

**Informe**

*Gente*

**Annual**

*sana en*

**del**

*entornos*

**Director**

*saludables*

**Organización  
Panamericana de la Salud**

Se publica también en inglés con el título:  
*Healthy People, Healthy Spaces:*  
*Annual Report of the Director, 1996*  
ISBN 92 75 17283 8

*Catalogación por la Biblioteca de la OPS*

Organización Panamericana de la Salud  
Gente sana en entornos saludables: Informe Anual del  
Director, 1996. — Washington, D.C.: OPS, ©1997.  
xvi, 210p.— (OPS. Documento Oficial; 283)

ISBN 92 75 37283 7

I. Título II. (serie)  
1. ESTADO DE SALUD 2. CALIDAD DE VIDA  
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
4. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD 5. COOPERACIÓN  
TÉCNICA 6. AMÉRICAS  
NLM WA540

**ISBN 92 75 37283 7**

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 1997

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

# Gente sana en entornos saludables

Informe Anual del Director  
1996

Documento Oficial No. 283



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

# **Misión de la Oficina Sanitaria Panamericana**

La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo internacional especializado en salud. Su misión es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.

## A los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud

De conformidad con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el Informe Anual del Director correspondiente a 1996 sobre las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. En él se analizan, dentro del marco de las orientaciones estratégicas y programáticas para el cuatrienio 1995-1998 definidas por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, los hechos sobresalientes en el cumplimiento del programa de cooperación técnica durante el año.

El informe se complementa con el *Informe Financiero Parcial del Director para 1996*.



George A. O. Alleyne  
Director

El texto completo de esta publicación también está disponible en  
Internet en la siguiente dirección:  
<http://www.paho.org>

**Fotos:**

Portada: Carlos Gaggero, PhotoDisc, Inc., Armando Waak/OPS.

Carlos Gaggero: p. xvi; p. 49, abajo; p. 172; y p. 198.

PhotoDisc, Inc.: p. 49, arriba y centro; p. 50; y p. 134.

Armando Waak/OPS: p. x.

Diseño y composición: Miki Fernández/ULTRA Designs.

# Contenido

<b>MENSAJE DEL DIRECTOR: GENTE SANA EN ENTORNOS SALUDABLES</b> .....	xi
<b>LA SITUACIÓN DE SALUD</b> .....	1
ENTORNOS SALUDABLES EN LAS AMÉRICAS .....	1
METODOLOGÍA .....	2
GENTE SANA EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SALUD .....	6
ENTORNOS SALUDABLES EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA .....	9
GENTE SANA EN ENTORNOS SALUDABLES: UN ABORDAJE INTEGRADO DE EQUIDAD EN SALUD .....	13
PROMOCIÓN DEL ANÁLISIS DE ENTORNOS SALUDABLES EN LA REGIÓN .....	16
<b>EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA</b> .....	49
ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS .....	51
• Promoción y protección de la salud .....	52
Entornos saludables .....	52
La salud a lo largo del ciclo vital .....	59
Comunicación para la salud .....	65
Seguridad alimentaria .....	67
• Protección y desarrollo ambiental .....	68
Promoción de entornos saludables .....	70
Entornos laborales .....	71
Manejo ambiental de residuos .....	73

Saneamiento adecuado para las comunidades .....	74
Agua salubre en la vivienda .....	75
Comunidades saludables .....	77
• La salud en el desarrollo humano .....	78
Mujer, salud y desarrollo .....	78
Análisis de la situación de salud .....	79
Bioética .....	81
Política de salud y financiamiento del sector .....	81
Salud y turismo .....	84
La OPS y las instituciones religiosas .....	85
• Desarrollo de sistemas y servicios de salud .....	86
Políticas y organización institucional de la atención de salud .....	86
Planificación, análisis del gasto y fomento de inversiones en salud .....	87
Organización de la provisión de servicios de salud .....	88
Sistemas de información para los sistemas y servicios de salud .....	89
Desarrollo de recursos humanos para la salud .....	90
Medicamentos esenciales y tecnología .....	91
Investigación y desarrollo en el campo de las vacunas .....	96
• Prevención y control de enfermedades .....	99
Programas de eliminación y erradicación de enfermedades .....	100
Sarampión .....	100
Tétanos neonatal .....	102
Lepra .....	103
Enfermedad de Chagas y <i>Triatoma infestans</i> .....	104
Oncocercosis .....	105
Enfermedades transmitidas por la transfusión sanguínea .....	106
Fiebre aftosa .....	107

Programas de control de enfermedades .....	108
Enfermedades prevalentes de la infancia .....	108
Enfermedades inmunoprevenibles .....	111
Enfermedades emergentes y reemergentes .....	111
Sida y otras enfermedades de transmisión sexual .....	113
Enfermedades transmitidas por los alimentos .....	115
Rubéola .....	116
Tuberculosis .....	117
Dengue y <i>Aedes aegypti</i> .....	119
Malaria .....	120
Cólera .....	121
Rabia humana .....	123
Peste bubónica .....	124
Encefalitis equinas .....	124
Enfermedades no transmisibles .....	125
Cáncer .....	128
Diabetes .....	129
Prevención de traumatismos .....	129
Salud mental .....	130
Tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas .....	131
Problemas nutricionales .....	132
 PRINCIPALES LOGROS EN MATERIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA CON LOS PAÍSES .....	 135
Antigua y Barbuda .....	136
Antillas Neerlandesas y Aruba .....	136
Argentina .....	137
Bahamas .....	137
Barbados .....	138
Belice .....	139
Bolivia .....	140

Brasil .....	141
Canadá .....	142
Chile .....	143
Colombia .....	144
Costa Rica .....	145
Cuba .....	146
Departamentos franceses en las Américas: Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica	147
Dominica .....	148
Ecuador .....	148
El Salvador .....	149
Estados Unidos de América .....	150
Granada .....	150
Guatemala .....	151
Guyana .....	152
Haití .....	153
Honduras .....	153
Jamaica .....	155
México .....	155
Nicaragua .....	157
Panamá .....	157
Paraguay .....	158
Perú .....	159
Puerto Rico .....	160
República Dominicana .....	161
Saint Kitts y Nevis .....	162
San Vicente y las Granadinas .....	162
Santa Lucía .....	163
Suriname .....	163

Territorios dependientes del Reino Unido .....	165
Anguila .....	165
Bermuda .....	165
Islas Caimán .....	166
Islas Turcas y Caicos .....	166
Islas Vírgenes Británicas .....	166
Montserrat .....	166
Trinidad y Tabago .....	167
Uruguay .....	168
Venezuela .....	168
Coordinación del Programa en el Caribe .....	169
Oficina de Campo de la OPS en la frontera México-Estados Unidos .....	170
EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA CON LOS PAÍSES .....	173
Antigua y Barbuda .....	175
Antillas Neerlandesas y Aruba .....	177
Belice .....	178
Brasil .....	181
Costa Rica .....	183
Jamaica .....	185
México .....	186
República Dominicana .....	189
Saint Kitts y Nevis .....	191
Trinidad y Tabago .....	193
Venezuela .....	195
<b>LA SECRETARÍA .....</b>	<b>199</b>



# Mensaje del Director: gente sana en entornos saludables

*Todas las asociaciones nacen por algún bien,  
porque todo ser humano realiza cada uno  
de sus actos con miras a lograr algo que,  
a su modo de ver, es un bien.*

Aristóteles

**A**unque es muy probable que haya versiones modernas del concepto del bien que podrían diferir del expresado por Aristóteles, la opinión de que la salud puede encontrarse entre los bienes creados y nutridos por las asociaciones sigue siendo obviamente una de nuestras hipótesis de trabajo. Además, la salud en sí puede llevar a la formación de asociaciones en entornos particulares que, a su vez, contribuyen a crear otros bienes igualmente deseables.

El informe que presenté en 1995 se tituló *En busca de la equidad*, y esa búsqueda sigue siendo una parte muy importante de nuestro trabajo. Me propongo mantener siempre presente la importancia de la equidad y el enfoque panamericano para resolver los principales problemas de salud de las Américas.

Nuestros países carecen de igualdad de oportunidades en materia de salud. Digo esto sin intención de juzgar; más bien, deseo recal-

car la necesidad de definir dónde está la falta de equidad como primer paso para corregirla. Los promedios nacionales, que son la norma para notificar datos de salud en las publicaciones regionales, ocultan las diferencias existentes dentro de los países. Además, algunas de las técnicas en vías de elaboración para describir la carga de la morbilidad, que es un requisito para orientar las intervenciones, excluyen toda división espacial y dificultan la corrección de la falta de equidad dentro de los países.

En 1996 aspiramos a lograr adelantos metodológicos que nos permitieran señalar con mayor claridad las diferencias entre los países y dentro de ellos. Este trabajo procederá de acuerdo con nuestra cooperación técnica destinada a ampliar la capacidad de los países de acopiar y analizar datos básicos de salud. Seguimos mejorando la naturaleza y calidad de nuestros indicadores básicos de salud porque estimamos que son absolutamente necesarios para la planificación en el campo de la salud.

La desigualdad en salud, que realmente puede ser falta de equidad, no es la única medida de las diferencias sociales. La diferencia económica en las Américas es motivo de preocupación constante. Como sabemos que esa diferencia está estrechamente relacionada con los índices del estado de salud, se convierte en un asunto de importancia para todos los sectores. Por medio de asociaciones quizá sea posible reducir no solo la pobreza, sino también la falta de equidad.

La formación de asociaciones en pro de la salud tiene una larga historia. Tomemos, por ejemplo, la "Asociación para la salud de los poblados" formada hace unos 150 años para acabar con el deterioro de la salud pública ocurrido como consecuencia de la Revolución Industrial en Inglaterra. De esa asociación de residentes surgió gran parte del enfoque sanitario de la salud pública, conducente a los muchos adelantos importantes en materia de salud que precedieron a la disponibilidad de curas específicas de la enfermedad.

Hoy en día, la formación de asociaciones para la salud encuentra expresión en actividades como el movimiento de “ciudades saludables” en Europa y el de “municipios saludables” en las Américas. Este empeño se concentra en entornos determinados por sus características geográficas y políticas que pueden enfocarse en la salud. En esta Región, el concepto de un entorno que puede ser “saludable” también se ha extendido a la escuela, al lugar de trabajo y aun al hogar. La OPS ha promovido la formación de estos entornos saludables por creer que en su medio pueden encontrar expresión concreta los principios y postulados básicos de la promoción de la salud. Nuestra experiencia en las Américas ha sido satisfactoria, ya que hemos visto a una comunidad tras otra transformar su medio externo y presentar una de las primeras regiones donde puede demostrarse el efecto de la acción comunitaria. Eso ha ido acompañado a menudo de otras actividades que llevaron a mejorar el estado de salud y a sentir cada vez más orgullo de ser una colectividad sana. Los capítulos siguientes incluyen los puntos destacados de la cooperación técnica de la Organización con los países en ese sentido.

No obstante, mi interés en promover la creación de entornos saludables va más allá de la posibilidad de crear un medio en que pueda florecer la buena salud individual. Creo que esos entornos nos presentan una singular oportunidad de formar o conservar capital social.

El concepto de capital —las existencias de recursos productivos en poder de organizaciones o individuos— es lo que siempre fue, pero ahora se reconoce que hay otros recursos importantes además de los tradicionales. Serageldin y sus colegas en el Banco Mundial, por ejemplo, han aplicado el concepto de capital a varios insumos que contribuyen a formar la riqueza de las naciones. El capital social se ha agregado al capital natural, producido y humano que hasta ahora se ha considerado como la base para generar la riqueza de una nación.

La estricta definición de capital social ha variado algo, como puede esperarse de un concepto que escasamente tiene 20 años. Sin embargo, sus características esenciales siguen siendo las relaciones entre personas y grupos, que pueden ser formales o informales. La cohesión social surgida de esas relaciones es el origen de la fuerza motora para varios aspectos de la acción social. Es importante reconocer que estas relaciones sociales tienen externalidades (por lo común, consideramos solo las favorables). Como esas externalidades no pueden relacionarse directamente con un solo individuo o agente, y este no puede apropiarse de ellas, existe una tendencia a subinvertir en esa clase de capital. No obstante, dada su importancia, es indispensable que el Estado y otros protagonistas internos y externos presten apoyo para su formación y mantenimiento.

El capital social afectará a la salud de varias formas. Por una parte, se ha demostrado que el capital social tiene un efecto positivo en el crecimiento económico: juntos, el capital humano y el social aportan entre 36% y 67% de la riqueza de una nación; cuanto mayor sea el grado de desarrollo de un país, mayor será ese porcentaje. Es probable que el capital social ayude a mejorar la equidad del mismo modo en que la formación de capital humano, por medio de la educación, puede llevar al logro de ese fin. Ya existen pruebas empíricas del efecto favorable del capital social en la educación, y yo deduciría que eso también tendrá repercusiones para la salud.

Propongo la tesis no solo de que la formación de capital social en varios lugares mejorará la salud en los mismos, sino de que la coordinación y cooperación con fines de salud, por su propia naturaleza, favorecerá la interrelación y cohesión social indispensables para la formación de capital social. Ya hemos experimentado esto al ver que las preocupaciones por la salud fomentan el diálogo y la interacción en situaciones de conflicto: obsérvese la situación en Centroamérica, donde la salud se describió realmente como un “puente para la paz”.

No obstante, se sabe que el capital social es frágil y que, si se destruye, suele dejar secuelas de delincuencia, degradación ambiental y violencia. Ante esos males sociales que pesan sobre la salud del individuo y de la comunidad, el sector salud no puede mirar para otro lado.

El hecho de que el capital social comprenda relaciones entre instituciones, no solo entre personas, da a la OPS otra razón para lograr que otros actores de la sociedad civil trabajen en pro de la salud. Su interacción no solo ayuda a crear capital social, sino que contribuye a mejorar la salud localmente. Aunque la idea de capital social y la cuantificación de su efecto en varios aspectos del desarrollo humano son relativamente nuevos, ya comienza a quedar claro que el capital social y otras clases similares de capital no solo son importantes por sí mismos, sino que potencian los efectos de otras formas de inversión de capital. Por ende, la formación de capital social mejorará la producción de capital humano y, a la larga, beneficiará a la salud.

No basta apenas participar en una actividad para crear capital social; es preciso también que los participantes se vinculen y reconozcan su interdependencia. Además, todo acto que sea esencial y estrictamente individual no crea capital social ni depende de este. El ser humano nace solo, hasta cierto punto soporta la enfermedad solo y, por supuesto, muere solo. Pero la salud a la que aspiramos no se produce sola, y la integridad de los entornos en que se desarrolle y mantenga depende, en gran medida, del capital social que podamos crear.

Parte de nuestra responsabilidad nos obliga a buscar, en el ámbito regional, las asociaciones a que se refirió Aristóteles en sus escritos, estimulando la clase de interacción y asociación panamericanas que produzcan el bien que es la salud. En la esfera nacional, nos hemos comprometido a promover las actividades destinadas a mejorar la cohesión social por medio y en pro de la salud. Esta es una forma de reducir la falta de equidad que estamos aprendiendo a determinar.



# La situación de salud

**E**n 1996, la mayoría de los países de la Región de las Américas intensificaron, en grado diverso, los procesos de modernización del Estado, incluso los de reforma sectorial en salud. Estas acciones se reflejan tanto en la dinámica macroeconómica de los países —reducción de la inflación, aumento de la inversión, ajuste fiscal, privatización, regulación financiera— como en la social y, en particular, en la dinámica de salud. Aunque son los contextos históricos y sociales de largo plazo los que determinan las tendencias de la situación de salud, coyunturalmente es posible reconocer que cuando el Estado cambia las formas de tratamiento de la agenda social, en especial la de salud, afecta la adaptación de los grupos sociales a sus entornos cambiantes, y modifica positiva o negativamente la situación de salud de la población.

En la Región de las Américas, la dinámica de los procesos estructurales en el sector salud —descentralización, contención de costos, nuevas fórmulas de financiamiento de los servicios de salud, adopción de paquetes básicos de atención de salud— arrastra una creciente necesidad de identificar, medir y reducir las inequidades en la oportunidad de acceso, utilización y ganancias en salud. Estas inequidades afectan de manera importante las condiciones de vida, la construcción de la ciudadanía, la democratización de la sociedad, la acumulación del capital humano y, en suma, el propio desarrollo humano.

La Organización Panamericana de la Salud ha intensificado sus esfuerzos por poner el tema de la equidad en el centro de sus actividades de cooperación técnica. En ese esfuerzo por conseguir igualdad de oportunidades con respecto al desarrollo individual y colectivo, el logro de la equidad implica la disminución y, a la postre, la eliminación de las diferencias injustas, innecesarias y evitables de las condiciones de vida y el estado de salud de las personas. Encontrar esas diferencias en equidad en salud exige tener información e implica comparación. Es precisamente en este aspecto en el cual la Secretaría ha asumido una función activa en la elaboración de análisis epidemiológicos de la situación de salud y sus tendencias. Asimismo, continúa asignando priori-

ENTORNOS

SALUDABLES

EN LAS AMÉRICAS

dad al establecimiento de mecanismos que permitan documentar la inequidad en salud y los avances hacia su disminución a nivel nacional, subnacional y, particularmente, local. Es fundamental disponer de una serie de datos básicos que permitan mostrar a quiénes afecta y dónde se ubica la inequidad en salud y cuáles son los resultados de las intervenciones dirigidas a reducirla, para así cooperar con los países en la continua mejora de la condición humana.

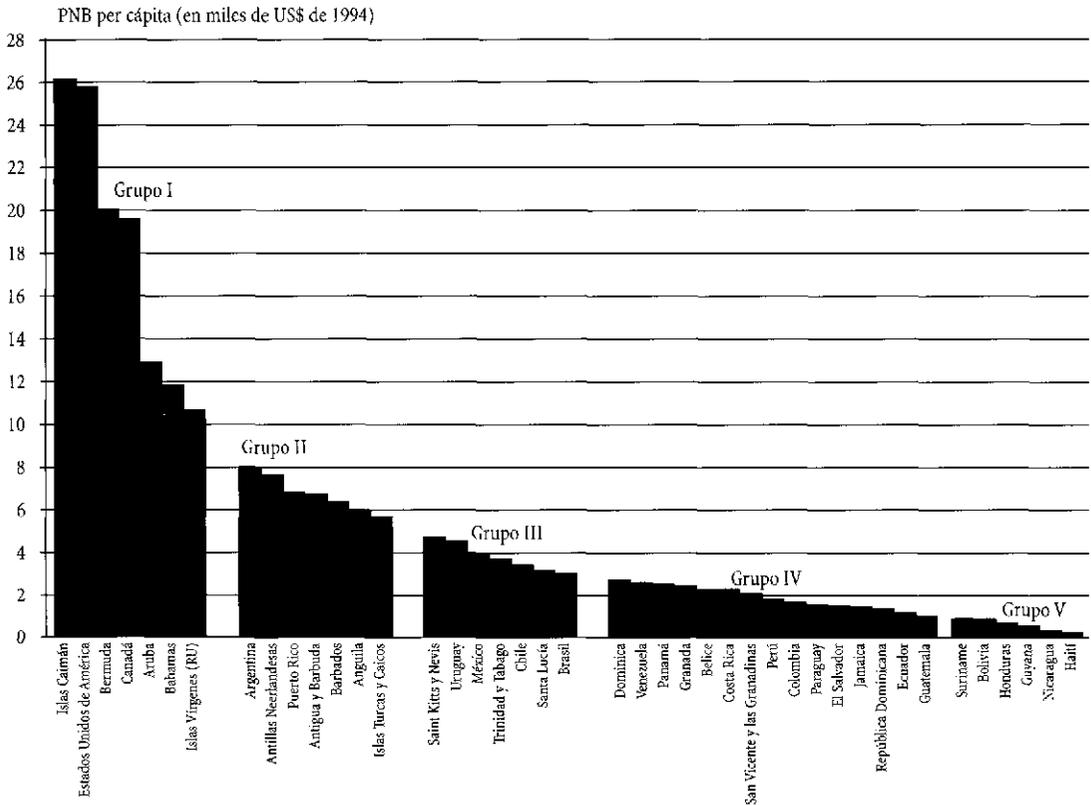
En el presente capítulo se analiza la situación de salud de la Región desde la perspectiva de entornos saludables. Aunque la definición operativa del concepto aún está en discusión, es posible anticipar que el mismo se refiere a espacios-población con equidad en salud. Es decir, que incluye escenarios locales donde, comparativamente, las condiciones de vida y el estado de salud son más favorables, en términos de oportunidades, para el desarrollo individual y colectivo de los diversos grupos que integran la sociedad. La capacidad de los países para identificar y ampliar los entornos saludables —con gente sana— es, sin duda, un aspecto fundamental de las acciones que la Secretaría realiza para vigilar la equidad. Sin embargo, hay que reconocer que la escasez de datos e información con suficiente nivel de desagregación geopolítica restringe la capacidad de analizar exhaustivamente la situación de la salud en las múltiples dimensiones que plantea la idea-fuerza de equidad.

