, Producción y Costos, que se creó como instrumento de información administrativa para evaluar los componentes, tendencias y factores determinantes de los costos. Para respaldar el desarrollo de los sistemas locales de salud, los técnicos nacionales asistieron a cursos sobre sistemas de información, programación local, administración de personal y manejo de los insumos esenciales del sistema de abastecimiento, incluidos medicamentos, productos biológicos y piezas de repuesto. Todas estas actividades de capacitación se realizaron con la cooperación técnica de la OPS/OMS. El PNUD fue uno de los organismos que más fondos aportó a los programas piloto destinados a adiestrar personal de salud en técnicas de administración y programación local.

SUDAMERICA

COOPERACION ANDINA EN SALUD

La puesta en marcha de la iniciativa conocida como Cooperación Andina en Salud coincidió con el comienzo del cuatrienio 1986-1989. Alentados por las experiencias desarrolladas en América Central y el Caribe, que pusieron de relieve los méritos de un enfoque subregional en la consideración de problemas comunes seleccionados, en 1986 los Ministros de Salud de Bolivia,

Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela emprendieron actividades en el marco de la Cooperación Andina en Salud.

Los cinco campos originalmente elegidos para llevar a cabo una acción concertada fueron: el desarrollo de los sistemas de servicios de salud; la salud materno-infantil; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; la toxicomanía, y los medicamentos

esenciales y productos biológicos. En 1987 los Ministros añadieron los preparativos para casos de desastre como sexto campo prioritario de acción conjunta.

El método básico ha consistido en determinar las actividades fundamentales que en cada uno de estos seis campos son de interés para dos o más países y que, dentro de las posibilidades de realización de los gobiernos, pueden producir efectos significativos, dar resultados positivos a corto y mediano plazo y fortalecer la capacidad nacional en el campo elegido.

Al aprobar la Cooperación Andina en Salud, los Ministros de Salud de la subregión acordaron que la OPS/OMS y la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue trabajaran de consuno para promover la iniciativa y llevarla a cabo. Por consiguiente, en los dos últimos años ambos organismos han coordinado estrechamente sus actividades y desarrollado programas conjuntos.

Con el apoyo de la OPS/OMS y del Convenio Hipólito Unanue, grupos de expertos nacionales se reunieron en varias ocasiones para especificar los campos de cooperación. A fin de promover y coordinar las tareas, en cada país se establecieron puntos focales para cada campo prioritario y se encargó al Director General de Salud la coordinación de la iniciativa.

Dentro de la subregión, el Director de la OSP recurrió a personal especializado para que trabajara casi exclusivamente en malaria y enfermedades transmitidas por vectores, medicamentos esenciales, salud materno-infantil y preparativos para casos de desastre. Como resultado se elaboraron diversas propuestas de proyectos subregionales y nacionales y se presentaron a posibles

donantes. Varias de ellas ya han sido aprobadas y otras siguen siendo objeto de examen.

En el plano internacional, la existencia de la Cooperación Andina en Salud se conoció a través de la publicación de un "Documento básico" que se distribuyó entre más de 60 gobiernos, organizaciones internacionales e instituciones que podían prestarle apoyo. Tras este primer paso, en ciertos casos se efectuaron visitas a representantes de estas entidades y se entablaron conversaciones con ellos. El documento también fue presentado a la OMS en Ginebra, al Parlamento Andino y al Acuerdo de Cartagena para su sanción oficial. Asimismo se preparó y distribuyó un video acerca de la iniciativa. En algunas de las esferas prioritarias, la OPS/OMS trabaja estrechamente con otros organismos, como el UNICEF y el PNUD. Además, existe ahora la necesidad de establecer una coordinación muy estrecha con el Tratado de Cooperación Amazónica, que ha creado su propia Secretaría de Salud y se ocupa de los mismos países y campos prioritarios, aunque desarrolla sus actividades por conducto de los ministerios de relaciones exteriores y no de los de salud.

Si bien la Cooperación Andina en Salud no está aún en pleno funcionamiento, se advierte que ya ha logrado resultados positivos. Esto resulta más evidente en el campo de la salud materno-infantil, donde cada gobierno preparó un plan nacional de acción siguiendo lineamientos similares. Se ha utilizado el mismo método para definir los problemas relacionados con el mantenimiento de la infraestructura y los equipos y así se ha conseguido efectuar un análisis pormenorizado de las necesidades en función de cada país e institución.

BOLIVIA

Las condiciones de salud en Bolivia figuran entre las más precarias de la Región. La pobreza, las viviendas inadecuadas y la falta de servicios básicos en una zona geográfica con numerosas enfermedades endémicas graves son las causas predominantes de los problemas de salud pública.

Aunque la inflación se redujo de casi 300% en 1986 a aproximadamente 16% a fines del cuatrienio, el desempleo seguía superando el 20% y los recursos para el sector público escaseaban en extremo. A pesar de las penurias económicas, el clima de estabilidad política permitió desarrollar sin interrupción programas de salud y obtener financiamiento externo para varios proyectos de carácter prioritario.

Una de las razones fundamentales de que los programas de salud se hayan llevado a la práctica con éxito fue la colaboración establecida entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y los Comités de Salud del Pueblo. Organizados en el ámbito local en todo el país y dirigidos por líderes de las comunidades, los comités identifican necesidades, ejecutan programas, negocian la demanda de recursos con el gobierno central y garantizan que en el área de su jurisdicción la población reciba servicios globales en vez de ser la beneficiaria de programas verticales y aislados.

Este enfoque amplio, con base en la comunidad, está en completa armonía con el principio de la OPS/OMS de construir una red de sistemas locales de salud que constituyan unidades funcionales básicas de la estructura nacional de salud. La cooperación técnica que prestó la OPS/OMS hizo entonces hincapié en apoyar y fortalecer las unidades locales.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública estableció sus prioridades para el cuatrienio en el Plan Global de Salud 1985-1989. El Plan fue concebido para atender las necesidades de grupos particularmente vulnerables y combatir las enfermedades tropi-

cales, que siguen siendo la causa principal de morbilidad y mortalidad.

Los grupos más importantes incluidos en proyectos especiales son las mujeres en edad fértil, los niños y las poblaciones periurbanas y rurales que tradicionalmente no han tenido acceso al sistema de atención de la salud.

La desnutrición, el bocio endémico, las enfermedades de la niñez prevenibles por vacunación, las afecciones gastrointestinales, la fiebre amarilla, la malaria, el dengue y la enfermedad de Chagas son los problemas de salud más pertinaces que afectan a gran parte de la población, cuya esperanza de vida, 51 años, es la más baja de las Américas. La salud ambiental —especialmente la extensión del acceso a sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado y a servicios de saneamiento— constituye un problema prioritario en las zonas rurales, donde vive el 52% de la población del país.

La OPS/OMS colaboró con el Ministerio de Salud para diseñar una política nacional de salud y ejecutar proyectos específicos previstos en el plan trienal 1987-1989. El plan se basaba en una doble estrategia: capacitar a médicos y otros trabajadores de salud para que pudieran unirse a los Comités de Salud del Pueblo, y obtener el material educativo y el equipo necesarios para brindar servicios de atención primaria de salud.

El Presidente de la República recientemente electo puso en marcha un plan de supervivencia y desarrollo infantil y salud materna. La OPS/OMS es la Secretaría del comité ejecutor del plan. Dado que las afecciones respiratorias y diarreicas son las principales causas de mortalidad infantil —que supera el 169 por 1000 nacidos vivos conforme a estimaciones conservadoras— el plan hace hincapié en el tratamiento de emergencia de estas enfermedades. Con este fin, se distribuyeron profusamente —y sin costo alguno para los beneficiarios— antibióticos y sales de rehidratación oral y se fortalecieron

en todo el país los sistemas de control nutricional y los programas de alimentación suplementaria.

La estrategia nacional de salud también se concentró en una enfermedad vinculada con la nutrición: el bocio endémico, que afecta a 65% de la población. Entre las medidas de control adoptadas por el Ministerio están la promoción de la comercialización y la distribución de sal yodada, la enseñanza sobre su uso al público y la administración por vía oral de suplementos de aceite yodado a mujeres embarazadas y a grupos de población rural en alto riesgo de contraer la enfermedad.

En lo que respecta al control de las enfermedades infecciosas, los sistemas de vigilancia y notificación registraron un aumento de la malaria: en 1987 se notificaron más de 24 000 casos. Los estudios realizados también pusieron de relieve un preocupante incremento de cepas de *Plasmodium falciparum* resistentes a los medicamentos. Simultáneamente, la enfermedad de Chagas está muy extendida en todo el país y en los dos últimos años se registraron brotes de fiebre amarilla y dengue. El avance del dengue epidémico, que afectó a más de 200 000 personas, fue rápidamente detenido en virtud de una intensa campaña de control de los mosquitos que permitió disminuir el índice de infestación domiciliar a 6,5%. Sin embargo, como la prevención de nuevos brotes requiere vigilancia constante y complicadas medidas de control, las autoridades están preocupadas ante la posibilidad de no contar con material ni personal suficientes para llevar adelante la empresa.

Durante el último decenio el acceso al agua potable aumentó notoriamente en las ciudades y se extendió asimismo en las zonas rurales. También, aunque en menor medida, se amplió la cobertura de los servicios de alcantarillado y de saneamiento. Dada la importancia de estos servicios, los proyectos orientados a extender la correspondiente cobertura contaron con el respaldo de organismos tales como el BID, el Banco Mundial, CARE y otras organizaciones no gubernamentales,

la AID(EUA), el Banco Alemán de Desarrollo (KfW) y la Agencia de la República Federal de Alemania para la Cooperación Técnica (GTZ). Estos servicios, cuya falta origina muchos problemas de salud, recibirán en el futuro atención prioritaria del Ministerio y la cooperación técnica intensiva de la OPS/OMS.

El Ministerio de Salud, que dispone de capital y mano de obra limitados, se esforzó por llevar adelante sus proyectos recurriendo al apoyo y a la colaboración de otros sectores nacionales y brindando capacitación actualizada a su propio personal. Por ejemplo, procuró que el sistema de seguridad social se interesara en proyectos de prevención de la salud y trabajó en estrecho contacto con el Ministerio de Agricultura en una campaña para erradicar la fiebre aftosa. Mientras tanto, la OPS/OMS participó regularmente en reuniones de donantes y, junto con la AID(EUA), el UNICEF, el FNUAP, el PMA, el PNUD y organizaciones no gubernamentales, llevaron a cabo una revisión sistemática de la cooperación externa a fin de garantizar la obtención de fondos complementarios.

El sector salud consiguió fondos de organismos internacionales para la ejecución de varios proyectos que contaron con la cooperación técnica de la OPS/OMS. El programa de nutrición y alimentación suplementaria, por ejemplo, fue un proyecto conjunto del UNICEF, la OPS/OMS y el gobierno. El UNICEF, la OPS/OMS, el Club Rotario Internacional y la AID (EUA) trabajaron juntos para ampliar la cobertura del PAI, y el BID financió varios proyectos de abastecimiento de agua y servicios de saneamiento en zonas rurales. El FNUAP financió un proyecto de salud de la reproducción administrado por la OPS/OMS, el Gobierno de Italia patrocinó un proyecto de control del bocio endémico y el Banco Mundial desarrolló y financió un proyecto para fortalecer la infraestructura de salud.

La OPS/OMS también prestó cooperación técnica al gobierno para realizar actividades en varias áreas clave con el propósito

de reducir gastos innecesarios y mejorar la administración de proyectos. Estas tareas consistieron en preparar una lista estandarizada de medicamentos esenciales y promover su uso generalizado; capacitar a profesionales de salud en métodos de administración modernos; examinar los programas de estudios y las perspectivas laborales de enfermeras diplomadas y licenciados en salud pública; apoyar la investigación en servicios de salud; publicar y difundir ampliamente información técnica necesaria para proyectos prioritarios, y coordinar el control de las zoonosis y otros proyectos en zonas limítrofes con países vecinos

que participan en las iniciativas de salud de la Cooperación Andina y del Cono Sur.

Uno de los logros más significativos del cuatrienio en materia de manejo de la información fue la terminación de un perfil nacional de salud y la evaluación de las tendencias del sector. El perfil, elaborado por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, se ha utilizado como base en varios de los proyectos que se financiaron con ayuda externa. Con el apoyo de la OPS/OMS se están desarrollando y se ampliarán en años venideros actividades concomitantes para capacitar al personal de salud en métodos de investigación.

COLOMBIA

La economía de Colombia fue más estable que las de la mayoría de sus vecinos sudamericanos, con una tasa de inflación manejable y un crecimiento económico lento pero sostenido. Sin embargo, un narcotráfico poderoso puso trabas a sus buenas perspectivas de desarrollo. Las enérgicas medidas adoptadas por el país contra los narcotraficantes y los violentos ataques que estos perpetraron contra funcionarios e instituciones del gobierno obligaron a movilizar costosos recursos especiales.

Estos gastos imprescindibles se hicieron a costa de partidas del presupuesto nacional asignadas a proyectos de desarrollo que, en otras circunstancias, habrían contado con más fondos. Existe la preocupación de que en los próximos años la guerra nacional contra la droga entrañe la merma de recursos destinados a programas sociales.

El sector salud, a pesar de que tuvo que ajustar sus gastos a recursos inferiores a los necesarios, prosiguió vigorosamente su campaña para alcanzar la meta de acceso universal a los servicios de atención primaria de salud. Este objetivo, perseguido desde hace mucho tiempo, contó con el apoyo del Poder Ejecutivo y con la participación del Poder

Legislativo, a efectos de extender el desarrollo económico y social más allá de las áreas metropolitanas, descentralizando los servicios sociales y democratizando su planificación y prestación. A fines del cuatrienio, el Congreso Nacional aprobó una reforma del Sistema Nacional de Salud propuesta por el Ministerio de Salud. De conformidad con la reforma, se transfiere a las municipalidades una gran parte del control de la política de salud del país. El propósito de esta descentralización política, administrativa y fiscal es fortalecer el sistema municipal y descentralizar servicios, asegurando así servicios de atención primaria a toda la población.

En reiterada certificación del compromiso global del gobierno de descentralizar y democratizar todos los proyectos de desarrollo, por decreto se ordenó la creación de 3500 comités de participación comunitaria en todo el país. Mientras tanto, el proyecto de ley 120 —que se espera que resulte aprobado a principios de 1990— detalla la relación entre dichos comités y los sistemas nacionales de salud, bienestar de la familia y seguridad social.

Los programas de acción social de tipo comunitario tales como el Plan Nacional

para la Supervivencia y Desarrollo (SUPER-VIVIR), el Programa Nacional de Rehabilitación y el Plan de Lucha contra la Pobreza Absoluta, así como para la generación de empleo, requieren una participación cívica educada y lazos entre los distintos sectores del gobierno a cargo de los proyectos de desarrollo rural, provisión de agua y servicios de saneamiento, nutrición y salud, infraestructura y educación. En algunas municipalidades comprendidas en este plan nacional de reformas, por ejemplo, el Ministerio ha transferido a organizaciones comunitarias responsabilidades administrativas en la contratación de servicios de construcción y ampliación de instalaciones de salud. Desde entonces, las municipalidades han edificado o remodelado 422 establecimientos, construido o mejorado 313 sistemas de abastecimiento de agua, construido 1346 unidades de salud escolares, brindado capacitación a 132 nuevos funcionarios y ofrecido cursos de actualización a otros 18 382 funcionarios y 5500 líderes comunitarios, financiado 173 farmacias comunales y proporcionado vehículos de transporte a 2162 promotores de salud y saneamiento y auxiliares de enfermería. La acción comunitaria se puso de relieve en proyectos tales como las Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria, creadas para el control de la mortalidad infantil provocada por la diarrea, enseñando a las madres a preparar y utilizar las soluciones pertinentes.

A fin de que la administración y el funcionamiento descentralizados del sector resultaran más dinámicos y eficientes, el Ministerio de Salud coordinó su labor con diferentes sectores sociales, económicos, políticos y técnicos del país para desarrollar normas reguladoras de la organización y financiamiento de las instituciones de salud en los niveles municipal, departamental y nacional; sin embargo, en algunos de estos niveles todavía no se ha llevado a cabo la reorganización.

