



# ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



## COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

### SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

21a Reunión

Washington, D.C., 9-10 de diciembre de 1993

Tema 4 del programa provisional

SPP21/3 (Esp.)  
15 noviembre 1993  
ORIGINAL: ESPAÑOL

#### ANALISIS DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS EN GUYANA

Desde 1985, la OPS/OMS ha llevado a cabo evaluaciones conjuntas con los Estados Miembros para determinar la eficacia y la eficiencia de la prestación de cooperación técnica a nivel de país. Las evaluaciones conjuntas han resultado ser sumamente útiles para centrar y reorientar los programas de cooperación técnica en los países.

El proceso de evaluación llevado a cabo en Guyana culminó con una reunión celebrada en Georgetown, Guyana, en octubre de 1993. Participaron en la reunión la Ministra de Salud, Sra. Gail Teixeira, el Dr. Robert Knouss, Director Adjunto de la OPS, y otros funcionarios del Gobierno y de la OPS/OMS.

Este documento es un resumen del informe preparado al finalizar la evaluación; allí se describe el proceso, se analiza la cooperación técnica recibida durante los bienios 1989-1990 y 1991-1992, y se enumeran las necesidades futuras identificadas en cuanto a cooperación técnica. Los comentarios de la Ministra de Salud complementarán este documento.

El Subcomité de Planificación y Programación quizás estime conveniente:

- formular sus comentarios sobre el proceso y la utilidad de la evaluación conjunta sobre la base de la experiencia de Guyana;
- discutir en qué forma la evaluación conjunta ha ayudado a enfocar el programa técnico en Guyana y cómo se integrarán las recomendaciones de la evaluación;
- comentar con la Ministra de Salud cómo puede mejorarse la cooperación técnica prestada por la Organización.

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción . . . . .	1
2. Indicadores y condiciones de salud . . . . .	2
3. Prioridades nacionales de salud . . . . .	2
4. Prioridades para la cooperación técnica de la OPS/OMS . . . . .	3
5. Evaluación y análisis de la cooperación técnica . . . . .	3
Desarrollo de los servicios de salud . . . . .	4
Formación de recursos humanos . . . . .	4
Salud ambiental . . . . .	4
Salud maternoinfantil . . . . .	5
Alimentación y nutrición . . . . .	5
Prevención y control de enfermedades transmisibles . . . . .	6
Cooperación técnica entre países . . . . .	7
6. Recomendaciones para la cooperación técnica futura . . . . .	7
6.1 Salud ambiental . . . . .	7
6.2 Enfermedades transmisibles . . . . .	8
6.3 Salud maternoinfantil y alimentación y nutrición . . . . .	9
6.4 Salud pública veterinaria . . . . .	9
6.5 Sistemas de salud . . . . .	9
6.6 Cooperación técnica entre países . . . . .	10
7. Conclusiones . . . . .	10

## ANALISIS DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS EN GUYANA

### 1. Introducción

En Guyana, la evaluación conjunta se llevó a cabo en estrecha colaboración con el Gobierno. El propósito principal del análisis fue determinar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de los programas de cooperación técnica de la OPS ejecutados en los últimos dos bienios, 1989-1990 y 1991-1992. Este proceso de evaluación conjunta también brindó la oportunidad para que la Representación de la OPS/OMS en dicho país compartiera con las autoridades nacionales la información que posee en lo relativo a políticas, estrategias, estructura y procedimientos de gestión de la OPS; por otra parte, esta actividad contribuyó a que las autoridades comprendieran cabalmente y apreciaran la naturaleza y la función fundamentalmente técnicas de la Organización, y, por último, ayudó a identificar necesidades específicas para el desarrollo de la Representación de la OPS, en vista de la necesidad de cooperación técnica del país.