## METODOLOGÍA

Con el propósito de caracterizar la presencia de entornos saludables, se analizó la situación sanitaria de la Región haciendo hincapié en la distribución y dinámica espacial de las desigualdades en el estado de salud y las condiciones de vida, medidas por indicadores básicos seleccionados. Para ubicar los entornos saludables, se efectuó un análisis geoestadístico a nivel nacional, provincial y municipal, en el cual se integró información cartográfica con información disponible sobre la salud y las condiciones de vida. Para los análisis nacionales se usaron los datos básicos de la publicación *Indicadores básicos 1996*.<sup>1</sup> La información de nivel subnacional y local se obtuvo a partir de los datos proporcionados por los países al Sistema de Información Técnica de la Organización y por cálculos basados en datos censales y muestrales obtenidos de publicaciones oficiales de los países miembros. Las bases cartográficas geoestadísticas se obtuvieron de fuentes diversas y forman parte del Sistema de Información Geográfica (SIG-Epi) del Programa de Análisis de Situación de Salud de la Organización.

La descripción del perfil de salud de la Región —por medio de 53 indicadores de nivel nacional y 33 de nivel subregional— se presenta en la publicación *Indicadores básicos 1996*.

<sup>1</sup> *Indicadores básicos 1996. Situación de salud en las Américas*. Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HIDA). Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 1996. OPS/HDP/HDA/96.02.

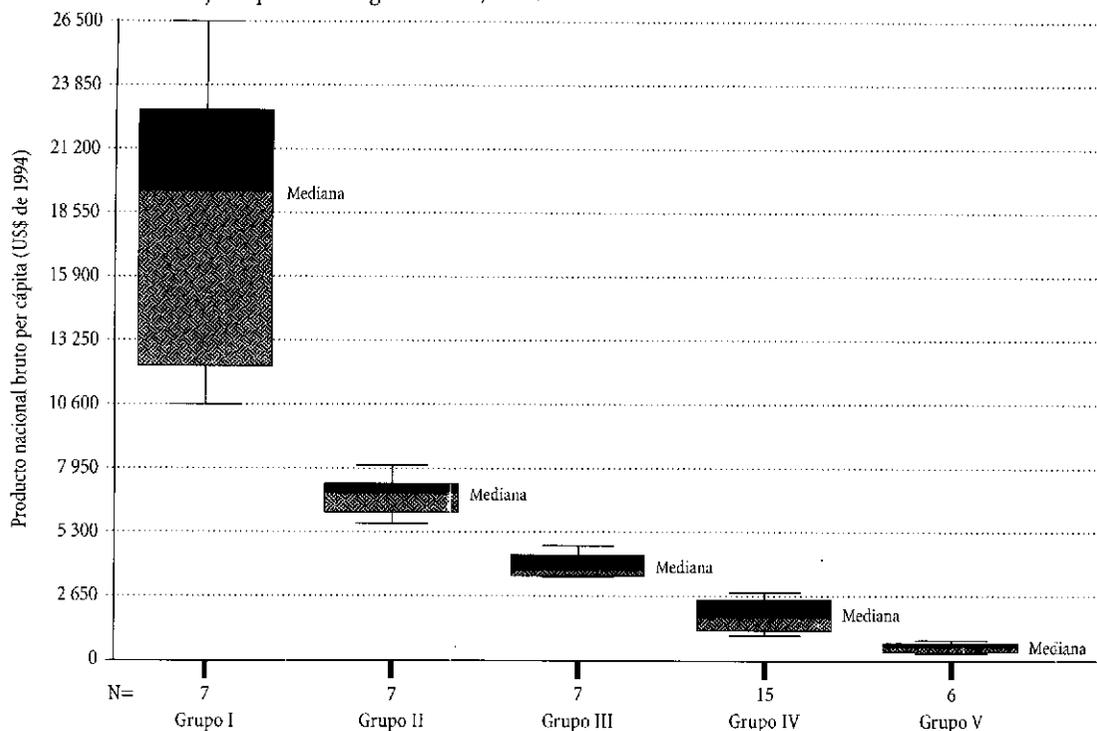
**Figura 1.** Distribución del producto nacional bruto (PNB) per cápita en países de las Américas, 1994.

Fuente: *Indicadores básicos 1996. Situación de salud en las Américas*. Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDA). Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1996. OPS/HDP/IIDA/96.02.

En el primer nivel de análisis, los países de la Región de las Américas fueron agrupados de acuerdo con su producto nacional bruto (PNB) per cápita en cinco grupos (figura 1). Este indicador se utiliza para representar los recursos disponibles para atender las necesidades básicas de la población. La agrupación se hizo con base en los datos más recientes disponibles y por medio de un análisis jerárquico de conglomerados, que maximiza la homogeneidad dentro de los grupos (figura 2).

Una vez agrupados los países según su ingreso, se definieron los intervalos por quintiles, para cada uno de los indicadores incluidos en el análisis (cuadro 1). Así, se identificaron los puntos de corte óptimos de dichos indicadores para la clasificación de las unidades geográficas (países, estados, departamentos, provincias, cantones y municipios, según el caso) de acuerdo con su nivel de "condiciones saludables": el primer quintil comprende los valores más favorables para cada indicador (quintil de inequidad menor) y el quinto, los menos favorables (quintil de inequidad mayor). Esta distribución de indi-

**Figura 2.** Producto nacional bruto de los países de las Américas, distribución resumen de frecuencias según un análisis jerárquico de conglomerados, 1994.



Fuente: *Indicadores básicos 1996. Situación de salud en las Américas*. Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDA). Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1996. OPS/HDP/HDA/96.02.

cadres por quintiles construida a partir de los valores nacionales se estableció como patrón de referencia para comparar espacios-población más desahogados a lo largo del análisis.

Con el fin de identificar los espacios-población que presentaban uno o más indicadores básicos "saludables" simultáneamente, ya sea del estado de salud o de las condiciones de vida, se construyó un índice resumen denominado índice de condiciones saludables (ICS).

Con base en la disponibilidad y calidad de la información para cada nivel de desagregación, los seis indicadores seleccionados para construir el ICS fueron: 1) número de médicos por 10 000 habitantes; 2) número de camas de hospital por 1000 habitantes; 3) cobertura de vacunación antipoliomielítica oral en niños menores de 1 año de edad; 4) cobertura de los servicios de abastecimiento de agua potable; 5) cobertura de los servicios de alcantarillado y eliminación de excreta, y 6) porcentaje de población urbana. El ICS representa el número de indicadores favorables, es decir, de condiciones saludables,

**Cuadro 1.** Definición de niveles de inequidad según quintiles de indicadores básicos seleccionados, Región de las Américas, 1996.

Indicador	Unidades	Puntos de corte: quintiles			
		1	2	3	4
<b>Estado de salud:</b>					
Mortalidad infantil	tasa por 1000 nacidos vivos	12,0	18,0	21,4	43,2
Esperanza de vida, ambos sexos	años	75,7	73,3	71,7	67,5
Esperanza de vida, mujeres	años	78,7	75,7	74,3	69,9
Esperanza de vida, hombres	años	73,0	71,0	68,6	65,3
Fecundidad total	número de hijos por mujer	2,0	2,4	2,8	3,6
Médicos por población	número por 10 000 habitantes	16,6	11,5	8,6	4,9
Camas de hospital por población	número por 1000 habitantes	6,0	4,0	2,5	1,4
Cobertura vacuna antipoliomielítica oral	porcentaje	98,0	92,0	88,6	83,4
<b>Condiciones de vida:</b>					
Acceso a agua potable, total	porcentaje	97,3	84,6	70,2	62,4
Acceso a agua potable, urbano	porcentaje	100,0	95,4	92,0	80,6
Acceso a agua potable, rural	porcentaje	95,2	73,4	57,8	34,2
Acceso a alcantarillado, total	porcentaje	98,0	80,9	64,8	49,8
Acceso a alcantarillado, urbano	porcentaje	99,2	92,4	87,0	60,0
Acceso a alcantarillado, rural	porcentaje	98,0	59,0	45,2	23,6
Población urbana	porcentaje	84,0	72,0	53,0	45,0
Alfabetismo, ambos sexos	porcentaje	97,5	92,7	89,5	82,8
Alfabetismo, hombres	porcentaje	98,0	95,0	92,0	83,6
Alfabetismo, mujeres	porcentaje	98,0	95,0	90,0	82,6

Fuente: *Indicadores básicos 1996. Situación de salud en las Américas*. Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDA). Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1996. OPS/IIDP/IIDA/96.02.

presentes en un espacio geográfico determinado y constituye un “horizonte favorable alcanzable” para cada nivel de agregación geográfica. Un “horizonte favorable alcanzable” se define como la pertenencia a uno de los tres quintiles superiores de cada indicador.

Dada la distribución de los países en los cinco grupos de acuerdo con su PNB y con los quintiles de cada indicador seleccionado, se realizó el análisis integrando las bases numéricas con las cartográficas correspondientes a cada nivel de desagregación espacial. Para el nivel nacional se incluyeron los 48 países y territorios de la Región; para los niveles subnacionales, los países se escogieron de acuerdo con su pertenencia a los cinco grupos de países clasificados según su PNB y por su situación representativa de dicho grupo. Otro criterio que guió esta selección fue la disponibilidad de información desagregada por división geopolítica interna.

A continuación se asignó un patrón estándar de representación gráfica, en el cual los espacios geográficos con mejores quintiles de cada indicador (o con-

junto de indicadores, en el caso del índice de condiciones saludables) se representan con mayor intensidad de color, con la excepción del mapa 14. Así, un entorno saludable puede verse, para cada indicador, como aquel espacio de color más intenso en el mapa.

Finalmente, para cada uno de los cinco grupos de países clasificados según su PNB se calcularon los valores promedio del ICS, ponderados por tamaño de la población, y de tres indicadores de resultados de salud: tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y tasa global de fecundidad, a fin de presentar un análisis comparativo de las tendencias e ilustrar la relación entre la presencia de entornos saludables y los resultados favorables en salud en la Región.

## **GENTE SANA EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

El estado de salud de la población es un proceso complejo y multidimensional que hace referencia al conjunto de condiciones de salud presentes en un determinado espacio-población y que afectan positiva o negativamente el grado de bienestar físico, mental y social de sus miembros. En un sentido operativo, la identificación de gente sana requiere observar su estado de salud, medido por indicadores básicos diversos, en un espacio-población definido y dinámico. Con la información disponible y de manera descriptiva y analítica, en este capítulo se caracteriza el estado de salud de las poblaciones de los países de la Región según cuatro indicadores básicos: mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, tasa global de fecundidad y número de médicos por habitantes.

La mortalidad infantil (TMI, expresada como tasa por 1000 nacidos vivos) es un indicador sensible del estado de salud que presenta amplias variaciones entre los 48 países y territorios con información en la Región.<sup>2</sup> Aunque la mediana en la Región es 19,0, un recién nacido de un país del Grupo I, como el Canadá o los Estados Unidos, vive en un entorno donde tiene una probabilidad de sobrevivencia al primer año de vida 10 veces más alta que un niño nacido en un país del Grupo V, como Bolivia o Haití. Las cifras extremas de este indicador son 7,0 en el Grupo I y 74,0 en el Grupo V.

En el mapa 1 y el cuadro 2 se muestran estas desigualdades más explícitamente. En toda la Región, solo siete países informan tasas de mortalidad infantil inferiores a 12,0 (quintil 1, inequidad menor). En estos países viven aproximadamente 305 millones de personas o 39,5% de la población total de la Región. Por otra parte, nueve países tienen TMI superiores a 43,1 (quintil 5, inequidad mayor) y en ellos habitan 233 millones de personas o 30,2% de la población de las Américas. En el mapa 1 se observa que la mortalidad infantil dentro de cada país muestra el mismo patrón de desigualdad que el análisis regional. En la Argentina, país del Grupo II, 6 de 24 provincias tienen tasas de mortalidad infantil entre 12,0 y 17,9 por 1000 nacidos vivos; en ese territorio viven 7 millones de habitantes o 20,1% de la población total. Sin embar-

---

<sup>2</sup> Véase la nota 1.

go, en 12 provincias, con 59,8% de la población (20,8 millones), las tasas están comprendidas entre 21,4 y 43,1 por 1000 nacidos vivos. Asimismo, en el Ecuador, país del Grupo IV, solo 1 de los 21 departamentos informantes tiene una tasa entre 12,0 y 18,0 (11 500 personas o 0,1% de la población nacional); 10 departamentos (con 6,5 millones de habitantes o 56,6% de la población) presentan tasas de mortalidad infantil de más de 43,1 por 1000 nacidos vivos. En el cuadro 2 se presenta la distribución porcentual de la población de los países incluidos en el mapa 1 según niveles de inequidad en mortalidad infantil.

Dada la importancia de los niveles locales de salud, se realizó un análisis con mayor desagregación geopolítica de la mortalidad infantil; se presenta en el mapa 2 y el cuadro 3. En este mapa se observa nuevamente el patrón de desigualdades en salud. Por ejemplo, en la Argentina, la provincia de Entre Ríos se ubica en el tercer quintil de inequidad de este indicador (mapa 1); no obstante, 5 de sus 16 departamentos caen en el cuarto quintil (337 000 habitantes o 31,3% de la población), lo cual refleja las desigualdades dentro de la misma provincia. Análogamente, se puede observar en Costa Rica que, si bien la provincia de San José, sede de la capital, se encuentra en el segundo quintil de inequidad con respecto a la TMI, 7 de sus 20 cantones están en los últimos dos quintiles de inequidad (175 000 habitantes; 14,6% de la población de la provincia). En el mapa 2 y cuadro 3 se utilizan como ejemplo de esta situación de desigualdad en salud las provincias de Catamarca, Argentina, y Cartago, Costa Rica.

Finalmente, la aparente homogeneidad de países como el Perú y Bolivia observada en el mapa 1, en el cual todos sus departamentos aparecen en el último quintil de inequidad de la TMI, refleja la enorme brecha que los separa de las tendencias regionales de este indicador. Para poder observar la inequidad dentro de cada uno de estos dos países, se realizó un nuevo análisis mediante el cual se expandió el quintil de mayor inequidad. Las categorías resultantes son visiblemente superiores a las regionales, pero permitieron mostrar una vez más las enormes diferencias en el estado de salud de los espacios-población correspondientes. El mapa 3 y el cuadro 4 muestran que en el Perú, Huancavelica es a Lima lo que, en Bolivia, Potosí es a Santa Cruz; es decir, se observa en dichos entornos geográficos que las tasas más altas son de 150 por 1000 nacidos vivos y las más bajas de 50 por 1000, lo cual sugiere que el riesgo de morir en el primer año de vida es tres veces mayor en Huancavelica y Potosí de lo que es en Lima y La Paz.

Con respecto a la esperanza de vida al nacer (EVN), la mediana regional es de 72,7 años. Sin embargo, una persona de un país del Grupo I, como el Canadá, tiene casi 21 años más de esperanza de vida que una de un país del Grupo V, como Haití (77,4 y 56,6 años respectivamente).<sup>3</sup> En la Región, la mediana de la esperanza de vida de la mujer es cinco años más alta que la del hombre (75,0 y 70,0 años, respectivamente). No obstante, al observar los extremos, la brecha es más amplia para las mujeres. La diferencia entre los valores máxi-

---

*La identificación de gente sana requiere observar su estado de salud, medido por indicadores básicos diversos, en un espacio-población definido y dinámico.*

<sup>3</sup> Véase la nota 1.

mo y mínimo de la EVN entre los hombres es de 20,1 años, mientras que entre las mujeres es de 22,4 años.<sup>4</sup> En la Región, casi 300 millones de personas de nueve países viven en lugares donde la EVN de la población es de 75,6 o más años; por el contrario, 222 millones de otros nueve países habitan espacios donde la EVN es de menos de 67,5 años. En el mapa 4 y el cuadro 5 se presenta la esperanza de vida al nacer por ubicación geográfica en la Región y en algunos países y sus divisiones políticas. Por ejemplo, aunque la Argentina como un todo ocupa el tercer quintil regional de inequidad en cuanto a EVN, tiene 11 millones de personas (31,7% de su población) de 19 provincias en un quintil de mayor inequidad. Por otro lado, el Perú, que como país ocupa el quintil de mayor inequidad, tiene 7,6 millones de personas que habitan en lugares con esperanza de vida al nacer de más de 73,3 años (dos primeros quintiles).

---

***En la Región, casi  
222 millones de  
personas de nueve  
países viven en lugares  
donde la esperanza de  
vida al nacer es  
inferior a 67,5 años.***

La mediana de la tasa global de fecundidad (TGF) para las Américas es de 2,6 hijos por mujer. Los extremos de este indicador en la Región señalan que, por ejemplo, en Guatemala la TGF es casi cuatro veces más alta que en las Islas Caimán (5,4 y 1,4 respectivamente). El mapa 5 y el cuadro 6 muestran la distribución geográfica de este indicador según quintiles en la Región y en ciertos países. En las Américas, 41,7 millones de personas viven en lugares donde la TGF es de menos de 2 hijos por mujer, y 46,3 millones habitan en entornos donde esa tasa es de más de 3,5. En la Argentina, el valor promedio de la TGF es 2,6; sin embargo, 26,6% de la población del país (9,2 millones) vive en 17 provincias donde la TGF es de más de 2,8. En el Perú, 31,9% de la población (7,6 millones) vive en dos departamentos en que la TGF es de entre 2,4 y 2,7 hijos por mujer; otros 11,9 millones (49,9% de la población) viven en 17 departamentos donde la TGF es de más de 3,5. El cuadro 6 muestra la distribución porcentual de la población según la tasa global de fecundidad de los países incluidos en el mapa 5.

En la Región de las Américas la mediana del número de médicos por 10 000 habitantes es 10,8, aunque la dispersión de este indicador es muy amplia. Por ejemplo, Cuba tiene 32 veces más médicos por habitantes que Haití (51,8 y 1,6 respectivamente). Es más, 100 millones de personas (13,0% del total de la población) viven en 19 países de la Región cuyos entornos cuentan con menos de 8,6 médicos por 10 000 habitantes. Con el fin de ilustrar las desigualdades existentes, en el mapa 6 y el cuadro 7 se presenta la situación regional del número de médicos por población (MPP) y la misma información para cuatro países. En México, 11 millones de personas (12,1% de la población) viven en cuatro estados con más de 16,5 médicos por 10 000 habitantes; pero 24 millones de personas (26,3%) viven en cuatro estados con menos de 8,6 médicos por 10 000 habitantes. En el Perú, 8 millones de personas (35% de la población) viven en cuatro departamentos con más de 11,4 MPP, mientras que otros 12,8 millones (53,8%) residen en 17 departamentos con menos de 4,9 médicos por 10 000 habitantes.