El sector nacional de salud contó con la colaboración de la OPS/OMS para diseñar una metodología innovadora de organiza-

ción de la prestación de servicios, basada en la vigilancia epidemiológica para detectar problemas prioritarios y sus factores de riesgo. Con este enfoque se procura brindar no solo servicios de tratamiento sino también de prevención de las causas de morbilidad en determinadas regiones, como forma de contribuir al proceso de descentralización. La definición de "ecosistemas" de salud geográficamente distintos da pie para que las autoridades locales diseñen proyectos en cuya ejecución el gobierno y otros organismos puedan coordinar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de un grupo específico de población.

Así, la cooperación técnica proporcionada por la OPS/OMS durante el período 1986-1989 hizo hincapié en la descentralización nacional y departamental de los servicios de salud, la capacitación del personal que se encargaría de atenderlos, el desarrollo de la infraestructura, la reforma de la atención hospitalaria, el fomento de la participación comunitaria, la promoción de la coordinación intersectorial y el diseño de proyectos encaminados a atender las enfermedades transmisibles más urgentes y otros problemas de salud de grupos vulnerables. Estos problemas comprenden: la malaria y el dengue; las enfermedades infantiles prevenibles por vacunación; las zoonosis, como la rabia urbana, así como la fiebre aftosa; el SIDA; el cáncer y otras enfermedades crónicas, y la salud materna, la planificación familiar y la salud ocupacional.

En sus esfuerzos por frenar la propagación del SIDA, el Ministerio reorganizó el comité pertinente. La OPS/OMS colaboró en la formulación de pautas jurídicas y éticas del programa de control, estableció una red de ocho laboratorios para efectuar exámenes de sangre y preparó instrucciones e instalaciones para el tratamiento de pacientes con SIDA.

El proyecto de salud maternoinfantil recibió apoyo del UNICEF, que formó un Comité de Salud Infantil tripartito junto con el Ministerio de Salud y la OPS/OMS. Tuvieron éxito las jornadas nacionales de

vacunación, instituidas en 1984 para ampliar la cobertura. Los datos provisionales sobre la cobertura de niños menores de 1 año en 1989 fueron los siguientes: vacuna antipoliomielítica oral trivalente 89%; DPT 78%; sarampión 74%, y BCG 94%. Además, el gobierno ha contraído el compromiso de erradicar la transmisión del poliovirus salvaje para 1990, y de eliminar el tétanos neonatal y reducir en 90% el sarampión para 1995. Asimismo, se fortaleció la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación, en especial respecto a los casos sospechosos de poliomielitis.

La cooperación técnica de la OPS/OMS también comprendió asesoramiento, tanto para la producción, control y compra de vacunas como para la formulación de una política farmacéutica nacional. El objetivo de esta política es corregir una situación en la que el país importa una amplia gama de medicamentos costosos, en algunos casos de dudosa calidad, y para muchos de los cuales existen diversas especialidades farmacéuticas. Colombia ha llegado asimismo a la conclu-

sión de que podrá ahorrar costos de importación promoviendo la producción nacional de vacunas y reactivos de laboratorio esenciales.

La Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) colaboró en proyectos destinados a capacitar a médicos y enfermeras en campos que se prestan al enfoque de descentralización.

El programa de la OPS/OMS de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre cooperó activamente con el gobierno en la enseñanza que se ofreció a profesionales de la salud en facultades de medicina, escuelas de salud pública y el Ministerio de Salud sobre técnicas para el manejo de emergencias.

El Banco Mundial, el Club Rotario Internacional, la AID (EUA), el UNICEF, el FNUAP, el FNUFUID y los Gobiernos de España, Italia, Japón, los Países Bajos y la República Federal de Alemania fueron los socios principales en la aportación de fondos para programas nacionales prioritarios.

ECUADOR

La crisis económica regional repercutió intensamente en el Ecuador, donde se agravó por la caída de los precios internacionales del petróleo. El país, rico en petróleo, experimentó un repentino auge en los años setenta y emprendió durante ese decenio políticas de desarrollo diseñadas sobre la base de la abundancia de recursos. Entre los costosos proyectos de desarrollo con largos plazos de ejecución que puso en marcha el gobierno estaba la construcción de hospitales modernos, dotados de equipos de alta tecnología.

Cuando los precios del petróleo cayeron verticalmente en el decenio de 1980, el Ecuador perdió su principal fuente de divisas. El terremoto de 1987 agravó las dificultades porque, al provocar la ruptura de oleoduc-

tos, hizo atrasar seis meses las explotaciones y exportaciones y durante ese período el país se vio forzado a importar petróleo. Además, el terremoto ocasionó daños en carreteras, puentes, otros elementos de la infraestructura básica e instalaciones de salud, y retrasó así muchos y costosos proyectos de desarrollo.

De resultas de la crisis, el desarrollo rápido pero dependiente de las importaciones que se había iniciado sufrió una súbita contracción. Sobrevinieron el aumento del desempleo y el subempleo (que afectaban a 63% de la población en 1988), una disminución del salario real, un deterioro del nivel de vida y el debilitamiento de los programas de desarrollo social. Las repercusiones en el sector público se sintieron en la postergación de

los plazos de terminación de los proyectos, el incremento de su costo, los problemas contractuales de tipo legal y las demoras en la provisión y habilitación de instalaciones.

Los programas que estaban en ejecución también sufrieron recortes presupuestarios reales. Se deterioraron edificios, equipos e instalaciones como consecuencia del deficiente mantenimiento. Hubo escasez de medicamentos y de suministros médicos y de salud pública, así como de materias primas esenciales cuyo costo creciente las tornó prohibitivas. La calidad de la prestación de los servicios a la población se deterioró todavía más cuando los trabajadores de salud —desmoralizados por sus bajas remuneraciones e inadecuadas condiciones laborales— a menudo se declaraban en huelga o cumplían su labor de manera ineficiente.

Las elecciones de 1988 otorgaron el poder a un gobierno con filosofía de democracia social, en reemplazo de su predecesor neoliberal. El nuevo gobierno reservó 7% del presupuesto nacional para un Fondo Social y creó el Frente Social con los Ministerios de Salud; Educación y Cultura; Trabajo y Recursos Humanos, y Previsión Social. El Frente se encarga de coordinar los programas sociales a nivel ejecutivo y es el reflejo de la plataforma social y organización participativa del partido gobernante.

Las prioridades programáticas establecidas por el nuevo gobierno en materia de salud fueron: la provisión de atención de salud familiar integral, la lucha contra la desnutrición y la ampliación de la cobertura del suministro de agua potable y servicios de saneamiento.

La creación del Frente Social formó parte de un profundo cambio del concepto de prestación de servicios de salud pública. El Ministerio de Salud concentró su atención en proyectos destinados fundamentalmente a reforzar la capacidad operativa de los servicios, especialmente de los situados en áreas rurales y urbanas marginadas. Las actividades resultantes fueron la construcción, el equipamiento y el abastecimiento de

pequeñas unidades de menor capacidad tecnológica en zonas con servicios deficientes.

Estas unidades forman parte de los sistemas locales de salud, en cuyo funcionamiento se basa la nueva política nacional de salud. La estrategia principal consiste en construir una red escalonada de servicios preventivos y curativos organizados con arreglo a su nivel de complejidad. Simultáneamente, para aprovechar al máximo la utilización conjunta de recursos, se han incluido en la planificación de los programas otras actividades de desarrollo que influyen en la salud. Como consecuencia del restringido presupuesto nacional, los gobiernos de las provincias y los municipios deben asumir mayor responsabilidad en la financiación y dotación de personal de los programas.

Los sistemas locales, además de promover la prestación de servicios de salud integral, buscan activamente alcanzar a grupos de población privados de servicios satisfactorios, en un esfuerzo encaminado a garantizar la cobertura universal. Durante una campaña de vacunación de niños, por ejemplo, también se brinda atención primaria a sus madres, padres y hermanos.

La OPS/OMS ha reaccionado ante el cambio de gobierno nacional reorganizando en consecuencia su cooperación técnica. El apoyo a los programas se proporciona coordinando los distintos proyectos en función de evaluaciones de riesgo basadas en la vigilancia epidemiológica. El Director de la OSP ha dedicado especial atención a la experiencia reformista del Ecuador, pues sus resultados pueden ser de utilidad para otros países.

En el marco de las tres grandes áreas prioritarias, la atención nacional y la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentraron en diversos proyectos específicos. Se amplió el programa de Medicamentos Gratuitos para Menores a fin de que la distribución gratuita de fármacos genéricos prescritos alcance a los niños de hasta 14 años y se formó el Centro de Medicamentos e Insumos Médicos. También se creó el Comité Nacional del SIDA para determinar la incidencia de la enfermedad y arbitrar medidas

para detener su propagación.

La cooperación técnica de la OPS/OMS tendiente a fortalecer la infraestructura de los servicios de salud se propuso los siguientes objetivos fundamentales: planificación general para ampliar las áreas que reciben servicios; promoción y desarrollo experimental de programas para regionalizar y descentralizar los servicios; diseño y comprobación de nuevos modelos de atención de la salud integral de la familia; desarrollo de sistemas locales de servicios; puesta en marcha de proyectos para que la adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y vacunas esenciales sean más eficientes; fortalecimiento institucional; participación social, incluso de la mujer; promoción de la iniciativa subregional y de proyectos de salud fronterizos, y movilización, coordinación y evaluación de la ayuda externa.

Los problemas prioritarios de salud de grupos vulnerables recibieron especial atención. Entre ellos se destacan el crecimiento, el desarrollo y la reproducción; enferme-

dades diarreicas y respiratorias; tuberculosis; alimentación y nutrición; salud oral; calidad del agua, higiene doméstica y eliminación de desechos; riesgos ambientales para la salud; malaria y lepra; enfermedades endémicas de transmisión sexual y SIDA; fiebre aftosa y rabia urbana; cáncer de cuello uterino, y tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas.

La búsqueda, recopilación y difusión de documentación técnica y científica en la que se analizan las tendencias nacionales en materia de salud resultan esenciales para determinar necesidades específicas. La importancia de esta información se puso particularmente de relieve durante la crisis económica, cuando quedó claro que muchos de los grandes proyectos de desarrollo se habían basado tan solo en una noción general de lo que se necesitaba. La OPS/OMS ha establecido un banco analítico de datos que sirve de base para la preparación de proyectos destinados a solucionar problemas nacionales específicos; su centro de documentación está conectado con una red de centros nacionales de información.

PERU

Durante el cuatrienio, el Perú sufrió la crisis económica más grave y prolongada de su historia. Mientras el desempleo y el costo de vida aumentaron, la producción de alimentos se redujo, en parte porque la producción agrícola quedó detenida en zonas rurales afectadas por la guerra. Se agudizaron los graves problemas nutricionales que enfrentan las familias rurales y periurbanas de bajos ingresos, que respecto a la salud y a son los grupos de mayor riesgo.

La Política Nacional de Salud, implantada durante el segundo semestre de 1985, ha constituido el marco de referencia de las actividades de salud. En ella se delimitan los siguientes campos programáticos prioritarios: fortalecimiento de los sistemas locales de salud por medio de la descentralización;

incremento de la colaboración con otros sectores; desarrollo de nuevos enfoques para llevar a la práctica programas de salud maternoinfantil, prevención de enfermedades transmisibles, alimentos y nutrición, salud ambiental, preparativos para casos de desastre, salud mental y control de algunas enfermedades crónicas; reorganización de la estructura de prestación de servicios con la integración funcional del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y el Ministerio de Salud; restablecimiento del liderazgo del Ministerio; movilización de la participación comunitaria, y reafirmación del compromiso nacional de alcanzar los objetivos establecidos en la estrategia de salud para todos en el año 2000.

Los trabajadores rurales y los que viven

en zonas periurbanas, otros grupos desposeídos económica y socialmente, las embarazadas y las mujeres que amamantan y los niños de menos de 1 año recibieron atención prioritaria por su condición de grupos de alto riesgo. Como consecuencia de limitaciones financieras y de personal, el Ministerio se ocupó de estas áreas fundamentales canalizando sus recursos en unos cuantos proyectos de prevención de carácter crítico: el PAI, control de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, alimentación y nutrición, planificación familiar, crecimiento y desarrollo del niño, prevención de la tuberculosis, salud ambiental y control de la malaria. Asimismo, se dedicó a restaurar centros de salud, instalar y abastecer servicios de atención primaria en zonas marginadas, remodelar y reequipar hospitales de primera línea y completar obras de infraestructura de gran envergadura que estaban empezadas.

En ese sentido, se desplegaron esfuerzos para aumentar la eficiencia del sistema de prestación de atención, que con criterio regional permitieron integrar funcionalmente y descentralizar los servicios proporcionados por el Ministerio de Salud y el IPSS. También se reforzó la coordinación de recursos con otros ministerios y servicios sociales a cargo de proyectos de desarrollo. La estrategia encaminada a reformar la organización de los servicios se completó tratando de movilizar la participación de la comunidad a nivel local.

De conformidad con la Política Nacional de Salud, diseñada a principios del cuatrienio, se procura tratar los problemas de salud integralmente, con la participación de otros sectores: el Ministerio consiguió resultados positivos en esta empresa. En un proyecto conjunto con el sector de la vivienda, obtuvo importantes aumentos de las inversiones en abastecimiento de agua potable y obras de saneamiento. En colaboración con el sector de la educación, diseñó nuevos planes de estudios universitarios y programas de posgrado, por ejemplo en salud ocupacional y toxicología; en 1989 ya se habían

desarrollado cinco tesis sobre este nuevo tema. Junto con los Ministerios de Educación y Agricultura y las municipalidades, emprendió una importante campaña a fin de aumentar la higiene de los alimentos.

Las actividades tendientes a mejorar la coordinación intersectorial constituyen una empresa nacional definida en el Plan Trienal Multisectorial de Protección de la Salud del Niño, que fue diseñado con la cooperación de la OPS/OMS. En efecto, el Plan coordina las actividades en los campos del PAI, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, nutrición, atención perinatal, crecimiento y desarrollo del niño y salud ambiental durante el período 1988-1991. El Plan Nacional de Vacunación para el período 1987-1991 entraña la conjunción de esfuerzos de varios organismos y sectores nacionales y logró una cobertura mayor que la de los últimos años. La evaluación provisional de la cobertura alcanzada en 1988 mostró los siguientes datos: vacuna antipoliomielítica oral trivalente 68%; DPT 51%; sarampión 49%, y BCG 78%.

La OPS/OMS brindó su apoyo a los esfuerzos nacionales cooperando en todas las áreas programáticas prioritarias, proporcionando experiencia técnica y financiación, asesorando en la compra de suministros y equipo, ofreciendo cursos y seminarios y sirviendo de asesora y tercera parte en las negociaciones con otros sectores y organismos.

A pesar del estado de insolvencia y de las limitaciones de todo tipo del sector, la cooperación técnica dio frutos: se empezaron a descentralizar los servicios y programas de salud y se consiguió que el Ministerio de Salud y el IPSS se integrasen funcionalmente en algunas de las regiones más vulnerables del país. La OPS/OMS también colaboró con el Ministerio en la preparación de un proyecto que será ejecutado en cuatro años, por valor de \$US70 millones, para rehabilitar, ampliar y equipar hospitales (incluidos laboratorios, bancos de sangre y unidades de radiología), que será presentado al BID para su financiamiento.

Junto con proyectos destinados a reducir

la morbilidad y mortalidad entre lactantes y niños de pocos años, el gobierno puso en marcha un programa de planificación familiar, con fondos del FNUAP, por \$US4 200 000 que se invertirán en cuatro años. Asimismo, con financiamiento del Gobierno de Italia se estableció el programa PROCAN, de cinco años de duración, para mejorar la nutrición en ocho microrregiones muy desposeídas de Puno, Tacna y Moquegua, regiones donde primero se estableció un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. La OPS/OMS constituyó una Secretaría Ejecutiva con el UNICEF y la AID (EUA) para coordinar, de conformidad con el Programa Conjunto de Apoyo a la Nutrición, este y otros programas, incluido uno para eliminar el bocio endémico. Por otra parte, la vigilancia nutricional se introdujo como criterio estándar de planificación y evaluación de los programas de salud de la comunidad.

También siguieron avanzando los proyectos emprendidos con motivo del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, y el Canadá proporcionó asistencia financiera al desarrollo de una red nacional de información sobre el tema.

La OPS/OMS brindó un firme apoyo al

desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud promoviendo investigaciones y reuniones y colaborando en la redacción de los instrumentos y normas legales que requería el establecimiento de estos sistemas en Lima, Trujillo, Iquitos, Arequipa y Piura-Tumbes. El Ministerio considera ahora la posibilidad de ampliar el uso de los sistemas locales de salud como unidades básicas para la organización del sistema nacional de salud, dentro del proceso de fortalecimiento de la regionalización.