El proceso de planificar y organizar el análisis conjunto incluyó una serie de actividades preparatorias. En Guyana, el PWR orientó esta fase por conducto de la Representación. La descripción de las condiciones de salud del país fue facilitada gracias al segundo borrador del capítulo referente a Guyana de *Las condiciones de salud en las Américas*, preparado recientemente. Se celebró una reunión con un equipo formado por funcionarios del país y de la OPS con la finalidad de evaluar la cooperación técnica prestada durante los últimos cuatro años. Los documentos producidos sirvieron de base para la reunión conjunta. Las áreas programáticas identificadas y evaluadas fueron:

- Desarrollo de los servicios de salud
- Formación de recursos humanos
- Salud maternoinfantil
- Alimentación y nutrición (con inclusión de salud pública veterinaria)
- Cooperación técnica entre países
- Salud ambiental
- Control de enfermedades transmisibles.

El PWR también evaluó la Representación incluidos los aspectos de desarrollo. Esto servirá de base para mejorar la respuesta de dicha oficina a las prioridades nacionales de cooperación técnica.

La reunión conjunta tuvo lugar del 11 al 13 de octubre de 1993 en el Ministerio de Relaciones Exteriores, situado en Takuba Lodge. Asistieron 41 participantes, de los cuales 28 eran funcionarios del país y 13 de la OPS. Para los fines de las discusiones, se formaron tres grupos y se nombró un relator para cada uno. Los informes de los grupos se presentaron en una sesión plenaria el 13 de octubre.

## 2. Indicadores y condiciones de salud

Los datos fundamentales que se dan a continuación se tomaron del capítulo correspondiente a Guyana de *Las condiciones de salud en las Américas*, que se presentará a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994.

En 1987, los gastos del sector de la salud fueron menores al 4% del total de gastos recurrentes y de capital del país, pasando en 1992 a 8,53% del presupuesto nacional. La asignación al sector de la salud para 1993 aumentó en 37,89% con respecto a la asignación de 1992, lo que representa un 10,6% del presupuesto nacional para 1993. El documento indica que, en 1990, 12,5% de la población del país no tenía acceso a los servicios de salud, lo que constituye un incremento de 11% para el período 1987-1989; 25% no tenía acceso al agua salubre, y 12,5% no tenía acceso a servicios de saneamiento.

La tasa de natalidad bruta ha permanecido prácticamente invariable durante el último decenio: 25,5 por 1.000 habitantes en 1985; 26,5 por 1.000 en 1989; y 24,1 por 1.000 en 1992. La tasa de mortalidad bruta también se mantuvo relativamente estable: 6,6 por 1.000 habitantes en 1985; 8,0 por 1.000 en 1988; y 7,0 por 1.000 en 1992. De igual manera, la tasa de fecundidad total fue de 3,0 por mujer en 1985, de 3,1 en 1990 y de 2,8 en 1992.

La esperanza de vida al nacer ha bajado y se calculó en 70,0 años para 1985; en 65,0 para 1990; y en 64,9 años para 1992. Según el documento *Desarrollo Humano: Informe 1992* el PNUD estimaba que en Guyana las mujeres vivían 109% más que los hombres, suponiendo que la esperanza de vida en 1992 fuese de 67,7 para aquellas y de 62,1 años para estos. La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos ha presentado algunas fluctuaciones. En 1985 fue de 43,9, aumentó a 47,0 en 1988 y bajó nuevamente a 42,9 en 1992.

Como base para el análisis, los participantes utilizaron el documento sobre las condiciones de salud en Guyana preparado en junio de 1993, además de información más específica incluida en el análisis de cada programa.