<sup>4</sup> Véase la nota 1.

Las condiciones de vida pueden verse como un conjunto de factores determinantes que interactúan para proteger o deteriorar el desarrollo humano y social; asimismo reflejan la capacidad de la sociedad de resolver satisfactoriamente el conjunto de necesidades humanas. Vistas ampliamente, las condiciones de vida tienen dos grandes dimensiones: la pobreza —abstracción de orden económico y político— y la desigualdad social, que es consecuencia de la diferenciación social e involucra conceptos estructurales como equidad y ciudadanía. La identificación de entornos saludables implica observar las condiciones de vida que se expresan en espacios-población definidos y dinámicos. En esta sección se analizan las condiciones de vida en la Región por medio de cuatro indicadores básicos: acceso a servicios de agua potable, acceso a servicios de alcantarillado y eliminación de excreta, población urbana y alfabetización.

El acceso a agua potable (AAP) se mide como porcentaje de cobertura de la población. Este indicador integra información tanto del acceso de la población a servicios básicos, como de la inversión en infraestructura sanitaria y, por ende, es sintomático de las condiciones de vida. Con base en la información proporcionada por 33 países, se calculó el porcentaje de la población total con acceso a agua potable, para mostrar que en la Región la mediana de este indicador es 81,2% con un recorrido de 35,9% a 100,0%. Sin embargo, al considerar las situaciones urbana y rural, se observan importantes desigualdades. Mientras que 95% de los residentes urbanos de las Américas tiene acceso a agua potable, solo 67% de la población rural cuenta con él. Los extremos de la distribución del indicador en las zonas rurales de la Región muestran que la población rural de un país del Grupo I, como el Canadá, tiene una cobertura de 100% y, por lo tanto, su probabilidad de vivir en un entorno con acceso a agua potable es 10 veces más alta que la de los habitantes de un país del Grupo IV, como el Paraguay, donde solo 11% de la población tiene acceso a ese servicio básico. En todo caso, los valores nacionales no presentan una desigualdad tan marcada en los entornos urbanos, hecho que guarda relación con la alta proporción de población urbana en los países de la Región.

En el mapa 7 y el cuadro 8 se muestra que, en la Región como un todo, en 6 de los 33 países con información disponible, la cobertura de AAP es menos de 62,4%; esto corresponde a un territorio cuya población es de, por lo menos, 25,5 millones de personas. Si se consideran los dos quintiles de mayor inequidad, este número se eleva a 132,5 millones de personas que residen en 13 países de la Región, cuyos entornos tienen una cobertura de AAP de menos de 70,2%. Al analizar este indicador dentro de cada país, se acentúan las desigualdades en cuanto a acceso a agua potable. Por ejemplo, en el análisis regional, la Argentina aparece en el segundo quintil de mayor inequidad, y solo 8,6% de la población del país se ubica en el quintil de menor inequidad con respecto a AAP. Esto se debe a que en la Capital Federal propiamente tal, habitan aproximadamente 3 millones de personas. Sin embargo, 17 millones de habitantes (49,4% de la población) residen en seis provincias que se clasifican

## ENTORNOS SALU- BLES EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA

**Las condiciones de vida pueden verse como un conjunto de factores determinantes que interactúan para proteger o deteriorar el desarrollo humano y social.**

en el quintil de mayor inequidad. Se observa una situación similar en Nicaragua. Este país se ubica en el quintil de mayor inequidad en el análisis regional, y solo 10% de su población reside en zonas clasificadas en el quintil de menor inequidad (Managua Central). La mayoría de la población de Nicaragua, aproximadamente 3 millones de habitantes (70%), reside en entornos ubicados en el quintil de mayor inequidad. En el cuadro 8 se muestra la distribución porcentual de la población según grados de inequidad en algunos países incluidos en el mapa 7.

Un análisis más detallado en cuanto a la desagregación geopolítica de la información, es decir, en el interior de las subdivisiones políticas de los países, muestra con mayor intensidad las desigualdades existentes en el acceso a AAP. El mapa 8 y el cuadro 9 muestran la distribución espacial de este indicador en los 110 municipios del estado de Chiapas, México, y de los 11 cantones de la provincia de Guanacaste, Costa Rica, con base en una clasificación *ad hoc* en cinco categorías de inequidad. Según esta agrupación, el estado de Chiapas es uno de los estados de México clasificado en la categoría de mayor inequidad, cuya cobertura de acceso a agua potable es de 55% y menos. Asimismo, se puede apreciar que en el interior de Chiapas existen aún mayores diferenciales en la magnitud del indicador analizado. En el cuadro 9 se observa que de los 110 municipios de Chiapas con información disponible, 51, con 1,4 millones de habitantes (38,7% de la población del estado), se ubican en la categoría de mayor inequidad. Por otra parte, solo tres municipios, Chiapilla, Nicolás Ruiz y Osumacinta, con 11 000 habitantes (0,3% de la población del estado), tienen una cobertura de acceso a agua potable superior a 85%.

Entre las siete provincias de Costa Rica, la de Guanacaste se clasifica en la tercera categoría de esta distribución del indicador de AAP; sin embargo, uno de sus cantones, Tilarán, en cuyo espacio viven 16 000 personas (7,3% de la población provincial), está en la primera categoría, y tiene dos cantones, La Cruz y Nicoya, en los que residen 52 000 personas (23,9% de la población provincial) que se ubican en la categoría de mayor inequidad.

El acceso a servicios de alcantarillado y eliminación de excreta (AEE) es otro indicador básico que tiene una distribución desigual en la población de las Américas, como se observa en el mapa 9 y el cuadro 10. Aunque la mediana regional es de 75,2%, 293,5 millones de personas de cuatro países viven en entornos donde la cobertura de AEE es de 98,0% o más; otros 110 millones habitan espacios donde dicha cobertura es de 64,7% o menos. Dentro de los países estas desigualdades son mucho mayores. Por ejemplo, el Brasil tiene un promedio nacional de cobertura de AEE igual a 77,5%. Sin embargo, 32,2 millones de brasileños viven en seis estados donde dicha cobertura es de menos de 64,8%. En Colombia, donde en promedio 80,4% de la población tiene acceso a servicios de alcantarillado y eliminación de excreta, 7,6 millones de habitantes viven en 11 departamentos que se clasifican en el quintil de mayor inequidad (cobertura de menos de 49,8%).

La proporción de población urbana (PU) es un indicador básico que en los últimos decenios ha mostrado incrementos drásticos en la Región y expresa la dinámica de los procesos de migración, centralización y urbanización que afectan las condiciones de vida de los espacios-población regionales. La mediana de la proporción de población urbana en las Américas es 63,0%. De 43 países informantes, 7, con un total de 61 millones de habitantes, tienen 84,0% o más de población urbana; en otros 10 países, donde residen 30 millones de personas, la población urbana no llega a 45,0%. El análisis por país reproduce estas diferencias. En México, por ejemplo, el promedio de la proporción de población urbana es 75,0%, aunque 15,0 millones de habitantes residen en seis estados con menos de 53,0% de población urbana. En Costa Rica, 63,2% de la población (2,2 millones) vive en seis provincias con menos de 45,0% de población urbana. En el Perú, seis departamentos (con un total de 9,6 millones de habitantes) tienen 84,0% o más de población urbana y otros siete departamentos (con 5 millones de habitantes), una población urbana menor de 45,0% (véase el mapa 10 y el cuadro 11).

La publicación *Indicadores básicos 1996* presenta la distribución regional de las tasas de alfabetización por sexo.<sup>5</sup> La mediana regional de población masculina alfabetizada es 94,0%, y la de la femenina, 93,0%. En ambos grupos las variaciones son amplias, entre 33,0% y 99,0% y entre 32,0% y 99,0%, respectivamente para hombres y mujeres. El mapa 11 y el cuadro 12 muestran la desigualdad de este indicador en las Américas. Del total de la Región, 295 millones de personas de cinco países viven en espacios clasificados en el quintil más favorable (alfabetización de 97,5% y más). Otros 41 millones de habitantes de seis países viven en entornos comprendidos en el quintil más desfavorable (menos de 82,8% de alfabetizados). Estas desigualdades son mucho más marcadas en el interior de algunos países. En el Brasil, 4 de cada 10 personas viven en 18 estados cuya tasa de alfabetización corresponde al quintil más desfavorable. En Belice, 70% de la población reside en cinco distritos que tienen menos de 82,8% de alfabetizados. En el Perú, aproximadamente 3 de cada 10 personas viven en tres entornos pertenecientes al quintil más favorable y otras 3 de cada 10, en ocho entornos clasificados en el quintil más desfavorable. En Bolivia, 70% de los habitantes residen en seis espacios comprendidos en el quintil más desfavorable con respecto a alfabetización.

El abordaje espacial de las desigualdades con respecto a salud puede enriquecerse con la incorporación de un amplio conjunto de indicadores de condiciones de vida y del estado de salud de los espacios-población regionales, incluso los relacionados con el ambiente. Por ejemplo, es posible mostrar las desigualdades en salud de la Región mediante indicadores relacionados con el efecto potencial del ser humano en el ambiente, como señalan el mapa 12 y el cuadro 13. En dicho mapa se presenta la distribución espacial del acceso a servicios de recolección de basura por entidades federativas en el Brasil, y de

---

***El abordaje espacial de las desigualdades con respecto a salud puede enriquecerse con la incorporación de un amplio conjunto de indicadores de condiciones de vida y del estado de salud de los espacios-población regionales, incluso los relacionados con el ambiente.***

<sup>5</sup> Véase la nota 1.

estas, Bahía, Ceará y Rio de Janeiro, se desglosan según sus respectivos municipios. Del total de la población del país, 63% tiene acceso a servicios de recolección de basura, lo cual corresponde a aproximadamente 98 millones de personas. Sin embargo, se puede ver que 15,5 millones de habitantes viven en estados clasificados en el quintil de mayor inequidad, cuyas coberturas son menores de 35,5%. En el mapa 12 y el cuadro 13 se muestra el incremento de las desigualdades en la distribución geográfica de este indicador cuando se analiza la situación con base en los municipios que constituyen los estados de Bahía, Ceará y Rio de Janeiro.

También ha sido posible realizar un análisis en niveles de desagregación espacial mucho más locales; puede verse, por ejemplo, que el mapa 13 presenta entornos típicamente urbanos. En ese mapa se muestra la ciudad de Guadalajara, México, de 2,8 millones de personas, según áreas geoestadísticas básicas (AGEB), verdaderos núcleos espaciales de la composición urbana. Asimismo, el mapa ilustra la capacidad descriptiva del análisis espacial y pone en relieve las interrelaciones importantes del análisis de las condiciones de vida de un espacio urbano local. Así, el primer recuadro es un mapa temático de la distribución de la cobertura de agua potable en la zona urbana. Claramente, las zonas de mayor cobertura, es decir, con mayor oferta de servicios, se agrupan alrededor del centro de la ciudad. El segundo mapa temático muestra la distribución espacial del hacinamiento (definido como el número de habitantes por vivienda), y señala que los espacios de menor hacinamiento también se acumulan en el centro de la ciudad, en contraste con lo que deja ver el tercer mapa temático: que las AGEB más densamente pobladas se distribuyen hacia la periferia de la zona urbana. Esta composición cartográfica permite sugerir que la oferta de servicios de agua potable en dicha ciudad no llega a la población más numerosa y, probablemente, la más necesitada. El acceso a servicios, en su significado geográfico literal, aunque no exclusivo, se muestra espacialmente comprometido. Desde este punto de vista, el análisis de la situación de salud local puede facilitar el reconocimiento de inequidades en salud y, como contrapartida, identificar gente sana en entornos saludables.

Los países que integran el Grupo I de clasificación según el PNB, en particular el Canadá y los Estados Unidos de América, exhiben altos estándares en el estado de salud y en las condiciones de vida de su población, según sus indicadores básicos. No obstante, el análisis geoestadístico permite reconocer, aun en estos países, desigualdades en cuanto a magnitud y distribución. El mapa 14 es una composición de mapas temáticos con nueve indicadores relacionados con la situación de salud en los Estados Unidos de América. Desde un punto de vista descriptivo, se aprecia gran heterogeneidad en la distribución espacial de esos indicadores, así como una aparente correspondencia entre los espacios estatales con las categorías menos favorables para cada indicador. Se observa que los espacios con menor cobertura de seguro de salud son aquellos donde la gente tiene menos ingreso per cápita y más gasto

***La presencia de gente sana en entornos saludables puede determinarse mediante el reconocimiento del número y del tipo de condiciones saludables observadas en las poblaciones estudiadas.***

per cápita en salud. En estos mismos espacios, que exhiben tasas más altas de mortalidad infantil, reside una mayor proporción de personas de raza negra o de origen latinoamericano y se notifican las tasas más elevadas de mortalidad por accidentes de vehículo de motor.

En las secciones anteriores se ha presentado la situación de salud en la Región haciendo hincapié en la inequidad de la distribución espacial de los indicadores básicos analizados individualmente. Este análisis tiene gran capacidad para explicar la ubicación selectiva de inequidades en salud. Sin embargo, el mismo puede enriquecerse al estudiar simultáneamente dichos indicadores. La presencia de gente sana en entornos saludables puede determinarse mediante el reconocimiento del número y tipo de condiciones saludables observadas en las poblaciones estudiadas. A continuación se presenta un análisis que utiliza un índice simple que incluye seis condiciones saludables, al cual llamamos ICS. La construcción metodológica ya ha sido presentada en párrafos anteriores. Este índice expresa el número de indicadores favorables del estado de salud y de las condiciones de vida que están presentes en un espacio-población determinado.

En el mapa 15 y el cuadro 14 se presentan los valores del ICS para los 48 países y territorios estudiados en la Región de las Américas. De acuerdo con este índice, solo 6 de los 48 países de la Región cumplen con todas las condiciones saludables estudiadas. Por otra parte, más de 70 millones de personas de 31 países viven en espacios que cuentan con tres o menos condiciones saludables. Dos de estos países no cumplen ninguna de las seis condiciones saludables incluidas en este índice.

Las diferencias se acentúan al analizar el ICS con un grado mayor de desagregación geográfico-política, como ocurre en el interior de los países. Es así que en México, 26 millones de personas (28,5% del total) de ocho estados residen en entornos con cinco condiciones saludables; por otra parte, la población de dos estados, Chiapas y Oaxaca, con 7 millones de habitantes, no cuentan con ninguna de las condiciones mencionadas.

Asimismo, en Argentina, 3 millones de personas (8,6% de la población nacional) viven en un entorno con los seis indicadores favorables; en contraste, 900 000 personas de la provincia del Chaco residen en un entorno con solo tres condiciones saludables. En el Perú, 7 millones de personas (28,5% de la población nacional) residen en un entorno con cinco indicadores saludables, pero otros 5 millones (20,8% de la población) viven en siete departamentos (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno) que no llegan a tener ni un indicador saludable. Se observa una situación más crítica en Bolivia, donde 81,6% de la población (6 millones) reside en seis departamentos con un solo ICS; el resto de la población (1,4 millones) vive en los tres departamentos restantes (Chuquisaca, Pando y Potosí), con ICS igual a cero (cuadro 14).

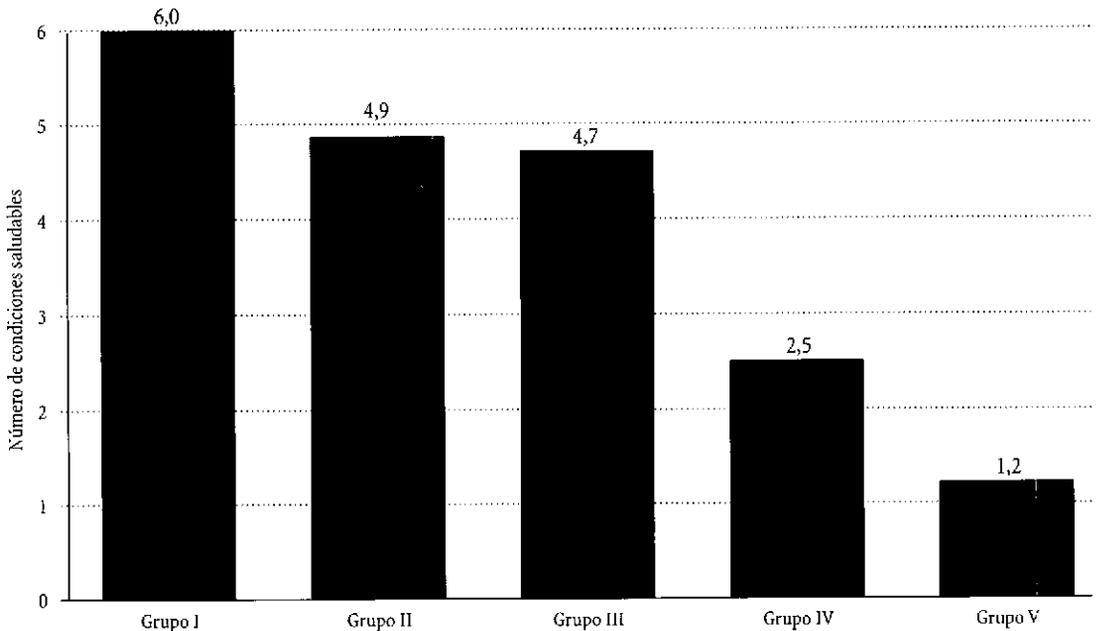
## **GENTE SANA EN ENTORNOS SALUDA- BLES: UN ABORDAJE INTEGRADO DE EQUIDAD EN SALUD**

En la figura 3 se ilustra el comportamiento del ICS en función de los cinco grupos de países previamente clasificados según su PNB; el índice se ponderó por el tamaño de la población. En el mapa 15 puede verse la ubicación regional de los entornos saludables. Asimismo, el ICS permite señalar los horizontes alcanzables de entornos saludables, que pueden convertirse en objetivos de los planes y programas de desarrollo y promoción de la salud.

Finalmente, en las figuras 4a, b y c se presenta un análisis de las tendencias de la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer y la fecundidad global, por grupo de países según el PNB. Aquí quedan patentes las grandes inequidades en la distribución de estos indicadores que aún persisten en las Américas.