La OPS/OMS también patrocinó un estudio en la zona Lima-Callao y la propuesta de mejorar el Sistema de Emergencia Lima-Callao, que fue aceptada por una comisión permanente constituida por el IPSS, las Fuerzas Armadas, la Policía y el Ministerio de Salud. Cada unidad departamental de salud se constituyó en punto focal para situaciones de emergencia o de desastre.

A fines del período, el esfuerzo de la cooperación se canalizó dentro del proceso de regionalización político-administrativa iniciado por el gobierno en noviembre de 1989 con la elección de los representantes y la puesta en funcionamiento de las cinco primeras regiones de las 12 en que se dividió al país.

VENEZUELA

Aunque el comienzo del cuatrienio fue relativamente auspicioso para Venezuela, en 1989 causaron preocupación la merma de ingresos provenientes de las exportaciones de petróleo y el incremento en los costos de las importaciones. La inflación más que se duplicó entre 1988 (35,5%) y 1989 (77,9%); esta tasa es alarmante si se la compara con la de 1986 (11,5%). En 1989 el poder adquisitivo disminuyó un 60%. La contracción económica y la inflación provocaron intranquilidad laboral e incertidumbre por el futuro de los proyectos de inversión y desarrollo. Por lo tanto, quizás el próximo cua-

drienio se caracterice por medidas de austeridad en el sector público, incluidos los programas de salud.

Durante los cuatro últimos años, el VII Plan de la Nación para el Desarrollo Social y Económico (1985-1989) estableció el marco de referencia para las principales actividades relacionadas con el sector salud. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se encargó de diseñar y poner en marcha un sistema nacional de salud que reúne bajo un liderazgo único y coherente a las 72 entidades que separadamente proporcionaban servicios de salud.

Entre 1985 y 1986 el Ministerio sentó las bases para un nuevo e histórico sistema de salud y elevó el proyecto de ley al Congreso Nacional. En 1987 el Congreso lo aprobó, convirtiéndolo en Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. En sus disposiciones se coloca a todos los servicios del sector público destinados a proteger la salud bajo la dirección y administración del Ministerio de Sanidad. Estos servicios comprenden todas las actividades de atención médica y conexas que proporcionan los distintos organismos estatales e instituciones autónomas, con excepción de los dependientes de las fuerzas armadas.

La Ley también nacionaliza los servicios que proporcionan las entidades federales, municipalidades y empresas civiles y comerciales en las cuales el gobierno nacional posee la mayoría del capital accionario, inversiones de capital u otros intereses. Mediante este proceso de reforma se reorganizó el sistema de salud de manera tal que sus unidades administrativas básicas se centran ahora en torno a "subregiones de salud" constituidas en cada estado.

El nuevo Sistema Nacional de Salud no solo se encarga de los servicios de atención médica, sino que abarca otros subsistemas tales como protección del medio ambiente, control de riesgos para la salud ambiental y programas de previsión social.

El gobierno creó asimismo la Comisión Permanente de Atención Primaria de Salud para fiscalizar la prestación de servicios de prevención en todo el país. Con estos servicios, que se basan en un sistema de vigilancia epidemiológica recién fortalecido, se procura atender los problemas más acuciantes de una comunidad —como salud materno-infantil, nutrición y saneamiento ambiental— mediante el control de factores de riesgo cruciales.

Al adoptar este criterio para la prestación de servicios de atención primaria, el Ministerio también hizo hincapié en la capacitación de personal en epidemiología y sus principales instrumentos analíticos. Por consiguiente, se puso empeño en reforzar la

Comisión Nacional para el Desarrollo de la Enseñanza y la Práctica de la Epidemiología.

En lo que respecta a proyectos de salud prioritarios, el Ministerio puso en marcha un programa a mediano plazo para controlar la propagación del SIDA; elaboró protocolos y efectuó investigaciones en el servicio acerca de la salud ocupacional; prosiguió su campaña para ampliar la cobertura del PAI, incluida la campaña de erradicación de la poliomielitis; evaluó y estandarizó varios proyectos para garantizar la higiene de los alimentos, y promovió la participación de la familia en la educación nutricional. En el campo de las enfermedades tropicales, se puso énfasis en el control de la malaria, la lepra y la leishmaniasis. El Centro Panamericano de Investigación y Capacitación en Lepra y Enfermedades Tropicales funcionó como centro de información epidemiológica para estos proyectos. La Fundación AMERICARE proporcionó asistencia financiera al programa nacional contra la lepra.

Por su parte, el PNUD financió un proyecto de investigación sobre enfermedades tropicales endémicas en el Territorio Federal Amazonas. El proyecto contó con el asesoramiento del personal técnico de la OPS/OMS y también recibió fondos del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Aunque la rabia urbana y la fiebre aftosa no han sido erradicadas por completo, en ambas enfermedades se lograron avances hacia ese objetivo. En un proyecto financiado por el BID, el Fondo de Inversiones Agropecuarias y el Ministerio de Agricultura y Cría colaboraron con el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en el desarrollo de la capacidad del país para producir una vacuna antiaftosa que, con el tiempo, podría exportarse al resto de la Subregión Andina. La Universidad de Zulia fue seleccionada como Escuela de Salud Animal para América Latina y estableció una maestría en medicina preventiva en la Facultad de Veterinaria. Venezuela ya ha donado vacunas contra la fiebre amarilla al Centro de Epidemiología

del Caribe (CAREC) y, a través de la OPS/OMS, a varios países del Caribe.

En cuanto a la infraestructura física, el sector salud completó un plan trienal destinado a reconstruir y remodelar los hospitales existentes y 1000 centros de atención ambulatoria, cada uno de los cuales atiende a 20 000 personas. Se creó asimismo la Fundación de Infraestructura y Equipamiento para garantizar el mantenimiento y, cuando fuere necesario, la ampliación de esos establecimientos. La OPS/OMS llevó a cabo un pormenorizado análisis de las necesidades en este campo, y ha elevado proyectos subregionales a la consideración de fuentes externas de financiamiento.

La OPS/OMS no solo ofrece cooperación técnica en los mencionados proyectos, sino que además se ha mostrado particularmente activa en materia de capacitación de personal de salud altamente calificado y en la creación de una base de datos de primera categoría. Con ese propósito, en la Universidad Central de Venezuela se ha asignado

prioridad a la reformulación de los currículos en ciencias de la salud y al establecimiento de un programa de licenciatura en epidemiología de parasitosis en la Escuela de Malariología, que brinda capacitación a personas de toda la Región de las Américas. También se prestó atención a la formación de promotores de salud y enfermeras; en tal sentido, se ha trabajado junto con la Comisión Nacional para el Desarrollo y la Práctica de la Epidemiología y se ha colaborado con el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y con otros organismos nacionales para establecer un centro de documentación y una red de información.

En forma conjunta con el BID y la OPS/OMS, el Instituto Nacional de Obras Sanitarias llevó a cabo un proyecto para mejorar la calidad del agua potable en la zona central del país. También asignó prioritariamente recursos al proyecto de saneamiento y recuperación ambiental de la cuenca del río Tuy, emprendido con la colaboración del PNUD y del PNUMA.

CONO SUR

INICIATIVA DE SALUD DEL CONO SUR

En agosto de 1986, los Ministros de Salud de la Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay dieron vida a la Iniciativa de Salud del Cono Sur. Se reunieron en Montevideo con equipos técnicos, representantes de la OPS/OMS en esos países y el Director y personal técnico de la OPS a fin de examinar problemas comunes y planear acciones conjuntas para abordarlos.

Los Ministros decidieron actualizar los acuerdos existentes sobre problemas de salud en las fronteras y reunirse cada dos años. También convinieron en celebrar anualmente debates técnicos para promover el intercambio de información y experiencias

sobre problemas de salud prioritarios, tomar decisiones referentes a las actividades subregionales o bilaterales que promuevan una mejor utilización de los recursos, y evaluar hasta dónde cumplía cada país con las recomendaciones de las reuniones conjuntas técnicas y ministeriales.

En la Reunión de Ministros del Cono Sur celebrada en Buenos Aires en noviembre de 1988, Bolivia se incorporó a la Iniciativa como miembro de pleno derecho.

En la reunión del grupo técnico de trabajo que se llevó a cabo en octubre de 1989 en Santiago se seleccionaron cuatro campos prioritarios, se revisó la labor realizada hasta

entonces y se programaron actividades por menorizadamente. Esos cuatro campos prioritarios fueron: preparativos para casos de desastre, salud en las fronteras, control de la transmisión del virus del SIDA y productos farmacéuticos y biológicos esenciales. Las siguientes fueron algunas de las recomendaciones más importantes de la reunión.

Preparativos para casos de desastre. Asignar a los preparativos prioridad permanente como tema de debate en las reuniones de ministros con ocasión del Decenio Internacional de Reducción de los Desastres Naturales; incluir en la definición de "desastre" los riesgos provocados por el hombre, como los accidentes con productos químicos o material radiactivo; formar un comité operativo subregional en el Cono Sur para emergencias de salud, formado por los funcionarios técnicos de los ministerios encargados de los preparativos y de la coordinación del socorro en situaciones de desastre; asignar a los países designados centros de enlace en forma rotativa (la Argentina ha de ser el primero), la tarea de controlar las actividades técnicas y educativas desarrolladas; solicitar a la OPS/OMS que busque fondos extrapresupuestarios para pagar a un técnico contratado a jornada completa que colabore en las actividades subregionales; modernizar la comunicación directa entre los programas nacionales para casos de desastre, e incrementar los programas de capacitación en situaciones de emergencia.

Salud en las fronteras. Establecer instrumentos legales que faciliten la ejecución de proyectos conjuntos de salud a lo largo de las fronteras; desarrollar proyectos de control epidemiológico centrados en torno a la malaria, el dengue, la fiebre amarilla y la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana); capacitar personal en métodos de control de enfermedades infecciosas prevalentes en zonas fronterizas, y diseñar y poner a prueba un sistema común de inteligencia epidemiológica.

SIDA. Asignar un orden de importancia a los factores de riesgo en los pacientes que presenten algunos; estudiar la posibilidad de

adoptar subcategorías para clasificar la transmisión heterosexual; adoptar la definición de caso utilizada por la OPS; suministrar los elementos materiales, técnicos y administrativos necesarios para estudiar y manejar los casos infectados; garantizar el examen selectivo del 100% de la provisión de sangre; tener en cuenta las disposiciones existentes en relación con las enfermedades infecciosas antes de elaborar nuevas leyes sobre el SIDA, y considerar los principios éticos establecidos en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a fin de evitar la segregación social y el estigma de las personas infectadas y de sus familias.

Medicamentos, vacunas y hemoderivados. Continuando con los campos de trabajo acordados en la reunión técnica celebrada en abril de 1988, alentar las actividades bilaterales y multilaterales de producción e intercambio comercial de medicamentos esenciales; estudiar y determinar la clasificación y certificación de medicamentos y productos biológicos; intercambiar información sobre obtención y compra; llevar a cabo programas de información pública sobre la utilización apropiada de medicamentos, y coordinar la información referente a normas éticas sobre publicidad de medicamentos, control de calidad para garantizar su seguridad y eficacia, y almacenamiento y distribución. Además, el grupo solicitó el establecimiento de un banco de datos sobre fármacos, equipos, servicios, recursos humanos y capacidad analítica; un análisis comparativo de la legislación de salud; un examen de la oferta y demanda de vacunas, y estudios subregionales conjuntos sobre el uso y consumo de medicinas.

La selección de estos campos concretos de acción subregional conjunta representa un importante avance en la coordinación de recursos para resolver problemas críticos en el área. Teniendo en cuenta que la difícil situación financiera de los países de referencia puede poner en peligro la plena ejecución de todos los proyectos, la OPS/OMS ha presentado algunos de ellos a fuentes de financiamiento interesadas en su realización.

ARGENTINA

El sector de la salud pública de la Argentina ha quedado sometido a riguroso examen desde la restauración del poder civil en 1983. Se observan dos etapas bien diferenciadas en el último cuatrienio: de 1986 a 1988 y 1989. El primer período se caracterizó por la relativa estabilidad política y el segundo, por un cambio de gobierno anticipado como consecuencia del estallido de una crisis económica que se venía incubando desde hacía tiempo.

Hasta 1989, el Ministerio de Salud y Acción Social trabajó metódicamente para que el sistema de prestación de los servicios pudiese aumentar su cobertura y ser más equitativo en cuanto a la calidad de la atención. La federalización, respecto a las medidas de salud, constituyó el núcleo del nuevo enfoque de la planificación.

Para emprender esta iniciativa de renovar y modernizar el sistema de prestación de los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Acción Social recurrió a expertos en financiamiento, análisis de estrategias y planificación de la salud, y desarrolló amplios programas de capacitación de personal. También solicitó a la OPS/OMS que proporcionase asistencia mediante la evaluación del estado de la atención de salud y la organización de la cooperación técnica con arreglo a las modernas técnicas de administración exigidas por la reforma estructural.

Tras una amplia evaluación del estado del sistema nacional de prestación de atención de salud, se asignó carácter prioritario a siete categorías de programas: reforma administrativa para el desarrollo nacional en salud, coordinación de la política de salud, desarrollo de programas y servicios, desarrollo institucional, coordinación económico-financiera, federalización del sector salud, y coordinación intersectorial de salud y bienestar social.

La etapa de análisis, que se concentró fundamentalmente en la distribución y cobertura de servicios curativos prestados en

hospitales y centros de salud, demostró que el financiamiento del sector de la salud pública sufría una erosión a lo largo de los años, a medida que aumentaba el número de servicios que pasaban al sector privado. A fines de 1988, por ejemplo, 66% de las camas de hospital correspondían al sector público, pero representaban tan solo 40% de las altas de pacientes. La pérdida de ingresos exacerbó las desigualdades inherentes a un sistema de atención de salud desdoblado: por un lado, los que podían pagar servicios privados, y por el otro, los que carecían de medios para hacerlo y eran atendidos en servicios públicos cada vez más deficientes.

Otro problema que sacó a la luz el estudio de la configuración de los servicios nacionales de salud fue el relacionado con el perfil asimétrico que ofrecen los recursos humanos. Los médicos se reciben a razón de 5000 por año. Esto quiere decir que en la Argentina hay un médico por 355 personas, aunque la mayoría de los facultativos ejerce en el área metropolitana de Buenos Aires. A la vez, hay una escasez crítica de personal de salud pública bien capacitado, incluso de enfermeras. Por consiguiente, el Ministerio concentró sus esfuerzos —y la cooperación técnica que solicitó a la OPS/OMS— en reforzar la política de federalización por medio de la capacitación diversificada de recursos humanos en las provincias.

Simultáneamente, el recién reinstaurado Proyecto de Salud Ambiental desarrolló un Plan Nacional del Medio Ambiente que aborda varias áreas clave: expansión de la red de abastecimiento de agua y alcantarillado, salud ocupacional, y toxicología y control de sustancias peligrosas.

En 1988, la mayoría de estas iniciativas de reforma estaban en marcha. El proceso culminó a fines del año cuando se sancionó la nueva norma —la Ley del Seguro Nacional de Salud— destinada a crear un sistema de salud único que garantizase una cobertura del 100% de la población.

Empero, el impulso de la nueva política se perdió en medio de la explosión de la crisis económica.

La inflación en espiral, el desempleo y los primeros disturbios en la historia del país provocados por la falta de alimentos paralizaron los programas públicos. Las elecciones presidenciales llevaron al gobierno al principal partido de oposición, que se hizo cargo del poder por anticipado a causa de una emergencia social que iba en escalada. Frente a la demanda pública de medidas urgentes, el Ministerio de Salud y Acción Social del nuevo gobierno concentró todos sus recursos con carácter de emergencia en la distribución de alimentos y medicinas, vigilancia nutricional, programas de alimentación suplementaria para niños y atención preventiva de salud para mujeres embarazadas y niños lactantes.

Los cambios que se producen en la política nacional de salud se reflejan en la cooperación técnica que la OPS/OMS ha de ofrecer en el próximo cuatrienio. Además de hacer continuamente hincapié en la salud materno-infantil, la salud ambiental y los programas de nutrición, el nuevo gobierno ha elegido al SIDA y a las enfermedades transmitidas por vectores como metas de las especiales medidas de control que se adoptarán en el próximo período. Por otra parte, en la Secretaría de Estado de Salud se está comenzando a revalorizar y dar prioridad a la información y estadísticas de salud, áreas bastante afectadas en los últimos años por la reducción de fondos y de personal.