## 3. Prioridades nacionales de salud

Las prioridades nacionales de salud para el período considerado fueron muy variadas, pero pueden resumirse de la siguiente forma:

- reducción de la mortalidad y la morbilidad, especialmente de las madres y los niños, y aumento de la esperanza de vida;

- reorganización y aumento de la eficiencia de los servicios de salud, haciendo hincapié en la descentralización y la regionalización, el mejoramiento del proceso de planificación sanitaria, el establecimiento de un sistema de información sanitaria, y la formación de recursos humanos;
- control de enfermedades transmisibles, en especial el SIDA y el cólera;
- saneamiento ambiental y lucha antivectorial;
- salud pública veterinaria;
- mejoramiento de la prestación de servicios en materia de salud oral, rehabilitación, salud mental, alimentación y nutrición, y salud de grupos especiales, como los ancianos y los discapacitados;
- educación sanitaria y participación comunitaria.

#### **4. Prioridades para la cooperación técnica de la OPS/OMS**

Dentro del contexto de las prioridades mencionadas, la cooperación técnica de la OPS/OMS se concentró en las siguientes áreas programáticas: desarrollo de servicios de salud ambiental, formación de recursos humanos, control de enfermedades transmisibles (incluidos la malaria, el SIDA, etc.), salud materno-infantil (incluidos el cólera y las inmunizaciones) y alimentación y nutrición. Todas estas áreas fueron identificadas por el gobierno de Guyana como cruciales para el avance del sector de la salud y como prioritarias para recibir la cooperación técnica de los organismos internacionales.

#### **5. Evaluación y análisis de la cooperación técnica**

La estrategia de la OPS/OMS se basa en el desarrollo de un proceso sostenido de mediano o de largo plazo que sea congruente con las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas fijadas para el cuatrienio 1991-1994, aprobadas por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1990. Los métodos funcionales aplicados en este programa incluyen formulación de políticas, planes y normas; movilización de recursos; adiestramiento; difusión de información; investigación; y abasto de equipos y suministros. Como prioridades específicas se escogieron aquellas áreas programáticas de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CSC) que se consideraron pertinentes luego del análisis de la situación sanitaria en el país. Las metas y objetivos de la iniciativa CSC, aprobados por los ministerios de salud de los países del Caribe, en los casos en que fuesen pertinentes para este programa de cooperación técnica, se emplearon para orientar los resultados esperados del programa en el ámbito de las realidades de Guyana. Se analizaron las diversas áreas programáticas con respecto del nivel alcanzado en el logro de los objetivos fijados; además, se estudió la distribución y el uso de los fondos asignados. En este documento se presentan los resultados en forma resumida.

### *Desarrollo de los servicios de salud*

La cooperación técnica logró en gran medida orientar el desarrollo de un sistema integral de información destinado a administrar los recursos humanos en salud y reconstruir el servicio de estadísticas sanitarias. Un logro importante fue el adiestramiento en administración de servicios de salud de la comunidad. También se culminaron los preparativos técnicos y administrativos para afrontar la epidemia de cólera mediante adiestramiento por simulación.

Sin embargo, el éxito fue menor en el fortalecimiento de la gestión para el proceso de planificación sanitaria relacionado con hospitales y servicios farmacéuticos. Se ha tomado conciencia de la importancia vital de mejorar la capacidad de gestión del Ministerio en todas las esferas y, en este contexto, se asigna cierta importancia al adiestramiento de personal en la preparación de proyectos.

La asignación presupuestaria para este programa aumentó en 100% en el período de cuatro años y el gasto principal ocurrió en actividades de adiestramiento.

### *Formación de recursos humanos*

La finalidad de este programa fue la de apoyar los esfuerzos del país para identificar y formular programas innovadores para atender sus necesidades en cuanto a recursos humanos sanitarios y médicos. Se creó una base de datos en recursos humanos con miras a suministrar información continua sobre el personal de salud del sector gubernamental. Se están preparando un plan y una política de recursos humanos en salud de acuerdo con las realidades de Guyana. Se apoyó el adiestramiento continuo del personal parasanitario, la preparación de recursos para enseñanza y aprendizaje, y las actividades de tecnología educativa y el desarrollo institucional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana. Además, se pusieron en práctica en el país programas continuos de mejoramiento de los trabajadores sanitarios y se otorgaron becas para estudiar en el exterior ciertas materias fundamentales. La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guyana fue fortalecida como centro colaborador de la OMS, a la vez que se consolidaron los vínculos entre dicha Facultad y la Universidad de Galveston. Esto incluyó el fortalecimiento del programa de medicina.