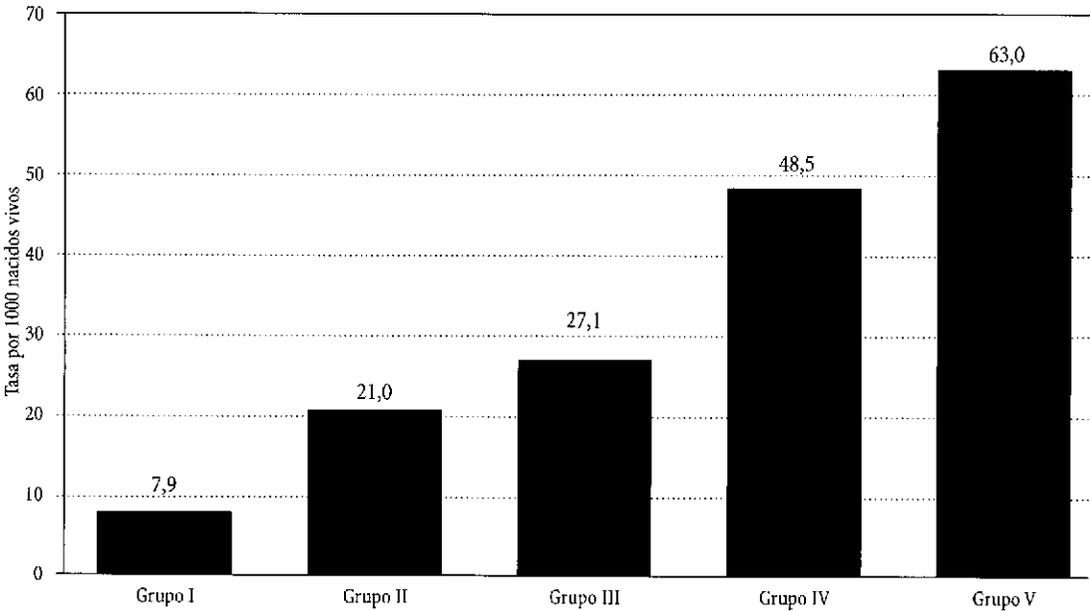
Con miras a promover la salud, la OPS ha impulsado la Iniciativa de Municipios Saludables, un movimiento regional de acción en salud inspirado en el Proyecto de Ciudades Saludables. Un caso particular de aplicación del concepto y la práctica de los espacios saludables es el proyecto Municipios por la Salud que se lleva a cabo en Cuba. En el mapa 16 se presenta la situación de la mortalidad infantil en provincias representativas de cuatro regiones de este país, en relación con los municipios que son parte de la red cubana de Municipios por la Salud y los que no lo son. El mapa 17 muestra la distribución del índice de bajo peso al nacer en la misma red de municipios. En ambos casos

**Figura 3.** Índice de condiciones saludables, ponderado por el tamaño de la población, según grupo de producto nacional bruto, Región de las Américas, 1996.



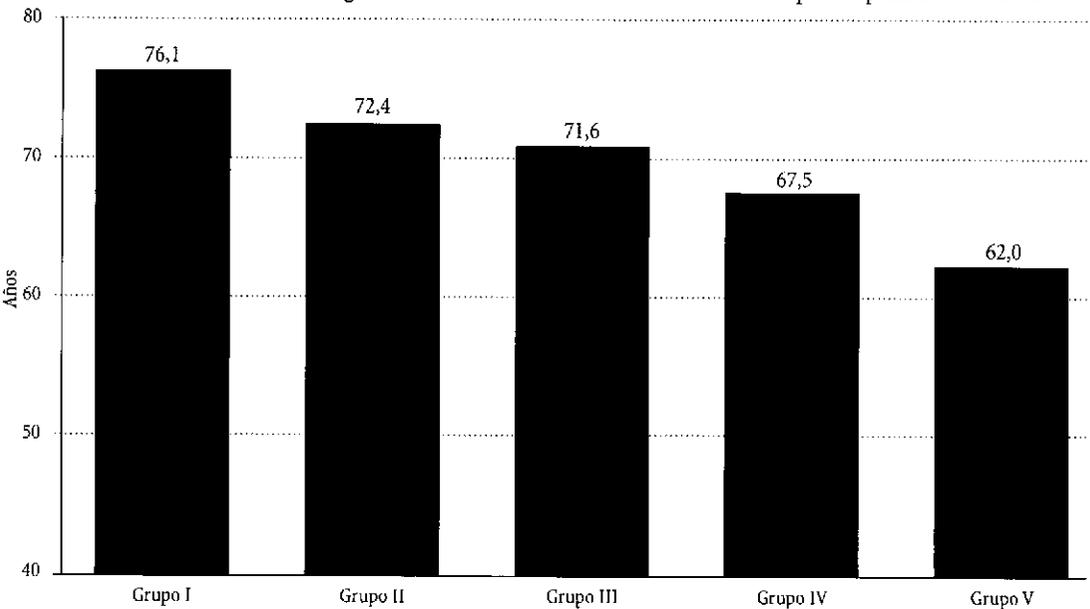
Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Figura 4a.** Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos, ponderada por el tamaño de la población, según grupo de producto nacional bruto, Región de las Américas, información más reciente para el período 1991-1996.



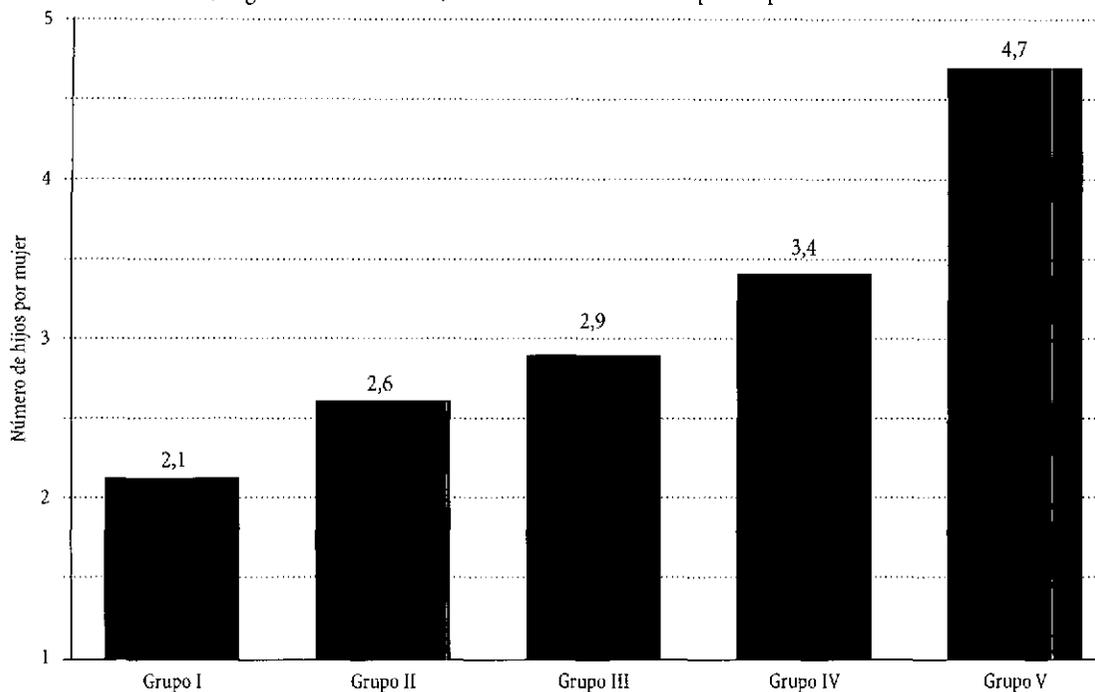
Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Figura 4b.** Esperanza de vida al nacer (en años), ponderada por el tamaño de la población, según grupo de producto nacional bruto, Región de las Américas, información más reciente para el período 1991-1996.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Figura 4c.** Tasa global de fecundidad, ponderada por el tamaño de la población, según grupo de producto nacional bruto, Región de las Américas, información más reciente para el período 1991-1996.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

puede apreciarse, por un lado, que en el interior de las provincias existen grandes desigualdades entre los municipios y, por otro, que los mejores entornos no siempre coinciden con los integrados a la red de municipios saludables.

## PROMOCIÓN DEL ANÁLISIS DE ENTORNOS SALUDABLES EN LA REGIÓN

El análisis geoestadístico de la situación de salud de la Región con base en las divisiones político-administrativas de un país presentado en este capítulo ha permitido ver la relatividad de los valores promedio nacionales y regionales y documentar simultáneamente con mayor detalle la magnitud y diversidad de las inequidades en salud. Como contrapartida, este abordaje ayuda a localizar y caracterizar la presencia de entornos saludables, es decir, espacios-población locales donde los determinantes de salud y los propios resultados en salud son más favorables para el desarrollo humano.

Con miras hacia el próximo milenio, la promoción del análisis de entornos saludables en las Américas es de máxima importancia. A medida que los procesos de reforma del sector salud se profundizan y los fenómenos de descentralización se aceleran, es necesario documentar y vigilar las desigualdades e inequidades en salud en el ámbito local, y promover procesos dirigidos a desarrollar entornos saludables. Es aquí donde se nota la carencia de datos

confiables y con suficiente desagregación geopolítica para poder caracterizar mejor la compleja dinámica que afecta la salud de la gente y su entorno. Es importante destacar que al demostrar las inequidades existentes en la distribución de los indicadores básicos pueden reajustarse las políticas de salud y desarrollo humano existentes.

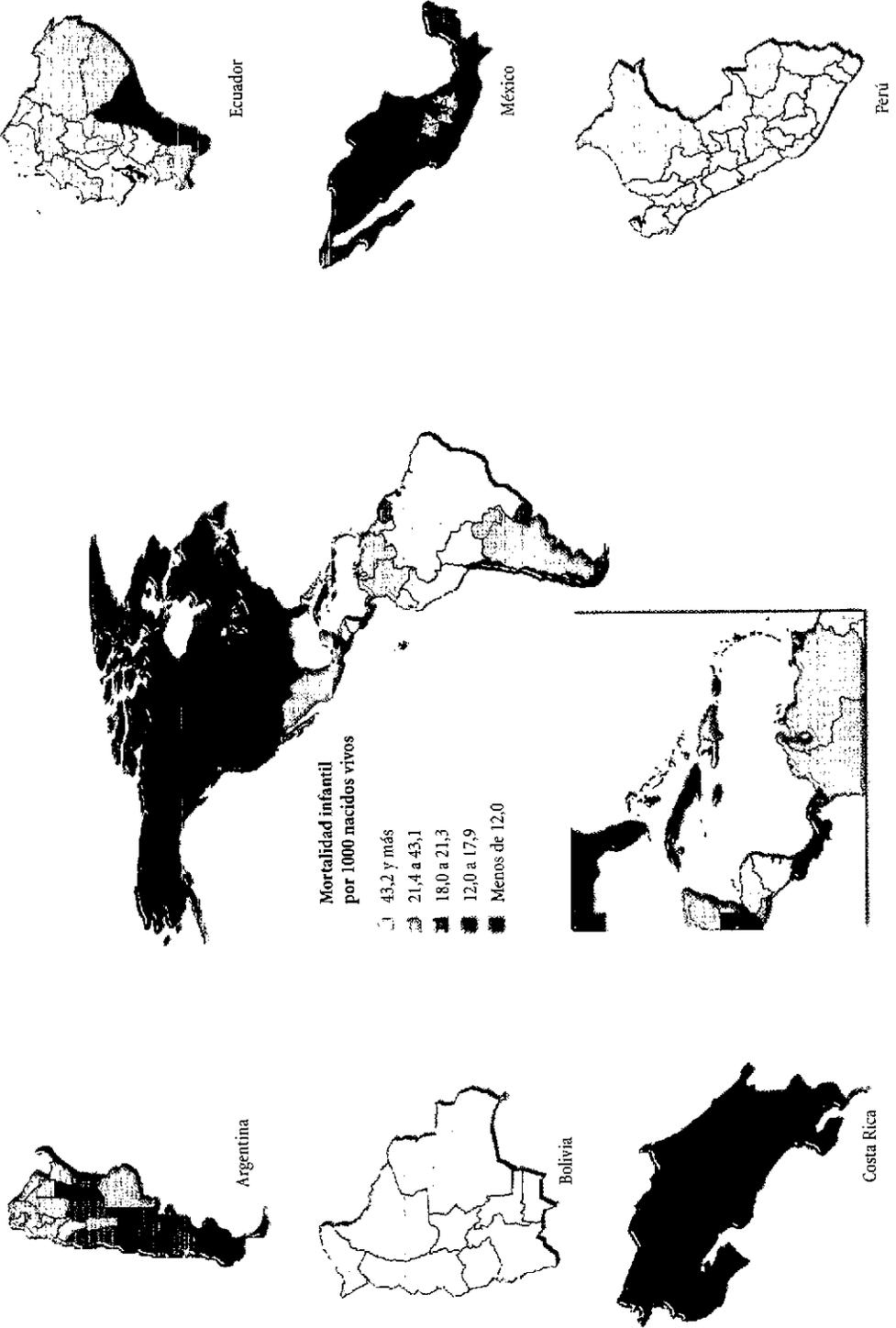
El análisis de la situación de salud y sus tendencias basado en las condiciones locales puede enriquecerse con el uso de los sistemas de información geográfica (SIG-Epi) y de indicadores de condiciones saludables específicos para el nivel local, que integren a la gente y sus entornos. Los sistemas de información geográfica, además de mostrar la distribución y magnitud de los indicadores estudiados, permiten identificar valores extremos y condiciones de salud que requieren mayor atención de los programas y servicios de salud. Por otro lado, más allá de la descripción individual de variables relacionadas con la salud, el análisis de un conjunto básico de factores que interactúan para afectar a las personas y su ambiente es de singular importancia para dirigir las intervenciones de salud a espacios-población prioritarios. Este proceso analítico ayuda a señalar intervenciones selectivas y a tomar decisiones de manera racional. Asimismo, respalda la definición de políticas de salud equitativas, eficaces y de calidad que contribuyen a elevar el bienestar de la población.

Para la Organización, el análisis de la situación de salud y sus tendencias tiene especial importancia, tanto para responder a sus mandatos como para establecer prioridades en materia de cooperación técnica. En particular, este tipo de análisis constituye uno de los mecanismos que utiliza la Secretaría para vigilar la equidad. El mismo, junto con la iniciativa de Datos Básicos Regionales, los resultados de la Tercera Evaluación de Salud para Todos y la aplicación de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), contribuyen a mejorar las funciones básicas de la salud pública, en el esfuerzo conjunto para alcanzar el desarrollo humano sostenible en las Américas.

---

*A medida que los procesos de reforma del sector salud y de descentralización se aceleran, es necesario documentar las desigualdades en salud en el ámbito local, y promover procesos dirigidos a desarrollar entornos saludables.*

Mapa 1. Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica. Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 2. Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos, TMI), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (quintiles de TMI), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

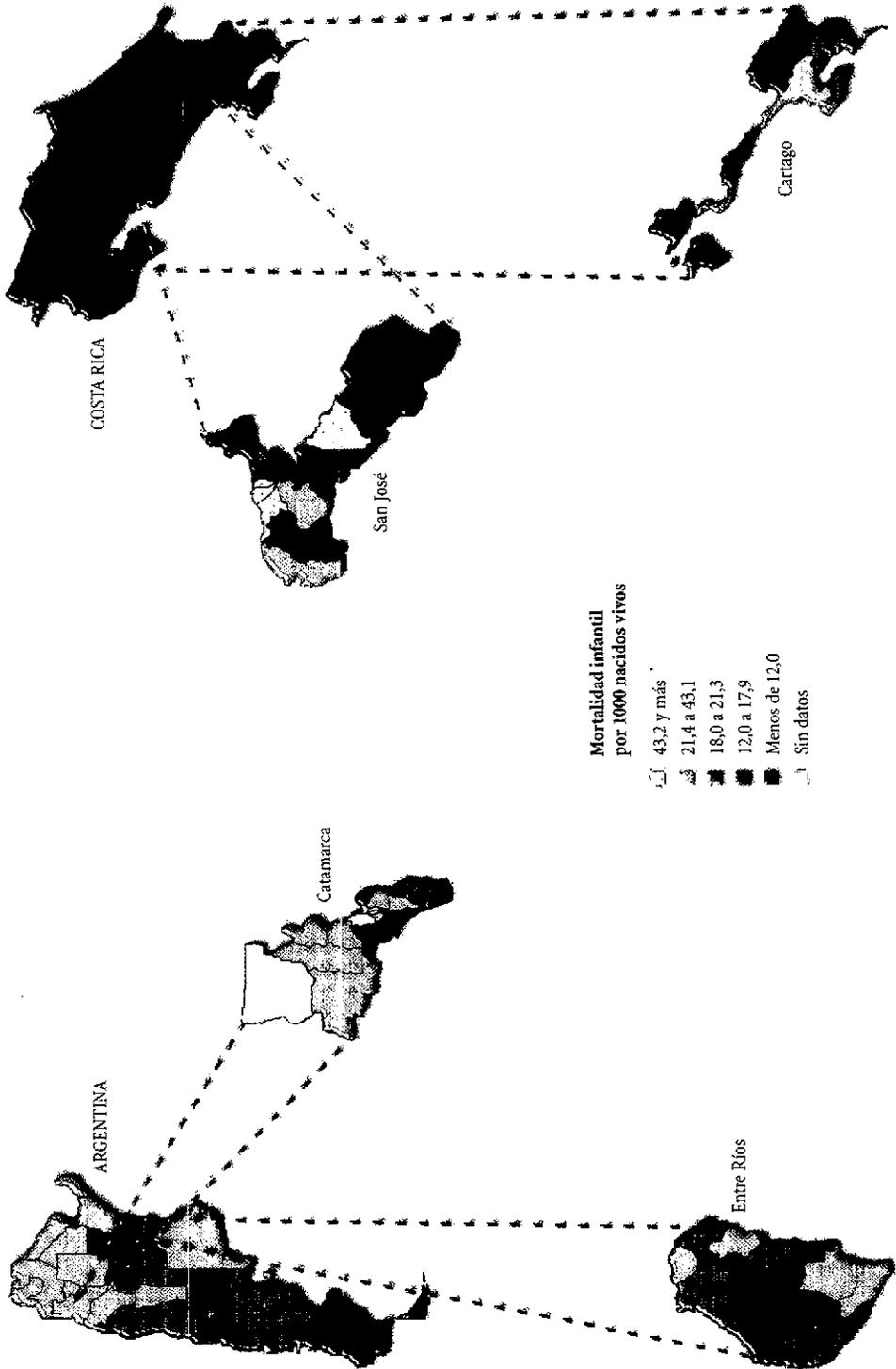
Grupo	País	Población total (miles)	TMI (x 1000 nv) media	Primera división (No.) <sup>a</sup>	Niveles de inequidad en mortalidad infantil (quintiles de TMI)									
					Menos de 12,0		12,0 a 17,9		18,0 a 21,3		21,4 a 43,1		43,2 y más	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-	Región	772 041	19,0	48	7	39,5	13	3,4	9	0,9	10	26,1	9	30,2
II	Argentina	34 768	22,0	24	0	0,0	6	20,1	6	20,2	12	59,8	0	0,0
III	México	91 145	30,0	32	7	21,0	15	39,0	4	12,7	6	27,2	0	0,0
IV	Costa Rica	3 424	12,0	7	1	16,9	6	83,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
IV	Ecuador	11 460	44,0	21	0	0,0	1	0,1	0	0,0	10	43,3	10	56,6
IV	Perú	23 780	59,0	25	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	24	97,1
V	Bolivia	7 414	74,0	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos, cantones).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total. (Véase el mapa 1.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 2. Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos), Argentina y Costa Rica, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



**Cuadro 3. Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos, TMI), por división geopolítica, número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (cuantiles de TMI), Argentina y Costa Rica. Información más reciente, período 1991-1995.**