La OPS/OMS no solo tiene importantes programas regionales en cada una de las áreas técnicas mencionadas; también ayudará al Ministerio a conseguir financiamiento externo y la colaboración de otros organismos cuando los proyectos lo requieran. Mientras tanto, la Organización ha facilitado la continuidad de los programas. Aunque en el nivel central del Ministerio se estaba llevando a cabo una reorganización, la OPS/OMS prosiguió capacitando recursos humanos en las provincias y proporcionando amplia cooperación técnica en abastecimiento de agua y saneamiento, preparación para accidentes radiológicos y manejo de sustancias peligrosas, control de la contaminación ambiental, salud ocupacional y control de infecciones en hospitales. A solicitud del Ministerio, la OPS/OMS dedicó gran parte de sus recursos a este componente de la salud ambiental y existe un proyecto y un protocolo listo para la firma, a fin de establecer un subcentro del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud en la provincia de Misiones.

Con la cooperación técnica de la OPS/OMS, el gobierno ha logrado apoyo de dos importantes instituciones crediticias. El BID proporciona \$US124 millones para el desarrollo de la infraestructura hospitalaria provincial y el Banco Mundial aprobó un préstamo de \$US12 millones para adiestramiento de recursos humanos, información sobre salud, seguro nacional de salud y planes de descentralización.

BRASIL

En 1986, la VIII Conferencia Nacional de Salud patrocinó un movimiento reformista sustentado en el principio de que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y sostuvo, por consiguiente, que su protección debía quedar garantizada por un Sistema Unificado de Salud, organizado democráticamente. Por otra parte, de

acuerdo con la Declaración de la Reforma Sanitaria, el estado de salud debe considerarse "como resultado de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta adecuada, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad, tiempo libre, acceso a la tierra y acceso a los servicios de salud". Por lo tanto, el Sistema Unificado de

Salud debe basarse en un enfoque epidemiológico global de intervenciones en el campo de la salud que exceden los límites de la atención médico-hospitalaria.

En octubre de 1988, la Constitución Nacional incorporó en sus artículos este concepto innovador, que afirma expresamente que incumbe al Estado la responsabilidad de salvaguardar la salud de todos sus ciudadanos y establece la base jurídica del Sistema Unificado de Salud. Específicamente, el artículo 196 estipula que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y que el Estado tiene la obligación de adoptar medidas sociales y económicas con objeto de disminuir el riesgo de enfermedades y otros males y garantizar el acceso de todos y por igual a acciones y servicios de promoción, protección y rehabilitación.

Las directrices básicas establecidas en la Constitución de 1988 son: descentralizar los servicios y dejarlos a cargo de los estados y las municipalidades; proporcionar atención integrada, haciendo hincapié en la prevención, y democratizar la prestación de servicios promoviendo la participación de la comunidad. En el artículo 200 se asignan al sector salud las siguientes funciones prioritarias: control y supervisión de procedimientos, productos y sustancias que se relacionen con la salud y participación en la elaboración de fármacos, equipos, anticuerpos inmunológicos, hemoderivados y otros insumos; desarrollo de actividades de salud y vigilancia epidemiológica, así como de otras vinculadas con la salud de los trabajadores; dirección de la capacitación de los recursos humanos en el sector salud; participación en la preparación y ejecución de medidas básicas de saneamiento; promoción del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud; supervisión de la elaboración de alimentos e inspección de los productos alimentarios, comprendida la vigilancia de su contenido nutricional, y de bebidas y agua destinadas al consumo del hombre; asistencia para controlar y supervisar la producción, el transporte, el almacenamiento y la utilización de sustancias y productos psico-

tropicos, tóxicos y radiactivos, y colaboración en la protección del medio ambiente, incluido el del lugar de trabajo.

La transición hacia la completa reorganización de los servicios de salud comenzó antes de la promulgación constitucional y continuará hasta que se logre reemplazar al sistema anterior basado en la economía de mercado. Las autoridades nacionales de salud y el personal de la OPS/OMS dedicaron gran parte del cuatrienio a diseñar el proyecto de Reforma Sanitaria, modelos asistenciales, cambios administrativos y programas de educación continua destinados a profesionales de la salud.

Otro importante foco de acción fue la producción y el control de la calidad de vacunas y medicamentos esenciales. El propósito del programa es que el Brasil alcance en 1992 el autoabastecimiento de vacunas contra la poliomielitis, el sarampión, la fiebre amarilla, la rabia, DPT, DT y toxoide tetánico, así como de sueros antidiftérico y antiofídico. Poco después de ese año, el Brasil espera exportar estos productos biológicos a otros países de América Latina y el África.

La OPS/OMS colaboró con el Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud para efectuar controles de calidad y capacitar técnicos en cromatografía líquida, toxicología y métodos de investigación sobre el uso medicinal de la flora nativa (un proyecto conjunto del Brasil, Cuba y China). En apoyo de los aspectos de investigación y producción que entraña el autoabastecimiento de vacunas y medicamentos, continuó el trabajo durante todo el cuatrienio para conseguir la infraestructura necesaria.

La salud materno-infantil constituyó una prioridad nacional entre los programas de atención preventiva, y la OPS/OMS y el UNICEF se mostraron activos en este campo. El Brasil fue sede de dos reuniones internacionales patrocinadas por la OMS para tratar la cuestión y se formaron comités nacionales, estatales y municipales a fin de controlar y analizar datos sobre las características de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. Las medidas adoptadas en

pro de la supervivencia de los niños comprendieron el control de las enfermedades diarreicas y respiratorias, el establecimiento de programas de educación para la salud en la comunidad y el planeamiento de un sistema de información estadística sobre salud maternoinfantil. Como actividad complementaria, el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición llevó a cabo proyectos de investigación y capacitación de recursos humanos en coordinación con otros organismos.

En materia de salud ambiental, la Compañía Estatal de Tecnología de Saneamiento Básico desempeñó un papel preponderante en la capacitación de ingenieros a los que dedicó diversos cursos, incluido uno sobre diseño de plantas de purificación y control de calidad del agua.

En diciembre de 1988, el Brasil fue sede de la Segunda Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA. El programa nacional para el control y prevención del SIDA invierte gran parte de sus recursos en prevenir la contaminación de los bancos de sangre con el virus de la inmunodeficiencia humana y en promover la educación para la salud y la modificación del comportamiento de la población.

Además de desarrollar el programa del SIDA, fue necesario mantener la vigilancia y el control de la fiebre amarilla, la esquistosomiasis, la malaria y otras enfermedades endémicas en el nordeste y la cuenca del Amazonas. El Banco Mundial proporcionó asistencia financiera a estas actividades y, junto con el PNUD, patrocinó un programa especial de enseñanza con el propósito de brindar la capacitación suficiente para llevar a cabo investigaciones operativas sobre enfermedades tropicales.

El programa de control de alimentos se dedicó principalmente a la formación de recursos humanos y a actividades de coordinación de la exportación e importación de alimentos con otros países y organismos internacionales. Una comisión especial

estuvo a cargo de la vigilancia del comercio de carne con los países de la cuenca del Plata.

Respecto a las zoonosis, la rabia urbana responde satisfactoriamente a las medidas de control y está en franca declinación, especialmente en el sur del país. El programa de control hizo hincapié en la capacitación de personal en el uso de vacunas antirrábicas y material para diagnóstico. La Secretaría de Salud del estado de Paraná elaboró un plan de control de la teniasis y la cisticercosis, que incluye ingeniería sanitaria y actividades de saneamiento del medio, nutrición e inmunización.

La cooperación técnica entre países adoptó la forma de intercambio de información y de colaboración entre el Brasil y sus 10 países limítrofes, especialmente en lo que atañe a control de las enfermedades infecciosas, intercambio de consultores y capacitación de personal. Se examinó con la Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay la posibilidad de establecer proyectos conjuntos en relación con enfermedades infecciosas, el SIDA, medicamentos y vacunas, preparativos para situaciones de desastre y participación de la mujer en la salud y el desarrollo.

El Brasil firmó varios convenios: con el Paraguay para controlar la rabia; con México para cooperar en materia de salud ambiental; con Colombia para colaborar en educación para la salud; con los países amazónicos para el control de la malaria, la lepra y el dengue; con Bolivia para el suministro de insumos para la salud y el control de enfermedades en zonas fronterizas, y con la Argentina, Guyana y Uruguay para el control de enfermedades en zonas fronterizas. En los últimos años se está intensificando la cooperación técnica con los países de habla portuguesa del Africa mediante el suministro de equipos, materiales, reactivos, medicamentos y biológicos, y la capacitación de recursos humanos en escuelas y facultades de enfermería y medicina del Brasil.

CHILE

Como ocurrió con la mayoría de sus vecinos del Cono Sur, Chile experimentó un cambio político fundamental en el curso del cuatrienio y por primera vez desde 1970 hubo elecciones presidenciales democráticas. Como esas elecciones se celebraron en diciembre de 1989 y la asunción del mando del nuevo gobierno se producirá en marzo de 1990, las modificaciones de la política pública no se dejarán sentir hasta el próximo período. La economía chilena mostró en el cuatrienio una moderada tasa de crecimiento, salarios reales que se mantuvieron estables y un aumento de los ingresos de divisas derivado del alza del precio del cobre.

El sistema nacional de prestación de atención de salud se ha administrado durante muchos años con criterio de descentralización. El Sistema Nacional de Servicios de Salud comprende al Ministerio de Salud, 13 regiones y 27 servicios geográficamente descentralizados, un Fondo Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud. Existe también un sistema privado de atención médica prepaga representado por las Instituciones de Salud Previsional, que cubre aproximadamente a 10% de la población. Gran parte de los esfuerzos del Ministerio se orientaron a aumentar la eficiencia administrativa de los servicios regionales, garantizando la disponibilidad de suministros y equipos críticos en las zonas más necesitadas desde el punto de vista económico y realizando cursos de capacitación para el personal clave. Varios profesionales de la atención de salud que trabajan en las municipalidades recibieron subsidios para asistir a cursos intensivos sobre modernos métodos de administración. Estos cursos fueron patrocinados por la Universidad de Chile y parcialmente financiados por la Fundación W. K. Kellogg.

La cooperación técnica proporcionada por organizaciones y organismos internacionales, incluida la OPS/OMS, ha contribuido al desarrollo de los servicios de salud

en Chile. Resultó de especial valor la capacitación de personal en la aplicación de la estrategia de atención primaria, que es la base del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En otras esferas del aprovechamiento de los recursos humanos, la cooperación técnica de la OPS/OMS se ha centrado en el desarrollo de un sistema de información médica para el personal, en la realización de investigaciones y en la enseñanza de todas las disciplinas del sector a los profesionales de salud.

A pesar de la estabilidad del entorno económico y político, se estima que 45% de las familias chilenas viven en la pobreza. Por lo tanto, el programa de salud materno-infantil, que incluye la alimentación suplementaria y el control intensivo de las enfermedades diarreicas y respiratorias, continuó siendo una de las prioridades del Ministerio de Salud. Dados los bajos niveles ya alcanzados en las tasas de mortalidad materna e infantil, los descensos fueron menos marcados que en otros tiempos, aunque en 1987 la mortalidad infantil presentó la menor tasa de la historia del país, con 18,5 por 1000 nacidos vivos, en comparación con 120,3 por 1000 en 1960.

Simultáneamente, la expectativa de vida se extendió a 71,5 años, y junto con esta prolongación aumentó también la carga de los problemas de salud típicos de las sociedades de más edad y marcado carácter urbano (como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares). Consciente del perfil cambiante de la salud de su población, el gobierno estableció programas de salud para adultos y adolescentes. Además de los problemas de la edad, la concentración urbana ha originado una grave contaminación ambiental que ahora alcanza niveles alarmantes en el área metropolitana de Santiago, sobre todo en los meses de verano. Las autoridades del sector consideran que la contaminación es un riesgo importante para la salud, y se proponen obtener financiamiento

sustancial para poner en marcha medidas de control.

En el campo de las enfermedades infecciosas endémicas, los programas actuales de vigilancia y control se siguieron desarrollando con éxito, excepto en lo que respecta a la tuberculosis, que no ha disminuido tan rápidamente como se esperaba. Las enfermedades de transmisión sexual respondieron satisfactoriamente a las medidas de prevención y tratamiento, y el Ministerio ha

establecido un plan de vigilancia y una campaña de educación pública sobre el SIDA.

Por último, el recién establecido Sistema Nacional de Información en Ciencias de la Salud conectó sus servicios bibliográficos con las universidades e instituciones más importantes en materia de servicios de salud. La OPS/OMS ha prestado colaboración en su desarrollo y funcionamiento, proporcionando asistencia técnica y administrativa.

PARAGUAY

En febrero de 1989, el Paraguay experimentó el cambio político más importante de su historia de posguerra; el gobierno que duró 35 años en el poder se transformó, por proceso electoral, en gobierno democrático. El cambio del gobierno nacional puso en marcha un proceso de reforma de los planes de acción y de la estructura administrativa del sector público. Por ende, las actividades de salud durante 1989 se caracterizaron por el énfasis en la planificación de los servicios del sector salud.

En los tres años anteriores a 1989, la estrategia nacional de salud había centrado su atención en varios frentes principales: ampliación de la cobertura de atención de salud, con el aumento del número y la capacidad de las instalaciones correspondientes (inclusive la construcción y el equipamiento del Gran Hospital Nacional); capacitación de profesionales de salud pública, y establecimiento de proyectos básicos ordinarios como los de salud materno-infantil, control de enfermedades tropicales y salud ambiental.

Mientras tanto, las autoridades de salud prosiguieron con un programa de capacitación de recursos humanos que se proyecta terminar al cabo de cinco años, cuando el país disponga ya de un número suficiente de profesionales idóneos en salud pública, en

condiciones de incorporarse al personal de los programas nacionales. Se adoptó esta estrategia para corregir la carencia de médicos, dentistas, farmacéuticos y sanitaristas que existía en el país. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la OPS/OMS elaboraron varios programas de enseñanza superior que comprendían, por ejemplo, un programa para graduados en salud ambiental. La Fundación W. K. Kellogg y el FNUAP también brindaron su apoyo al programa de salud materno-infantil, y la primera respaldó el programa de capacitación docente-asistencial.

Como parte de su labor de promoción del bienestar de madres y niños, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social centró sus esfuerzos en la reducción de la mortalidad perinatal y en la ampliación de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), incluida la campaña de erradicación de la poliomielitis. Fueron necesarios numerosos recursos para mantener el abastecimiento de vacunas y los equipos de la cadena de frío, así como para movilizar a la población los días fijados para la vacunación. La determinación de estos días especiales configuró un problema y las autoridades de salud decidieron que se conseguiría una mejor cobertura si la

vacunación se efectuase como actividad regularmente programada a lo largo de todo el año.

Aunque las afecciones crónicas se van convirtiendo gradualmente en las causas principales de morbilidad y mortalidad entre los adultos, las enfermedades infecciosas siguen infligiendo grandes pérdidas de vidas y bienestar. En el campo de estas enfermedades se otorgó prioridad a la vigilancia y control de la malaria y el dengue. Ambas enfermedades se transmiten por mosquitos, son causas importantes de mortalidad y morbilidad y resultan difíciles de controlar. Las medidas de control del dengue comprenden intentos de limpiar sistemáticamente los criaderos de mosquitos en centros poblados, como los que se encuentran en sitios donde se arroja basura. La rabia urbana, la tuberculosis, la contaminación de los alimentos, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis todavía constituyen importantes riesgos de salud pública en el Paraguay, y por eso se mantuvieron los programas actualmente destinados a controlarlos. Se confía en que la fiebre aftosa quede pronto erradicada de la zona oriental del país.

A pesar de que hasta ahora se han notificado pocos casos confirmados de SIDA, el Ministerio estableció un sistema de vigilancia de la enfermedad y ha emprendido un proyecto de investigación en el laboratorio, con la esperanza de ponerse en condiciones de detectar y frenar la propagación de esta enfermedad mortal antes de que afecte a grandes sectores de la población.

La extensión del abastecimiento de agua potable a los habitantes de zonas rurales y periurbanas se ha ido logrando lenta pero firmemente en el curso del cuatrienio. Mientras seguía en marcha ese proyecto de infra-

estructura, se estudiaron las instalaciones destinadas al tratamiento del agua para las ciudades, a efectos de determinar los medios más eficaces para incrementar su capacidad. En una tarea conjunta, la OPS/OMS y el Ministerio de Salud también emprendieron un estudio sobre la contaminación del río Paraguay.