Según era de esperarse, el adiestramiento fue el aspecto más prominente de la cooperación y se llevó a cabo principalmente por conducto de consultores. La asignación de recursos del presupuesto o de becas del exterior fue casi nula.

### *Salud ambiental*

El programa tuvo como objetivo reducir los riesgos para la salud presentes en el ambiente. Esto incluyó el abastecimiento adecuado de agua y la eliminación sanitaria de

desechos en las zonas urbanas y rurales. La salud ocupacional fue también motivo de preocupación para el programa. La cooperación técnica de la OPS/OMS ayudó en estas áreas mediante la experiencia y los conocimientos de especialistas del país y de consultores por corto plazo. Se prestó atención especial al fortalecimiento de los servicios de salud ambiental a nivel regional. Se hizo hincapié en los cursos y seminarios para estimular la participación comunitaria, en particular la participación de las mujeres. La OPS colaboró en la movilización de recursos bajo la forma de asistencia financiera de otros organismos y gobiernos. El análisis reveló las repercusiones de la cooperación técnica, no solo sobre la situación sanitaria de ciertos grupos de población sino también sobre algunas de las prácticas gubernamentales internas. Uno de los obstáculos identificados fue la ausencia de medidas de seguimiento, lo que dificultó el logro de los objetivos iniciales y la evaluación del avance. Se hizo mayor hincapié en los servicios de los consultores, en el adiestramiento y en el abasto de equipos y suministros esenciales.

### *Salud maternoinfantil*

La OPS contribuyó al fortalecimiento de los servicios de salud maternoinfantil, cuyos componentes programáticos fueron el control de las enfermedades diarreicas mediante la promoción de la terapia de rehidratación oral; inmunización; atención de la salud del adolescente; prevención de enfermedades perinatales; infecciones respiratorias agudas; y reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas.

Entre 1987 y 1990, la OPS ejecutó en Guyana, en conjunción con las subvenciones de otros organismos donantes, en particular de la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA), la fase I de un proyecto de inmunización acelerada cuyos objetivos principales eran aumentar la cobertura de vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles, interrumpir la transmisión autóctona del poliovirus salvaje y eliminar el sarampión. Para conseguir la continuidad de los logros de la fase I se buscó acrecentar la participación de la comunidad y de las organizaciones locales de asistencia sanitaria, tanto no gubernamentales como privadas, en la ejecución del programa. Un componente importante de la fase II del programa consistirá en ampliar y consolidar un sistema de vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) y las enfermedades eruptivas y febriles, información que representará el punto de partida para la eliminación de estas enfermedades.

Se asignó gran importancia al adiestramiento local y a la formación del personal por conducto de la contratación de consultores y la realización de cursos y seminarios.

### *Alimentación y nutrición*

Este programa estuvo estrechamente vinculado al de salud maternoinfantil y se ocupó de los problemas de nutrición que afrontan los niños y las mujeres embarazadas.

Además, ha apoyado la formulación de una política y un plan de alimentación y nutrición. Se ha hecho hincapié en la movilización de recursos para la ejecución del plan correspondiente al bienio 1992-1994.

La elaboración de un plan y programa de inocuidad de los alimentos, con componentes de legislación, sistema de vigilancia, apoyo de laboratorio, educación pública y normas para mejorar la higiene alimentaria, fue una estrategia importante de la cooperación en este programa. También lo fue el fortalecimiento de la gestión y de los programas de salud animal y de salud pública veterinaria. El programa también abordó las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (diabetes e hipertensión) mediante la participación comunitaria y programas públicos de educación.