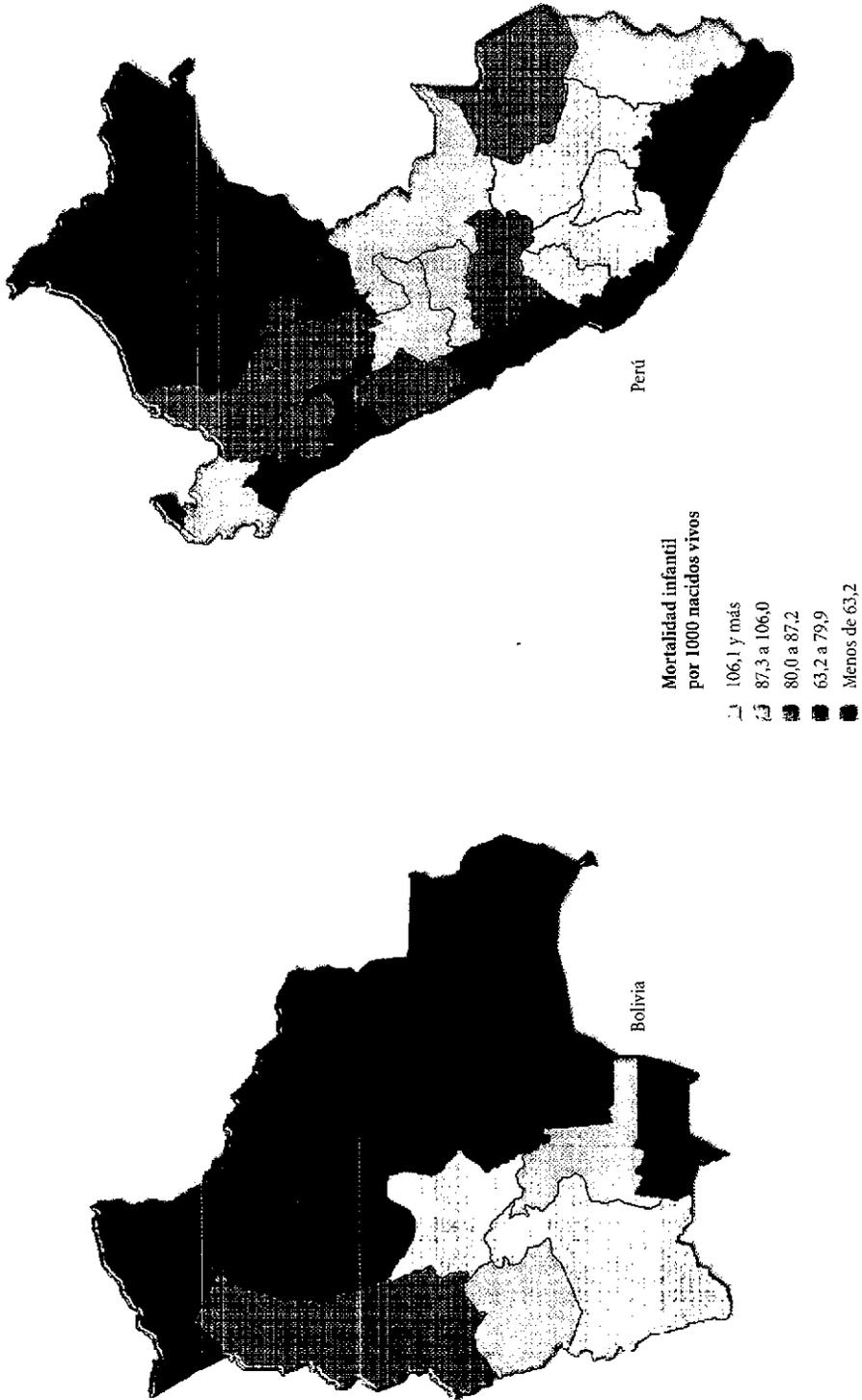
Grupo PMB	País	Primera división	Población total (miles)	TMI (x 1000 nv) media	Segunda división (No. <sup>a</sup> )	Niveles de inequidad en mortalidad infantil (cuantiles de TMI)									
						Menos de 12,0		12,0 a 17,9		18,0 a 21,3		21,4 a 43,1		43,2 y más	
						No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
II	Argentina	Catamarca	295	29,8	14	3	14,6	1	3,3	1	6,5	8	75,2	1	0,4
		Entre Ríos	1078	20,4	16	0	0,0	7	53,1	4	15,7	5	31,3	0	0,0
IV	Costa Rica	Cartago	351	13,7	11	3	25,2	5	54,1	1	11,0	2	9,6	0	0,0
		San José	1201	12,6	20	11	72,5	2	12,9	0	0,0	3	6,8	4	7,8

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de segundo orden (provincias, cantones).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.  
(Véase el mapa 2.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 3. Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos, Perú y Bolivia, por división geográfica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 4. Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos, TMI), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (cuantiles de TMI<sup>a</sup>), Perú y Bolivia. Información más reciente, período 1991-1995.**

Grupo	País	Población total (miles)	TMI (x 1000 nv) media	Primera división (No.) <sup>b</sup>	Niveles de inequidad en mortalidad infantil (cuantiles de TMI)									
					Menos de 63,2		63,2 a 79,9		80,0 a 87,2		87,3 a 106,0		106,1 y más	
				No. <sup>b</sup>	% <sup>c</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
IV	Perú	23 780	59,0	25	6	48,5	4	5,4	6	19,1	5	16,6	4	10,4
V	Bolivia	7 414	74,0	9	1	22,1	3	9,8	1	30,8	2	12,8	2	24,5

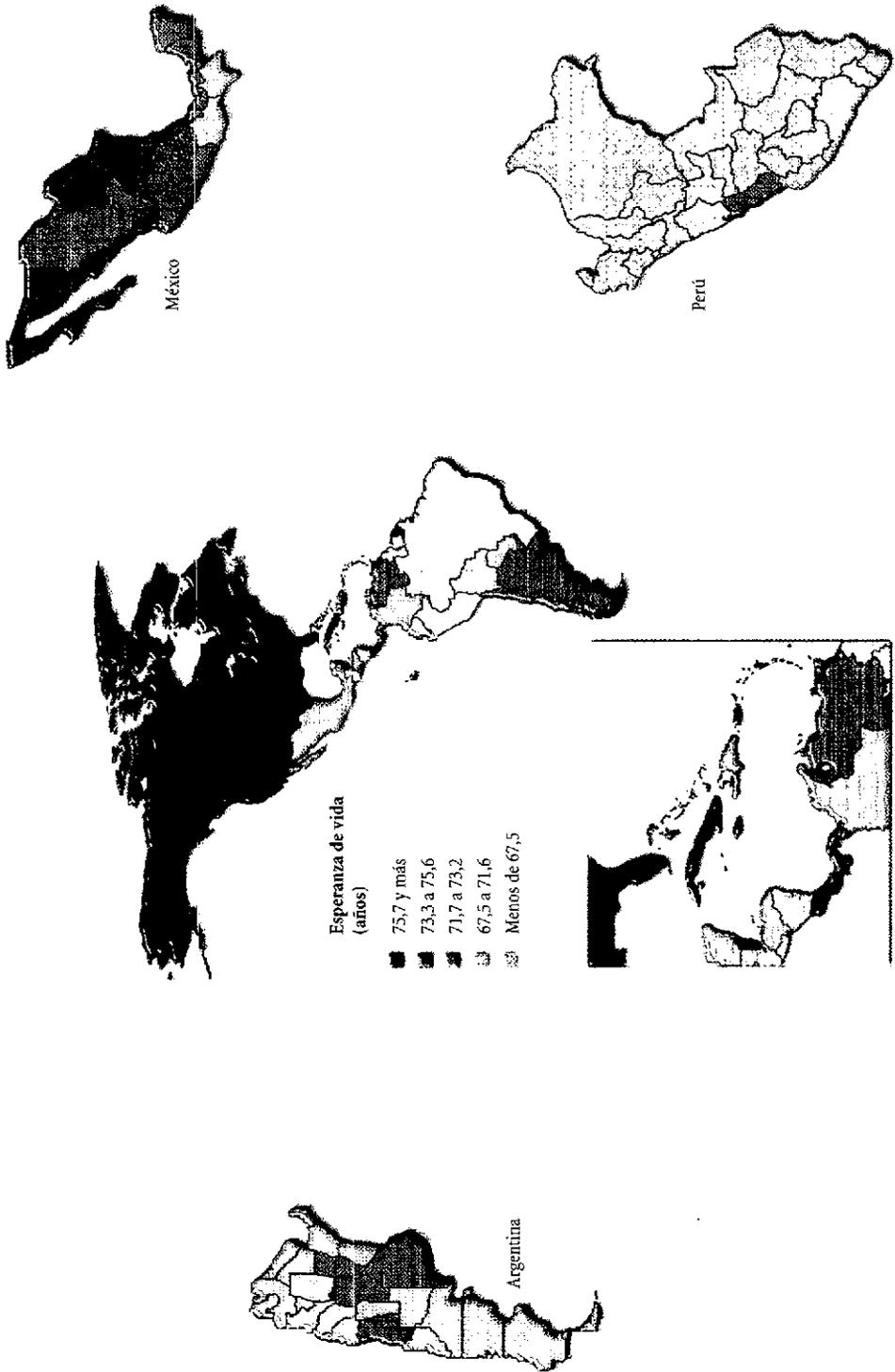
<sup>a</sup> Clasificación por cuantiles *ad-hoc*.

<sup>b</sup> Número de divisiones geopolíticas (departamentos).

<sup>c</sup> Porcentaje de la población total. (Véase el mapa 3.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 4. Esperanza de vida al nacer (en años) en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 5. Esperanza de vida al nacer (en años, EVN), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (cuintiles de EVN), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

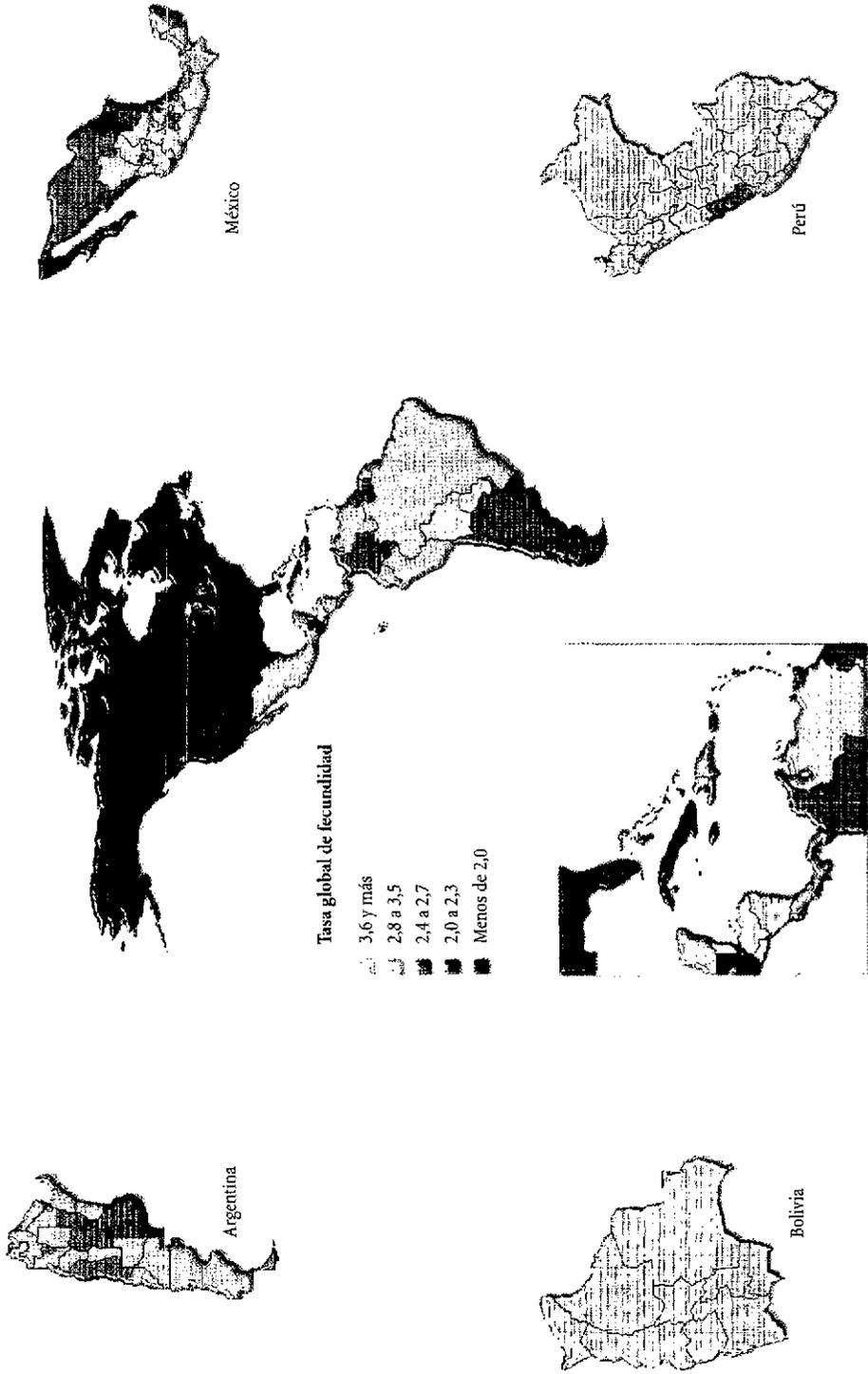
Grupo	País	Población total (miles)	EVN (años) media	Primera división (No.) <sup>a</sup>	Niveles de inequidad en esperanza de vida (cuintiles de EVN)									
					75,7 y más		75,6 a 73,3		73,2 a 71,7		71,6 a 67,5		Menos de 67,5	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-	Región	772 041	72,7	48	9	38,4	10	2,4	9	7,2	11	23,3	9	28,7
II	Argentina	34 768	72,1	24	0	0,0	0	0,0	5	68,3	19	31,7	0	0,0
III	México	91 145	71,5	32	0	0,0	10	27,1	20	65,2	2	7,7	0	0,0
IV	Perú	23 780	66,0	25	0	0,0	1	2,9	1	29,0	4	13,5	19	54,7

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total. (Véase el mapa 4.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 5. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 6. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer, TGF), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según quintiles, Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

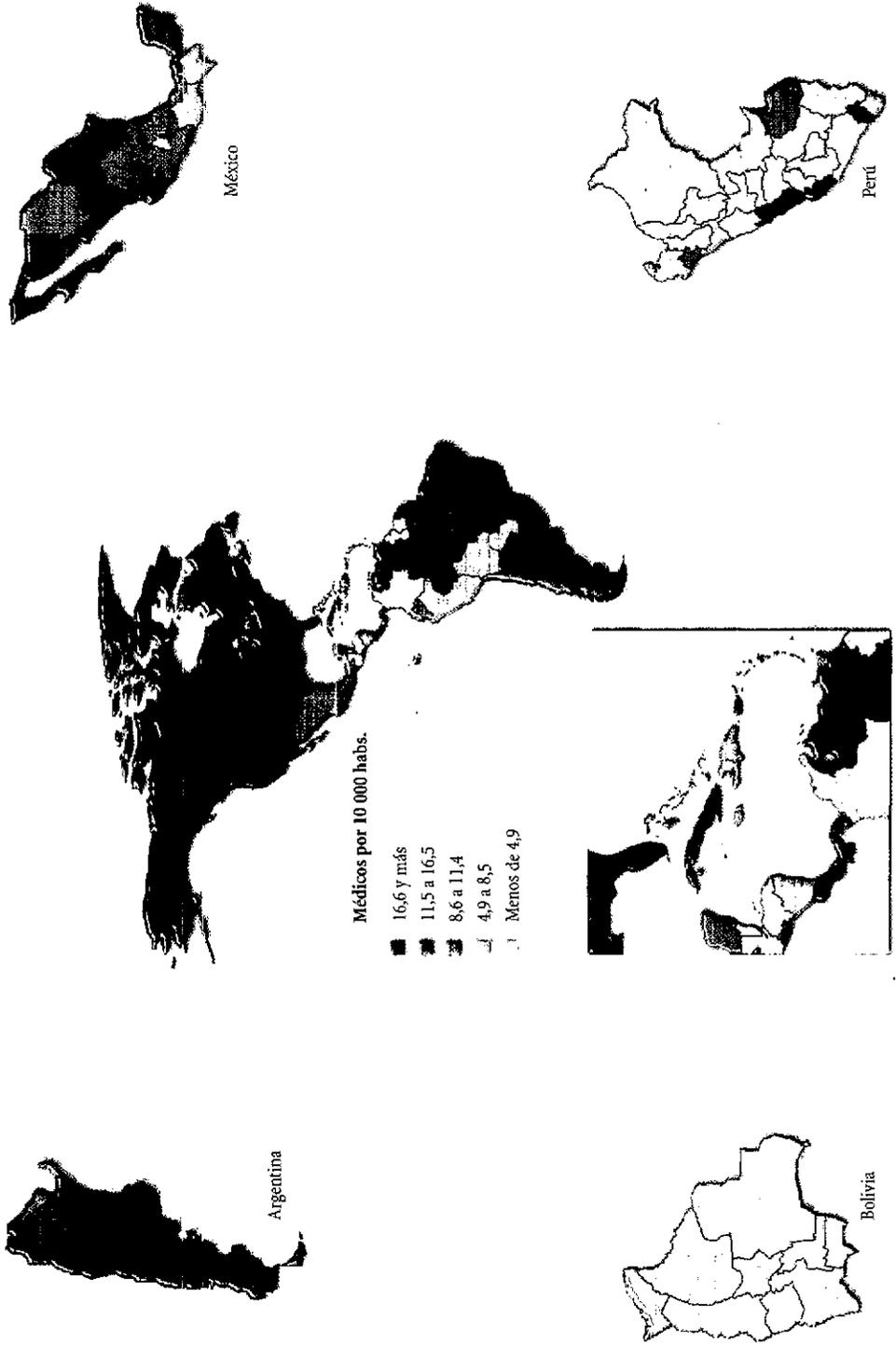
Grupo PNB	País	Población total (miles)	TGF (hijos por mujer) media	Primera división (No.) <sup>a</sup>	Niveles de fecundidad global (quintiles de TGF)									
					Menos de 2,0		2,0 a 2,3		2,4 a 2,7		2,8 a 3,5		3,6 y más	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-	Región	772 041	2,6	48	11	5,4	12	35,6	6	11,1	10	42,0	9	6,0
II	Argentina	34 768	2,6	24	1	8,6	0	0,0	6	64,8	17	26,6	0	0,0
III	México	91 145	3,1	32	0	0,0	2	17,6	11	36,2	16	42,2	1	4,0
IV	Perú	23 780	3,4	25	0	0,0	0	0,0	2	31,9	6	18,2	17	49,9
V	Bolivia	7 414	4,8	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.  
(Véase el mapa 5.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 6. Número de médicos por 10 000 habitantes en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 7. Número de médicos (MPP) por 10 000 habitantes, número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (cuantiles de MPP), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

Grupo	País	Población total (miles)	MPP (10 000 hab.) media	Primera división (No.) <sup>a</sup>	16,5 a 11,5		11,4 a 8,6		8,5 a 4,9		Menos de 4,9			
					No. <sup>a</sup>	%	No.	%	No.	%	No.	%		
-	Región	772 041	10,8	48	9	47,6	10	21,9	10	17,5	10	6,6	9	6,4
II	Argentina	34 768	26,8	24	14	45,7	7	50,2	3	4,1	0	0,0	0	0,0
III	México	91 145	10,7	32	4	12,1	15	31,6	9	30,0	4	26,3	0	0,0
IV	Perú	23 780	7,3	25	0	0,0	4	35,0	2	4,5	2	6,7	17	53,8
V	Bolivia	7 414	5,1	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	8	99,4