Cuando se produjo el cambio de gobierno en 1989 se creó un Consejo Nacional de Salud con asesoramiento de la OPS/OMS. Formado por todas las instituciones que llevan a cabo actividades vinculadas a la prestación de atención de salud, en la actualidad el Consejo cumple funciones de asesoramiento en el plano nacional.

Las prioridades nacionales de salud se establecieron en el Plan de Acciones Inmediatas en Salud. Este plan de coyuntura sirvió para garantizar la continuidad de los proyectos durante 1989, mientras las estrategias de salud a mediano plazo se definían en el Plan Nacional de Salud. Publicado a principios de 1990, este Plan incluye una carta orgánica y un manual de organización para el Ministerio de Salud. También compendia las medidas necesarias para utilizar mejor la infraestructura y la capacidad ociosa existentes, incrementar los recursos utilizables colaborando con otros sectores públicos y transformar la División de Estadísticas en parte del sistema integral de información de salud.

La OPS/OMS prestó su cooperación técnica a todos los proyectos mencionados mediante aportes de personal, suministros y equipos, subsidios y programas especiales de capacitación, vigilancia epidemiológica y divulgación de información, y de asesoramiento durante las etapas de planificación.

URUGUAY

En virtud de su situación demográfica y epidemiológica, el Uruguay exhibió pocos cambios de los indicadores de mortalidad, a excepción de la importante disminución de la mortalidad infantil (de 29,4 por 1000 nacidos vivos en 1985 a 20,9 en 1988, con un porcentaje de reducción de 28,9).

La situación de los servicios de salud en el país puede resumirse como sigue, según la descripción que hizo el Poder Ejecutivo en una propuesta de ley enviada al Parlamento: la Organización Sanitaria Nacional ofrece un mosaico complejo y poco ordenado en donde resalta la multiplicidad, heterogeneidad e incoordinación de sus instituciones; las instituciones públicas y privadas no han podido afrontar en los últimos años los gastos necesarios para un correcto funcionamiento debido a la crisis socioeconómica que sufre el país; el mutualismo como forma voluntaria de seguro (pago anticipado mensual) y con una cuota igualitaria independiente de los ingresos económicos de sus afiliados perpetúa las inequidades sociales, y el modelo de sistemas de salud que funciona en el país no satisface las necesidades de la población.

El gobierno que asumió el poder poco antes de iniciarse el cuatrienio realizó la transición democrática y desarrolló su gestión en medio de una crisis económica análoga a la de la mayoría de los países de la Región. Pese a los esfuerzos del gobierno para aumentar la proporción del gasto público en salud, los recursos disponibles no permitieron revertir la situación de deterioro de muchos establecimientos públicos ni recuperar niveles aceptables de inversión.

Se presentó una solicitud al BID para el reemplazo de uno de los grandes hospitales de Montevideo, así como para reforzar los programas dirigidos al mejoramiento de la salud del adulto. El Ministerio de Salud Pública propició y consiguió la descentralización institucional de la administración de los servicios de

salud estatales, con lo cual se reforzó la responsabilidad del Ministerio.

Se estableció un programa de médicos de familia que cuenta ya con más de un centenar de profesionales remunerados por capitación que cubren más de 150 000 personas. La cobertura de inmunización es cercana al 100% y tanto la cadena de frío como la disponibilidad de vacunas son adecuadas. Tras una vigilancia muy completa no se han detectado casos de poliomielitis causada por poliovirus salvaje.

Las autoridades de salud hicieron hincapié en el saneamiento ambiental, especialmente en la eliminación de desechos urbanos (el relleno sanitario y la planta de producción de biogás de Montevideo son ejemplos válidos), y en el tratamiento de las aguas servidas que se descargan en las zonas costeras. El BIRF tiene en estudio un proyecto para desarrollar un Plan Maestro de Salud Ambiental, que consiste fundamentalmente en ampliar la cobertura del abastecimiento de agua en zonas rurales.

La preocupación existente en la Región por la propagación del SIDA y el hecho de que a principios de 1989 se hubieran producido 29 defunciones entre los 50 casos diagnosticados y los 309 portadores conocidos del VIH, indujeron al Programa Nacional del SIDA a reforzar su campaña de educación pública y a importar los reactivos y equipos de análisis necesarios para garantizar la seguridad de la provisión de sangre en toda la nación.

En las zonas rurales del país, el personal de salud trabajó con el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca para erradicar la fiebre aftosa, que sigue infligiendo pérdidas a la economía. El BID proporcionó fondos para este proyecto.

Otro proyecto subregional que adquirió impulso fue el de preparativos para casos de desastre. Se brindará especial atención a la amenaza de desastres tecnológicos en países del Cono Sur. Se ha programado la realización de varios seminarios sobre normas y procedimientos en Montevideo, durante 1990.

NORTEAMERICA

CANADA

En el período 1986-1989, la sociedad canadiense se percató con creciente conciencia social de la importancia de una conducta responsable en materia de salud, un medio ambiente más sano y la participación de los pacientes en los asuntos relativos a la salud con el fin de mantener y aumentar los buenos niveles de atención de que goza actualmente.

La elevada esperanza de vida de la población canadiense es testigo, al menos, de los éxitos logrados en su batalla contra las enfermedades infecciosas, que constituyeron una amenaza principalmente durante la infancia. Según las tablas de vida preliminares preparadas para el período 1983-1985, la esperanza de vida de los hombres y las mujeres aumentó, en promedio, cerca de un año y alcanzó cifras de 72,9 y 79,8 años, respectivamente. Además, el principal cambio observado desde 1931 no fue tanto la prolongación de la vejez como el aumento de la proporción de personas que llegan a edad avanzada. En 1931, 66% de la población masculina esperaba llegar a los 60 años; ya en 1981, esa proporción había aumentado a 83%. Las cifras correspondientes a las mujeres fueron de 68 y 90%, respectivamente.

La actual política de salud canadiense y la forma de enfocar los asuntos pertinentes comenzaron a surgir a fines de los años cincuenta. En 1957, la legislación federal sirvió de base para la institución de un seguro hospitalario universal pagado por anticipado. Un decenio más tarde, una ley integral sobre seguro médico complementario ofreció una amplia gama de beneficios médicos y hospitalarios a la población canadiense. Las provincias prestaban los servicios, de conformidad con las normas nacionales. Los gobiernos provinciales agregaron muchos

otros beneficios a los que ya proporcionaba el programa de seguro nacional, que comprendían desde servicios dentales para los niños y prescripción de medicamentos gratuitos para los ancianos hasta dispositivos ortodónticos y prostéticos.

El actual sistema canadiense de atención de salud se rige por cinco principios básicos: universalidad (todos los canadienses tienen acceso al sistema, independientemente de su ingreso); transferibilidad (el traslado de una provincia a otra no modifica en nada la clase de cobertura que tiene la persona); integridad (se cubren todos los servicios prestados por los hospitales, como suministros de medicamentos, vendajes, cuartos y cirugía, y el Estado paga todas las consultas hechas a los médicos); accesibilidad (los establecimientos de salud son de acceso razonable para todos); y administración pública (el sistema es dirigido por el Estado, no por el sector privado, aunque la prestación de servicios corresponde a este último). El gobierno federal reembolsa a las provincias alrededor de 50% del costo de la atención. Los gobiernos provinciales pagan el resto por medio de varios métodos, incluso tributación y primas particulares o compartidas por la empresa y el empleado.

El actual programa de seguro médico federal y provincial cubre a cerca de 97% de la población canadiense. Las políticas nacionales de salud son compatibles con las provinciales y territoriales, ya que son formuladas por la representación federal, provincial y territorial. Las entidades de salud profesionales médicas y voluntarias contribuyen mucho a la formulación y a la estructura de la política en materia de salud. La atención se concentra en grupos con necesidades especiales, como los ancianos y los discapacitados. Las enfermedades del corazón,

el cáncer, los accidentes, los trastornos mentales y las enfermedades crónicas constituyen asuntos prioritarios. Existen tres niveles de servicio: la atención primaria, que se facilita y es accesible a todos por medio de médicos de familia locales (ese servicio es prestado por enfermeras de salud pública en las zonas poco pobladas); la atención secundaria, que se ofrece en los hospitales de zona, y la atención terciaria, que se presta en los hospitales regionales.

Las autoridades de salud provinciales, regionales y municipales administran los servicios de atención primaria de salud, como el abastecimiento de agua potable y el tratamiento de aguas negras; manejan los programas de salud pública, como vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y educación sanitaria; inspeccionan los expendios de alimentos; prestan atención en el hogar y en el hospital a la madre y al recién nacido, y ofrecen servicios de salud escolar, como sesiones de inmunización y de atención dental preventiva. En la provincia de Quebec, por ejemplo, los centros de salud comunitarios de cada localidad participan en actividades como envío de pacientes a los hospitales e instituciones de servicios sociales y ayudan en la formación de grupos de apoyo. Los servicios de rehabilitación y de atención en el hogar a menudo son proporcionados por las autoridades de salud y organismos voluntarios.

El reconocimiento de la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad por medio de una conducta responsable en materia de salud, un medio ambiente más sano y la participación de los pacientes ha abierto el camino para reorientar las iniciativas de salud y establecer nuevos programas de promoción y prevención. Las preocupaciones nacionales por la salud incluyeron también el aumento del costo de la atención, un problema común para América del Norte y otros países desarrollados; las diferencias en el financiamiento de la atención a largo plazo y en el hogar en las provincias; la capacidad excesiva de los hospitales, y la sobreabundancia

de médicos. El número de médicos civiles en ejercicio, incluso internos y residentes, aumentó casi 33% entre 1975 y 1985, en tanto que la población creció solo 11,4%. Sin embargo, la distribución geográfica y funcional de los médicos sigue siendo desigual. Para fomentar el interés en ejercer la profesión en zonas fuera del sector urbano, muchas provincias han establecido programas de incentivos en colaboración con el gobierno federal y asociaciones profesionales para apoyar a los estudiantes de pre y posgrado de medicina ofreciéndoles ingresos garantizados, subvenciones por lugar de destino y capacitación en el empleo en las zonas rurales.

El Canadá estableció un conjunto de políticas y orientaciones en materia de salud, presentadas en el documento titulado «Logro de la meta de salud para todos: marco para la promoción de la salud» en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986, en el que se esbozaron sus estrategias. En el documento se definen las tres metas principales que tiene el país en el campo de la salud: la reducción de la desigualdad en la atención de salud, el incremento de la prevención de las enfermedades y la mejora de la capacidad para tratar las enfermedades crónicas y la invalidez. La participación del público, el fortalecimiento de los servicios de salud de la comunidad y la coordinación de la política en materia de salud pública se consideraron como elementos esenciales para poner en práctica los mecanismos de autocuidado, ayuda mutua y saneamiento ambiental que se necesitan para alcanzarlas.

La colaboración entre los gobiernos federal, provinciales, territoriales, regionales y municipales, junto con los esfuerzos desplegados por varios organismos privados, profesionales y voluntarios, ha dado como resultado varias políticas e iniciativas en materia de salud. Entre estas cabe citar el programa nacional de prevención de la conducción de vehículos en estado de embriaguez, la estrategia nacional sobre el

SIDA, la iniciativa destinada a los ancianos, el programa nacional para fortalecer la salud comunitaria y pautas para establecer políticas y programas de salud mental. Estas y otras iniciativas son pruebas de la sólida colaboración intersectorial que hubo en el Canadá en todo el período para alcanzar las metas de salud. Los siguientes son otros ejemplos pertinentes: los departamentos federales de salud y trabajo y la Junta del Tesoro anunciaron una política para fortalecer el programa de control del tabaquismo e incluir la eliminación del hábito de fumar como meta; el Programa de Acción sobre el Abuso de Drogas fue coordinado por 10 departamentos federales; la Ley Canadiense de Protección Ambiental fue el resultado de una amplia consulta con grupos especializados en ese campo, la industria, el sector laboral y los gobiernos provinciales y se destina a proteger al público y al medio ambiente contra las sustancias químicas industriales; y el proyecto de ciudades sanas entrañó la creación de una red que incluye la Federación de Municipios Canadienses, el Instituto Nacional de Planificadores y la Asociación Canadiense de Salud Pública, así como la fundación de una oficina nacional de coordinación apoyada por el Departamento de Salud y Bienestar Nacional.

Las políticas internacionales de desa-

rrollo y asistencia del Canadá en materia de salud se ponen en práctica por medio de varios organismos gubernamentales y, con frecuencia cada vez mayor, con la colaboración de organizaciones no gubernamentales. Las prioridades y los recursos de asistencia canadiense para el desarrollo son determinados por el Gabinete y los fondos se canalizan principalmente por medio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). La asistencia oficial para el desarrollo representa actualmente 0,5% del producto nacional bruto (cifras de 1988). El Departamento de Salud y Bienestar Nacional presta asesoramiento técnico y realiza un programa bien establecido de información e intercambio de personal con los países desarrollados y en desarrollo.

La OPS/OMS contribuyó al desarrollo y a la movilización de recursos del Canadá para poner la experiencia práctica canadiense al alcance de la Organización y de los demás Países Miembros. También apoya el adiestramiento de profesionales canadienses mediante adjudicación de becas de estudio a corto plazo. Algunos canadienses seleccionados por concurso recibieron becas de estudio que les permitirán aumentar sus conocimientos sobre los métodos modernos existentes en campos como desarrollo multilateral, salud pública y ciencias biomédicas.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

La manera de enfocar los asuntos de salud en los Estados Unidos de América es consecuencia de algunas de las creencias fundamentales de la sociedad: los derechos individuales, la responsabilidad del individuo y el fomento de actividades privadas de producción y distribución de bienes y servicios, sin intervención del Estado. Por ende, alrededor de 60% de los costos de atención de salud es sufragado por aseguradores particulares o los mismos pacientes, en tanto que los gobiernos federal, estatales o locales financian la mayor parte del resto. La provi-

sión de servicios de salud está preponderantemente en manos del sector privado.

La adopción de decisiones y los recursos no se controlan en un solo punto del sistema de salud. Las decisiones relativas a un proveedor las adopta generalmente el paciente, aunque en algunas instituciones más modernas, como en las organizaciones para el mantenimiento de la salud, la elección es un poco limitada.

La planificación y administración de la salud son funciones muy dispersas entre las entidades federales, estatales y locales, tanto

públicas como privadas. Los estados son las principales dependencias gubernamentales encargadas de las actividades de salud pública y, a su vez, han delegado a las entidades locales la responsabilidad de algunas actividades relacionadas con la salud, particularmente la prestación directa de servicios de salud. Todos los estados participan en la planificación y formulación de la política y la recolección de datos se realiza en los ámbitos federal, estatal y local.

El gobierno federal apoya directamente actividades como evaluación, formulación de política, desarrollo de recursos, transferencia de información, financiamiento y prestación de ciertos servicios de atención personal de salud. Su función incluye establecimiento de metas y objetivos nacionales de salud; administración de encuestas sobre el estado y las necesidades de salud de la población; realización de investigaciones biomédicas, clínicas y sobre servicios de salud; reglamentación e inspección de alimentos y medicamentos, y prestación de servicios de asistencia técnica a los estados y los sistemas locales de salud. También presta apoyo indirecto a la mayoría de los programas de servicio por medio de contratos con los estados, localidades y organizaciones privadas.

La mayor parte de los recursos federales a disposición de los estados está constituida por subvenciones fijas que estos emplean para apoyar sus propias actividades prioritarias. Las entidades de salud de los estados, que tienen la principal responsabilidad de administrar esas actividades, varían en cuanto a la amplitud de su mandato y su asignación dentro del gobierno estatal. Formulan la política en materia de salud con orientación del gobierno federal, la legislatura estatal y varios grupos externos.

Las casi 3000 entidades de salud locales también varían en lo que respecta a su tamaño y responsabilidad, pero prestan sobre todo servicios de salud preventiva como control de las enfermedades transmisibles, inspección de restaurantes e investigación de enfermedades transmitidas por los

alimentos y el agua. Sus fondos provienen principalmente de subvenciones de programas estatales y federales.

Otras entidades que participan en la planificación, investigación y formulación de la política en materia de salud comprenden organizaciones profesionales, instituciones sin fines de lucro centradas en determinados asuntos de salud o enfermedades, organizaciones que representan a determinados grupos cívicos y fundaciones que apoyan las investigaciones y los programas de salud. Esos grupos tratan de influir en asuntos de salud específicos o apoyarlos mediante fomento de la acción política, concentración de la atención del público y financiamiento de proyectos de salud.