Las actividades que mejor resultado dieron fueron las relacionadas con la formulación de una política nacional de alimentación y nutrición, el adiestramiento en una amplia gama de materias, la investigación sobre diabetes mellitus y el análisis de los datos de la encuesta sobre el estado de la alimentación y la nutrición en el país.

El adiestramiento local fue una vez más el método funcional más utilizado, y resulta reconfortante observar que la mayoría de las personas adiestradas siguen en el sistema. El asesoramiento técnico para este programa provino fundamentalmente del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y de la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (CPC).

### ***Prevención y control de enfermedades transmisibles***

Los principales componentes del programa nacional a los cuales se orientó la cooperación fueron el control del vector de la malaria y otros vectores, en particular *Aedes aegypti*. La OPS ayudó a crear la capacidad nacional de evaluación epidemiológica y a estratificar las zonas maláricas; a consolidar la capacidad de planificación y de gestión; a maximizar la participación del personal sanitario especializado en los servicios regionales de salud; y a formular programas destinados a ampliar la participación de las organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, de los grupos de servicio a la comunidad) mediante servicios de expertos, adiestramiento y entrega de suministros y materiales. También se instó a las empresas de minería que operan en el interior del país a que desempeñaran un papel más activo para evitar que entre sus trabajadores se propaguen ciertas enfermedades transmisibles, como la malaria.

El Gobierno también hizo hincapié en los programas para abordar el problema del SIDA. Se preparó un programa a corto plazo, para 1989-1991, cuyo financiamiento fue aprobado por la OMS. Además, se ha concluido y presentado un programa a mediano plazo para 1992-1994 con miras a solicitar financiamiento a la OMS como parte del Programa Mundial sobre el SIDA. La OPS/OMS ayudó a coordinar la ejecución de los componentes principales del programa, a saber: vigilancia epidemiológica, información,



educación y comunicación, prevención de la transmisión perinatal, tratamiento de la infección por el VIH, y gestión, coordinación y evaluación del programa.

La cooperación técnica no consiguió mejorar significativamente el servicio de control de la malaria. La mayor parte del gasto se ha dedicado a proporcionar asesoramiento de consultores y equipos y suministros. Ha sido muy notable el apoyo del CAREC a este programa.

La cooperación técnica relacionada con el SIDA alcanzó muchos logros durante el período en estudio, y algunas de las deficiencias relacionadas con la gestión y el seguimiento fueron corregidas en 1992, gracias al empleo de dos profesionales nacionales. Sistemáticamente, el equipo y los suministros absorbieron la proporción principal del presupuesto en esta área programática.

### *Cooperación técnica entre países*

Durante el período en estudio, los logros principales de este programa se situaron en tres áreas:

- Continuación o ampliación de los acuerdos establecidos entre la OPS, Guyana y Cuba para proporcionar apoyo de consultores a los servicios de salud y al programa de medicina de la Universidad de Guyana;
- Programas en colaboración con Brasil, Venezuela y Suriname en terrenos como la malaria, el SIDA y las ETS, el cólera, la tuberculosis;
- Cooperación entre el ayuntamiento de Georgetown y la empresa Trinidad and Tobago Solid Waste Company.

La cooperación técnica con Cuba es vital para el adiestramiento médico; en este aspecto, así como en otros aspectos del programa, el gasto principal correspondió a los servicios de consultores.

## **6. Recomendaciones para la cooperación técnica futura**

A continuación se esbozan las áreas programáticas recomendadas para la cooperación técnica futura, sin que ello excluya la posibilidad de facilitar dicha cooperación en otras áreas si surge la necesidad.