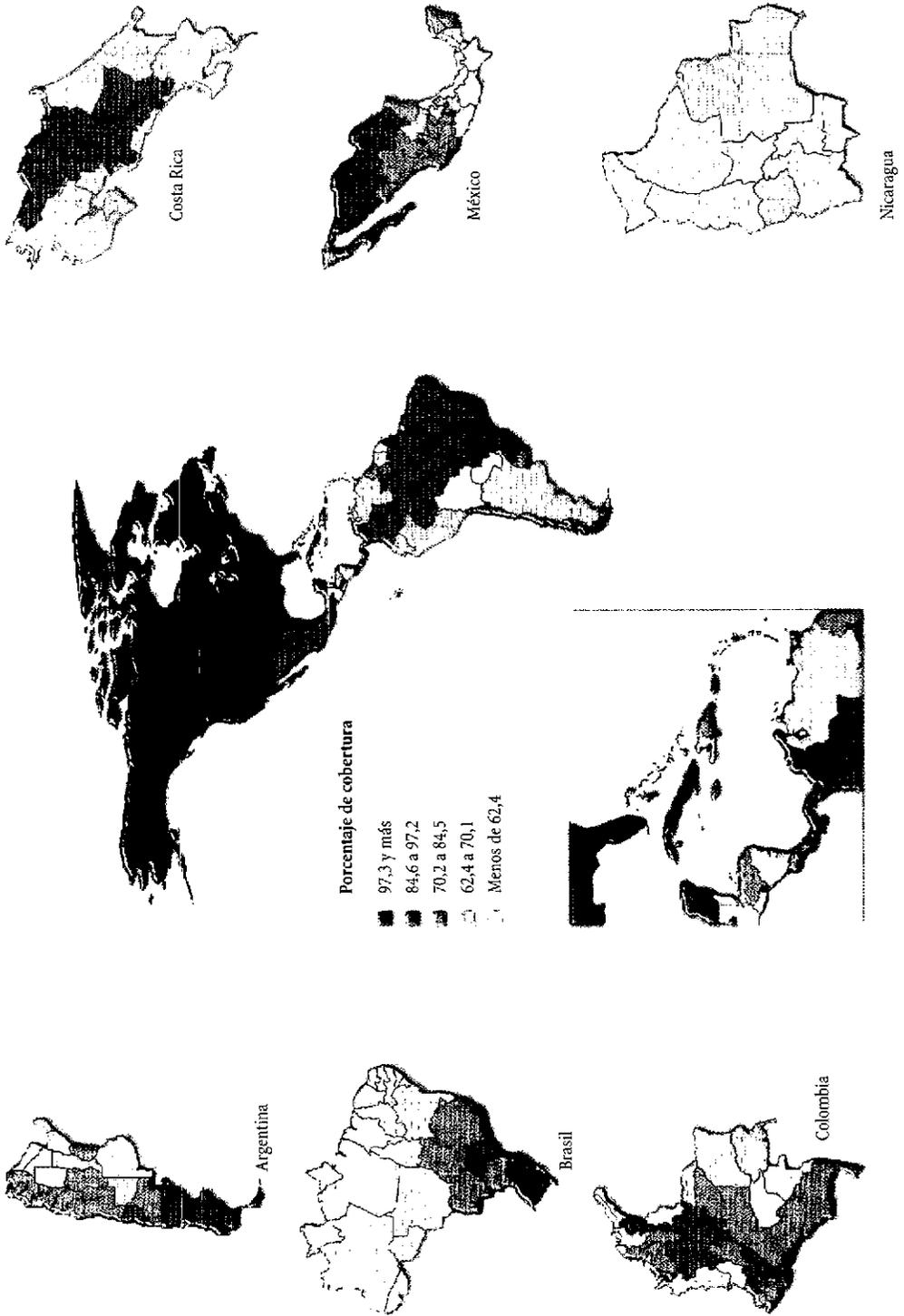
<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.

(Véase el mapa 6.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 7. Población con acceso a agua potable (porcentaje) en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 8. Población con acceso a agua potable (porcentaje, AAP), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (cuintiles de AAP), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

Grupo	País	Población total (miles)	AAP cobertura media	Primera división (No.) <sup>a</sup>	97,3 y más		97,2 a 84,6		84,5 a 70,2		70,1 a 62,4		Menos de 62,4	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-	Región	770 338 <sup>c</sup>	82,2	33 <sup>c</sup>	6	39,9	7	39,6	7	3,2	7	13,9	6	3,3
II	Argentina	34 768	66,3	24	1	8,6	4	3,3	11	29,4	2	9,3	6	49,4
III	Brasil	161 790	88,8	27	0	0,0	5	40,5	5	21,9	0	0,0	17	37,6
III	México	91 145	85,5	32	0	0,0	10	24,6	13	44,5	4	10,7	5	20,3
IV	Costa Rica	3 424	84,0	7	0	0,0	3	58,2	1	16,9	3	24,9	0	0,0
IV	Colombia	35 101	89,8	31	0	0,0	12	66,3	10	22,9	5	9,3	4	1,4
V	Nicaragua	4 139	64,5	19	1	9,7	0	0,0	0	0,0	3	20,7	15	69,6

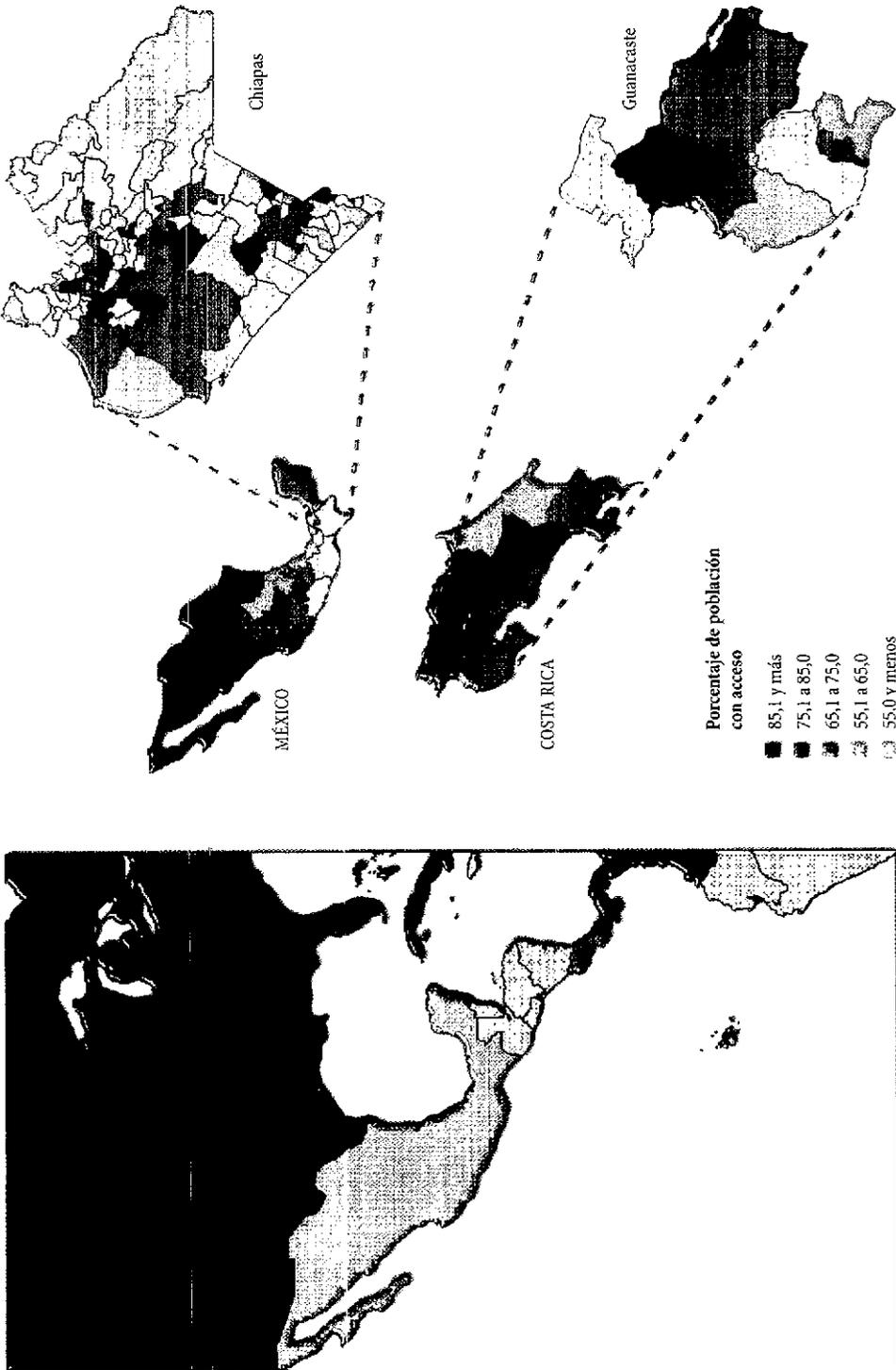
<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países, provincias, estados, departamentos, cantones).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.

<sup>c</sup> Corresponde a 33 países y territorios con información (de un total de 48 en la Región). (Véase el mapa 7.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 8. Población con acceso a agua potable (porcentaje) en el Istmo Centroamericano, por país, y en Costa Rica y México, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Cuadro 9. Población con acceso a agua potable (porcentaje, AAP), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (quintiles de AAP), Costa Rica y México. Información más reciente, período 1991-1995.

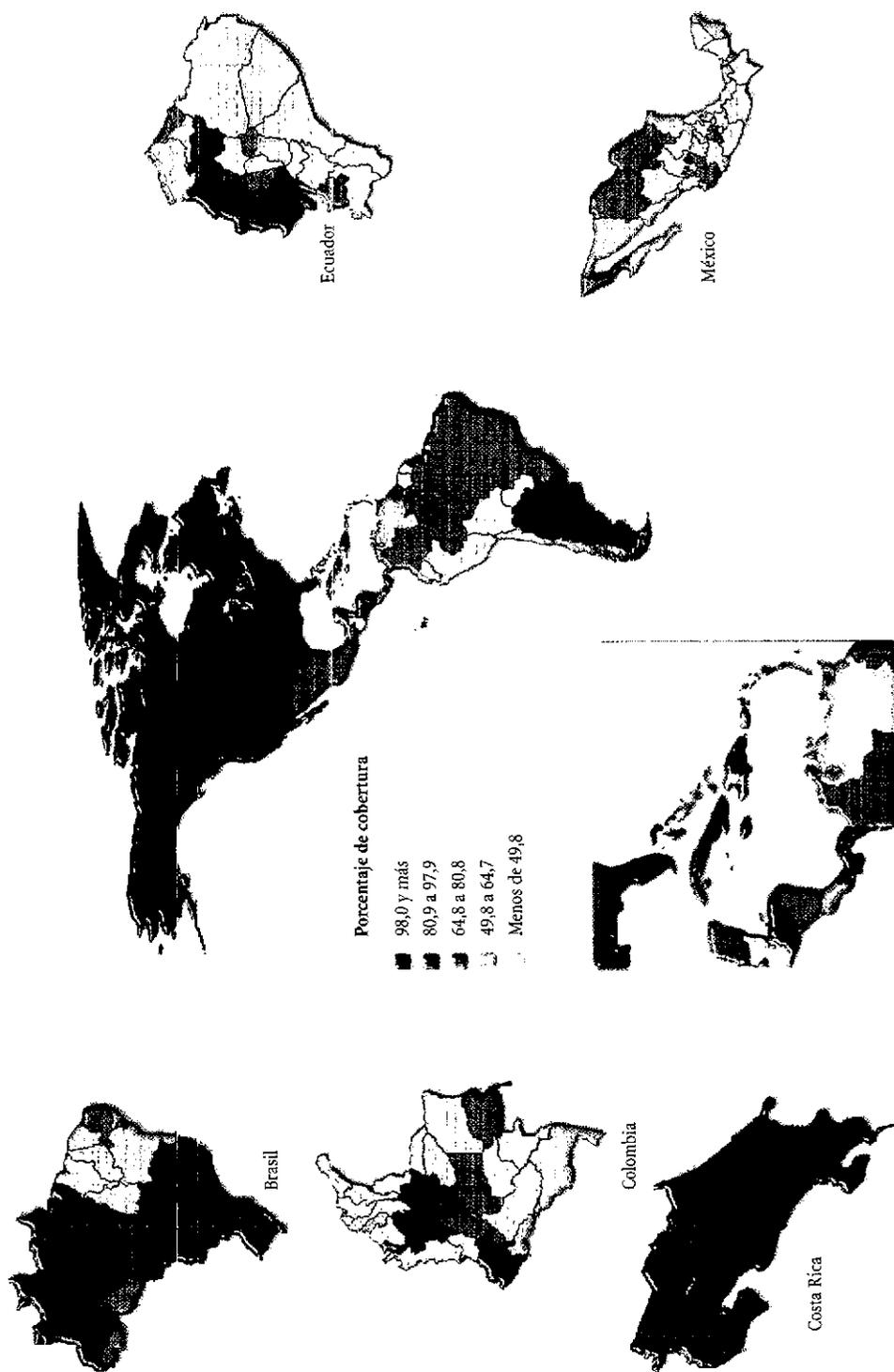
Grupo PNB	País	Primera división	Población total (miles)	AAP cobertura media	Segunda división (No.) <sup>a</sup>	Niveles de inequidad en acceso a agua (rangos de AAP)											
						85,1 y más		75,0 a 85,1		65,0 a 75,1		55,0 y menos					
		No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
III	México	3	0,3	19	19,2	2,0	21,2	17	20,6	51	38,7						
IV	Costa Rica	1	7,3	2	25,7	4	23,9	2	19,3	2	23,9						

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de segundo orden (estados, municipios, cantones).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.  
(Véase el mapa 8.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 9. Población con servicios de eliminación de excreta (porcentaje) en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geográfica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 10. Población con servicios de eliminación de excreta (porcentaje, AEE), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (cuantiles de AEE), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

Grupo	País	Población total (miles)	AEE cobertura media	Primera división (No.) <sup>a</sup>	Niveles de inequidad en acceso a alcantarillado (cuantiles de AEE)											
					98,0 y más		97,9 a 80,9		80,8 a 64,8		64,7 a 49,8		Menos de 49,8			
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
-	Región	770 338 <sup>c</sup>	75,2	33 <sup>c</sup>	4	38,1	9	8,5	7	39,1	7	8,6	6	5,7		
III	Brasil	161 790	77,5	27	2	22,8	13	46,6	6	10,8	5	18,2	1	1,7		
III	México	91 145	78,5	32	0	0,0	2	9,7	7	32,1	13	26,0	10	32,2		
IV	Costa Rica	3 424	62,0	7	4	36,8	3	63,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
IV	Colombia	35 101	80,4	31	0	0,0	9	54,4	6	20,7	4	3,2	11	21,7		
IV	Ecuador	11 460	54,8	21	0	0,0	4	55,5	4	15,1	5	15,5	8	13,9		

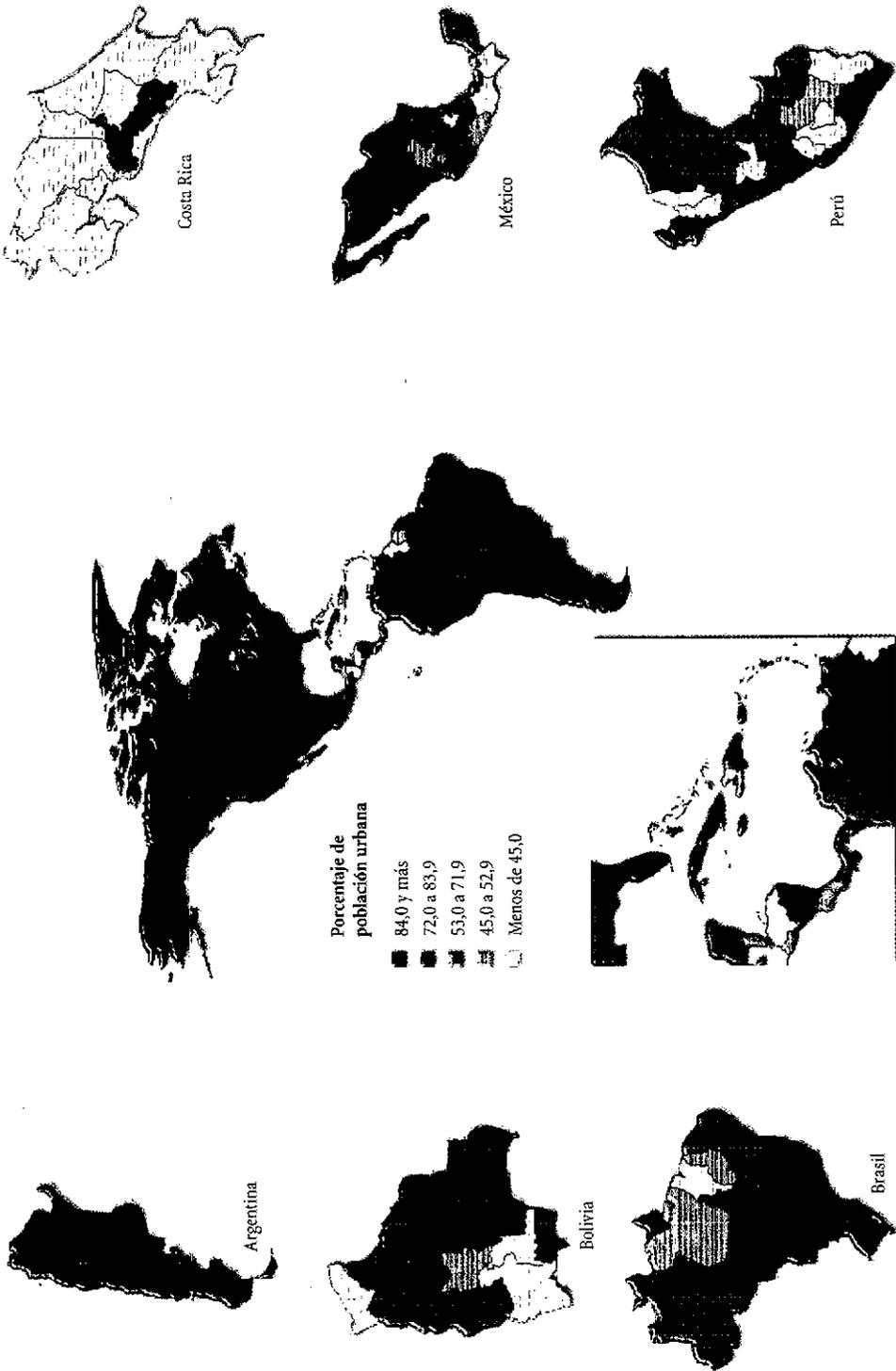
<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; estados, departamentos, provincias).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.