Un magno esfuerzo de planificación que ha llevado a varias de esas entidades a unirse ha sido el establecimiento de los *Objetivos para la Nación, 1990* y la actual formulación de los *Objetivos nacionales de salud para el año 2000*, en los que se precisan las metas que puede alcanzar el país en determinados campos prioritarios. Para la formulación de esos objetivos y la vigilancia de su cumplimiento, el gobierno federal ha trabajado y sigue trabajando con entidades del campo de la salud en todos los niveles, tanto dentro como fuera de su jurisdicción. Los objetivos han proporcionado un instrumento de planificación nacional y han orientado a las entidades estatales de salud en el establecimiento de prioridades.

Los objetivos para 1990 comprenden reducciones de las tasas de mortalidad y morbilidad de la población estadounidense en cinco grupos de importancia, clasificados según la edad, y se centran en los problemas especiales de cada uno. En el caso de la salud de los lactantes (niños menores de 1 año), la meta es reducir la tasa de mortalidad un 35%, con especial atención al bajo peso al nacer y a los defectos congénitos. En el de la salud de los niños, aminorar el número de defunciones un 20%, con especial atención al crecimiento y desarrollo. En el de la salud de los adolescentes y adultos jóvenes (de 15 a 24 años), disminuir el número de defun-

ciones un 20%, con especial atención a la prevención de las lesiones causadas por vehículos de motor, el tabaquismo y la farmacodependencia. En el de la salud de los adultos maduros (de 25 a 64 años), aminorar el número de defunciones un 25%, con especial atención a los ataques cardíacos, la apoplejía y el cáncer. Por último, en el caso de la salud de los ancianos (de 65 años o más), la meta es reducir el número de días de enfermedad un 20%, con especial atención a la independencia funcional y a la prevención de la influenza y la neumonía. Esas metas encuentran apoyo en 226 objetivos mensurables, fijados en 1980 como logros para 1990, en los que se subrayan muchos aspectos de atención primaria.

Existen programas federales para poder prestar servicios de atención primaria a todas las personas que viven en zonas con servicios médicos escasos y a las que tienen necesidades especiales. El Servicio de Salud Pública, supeditado al Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) del gobierno federal, se encarga de prestar servicios de atención primaria de salud en zonas poco atendidas y de redistribuir los profesionales de salud, asignándolos a las zonas donde hay escasez. Aunque solo alrededor de 0,2% de la población carece de acceso a un médico en ejercicio y 98% reside dentro de un radio de 40 km del consultorio de un médico general o de familia, unos 35 millones de personas viven en zonas poco atendidas, distribuidas por igual entre las zonas urbanas y rurales.

Con el fin de corregir esa deficiencia, el gobierno federal presta servicios de atención de salud a determinadas poblaciones. El HHS tiene la responsabilidad directa de la atención de salud de casi un millón de indios nativos de los Estados Unidos y de naturales de Alaska, por medio de una red de hospitales y dispensarios, así como de otros grupos de la población. Varias subvenciones fijas del gobierno federal proporcionan fondos a los estados para programas de salud materno-infantil y preventiva y actividades de prevención del alcoholismo y la farmacodepen-

dencia y de salud mental. Un programa federal de subvenciones ofrece apoyo limitado a centros de salud comunitarios para la población desatendida.

El gobierno federal patrocina programas de estudio de posgrado en atención primaria para médicos, que se concentran en medicina de familia, medicina interna general y pediatría general. Existen dos problemas particularmente graves para la puesta en práctica de planes de asignación de personal de salud, a saber: la dotación suficiente de personal de salud en las zonas geográficas poco atractivas para el ejercicio de la profesión, debido a un apoyo económico insuficiente o marginal, al aislamiento profesional o a otros factores, y el financiamiento de capacitación adicional para los profesionales de salud en un momento en que la competencia por fondos es cada vez mayor. Es posible que el actual número de enfermeras no sea suficiente y se prevé una escasez de dentistas. Hay una demanda de especialistas en rehabilitación y ciertos tipos de trabajadores de salud pública. La forma de resolver los complejos problemas del mercado de personal de salud en los Estados Unidos de América se centra en lograr un mayor grado de coordinación de las actividades del gobierno federal, los estados y el sector privado para acabar con las restricciones de recursos humanos existentes para la prestación de los servicios de salud necesarios.

Para 1990 se espera haber logrado 35% de los objetivos nacionales fijados para el año 2000. La revisión de los objetivos nacionales de salud para el año 2000 se inició en 1987 y el documento final se publicará en septiembre de 1990. Las revisiones fueron necesarias a causa del cambio de las condiciones de salud durante el reciente cuatrienio. Por ejemplo, el SIDA se ha convertido en un motivo de profunda preocupación por sus repercusiones para la salud pública y sociopolíticas.

Las proyecciones hechas en el otoño de 1989 sugieren que a fines de 1993 se habrán diagnosticado de 390 000 a 480 000 casos de SIDA en los Estados Unidos, que darán

como resultado una cifra acumulada de 285 000 a 340 000 defunciones. Se prevé que el número de casos diagnosticados y notificados aumentará cada año. Las estimaciones actuales indican que el costo medio de la atención es de \$US75 000 por paciente con SIDA durante el curso de la enfermedad, pero es difícil hacer proyecciones de costos debido a la disponibilidad de medicamentos como la AZT y la mejor atención prestada a los pacientes.

El financiamiento de la atención de salud surgió como importante problema de salud pública. Si bien los Estados Unidos gastan una mayor proporción de su producto nacional bruto en salud que cualquiera otra nación industrializada, el sistema deja mucho que desear cuando se trata de atender las necesidades de los pobres, ancianos, desempleados y personas que requieren atención prolongada. En 1988, los programas Medicare (para los ancianos) y Medicaid (para los pobres) permitieron atender parcialmente las necesidades de salud de cerca de 52 millones de personas, lo que representa un aumento de cinco millones, o sea de 11%, en comparación con las cifras de 1980. Estos programas han ayudado a aproximadamente una de cada cinco personas.

La OPS/OMS presta servicios de cooperación técnica a los Estados Unidos en forma de adjudicación de becas a sus profesionales de salud y hace los arreglos necesarios para que los especialistas nacionales en determinados campos sirvan de consultores en otros países, cuando así se solicite. Los programas bilaterales del Servicio de Salud Pública han sido siempre el principal mecanismo de cooperación del HHS con otros Países Miembros de la OPS/OMS. Dentro del Servicio de Salud Pública, los Institutos Nacionales de Salud desempeñan una labor muy activa de cooperación interna-

cional y han destinado cerca de \$US100 millones anuales a esos proyectos en los últimos años. Ese monto incluye subvenciones y contratos concedidos a científicos e instituciones extranjeras para realizar estudios como parte de su programa de investigaciones externas y financiamiento de la estada de más de 1500 científicos extranjeros que trabajan en sus laboratorios.

La función reglamentaria de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también le exige interacción con varios gobiernos extranjeros. Esa entidad ofrece asistencia técnica y orientación a otros gobiernos en lo que se refiere al reglamento y a las restricciones de importación de alimentos, medicamentos, entrega de productos médicos y cosméticos vigentes en los Estados Unidos.

La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos es el canal de mayor importancia en el país para las contribuciones financieras internacionales al campo de la salud y a otros afines. En el ejercicio financiero de 1990, el financiamiento para programas de salud, planificación familiar, supervivencia infantil y prevención del SIDA en las Américas patrocinados por la AID ascendió a \$US85,7 millones. La política de salud de la AID sigue fomentando una mayor esperanza de vida en los países en desarrollo por medio de la reducción de la mortalidad y la morbilidad materno-infantil y las intervenciones destinadas a fomentar la supervivencia infantil, incluso una mayor cobertura con tecnologías nuevas, básicas y eficaces, y mejores sistemas de prestación de servicios de supervivencia infantil. Otras prioridades comprenden atención primaria de salud, abastecimiento de agua y saneamiento, control de vectores, prevención y control del SIDA, financiamiento de la atención de salud e investigaciones.

MEXICO

Pese a las graves limitaciones de recursos, se logró mejorar el estado de salud de la población mexicana. La mayoría tiene acceso a establecimientos de atención de salud y se ha logrado regular el crecimiento demográfico. Sin embargo, la cobertura de servicios de salud de buena calidad dista todavía de ser suficiente en las zonas urbanas y rurales marginadas y, en general, sigue habiendo escasez de materiales, equipo e instrumentos médicos, productos farmacéuticos y fondos para mantenimiento. A pesar de la acelerada urbanización del país, la población sigue asentándose en las zonas rurales, lo que dificulta la mejora de los servicios. De conformidad con la amplia meta de su política de salud y asistencia y seguridad social, el gobierno siguió fomentando el acceso universal a la atención de salud preventiva.

En el cuatrienio 1986-1989, las prioridades nacionales de salud específicas fueron: mejorar la calidad de los servicios de salud, rectificar la desigualdad de acceso, modernizar y descentralizar la administración del sistema de salud, garantizar la disponibilidad de servicios de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y saneamiento, y tomar medidas para controlar la contaminación ambiental.

La cooperación técnica de la OPS/OMS en México se orientó hacia el desarrollo de los sistemas locales de salud y se concentró en siete programas nacionales: desarrollo de servicios de salud, control de las enfermedades, promoción de la salud, saneamiento ambiental, planificación familiar, asistencia social y programas de apoyo.

La OPS/OMS cooperó en la ejecución del Programa Nacional de Salud para 1984-1988 y en la descentralización de los servicios de salud con el fin de mejorar su coordinación. Otras actividades comprendieron la modernización del marco jurídico dentro del cual funciona el sector salud y el establecimiento de mecanismos de planificación y

coordinación para evitar duplicación y desperdicio de recursos. También se prestó apoyo para consolidar el sistema nacional de información sobre infraestructura, programas, productividad, control e impacto de los servicios de salud.

Se hizo hincapié en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud mediante la ampliación de los conocimientos prácticos de administración y la adopción de decisiones en niveles clave del sector salud. Se establecieron acuerdos y procedimientos para resolver los problemas de capacitación de personal, mantenimiento de suministros de insumos básicos, y conservación y mantenimiento del equipo de apoyo logístico necesario.

La Secretaría de Salud comenzó a rehabilitar 1550 centros de salud y otras 950 unidades asistenciales, que representan 70% de sus instalaciones. Agregó 118 centros de salud rurales a sus servicios y 94 unidades de tratamiento familiar trasladadas del Instituto Mexicano de Seguridad Social. Esos establecimientos suplementarios extienden la cobertura a 2385 localidades con una población total de un millón de habitantes.

Entre los logros más importantes de la cooperación técnica de la OPS/OMS estuvieron: la mayor capacidad administrativa y técnica de funcionamiento de los servicios estatales de salud descentralizados, el proyecto de reconstrucción de servicios en la zona metropolitana, el proyecto para ampliar la infraestructura de atención de salud primaria y secundaria, la reorientación de la vigilancia y el control epidemiológicos hacia la agrupación de medidas de salud preventiva destinadas a reducir los riesgos, la coordinación con el proyecto de mejora administrativa del Gobierno de México y del BID, y el apoyo al programa de salud ambiental para la prevención y el control de la contaminación del aire, el agua y el suelo. La OPS/OMS también prestó cooperación técnica para un proyecto destinado a fomen-

tar el uso eficiente del agua y el control de las pérdidas de esta en Cuernavaca, y para el desarrollo institucional de la Comisión Estatal sobre los servicios públicos de Tijuana y Tecate.

La nueva administración de gobierno instalada el 1 de diciembre de 1988 por el

período 1988-1994 ratificó la decisión política de descentralizar los servicios de salud haciendo hincapié en el fortalecimiento de su estructura operativa e intensificar decididamente las acciones para extender la cobertura de la población atendida y mejorar su calidad de vida.

OFICINA DE CAMPO DE LA OPS/OMS EN EL PASO, TEXAS

La frontera de los Estados Unidos de América y México, de 3600 km de extensión, es común a 10 estados que, pese a diferencias socioculturales, económicas y políticas, comparten varias preocupaciones en materia de salud pública. En el cuatrienio de 1986 a 1989 los principales puntos de interés se centraron en el ofrecimiento de educación continua a profesionales de salud pública, el establecimiento de sistemas de información para apoyar proyectos técnicos y la normalización de los procedimientos de notificación para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades en la zona fronteriza.

La Oficina de Campo de la OPS/OMS en El Paso, Texas, sirvió principalmente de centro de coordinación de información para facilitar la identificación de proyectos de salud en la frontera y ayudar a ejecutarlos. Durante el cuatrienio los proyectos en los que participó se incrementaron de 26 a 36 y se centraron en campos clave de interés para los dos países: salud materno-infantil, prevención y control del SIDA, prevención del uso indebido de sustancias, control de la tuberculosis, administración de hospitales y control de la rabia.

La Oficina de Campo realizó sus actividades de cooperación principalmente apoyando los esfuerzos desplegados para la obtención y transferencia de información por medio de encuestas, proyectos de investigación, talleres, seminarios, publicaciones y coordinación con los medios de información pública. También contrató especialistas para

asignarlos a actividades de cooperación técnica directa de corta duración.

Se establecieron sistemas de información relacionados con proyectos de salud materno-infantil en la frontera (incluso el sistema de información perinatal), preparación de material didáctico sobre el SIDA para el público en general, una red de laboratorios fronterizos, la red universitaria de intercambio de información y otros proyectos técnicos binacionales. En una encuesta sobre el uso indebido de drogas se examinó la naturaleza y gravedad de ese problema en la zona fronteriza y se identificaron oportunidades para realizar futuras investigaciones epidemiológicas, poner en práctica iniciativas de prevención y determinar los obstáculos a esas actividades.

El proyecto de evaluación de riesgos para la salud materno-infantil y mejora del adiestramiento, de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, financiado por el Gobierno de los Estados Unidos de América, patrocinó seminarios de evaluación de los embarazos de alto riesgo a los que asistieron parteras empíricas, auxiliares de salud y enfermeras de ambos lados de la frontera.

La Corporación Carnegie de Nueva York y el Pew Charitable Trusts concedieron una subvención de dos años a la Oficina de Campo para un proyecto de atención primaria y tecnologías de salud materno-infantil y las tecnologías para la mujer, los adolescentes y los niños. Se espera concluir este

proyecto en 1990.

En julio de 1988 se comenzó a ensayar un programa de extensión con fines de orientación en Ciudad Juárez, Chihuahua. En este programa se acopian datos y se realizan programas de educación y promoción de la salud destinados a las mujeres que se dedican a la prostitución, que usan drogas por vía intravenosa o que son parejas sexuales de toxicómanos que se inyectan por esa vía.

La Oficina de Campo editó boletines de salud bimestrales, trimestrales o anuales y

estableció un sistema para enviar regularmente información sobre sus actividades a los diarios, estaciones de radio y entidades de salud pública estatales y locales. Para 1989, la Oficina de Campo había ofrecido 80 cursos y seminarios anualmente, y había patrocinado o apoyado otras 70 reuniones técnicas binacionales a lo largo del cuatrienio. También prestaba apoyo a programas de salud en la frontera mediante revisión o preparación de propuestas de proyectos y su presentación a fuentes de financiamiento.