### **6.1 Salud ambiental**

1. Establecimiento de sistemas integrados de recopilación y gestión de datos a los niveles central y regional.

2. Preparación de un proyecto piloto según el cual un grupo de trabajo planifique y ejecute un programa coordinado de control de enfermedades transmisibles y salud ambiental en una de las regiones.
3. Fortalecimiento de los insumos para la educación sanitaria y utilización de la participación comunitaria como una estrategia clave en todas las actividades del programa mediante el adiestramiento y la reorientación de todos los trabajadores de salud.
4. Creación y fortalecimiento de programas de agua y saneamiento, especialmente en las zonas donde la prevalencia de enfermedades diarreicas es elevada.
5. Evaluación del proyecto piloto de abastecimiento de agua en Plaisance, haciendo hincapié en la participación comunitaria y en conseguir mayor éxito y continuidad en los futuros proyectos.
6. Apoyo para la formación de asistentes en salud ambiental y el adiestramiento continuo de los funcionarios de salud ambiental.
7. Ayuda en la preparación de una propuesta de proyecto para movilizar fondos que permitan ejecutar el plan de acción sobre salud de los trabajadores; continuación del apoyo a las actividades de salud ocupacional en el país.

## 6.2 *Enfermedades transmisibles*

### *SIDA y ETS*

1. Apoyo al desarrollo de mayor capacidad de laboratorio para el diagnóstico de la infección por el VIH y las ETS.
2. Mejoramiento de la capacidad de laboratorio para el diagnóstico de la infección por el VIH y las ETS.
3. Mejoramiento de la capacidad nacional para la atención y la orientación.

### *Otras enfermedades transmisibles*

1. Fortalecimiento de los servicios epidemiológicos a los niveles central y regional para asegurar la vigilancia adecuada de enfermedades como la malaria, la tuberculosis, la lepra, la leishmaniasis y la filariasis.
2. Ampliación del programa contra la lepra y fortalecimiento de las actividades de control de la tuberculosis.

### **6.3 Salud maternoinfantil y alimentación y nutrición**

1. Apoyo al programa de inmunización, en especial la vacunación contra el sarampión (el apoyo del CAREC es esencial).
2. Vigilancia, educación del público y estímulo de la participación comunitaria en las actividades relacionadas con enfermedades diarreicas (participación de PAHEF).
3. Fortalecimiento del proceso de integración de todos los servicios de atención primaria.
4. Concluir la preparación de las normas y procedimientos de SMI y fomentar su aplicación; fortalecimiento de la vigilancia del crecimiento.
5. Apoyo a los programas de detección del cáncer cervicouterino.
6. Legislación sobre salud reproductiva, incluido el aborto.
7. Fortalecimiento de los servicios de planificación familiar.
8. Apoyo a los programas de atención prenatal, del parto y puerperal para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas.
9. Fortalecimiento del programa de alimentación y nutrición a todos los niveles.

### **6.4 Salud pública veterinaria**

1. Fomento de los vínculos y del adiestramiento intersectoriales.
2. Apoyo a la vigilancia contra la fiebre aftosa y mejoramiento del apoyo de laboratorio, especialmente en relación con la rabia y la brucelosis.

### **6.5 Sistemas de salud**

1. Mejoramiento del proceso de planificación sanitaria y reactivación de los sistemas de datos sobre recursos humanos.
2. Reorganización estructural del Ministerio, con miras a fortalecer su capacidad de coordinación de los recursos de los donantes y a mejorar la capacidad de gestión.
3. Apoyo al programa de formación en medicina.

#### **6.6 Cooperación técnica entre países**

1. Apoyo a las actividades transfronterizas.
2. Creación de mecanismos para compartir los centros de diagnóstico y de otro tipo con los países de la CARICOM.
3. Formulación o fortalecimiento de programas de cooperación con Cuba, Suriname, Venezuela, Brasil y Trinidad y Tabago.

#### **7. Conclusiones**

El proceso y los resultados de la evaluación conjunta representaron un acontecimiento importante en la planificación, ejecución y análisis de la prestación de cooperación técnica. Los resultados y las recomendaciones se emplearán de inmediato en la preparación del APB de 1994 y orientarán el proceso de planificación previsto para el futuro cercano. La evaluación conjunta también sirvió para fomentar y fortalecer la colaboración entre las autoridades del país y la OPS/OMS.