<sup>c</sup> Corresponde a 33 países y territorios con información (de un total de 48 en la Región). (Véase el mapa 9.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 10. Población urbana (porcentaje) en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geopolítica. Información más reciente para el período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 11. Población urbana (porcentaje, PU), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según quintiles de PU, en la Región de las Américas y en países seleccionados. Información más reciente para el período 1991-1995.**

Grupo	País	Población total (miles)	PU porcentaje medio	Primera división (No.) <sup>a</sup>	Población urbana por quintiles									
					84,0 y más		83,9 a 72,0		71,9 a 53,0		52,9 a 45,0		Menos de 45,0	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-	Región	771 781 <sup>c</sup>	63,0	43 <sup>c</sup>	7	7,9	9	74,5	9	12,1	8	1,6	10	3,9
II	Argentina	34 768	88,0	24	7	64,2	13	23,6	4	12,2	0	0,0	0	0,0
III	Brasil	161 790	78,0	27	3	31,3	8	29,8	13	30,3	2	5,3	1	3,4
III	México	91 145	75,0	32	6	32,1	10	20,0	10	31,5	3	6,5	3	10,0
IV	Costa Rica	3 424	50,0	7	0	0,0	1	36,8	0	0,0	0	0,0	6	63,2
IV	Perú	23 780	72,0	25	6	40,3	2	4,8	9	29,5	1	4,7	7	20,8
V	Bolivia	7 414	61,0	9	0	0,0	0	0,0	5	67,5	1	14,1	3	18,4

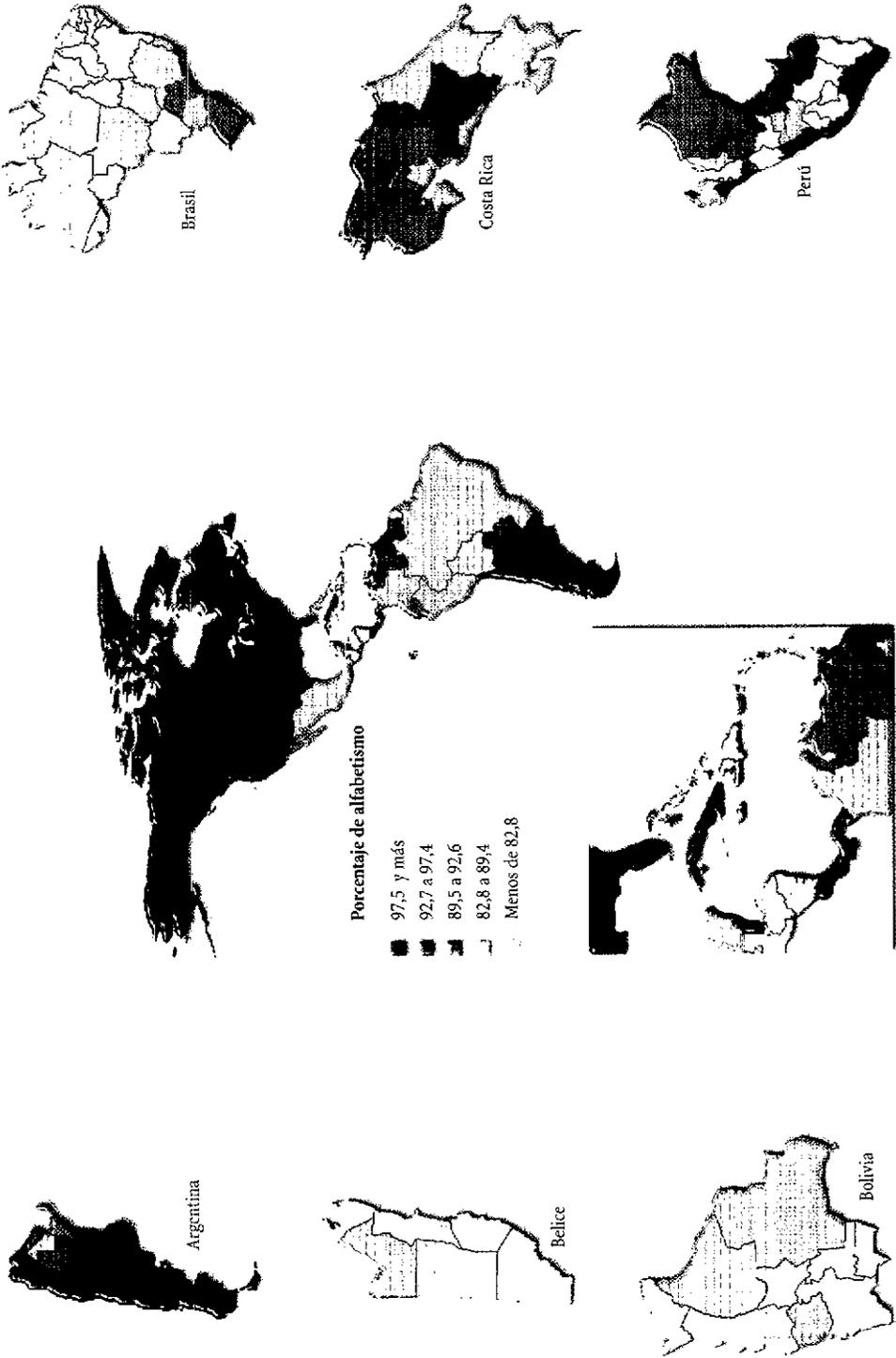
<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos, cantones).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.

<sup>c</sup> Corresponde a 43 países y territorios con información (de un total de 48 en la Región). (Véase el mapa 10.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 11. Población alfabetizada (porcentaje) en la Región de las Américas y en países seleccionados, por división geopolítica. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 12. Población alfabetizada (porcentaje, PA), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (quintiles de PA), Región de las Américas y países seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.**

Grupo	País	Población total (miles)	PA porcentaje medio	Primera división (No.) <sup>a</sup>	97,5 y más		97,4 a 92,7		92,6 a 89,5		89,4 a 82,8		Menos de 82,8	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-	Región	771 049 <sup>c</sup>	91,0	33 <sup>c</sup>	5	38,3	8	8,8	6	5,4	8	42,3	6	5,3
II	Argentina	34 768	96,0	24	4	47,9	15	41,2	4	8,3	1	2,6	0	0,0
III	Brasil	161 790	83,0	27	0	0,0	0	0,0	5	40,5	4	19,4	18	40,1
IV	Belice	217	91,0	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	30,1	5	69,9
IV	Costa Rica	3 424	95,0	7	0	0,0	3	58,2	2	23,5	2	18,3	0	0,0
IV	Perú	23 780	92,5	25	3	34,4	6	8,2	4	15,6	4	13,5	8	28,3
V	Bolivia	7 414	83,4	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	32,0	6	68,0

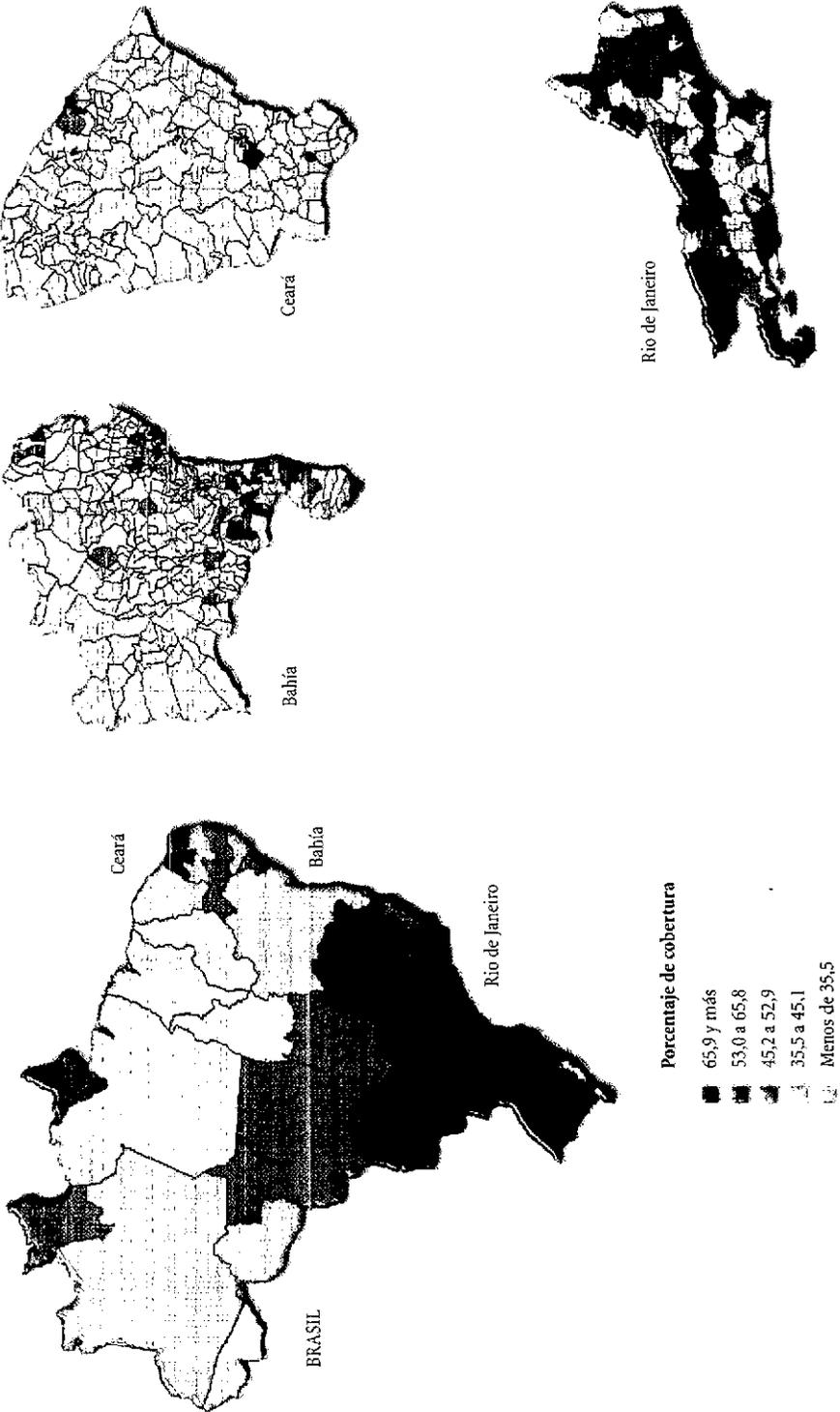
<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos, cantones).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.

<sup>c</sup> Corresponde a 33 países y territorios con información (de un total de 48 en la Región). (Véase el mapa 11.)

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 12. Población con servicios de recolección de basura (porcentaje) en Brasil, por estados y por municipios de estados seleccionados. Información más reciente, período 1991-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 13. Población con servicios de recolección de basura (porcentaje, SRB), número de divisiones geopolíticas y población (porcentaje), según niveles de inequidad (quintiles de SRB), Brasil, por estados seleccionados y municipios. Información más reciente, período 1991 -1995.**

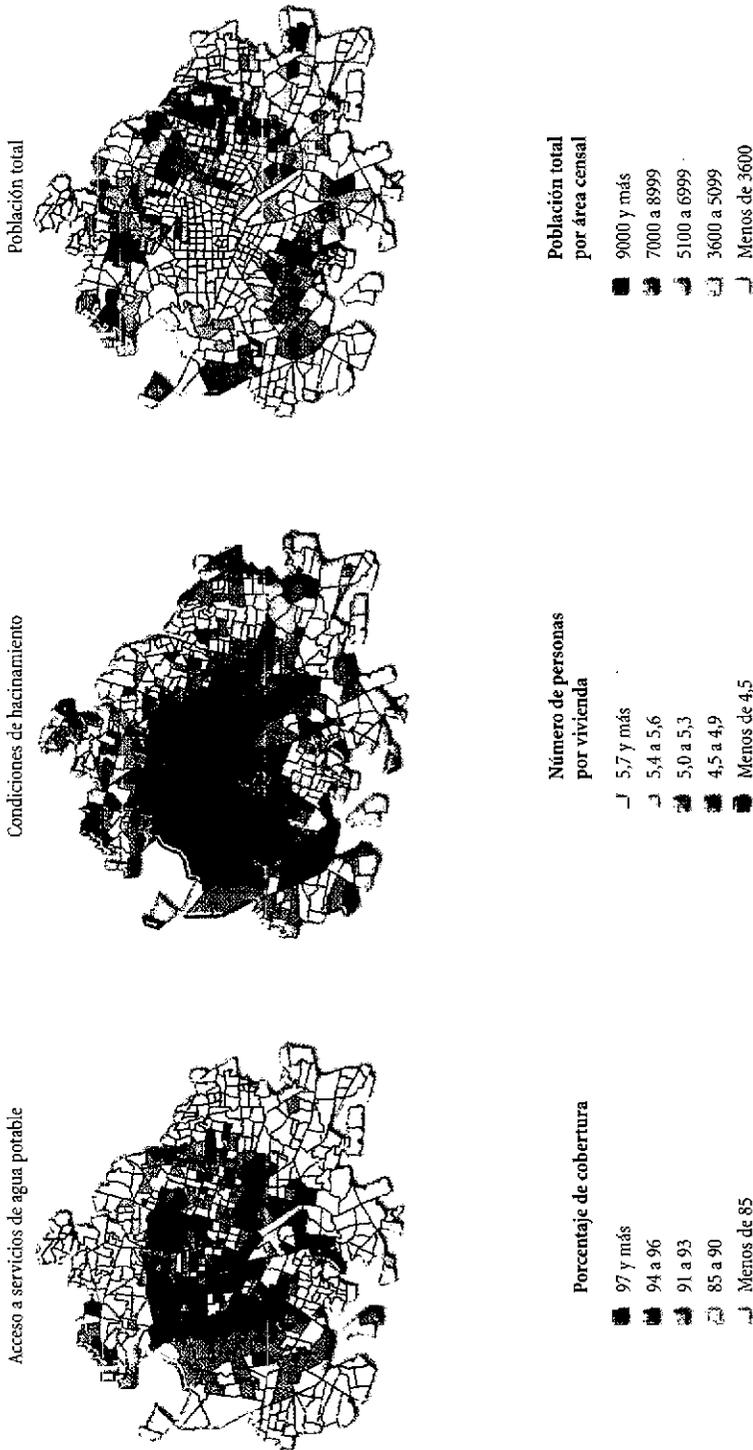
Estado	Población total (miles)	SRB cobertura media	Primera división (No.)*	Niveles de inequidad en recolección de basura (quintiles de SRB)									
				65,9 y más		55,8 a 53,0		52,9 a 45,2		45,1 a 35,5		Menos de 35,5	
				No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Total Brasil	161 790	60,3	27	5	38,6	5	21,1	6	12,0	6	18,7	5	9,6
Bahía	12 824	39,0	402	11	26,2	12	6,0	25	6,8	41	12,7	313	48,2
Ceará	6 794	41,2	177	3	34,2	1	1,2	1	2,8	12	9,5	160	52,3
Río de Janeiro	13 408	74,9	70	22	63,2	15	21,3	10	1,9	8	7,4	15	6,3

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas (estados).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total. (Véase el mapa 12.)

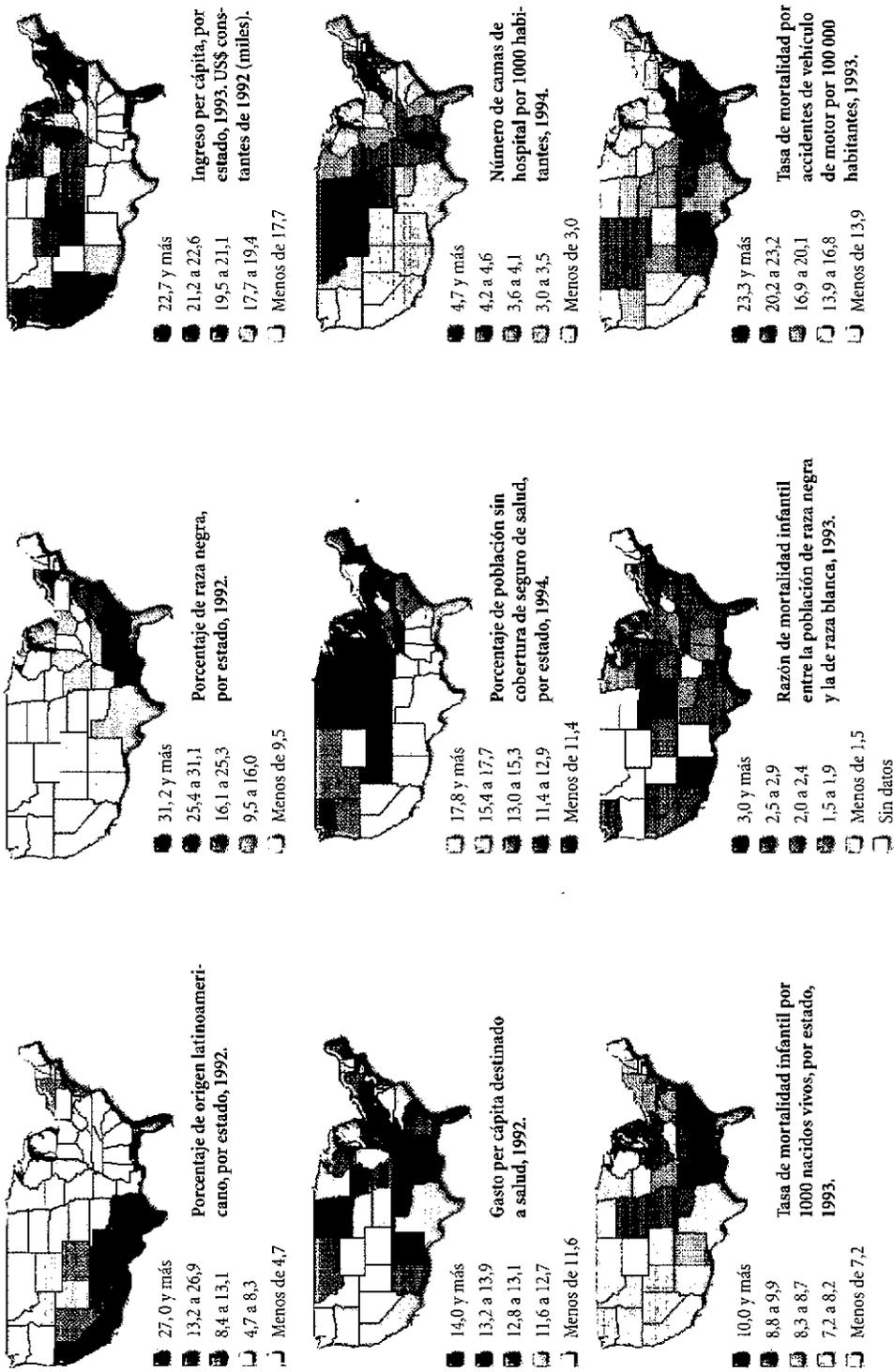
Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 13. Población con acceso a servicios de agua potable (porcentaje), índice de hacinamiento y distribución porcentual de la población por área censal, Área Metropolitana del estado de Guadalajara, México, 1990.