INDICE

- Accidentes, 12, 73, 86
ACNUR (véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados)
Acuerdo de Cartagena, 130
Adiestramiento de personal, xv, 13, 16, 21, 24, 26, 31, 36-37, 38, 40-41, 56, 58, 118
(véase también Recursos humanos)
Administración de Alimentos y Medicamentos (EUA), 23, 24, 156
Administración de Desarrollo de Ultramar (Reino Unido), 23
Administración financiera, 5, 8, 11, 80
Administración, OPS, 80-83
Administración, programas de apoyo, 5-8
Administración de recursos humanos, 29, 40
Adolescentes, salud de los, xiv, 31, 59, 147, 154
Adultos, salud de los, 16, 31, 51, 71-73, 147, 150, 154, 155
Aedes aegypti, 3, 91, 113, 129
Aedes albopictus, 3, 99
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), 31, 37, 56, 58, 100, 102, 110, 153
Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), 52, 60, 62, 64, 66, 75, 76, 79, 102, 105, 107, 118, 122, 124, 132, 135, 139, 156
Agencia de la República Federal de Alemania para la Cooperación Técnica (GTZ), 56, 58, 108, 132
AGFUND (véase Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas)
Agua, abastecimiento de, xvi, 54, 55-56, 115, 117, 120, 127, 132, 137, 138, 144, 149, 150, 156, 157, 158
Alcantarillado (véase Salud ambiental)
Alcoholismo, 73, 137, 155
Alemania, República Federal de, 7, 75, 86, 100, 115, 135
Alimentación y nutrición, xv, 4, 16, 26, 52-54, 86, 87, 97, 101, 110, 116-117, 120, 125, 127, 137, 138, 139, 144, 146
Alimentos, protección de los, 74-75, 120, 149
Amarantus, 53
América Central (véase Centroamérica)
Análisis de la situación y tendencias de salud, 12-15
Ancianos, salud de los, 12, 73, 153
Anguila, 102, 103
Animales de laboratorio, cría de, 73, 79
Anopheles, 66, 67
Antigua y Barbuda, 87-88
Antillas Francesas, 88-89
Antillas Neerlandesas, 29, 89-90
Area Andina, cooperación en salud, 2, 7, 11, 23, 35, 129-130
Area del Caribe, cooperación para la salud, xiv, 2, 7, 11, 35, 86-87, 88, 94, 96, 97, 100, 104, 106, 109, 110, 114
Argentina, xii, 7, 12, 15, 16, 23, 25, 28, 29, 40, 71, 75, 78, 143-144, 146
Aruba, 89-90
Asamblea Mundial de la Salud, 61
Asociación Americana de Escuelas de Odontología (EUA), 26
Asociación Americana de Escuelas de Salud Pública (EUA), 13
Asociación Americana de Hospitales (EUA), 20
Asociación Americana de Personas Jubiladas (EUA), 35, 41
Asociación Americana de Salud Pública (EUA), 31, 39, 41
Asociación Canadiense de Salud Pública, 60, 62, 64, 100, 153
Asociación de Escuelas de Salud Pública (EUA), 13
Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, 158
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), 54
Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), 13, 14, 39
Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE), 39
Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), 39
Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 39
Asociación Médica Americana (EUA), 20, 41
Asociación Odontológica Argentina, 26
Asociación de Salud Pública del Canadá, 60, 62, 64, 100
Asociación de Salud Pública del Caribe, 87
Atención ocular (véase Ceguera, prevención de la)
Atención primaria de salud, 18, 20-31, 29, 41, 87, 122, 123, 140, 155, 156, 157
Australia, 63, 100
Ayudas visuales, OPS, 48
- Bahamas, 30, 90-92**
Banco Alemán de Desarrollo (KfW), 132
Banco Centroamericano de Integración Económica, 23, 125
Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), 56, 87
Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 7, 14, 16, 21, 22, 52, 55, 58, 60, 64, 66, 75, 79, 91, 92, 102, 105, 107, 112, 113, 115, 117, 120, 124, 129, 132, 138, 140, 141, 144, 150, 157
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (véase Banco Mundial)
Banco Mundial, 7, 17, 21, 31, 40, 43, 56, 58, 75, 101, 102, 110, 115, 132, 135, 144, 146, 150
Barbados, 17, 29, 72, 92-93, 105
Becas, Programa de la OPS, 4, 39, 64, 156
Bélgica, 63, 115
Belice, 11, 21, 29, 118
Bermuda, 25, 93-94
Biblioteca del Congreso (EUA), 15
Biblioteca Nacional de Medicina (EUA), 44
Biblioteca de la OPS, 44
BIOFORCE (Francia), 77, 124
Bioseguridad, 28
Biotecnología, 50

- BIREME (véase Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud)
- BITNET, 10, 44
- Bocio endémico, xv, 25, 132, 139
- Boletín Epidemiológico* (OPS), 14
- Boletín de Investigación de Servicios de Salud*, 22
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 44
- Boletín de la Sociedad Internacional de Evaluación de la Tecnología de Salud*, 17
- Bolivia, 23, 29, 35, 40, 52, 58, 75, 79, **131-133**, 146
- Botulismo, 75
- Brasil, xii, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29, 40, 54, 58, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 100, **144-146**
- Brucelosis, 75, 78
- Bulletin of the Pan American Health Organization*, 44
- Cajanus**, 53
- Canadá, xiv, 7, 26, 30, 75, 78, 86, 87, 89, 94, 97, 139, **151-153**
- Cáncer, 24, 72, 134, 137
- Capacitación (véase Adiestramiento y recursos humanos)
- CARE, 132
- CAREC (véase Centro de Epidemiología del Caribe)
- Caribe
- actividades en el Área del, xiv, **86-114**
 - Cooperación para la Salud en el, 2, 7, 11, **86-87**, 89, 94, 96, 97, 100, 104, 106, 109, 110, 114 (véase también cada país)
- Caries dental (véase Salud oral)
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 30
- CD-ROM, 7, 10, 44, 106
- Ceguera, prevención de la, 73, 102
- Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), 12, 70, 80, 88, 93, 96, 97, 103, 108, 109, 110, 114, 118, 140
- Centro para Evaluación e Investigación de Biológicos (EUA), 23
- Centro de Intercambio de Información sobre el SIDA, 70
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (OMS), 72
- Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá), 22, 31, 53, 56, 58, 113
- Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 53
- Centro de Investigaciones sobre Desarrollo Económico y Social (CIDES, OEA), 16
- Centro de Investigaciones sobre Ingeniería Sísmica y Situaciones de Desastre del Japón-Perú, 36
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 17
- Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), 7, 15, 16, 26, 44, 65
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 14
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), 62, 63, 65
- Centro de las Naciones Unidas para Asentamientos Humanos (HABITAT), 20
- Centro Panamericano de Ecología y Salud (ECO), 54, 57-58
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFOSA), 73, 78, 79, 140
- Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), 54-58, 93
- Centro Panamericano de Investigación y Capacitación en Lepra y Enfermedades Tropicales, 140
- Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), 23, 65, 73, 74, 75, 78, 79
- Centroamérica
- actividades, xiv, 11, 15, 21, 22, 34, 35, 40, 52, 58, 71, **114-129**
 - Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en, 7, 11, 22, 40, 107, 108, **114-117**, 118 (véase también cada país)
- Centros para el Control de Enfermedades (CDC, EUA), 13, 27, 31, 58, 63, 75, 76
- Centros de Documentación e Información, 11, 45
- CEPANZO (véase Centro Panamericano de Zoonosis)
- CEPIS (véase Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente)
- Cisticercosis, 78, 146
- CLAP (véase Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano)
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 14, 15
- Club Internacional de Leones, 71
- Club Rotario Internacional, 7, 60, 62, 64, 71, 100, 102, 107, 124, 132, 135
- Colombia, 13, 15, 16, 20, 21, 23, 25, 27, 30, 35, 52, 58, 64, 72, 75, 76, 78, 79, **133-135**, 146
- Comandancia del Ejército para la Investigación y el Desarrollo (EUA), 66
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC), xii, xiii, 17, 20, 34
- Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPANT), 74
- Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), 78
- Comité de Agua Potable Regional (CAPRE), 108, 115, 117
- Comité Asesor de Investigaciones sobre Salud (OPS), 48, 49
- Comité Ejecutivo de la OPS, viii, 1, 4, 8
- Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa, 78
- Comité Nacional de Normas para Laboratorios Clínicos (EUA), 28
- Compras, servicios de, 83
- Computadora, sistemas de, 7-8, 11, 37, 45, 80, 106
- Comunicaciones en salud, 45, **46-47**
- Comunidad del Caribe (CARICOM), 2, 56, 70, 86, 87, 88
- Comunidad Económica Europea (CEE), 7, 64, 75, 76, 79, 108, 114, 115, 117, 118, 124
- Condiciones de salud en las Américas*, Las, edición de 1990, 14, 34, 65
- Conferencia de Consenso sobre Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante, 16, 72
- Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 152
- Conferencia Internacional sobre Vigilancia Alimentaria y Nutricional en las Américas, 52
- Conferencia de Madrid (II), 7, 115
- Conferencia Ministerial sobre Cooperación Italiana en Salud en América Latina y el Caribe, 7
- Conferencia de Ministros Encargados de la Salud en el Caribe, 2, 86
- Conferencia Mundial de Educación para la Salud, 30

- Conferencia Sanitaria Panamericana (XXII), vii-viii, 1-2, 18, 34, 58, 74, 81, 82, 85, 86
 Conferencias y servicios generales, 81-82
 Cono Sur, iniciativa de salud, xiv, 11, 23, 35, 141-150
 Consejo Directivo de la OPS, viii, 1, 2, 9, 18, 32, 34, 52, 60, 66, 81
 Consejo de Población, 63
 Contaminación ambiental, 12, 54, 57-58, 120, 144, 147, 149, 157
 Convenio Hipólito Unanue, 2, 130
 Cooperación Andina en Salud, 2, 7, 11, 129-130
 Cooperación para la Salud en el Caribe, xiv, 2, 7, 11, 86-87, 88, 94, 96, 97, 100, 104, 106, 109, 110, 114
 Cooperación técnica, OPS/OMS, a nivel subregional y de país, 11, 85-159
 Cooperación técnica entre países, 11
 Coordinación externa para la salud y el desarrollo social, 6-7
 Coordinación de información, 7-8
 Coordinación intersectorial e institucional, 39-40
 Coordinación entre ministerios de salud e instituciones de seguridad social, 10, 58
 Coordinación del Programa en el Caribe, 37, 88, 104, 108
 Corporación Carnegie, 7, 31, 64, 158
 Costa Rica, xiv, 13, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 40, 43, 44, 72, 74, 75, 78, 115, 116, 119-121
 Crecimiento, desarrollo y reproducción humana, 63, 64, 127, 137
 Crisis económica, efecto sobre la salud, xi-xvi, 4, 9, 11, 17, 38
 Cruz Roja Internacional, 121
 Cuba, xiv, 14, 16, 20, 25, 27, 28, 29, 43, 44, 58, 64, 72, 74, 75, 78, 94-96, 100, 145
 Cuerpos Directivos, vii-viii, 1-4, 5, 6, 18, 32, 40, 55, 59, 72, 81
 Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA, 70-71
 Cuotas, recaudación de, 2, 80
 Curazao, 89
- Chagas, enfermedad de**, 65, 131, 132, 142, 149
 Chibret Internacional, 73
 Chile, 21, 25, 27, 28, 29, 40, 43, 44, 58, 64, 72, 75, 78, 146, 147-148
 China, 145
- Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental**, 55, 139
Decenio Internacional de Reducción de los Desastres Naturales, 38
 Democratización, xi, xiv, 9, 16
 Dengue, 66, 126, 131, 132, 134, 142, 149
Derecho a la salud en las Américas. El: Estudio constitucional comparado, 84
Desafío de la epidemiología. El: problemas y lecturas seleccionadas, 10, 14
 Desastres (véase Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre)
- Descentralización (véase Sistemas locales de salud)
 Desechos sólidos, gestión de, 54, 56-57, 137
 Diabetes, 72, 96, 98, 110
Diálogo sobre la diarrea, 53
 Dinamarca, 7, 115, 116
 Dirección administrativa, 5-8
 Director Regional, Programa del, 5-6
Directorio sobre la mujer, 35
 Discapacitados, 71, 72-73, 127, 134
 Distribución y venta de publicaciones, 44
 Documentación e información, 11
 Dominica, 52, 89, 96-97
 Drogas, uso indebido de, 3, 73, 91
- ECO (véase Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud)**
 Economía de salud, 44, 151, 156
 Ecuador, 16, 21, 23, 26, 27, 35, 52, 135-137
 Educación y capacitación (véase Adiestramiento de personal; Educación para la salud y participación de la comunidad; Recursos humanos, desarrollo de)
Educación médica y salud, 40, 44
 Educación para la salud y participación de la comunidad, 29-31
 Egipto, 63
 El Salvador, 26, 27, 29, 31, 75, 76, 115, 121-122
 Emergencia (véase Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre)
- Enfermedades**
 cardiovasculares, 72
 crónicas, xiii, 51, 86, 87, 134
 diarreicas, xiii, 31, 59, 62, 63, 100, 126, 131, 137
 no transmisibles, 71-73
 parasitarias, 65, 73
 transmisibles, 50, 51, 65-71, 127, 132, 149
 de transmisión sexual, 70, 99, 104, 118, 126, 137, 148 (véase también cada enfermedad)
- Enfermería, 20, 39, 41, 113, 134
 Epidemiología, 12-14, 41, 67, 73, 75, 77, 79, 107, 140
 España, 7, 14, 26, 28, 34, 55, 74, 75, 108, 115, 124, 135
 Esquistosomiasis, 65, 146
 Estados Unidos de América, xiv, 7, 11, 13, 14, 20, 23, 24, 26, 29, 37, 43, 44, 58, 73, 75, 76, 78, 79, 82, 89, 115, 116, 117, 153-156, 158
 "Estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo a los Países Miembros", 85
 Excreta, eliminación de, 54
- Farmacodependencia**, xi, xiv, 3, 73, 92, 155
Federación Dental Internacional, 26
Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), 39
Federación Panamericana de Enfermería, 20, 39
 Fiebre aftosa, 51, 75, 78, 79, 134, 140, 149, 150
 Fiebre amarilla, 66, 131, 132, 142, 146
 Fiebre hemorrágica argentina, 66
 Filariasis, 66
 Financiamiento del sector salud, xv, 152, 156
 Finanzas, OPS (véase Presupuesto y finanzas)
 Finlandia, 7, 115, 116
 Fluoruración del agua y la sal, 24-25

- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), 34
- Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), 7, 31, 34, 35, 64, 100, 101, 102, 104, 108, 110, 115, 122, 127, 132, 135, 139, 148
- Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso de Drogas (FNUFUID), 91, 92, 135
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 7, 31, 34, 41, 48, 60, 62, 64, 96, 97, 100, 107, 109, 110, 114, 115, 117, 118, 124, 127, 130, 132, 135, 139, 145
- Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, 4, 82
- Fondo Rotatorio de Medicamentos Esenciales para Centro América (FORMED, OPS), 22-23, 83, 128
- Francia, 7, 52, 86, 87, 88, 89, 115
- Fundación AMERICARE, 140
- Fundación para Investigaciones sobre los Servicios de Salud (EUA), 22
- Fundación Mérieux (Francia), 75, 76, 124
- Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), 28, 67
- Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 135
- Fundación Rockefeller, 22, 75, 76
- Fundación W.K. Kellogg, 7, 21, 25, 64, 147, 148
- Gerencia General de Biológicos y Reactivos (México), 28**
- Gestión
administrativa, 5
desarrollo del programa general, 5-8
proceso de, para el desarrollo nacional de salud, 10-11
- Grenada, 27, 97-98
- Guadalupe, 88-89
- Guatemala, 15, 21, 25, 27, 31, 74, 75, 115, 122-123
- Guayana Francesa, 88-89
- Guía práctica para la erradicación de la poliomiélitis*, 60
- Guyana, 7, 25, 98-100, 146
- Hábito de fumar, 3, 72**
(véase también *Tabaquismo*),
- Haití, 29, 52, 71, 75, 78, 100-102
- Helminthiasis, 66
- Hepatitis vírica, 66
- Hidatidosis, 78
- Higiene doméstica, 54, 56-57, 137
- Honduras, 15, 16, 31, 74, 78, 115, 116, 117, 124-125
- Hospitales, xv, 20, 36, 126, 141, 158
- Huracanes
Gilbert, 5, 35, 37, 54, 105
Hugo, 3, 35, 37, 88, 103
Joan, 5, 35, 78, 125
- Impedidos (véase *Discapacitados*)**
- India, 63
- Indias Occidentales Británicas, 102-103
- Infecciones respiratorias agudas, xv, 27, 59, 62, 126, 131, 137
- Información y asuntos públicos, xv, 37, 45-48
- Información científico-técnica en salud, 9, 41-48, 107, 127, 148, 158
(véase también *Centros de Documentación e Información*)
- Información sobre salud
coordinación, 7-8, 82
manejo y diseminación, 10, 28, 31, 51, 53, 57, 62, 67
sistemas, 6, 15, 35, 44-45
- Informes especiales
derecho a la salud, 84
poliomiélitis, erradicación, 60-61
mujer, salud y desarrollo, 32-33
rabia urbana, eliminación, 76-77
salud y tecnología de comunicaciones, 46-47
SIDA, 68-69
sistemas locales de salud, 19
- Infraestructura de los sistemas de salud, xv, 9-50
- Iniciativas subregionales, xiv, xv, 3, 11, 141-142
(véase también *bajo cada iniciativa*)
- Inmunización (véase *Programa Ampliado de Inmunización*)
- Instituto Adolfo Lutz (Brasil), 28
- Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), 52, 53, 54, 81, 89, 97, 103, 104, 108, 109, 114, 118
- Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), 21, 53
- Instituto Centroamericano de Investigaciones sobre Tecnología Industrial (ICAITI), 74
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, 53
- Instituto de Desarrollo de Recursos (EUA), 63
- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), 34
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), 17, 20
- Instituto de la Mujer (España), 34, 35
- Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (EUA), 71
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (EUA), 93
- Instituto Nacional de Virología (México), 23
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 52, 53, 54, 65, 81, 118, 120, 122, 125
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (Chile), 53
- Instituto de Salud Pública (Chile), 28
- Institutos Nacionales de Salud (EUA), 27, 41, 71, 79, 156
- Insuficiencia renal crónica, 16, 72
- Intoxicación con alimentos, 75
- Investigaciones
fomento y desarrollo de, 48-50, 62-63
programa de subvenciones para, 16, 34, 49
- Islas Caimán, 103-104
- Islas Turcas y Caicos, 104-105
- Islas Vírgenes Británicas, 102, 103
- Italia, 7, 37, 63, 64, 86, 100, 115, 117, 122, 132, 135, 139
- Jamaica, 15, 17, 25, 30, 37, 78, 105-106
- Japón, 7, 36, 37, 63, 75, 115, 135
- Kellogg, Fundación W. K., 7, 21, 25, 64, 147, 148
- Kuwait, 70

- Laboratorio, servicios de, 24, 27-28, 66, 76
 Laboratorio Unificado para el Control de Alimentos y Medicamentos (LUCAM), 74
 LACRIP (véase Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer)
 Lactantes (véase Salud materno-infantil)
 Legislación sobre salud, 16, 17, 23, 34, 58, 76, 84
 Leishmaniasis, 66, 149
 Lepra, 66, 99, 104, 137
 Leptospirosis, 66, 78
 LEYES (base de datos), 16
 Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), 10, 16, 44, 53
- Madres y niños**, 53
 Malaria, 3, 31, 40, 65, 66, 99, 101, 117, 118, 121, 126, 127, 131, 132, 134, 137, 142, 146, 149
 Malnutrición, 51, 132
 (véase también Alimentación y nutrición)
 Martinica, 88-89
 Materiales de instrucción, 17, 22, 24, 30, 36-37, 48, 54, 57, 62, 63, 64, 72, 75
 Medicamentos esenciales y vacunas, 21, 22-24, 31, 92, 122, 125, 127, 128, 135, 136, 142, 145
 (véase también Vacunas y productos biológicos)
 Medicina tradicional, 27
 Medio ambiente, contaminación, 12, 54, 57-58, 143
 MEDLARS, 44, 53
 MEDLINE, 53, 70, 107
 México, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 35, 39, 43, 52, 71, 74, 75, 78, 146, 157-158, 158
 Montserrat, 37, 102-103
 Mortalidad
 infantil, xv, 59, 65, 118, 139
 materna, 4, 32, 59, 63, 65
 Mujer, salud y desarrollo, 3, 7, 31-35, 125
 Comité Asesor del Director, 34
 Discusiones Técnicas sobre, 34
 Subcomité sobre, 4
 Mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe, Las, 35
- Naciones Unidas**, vii, 38, 81, 86, 104, 122
 Subcomité sobre Nutrición, 53
 Nicaragua, xii, 17, 21, 43, 52, 72, 115, 116, 125-127
 Niños, salud de los (véase Salud materno-infantil, incluida la planificación familiar)
 Norteamérica, actividades, 151-159
 Noruega, 7, 34, 115, 116
 Noticias sobre IRA, 53
 Nutrición (véase Alimentación y nutrición)
 "Nutrient-cost tables" (Tabla del costo de los nutrientes), 53
 Nyam News, 53
- Odontología** (véase Salud oral)
 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 122
 Oficina Británica de Estudios Geológicos, 93
 Oficina de Campo OPS/OMS (El Paso, Texas), 158-159
 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), vii, viii, 6
 Oncocercosis, 66
 Orden de Malta, 75, 76
 Organismo Finlandés de Desarrollo Internacional, 127
 Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), 38
 Organismo Japonés de Cooperación Internacional, 36, 58
 Organismo Noruego de Desarrollo Internacional, 127
 Organismo de Protección Ambiental (EUA), 58
 Organismo Suco de Desarrollo Internacional, 66, 127
 Organización de los Estados Americanos (OEA), 16, 31, 115
 Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), 26, 39
 Organización Internacional del Trabajo, 122
 Organización Mundial de la Salud (OMS), vii, viii, 1, 7, 21, 22, 23, 24, 28, 38, 41, 63, 68, 71, 80, 92, 102, 116, 130
 Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), 73
 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 74
 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 20, 31, 99
 Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990, xiv, xv, 1, 6, 39, 85, 90
- Países Bajos**, Reino de los, 7, 63, 89, 106, 115, 116, 122, 129, 135
 PALTEX (véase Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción)
 Panamá, 31, 75, 78, 115, 127-129
 Paraguay, 15, 52, 75, 146, 148-149
 Parlamento Andino, 130
 Participación
 de la comunidad, 29-31
 social, 30
 PASCAP (véase Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá)
 Personal, OPS/OMS, 82-83
 desarrollo y capacitación del, 6, 11
 Personal de salud (véase Recursos humanos)
 Perú, xii, 15, 16, 20, 25, 26, 27, 29, 35, 36, 43, 44, 52, 55, 58, 75, 78, 79, 137-139
 Peste, 65
 Pew Charitable Trust, 64, 158
 Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina, 2, 7
 Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica, xv, 7, 11, 22, 40, 107, 108, 114-117, 118
 Planificación familiar (véase Salud materno-infantil, incluida la planificación familiar)
 Planificación de salud, 15-18, 51
 Poliomiélitis, xiv, 3, 7, 16, 59, 60-61, 107, 121, 148, 150
 Políticas de salud, desarrollo de, 9, 15-18, 51
 Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, 3, 35-38, 55, 89, 98, 102, 120, 127, 135, 139, 142, 150
 Presupuesto Bienal por Programas (BPB), 2
 Presupuesto y Finanzas, OPS, viii, 2, 5, 6, 7, 80-81
 Presupuesto Operativo Anual por Programas (APB), 2, 6
 Primates no humanos, 79
 Primer informe sobre la situación de la nutrición en el mundo, 53
 Productos biológicos (véase Vacunas y productos biológicos)

- Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), 40, 65, 116, 118, 120, 122
- Programa Ampliado de Inmunización (PAI), xiv, 23, 60, 62, 65, 79, 88, 98, 100, 111, 114, 122, 124, 132, 138, 148
Fondo Rotatorio, del, 23, 80, 83, 90, 102, 108
- Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), 41, 62
- Programa Conjunto OPS/OMS-UNICEF de Apoyo a la Nutrición, 52, 139
- Programa del Director Regional, 5-6
- Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, 66, 140
- Programa general de la OPS, desarrollo y gestión del, 5-8
- Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND), 73, 75, 76
- Programa Interagencial OPS/OMS-FAO-UNICEF de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, 52
- Programa de Medicamentos Esenciales (OMS), 23, 88
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 52, 127, 132
- Programa Mundial sobre el SIDA (OMS), 67, 71, 88, 96, 103, 108
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 7, 20, 21, 28, 31, 34, 56, 75, 100, 102, 104, 108, 115, 122, 124, 127, 129, 130, 132, 140, 141, 146
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP), 141
- Programa Regional sobre Adiestramiento en Vigilancia Alimentaria y Nutricional (OPS), 53
- Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, 31-35
- Programas de salud, desarrollo de los, 51-79
- Promoción de salud, 20, 29, 51, 70
- Proyecto Hope, 105, 124
- Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP), 72
- Proyecto Pan Caribe de Preparativos y Prevención de Situaciones de Desastre, 88
- Proyecto Peruano de Primatología, 79
- Publicaciones oficiales y técnicas, OPS, 10, 35, 41-44
distribución y ventas, 44
- Puerto Rico, 26
- Rabia**, xv, 75, 76-77, 107, 123, 134, 137, 146, 149, 158
- Radiología, servicios de, 27-28
- Real Sociedad para Ciegos de la Mancomunidad Británica, 73
- Recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica*, 10, 29
- Recursos externos, movilización de, xiv, xv, 6-7, 51, 64-65
- Recursos humanos
desarrollo de, 9, 11, 24, 25, 26, 29, 38-41, 54-55, 63-64, 86, 94, 99, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 132, 134, 135, 143, 144, 147, 148, 153, 155, 157, 159
sistema, 8, 82, 83
- Red Caribeña de Laboratorios de Control de la Calidad de los Alimentos, 74
- Red Latinoamericana y del Caribe de Información Científico-Técnica en Salud, 44
- Red Latinoamericana de Laboratorios de Control de la Calidad de los Medicamentos, 24
- Red Latinoamericana de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles por los Alimentos, 75
- Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición (RORIAN), 53
- Reglamento de Personal, OPS, 4
- Reglamento Sanitario Internacional, 14
- Rehabilitación, 71, 72-73, 127, 134
- Rehidratación oral, terapia de, 54, 59, 134
- Reino Unido, 7, 23, 63, 92, 94, 102
- Representaciones en los Países, OPS/OMS, 6, 10-11, 13, 18, 34
- República Dominicana, 24, 27, 28, 29, 58, 74, 75, 76, 78, 106-108
- Residentes, programa para becarios, 40-41
- Reunión Especial del Sector Salud de Centro América (RESSCA), 58, 107, 115
- Reunión de Ministros del Cono Sur, 141
- Reuniones Interamericanas de Salud Animal a Nivel Ministerial, 74, 81
- Rickettsiosis, 65
- Sal**, yodación de la, 132
- Salud ambiental, xvi, 15, 51, 54-59, 86, 88, 91, 93, 96, 99, 113, 118, 137, 143, 144, 146, 150, 153
(véase también Contaminación ambiental)
- Salud animal (véase Salud pública veterinaria; Zoonosis y enfermedades individuales)
- Salud dental (véase Salud oral)
- Salud, desarrollo de los programas de, 51-79
- Salud en las fronteras, 142
- Salud maternoinfantil, incluida la planificación familiar, xiv, xv, 26, 31, 53, 59-65, 86, 87, 91, 96, 97, 98, 101, 102, 120, 126, 131, 134, 138, 144, 145, 147, 154, 155, 158
- Salud mental, 35, 73, 88, 93, 153, 155
- Salud ocular (véase Ceguera, prevención de la)
- Salud ocupacional, 54, 58-59, 120, 134, 144
- Salud oral, 24-27, 137
- Salud perinatal, 62, 63, 65
- Salud pública veterinaria, 31, 73-79, 123
- Salud, situación y tendencias, 9, 12-15
- Salud de los trabajadores (véase Salud ocupacional)
- San Kitts y Nevis, 52, 108
- San Vicente y las Granadinas, 52, 108-109
- Saneamiento ambiental (véase Salud ambiental)
- Sangre y hemoderivados, 23, 71
- Santa Lucía, 7, 52, 89, 109-110
- Sarampión, xiv, 59
- Sede, OPS, 81-82
- Seguridad social, coordinación con instituciones de salud, xv, 10, 15, 17, 58
- Servicio editorial, OPS, 41-44
- Servicio de Intercambio Bibliográfico, 44
- Servicios generales, OPS, 81-82
- Servicios de salud
desarrollo, 9, 18-22, 25, 50, 51
investigación, 18, 50, 51
organización, 151, 154
(véase también Sistemas de salud)
- SIDA (véase Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
- SIDA: *Perfil de una epidemia*, 10
- Seminario Internacional de Comunicaciones e Información sobre el SIDA, 71

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), xi, xiv, 3, 7, 26, 27, 44, **67-71**, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 118, 123, 124, 128, 134, 136, 137, 140, 142, 144, 146, 148, 149, 150, 153, 155, 156, 158
- Sistema Centroamericano de Información sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, 35
- Sistema Económico Latinoamericano (SELA), 11
- Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente (Naciones Unidas), 58
- Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), 6
- Sistema Radiológico Básico (OMS), 28
- Sistemas locales de salud (SILOS), desarrollo de, xiv, 2, 9, **18-22**, 120, 126, 131, 136, 139, 157
- Sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias*, 21
- Sistemas de salud
desarrollo de, **18-22**, 86, 98, 145, 147, 150, 154, 157, 158
infraestructura, 9-50
investigaciones sobre, 21-22
- Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, 4, 81
- Subcomité Permanente de Organizaciones Interamericanas no Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS, 4
- Subcomité de Planificación y Programación, 4, 81
- Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto, 2, 7, 129-141
- Sudamérica, actividades, 129-150
- Suecia, 7, 34, 52, 64, 115, 116
- Suiza, 52, 115
- Suriname, 25, 88, **110-112**
- Tabaquismo**, 3, 72, 137, 153, 155
- Tecnología
clínica, 27-28
desarrollo, 16, 17, 27
evaluación, 16
investigaciones, 48-50
radiológica, 28-29
- Teleconferencia Panamericana de la OPS/OMS sobre el SIDA (I y II), 46-47, 70, 81, 146
- Teniasis, 65, 78, 146
- Tétanos neonatal, 59
- Toxicomanía (*véase* Farmacodependencia)
- Trabajadores, salud de los, 54, **58-59**
- Traducciones e interpretación, 81
- Tratado de Cooperación Amazónica, 130
- Trinidad y Tabago, 7, 16, 25, 29, 86, 88, **112-114**
- Tuberculosis, 65, 99, 101, 118, 126, 137, 148, 149, 158
bovina, 78
- UNESCO** (*véase* Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
- UNICEF (*véase* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
- Unión Internacional de Educación para la Salud, 30, 31
- Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), 10, 26, 39
- Universidad Autónoma de Nuevo León (México), 67
- Universidad Autónoma de Santo Domingo, 107
- Universidad de Buenos Aires (Argentina), 20
- Universidad de Campinas (Brasil), 20
- Universidad de Carolina del Norte (EUA), 67
- Universidad Central de Venezuela, 141
- Universidad de Costa Rica, 120, 121
- Universidad de Chile, 44, 147
- Universidad de Galveston (EUA), 99
- Universidad de Guyana, 98, 99
- Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica), 16, 53, 87, 106
- Universidad de las Naciones Unidas, 53
- Universidad de Panamá, 67, 129
- Universidad y Salud para América Latina y el Caribe en el siglo XXI (USALC-XXI), 10, 39
- Universidad de San Carlos (Guatemala), 54, 123
- Universidad de São Paulo (Brasil), 26
- Universidad de Surrey (Reino Unido), 56
- Universidad de Toronto (Canadá), 87
- Universidad del Valle (Colombia), 53, 67
- Universidad de Wisconsin (EUA), 75, 76
- Universidad de Zulia (Venezuela), 140
- Uruguay, 16, 27, 75, 78, 146, **150**
- Uso indebido de drogas, xiv, 3, 73, 91, 137, 153, 158
- V**acunación, xv, 134, 135, 142, 150
(*véase también* Programa Ampliado de Inmunización)
- Vacunas y productos biológicos, **22-24**, 60, 66, 75, 77, 142
- Vectores, enfermedades transmitidas por, **65-67**, 156
(*véase también* bajo cada enfermedad)
- Venezuela, 12, 15, 17, 20, 25, 26, 27, 29, 35, 43, 44, 72, 75, 78, 90, 100, **139-141**
- Veterinaria (*véase* Salud pública veterinaria)
- Violencia, xi, 12, 126
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 24, 28, 68, 69, 99
- Y**odo, deficiencia de, 52
(*véase también* Bocio endémico)
- Zoonosis**, **75, 78, 79**, 120, 127, 134
(*véase también* Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Centro Panamericano de Zoonosis)

Siglas y Organismos o Programas Correspondientes

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA)
AMPES	Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)
CAIS	Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones en Salud
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control de Enfermedades (EUA)
CEE	Comunidad Económica Europea
CEPALC	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (NU)
CEPANZO	Centro Panamericano de Zoonosis
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CIID	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá)
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
COSALFA	Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa
ECO	Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
FNUFUID	Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas
GTZ	Agencia de la República Federal de Alemania para la Cooperación Técnica
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
LACRIP	Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer
NIH	Institutos Nacionales de Salud (EUA)
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PASCAP	Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

31 98 MO XL
03/94 196764 618