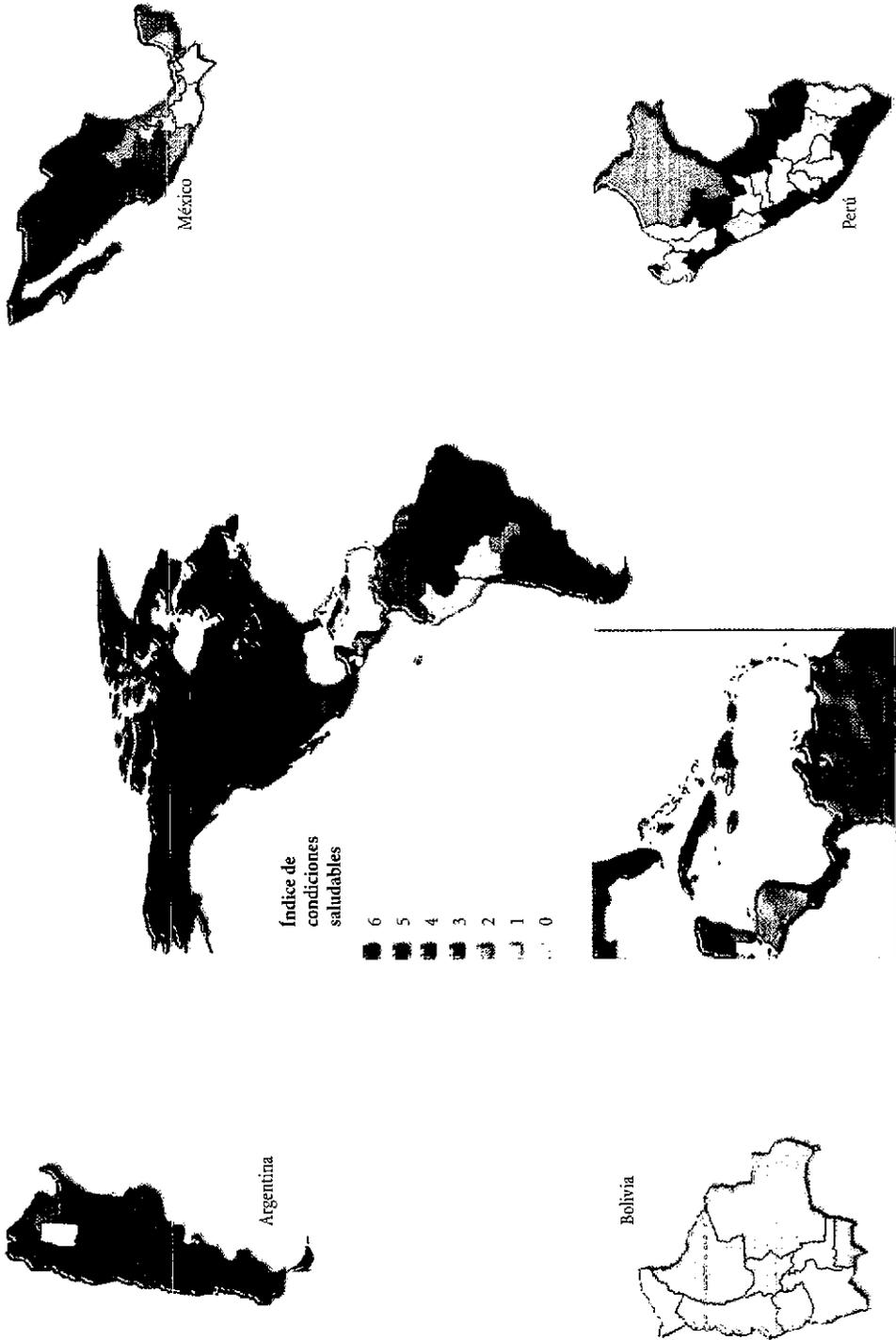
Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 14. Algunos indicadores demográficos y de salud en los Estados Unidos de América, por estado. Información más reciente, período 1992-1995.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 15. Clasificación de los países de las Américas y de divisiones geopolíticas de países seleccionados, según índice de condiciones saludables.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

**Cuadro 14. Índice de condiciones saludables (ICS) y población según número de condiciones saludables, Región de las Américas y países seleccionados, 1996.**

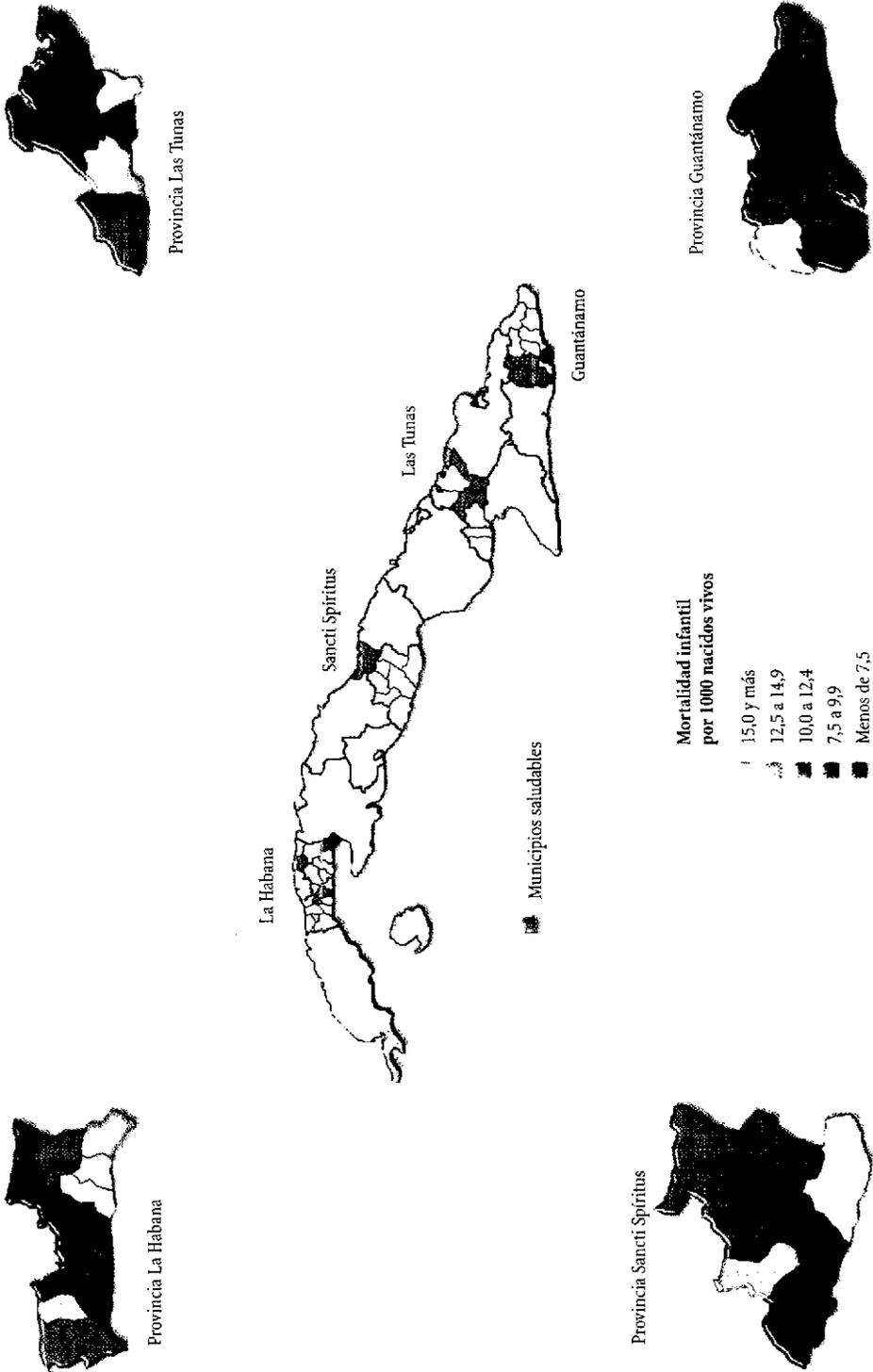
Grupo PNB	País	Población total (miles)	ICS valor nacional	Primera división (No.) <sup>a</sup>	Niveles de inequidad en salud (número de condiciones saludables presentes)													
					ICS = 0		ICS = 1		ICS = 2		ICS = 3		ICS = 4		ICS = 5		ICS = 6	
					No. <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	No.	%										
-	Región	772 041	-	48	2	0,9	7	5,4	12	2,8	9	10,3	7	12,9	5	27,8	6	39,8
II	Argentina	34 768	5	24	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	7	56,1	15	32,7	1	8,6
III	México	91 145	4	32	2	7,7	2	7,5	5	15,7	8	16,2	7	24,3	8	28,5	0	0,0
IV	Perú	23 780	1	25	7	20,8	5	21,0	1	3,1	0	0,0	8	16,4	4	28,6	0	0,0
V	Bolivia	7 414	1	9	3	18,4	6	81,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

<sup>a</sup> Número de divisiones geopolíticas de primer orden (países; provincias, estados, departamentos).

<sup>b</sup> Porcentaje de la población total.  
(Véase el mapa 15.)

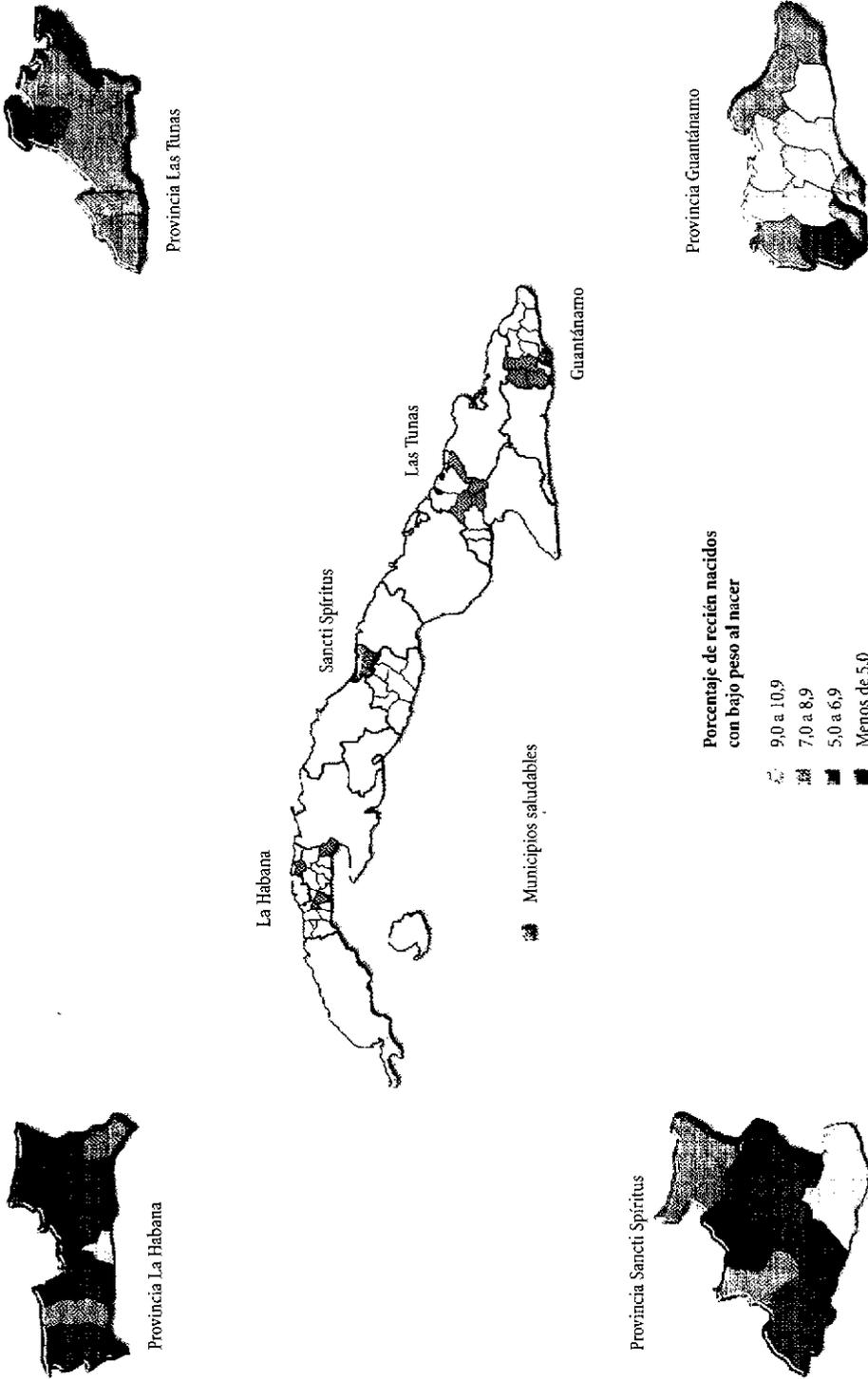
Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 16. Municipios saludables en Cuba, tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) en las provincias con municipios saludables designados, por municipio, 1996.



Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Mapa 17. Municipios saludables en Cuba y porcentaje de recién nacidos con bajo peso en las provincias con municipios saludables designados, por municipio, 1996.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

# EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Orientaciones estratégicas  
y programáticas



Principales logros en materia  
de cooperación técnica con los países



Evaluación de la cooperación técnica  
con los países





# Orientaciones estratégicas y programáticas

**E**n 1996, la Organización Panamericana de la Salud siguió trabajando con sus Estados Miembros para convertir en realidad los principios de "salud para todos", con el fin de garantizar equidad en la atención de salud y de crear lugares saludables donde la gente pueda alcanzar el máximo grado de salud posible. En ese sentido, se realizaron programas para combatir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental de los pueblos de las Américas.

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1995-1998 aprobadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994 guían el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud y representan las metas y enfoques acordados por todos los Gobiernos de la Región. La estructura del Informe Anual del Director refleja esas orientaciones. Las prioridades programáticas y asignaciones presupuestarias de la OPS se expresan en un programa general de trabajo analizado y aprobado por los Cuerpos Directivos de la Organización.

Durante 1996, los programas de la Organización tuvieron por objeto reducir la falta de equidad en salud, que se ha reconocido como la mayor dificultad para el sector salud en este cuatrienio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud han hecho frente a ese desafío a lo largo de su historia. La OMS adoptó la estrategia de "salud para todos" en 1977 y la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud en 1978; en ambas se recalcó la importancia de mejorar las condiciones de salud al optimizar el medio social y físico, facilitar la elección de modos de vida sanos y fortalecer las organizaciones de atención de salud. En 1986, la OMS adoptó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que propone la promoción de la salud como medio para lograr equidad en ese sector.

La creación de salud es un proceso que comprende la participación del estado, la comunidad, la familia y el individuo. Para lograr el compromiso de

---

*Las Orientaciones*

*Estratégicas*

*y Programáticas*

*para 1995-1998*

*guían el trabajo de*

*la Organización*

*Panamericana de la*

*Salud y representan*

*las metas y enfoques*

*acordados por todos los*

*Gobiernos de la Región.*

todos esos componentes, la Organización definió las cinco orientaciones estratégicas y programáticas para planear sus programas, presupuestar sus recursos financieros y organizar su estructura: promoción y protección de la salud, protección y desarrollo ambiental, la salud en el desarrollo humano, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y prevención y control de enfermedades. En esta publicación se han usado esas orientaciones estratégicas como títulos para informar sobre la cooperación técnica prestada en 1996.

## **PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD**

En la última parte del presente siglo, la promoción de la salud ha alcanzado su madurez como estrategia de salud pública para abordar debidamente una serie de cuestiones sociales de importancia crítica para mejorar la salud, el desarrollo humano y la calidad de la vida de la población. La promoción de la salud fortalece el marco operativo para la atención primaria y ayuda a lograr la meta de "salud para todos en el año 2000", puesto que capacita a las personas para luchar por lograr y mantener modos de vida y patrones de comportamiento saludables y participar en la acción comunitaria en pro de la salud. El sector salud ha reconocido que la atención médica por sí sola no puede abordar completamente todos los factores determinantes de la salud y que el logro de las metas de "salud para todos" exige el compromiso de todos los sectores de la sociedad. Obviamente, la salud es una aspiración de la sociedad en general y es preciso expresar las preocupaciones por la salud en todos los campos del desarrollo social y humano.

Para que la equidad en la atención de salud se convierta en realidad, se debe promover la salud durante todo el ciclo de vida y donde se congrega la gente, vale decir, en los servicios de salud, el lugar de trabajo, los sitios de recreo, la iglesia, la escuela y en el seno de la propia familia. En 1996, las actividades de promoción de la salud de la Organización se concentraron en fomentar la iniciativa de municipios saludables, la promoción de la salud en las escuelas y el progreso de las familias saludables. La OPS trabajó también con los medios de comunicación y los ministerios de salud para elaborar programas y estrategias de comunicación pública y educación en el campo de la salud.

### **Entornos saludables**

La **iniciativa de municipios saludables** comprende actividades destinadas a mejorar la política y la salud públicas y servir de catalizador de la educación pública, la movilización de la comunidad y la participación del sector privado en el ámbito de la comunidad. La participación del gobierno local y de la comunidad es esencial para su éxito, al igual que la de sectores que no sean el de salud.

Se estima que un municipio ha iniciado el proceso de promoción de la salud cuando sus autoridades electivas, organizaciones locales y ciudadanos

acceden a poner en marcha un plan de acción que garantice un progreso continuo de las condiciones sociales determinantes de la salud y el bienestar de cada ciudadano. Para embarcarse con éxito en la promoción de la salud, todo municipio necesita convicción política sólida y firme apoyo de sus dirigentes, junto con una comunidad dotada de poder y un sector privado comprometido. El proceso puede iniciarse con el apoyo y liderazgo de diversos miembros de la comunidad, como el alcalde, los dirigentes comunitarios, las autoridades escolares y eclesíásticas y representantes del sector privado del municipio.

La adopción del concepto de promoción de la salud y de la iniciativa de los entornos es el primer componente de la base del proceso de establecimiento de municipios saludables. En un principio, el proceso exige también que se constituya un fuerte grupo intersectorial que vislumbre claramente lo que será el municipio saludable en definitiva y reconozca el medio social, económico, demográfico y político en que esa imagen podrá convertirse en realidad. Al reconocer el compromiso contraído por el alcalde, todos los sectores del gobierno local y la ciudadanía de diferentes municipios para mejorar las condiciones de salud de sus comunidades, la OPS dio apoyo a los dirigentes nacionales y locales en su empeño por crear y ejecutar proyectos de municipios saludables.

Aunque los antecedentes sociales, políticos y culturales de cada país son singulares, las iniciativas de municipios saludables en las Américas tienen varias características comunes y suelen pasar por tres fases: inicial, de planificación y de consolidación. Durante la fase inicial, las autoridades gubernamentales y los dirigentes comunitarios se reúnen para discutir los conceptos de espacios y entornos saludables. Una vez que esos dirigentes municipales hacen una declaración pública conjunta de su compromiso, se forma un comité intersectorial con representantes de grupos comunitarios. Después de realizar un análisis de necesidades, problemas y prioridades, concluye la fase inicial con ejercicios de formación de consenso y establecimiento de prioridades para la acción.

Durante la fase de planificación, el comité intersectorial y los grupos especiales de cada sector determinan su método de trabajo para establecer entornos saludables y la metodología participatoria que se empleará (evaluación de necesidades, planificación, evaluación y educación para la salud). Enseguida, se prepara un plan de acción con el amplio aporte de las autoridades de los gobiernos locales y representantes de cada sector y de organizaciones comunitarias. El plan de acción sirve de modelo para formular proyectos destinados a mejorar las condiciones locales de salud, educación, nutrición, vivienda, empleo y esparcimiento. Una vez que se han establecido estos proyectos, se movilizan recursos financieros y de otra índole para realizarlos y establecer un sistema de información para vigilar y evaluar el proceso y los resultados.

Por último, en la fase de consolidación se realizan las actividades del plan de acción y los proyectos; se establecen medios saludables en las escuelas, el lugar de trabajo, los mercados, los hospitales y otros sitios; se lanzan campa-

---

*Para emprender con éxito la promoción de la salud, todo municipio necesita una convicción política sólida y el firme apoyo de sus dirigentes, junto con una comunidad dotada de poder y un sector privado comprometido.*

ñas de comunicación y programas de educación sanitaria para crear modos de vida sanos y evitar patrones de comportamiento y condiciones de riesgo; se sistematizan y evalúan los métodos y resultados, y se comparte información y experiencias con otros municipios, ciudades, poblados y comunidades interesados por medio de redes locales y nacionales, boletines informativos, talleres y seminarios.

Los municipios saludables de la Región de las Américas se han construido sobre una rica historia de experiencias que comprenden muchos proyectos realizados en el marco de la creciente descentralización y la participación democrática. El progreso del movimiento hasta la fecha ha sido resultado del reconocimiento cada vez mayor de la importancia de promover la salud y prevenir los patrones de comportamiento y condiciones de riesgo que afectan a gran parte de la población hoy en día. Tanto los jóvenes como los ancianos y la población de todas las edades comprendidas entre uno y otro grupo han comenzado a participar en el cuidado de su propia salud. La promoción de la salud por medio del movimiento de municipios saludables contribuyó a formular estrategias y actividades innovadoras de salud pública. También ha ampliado la participación y el compromiso de los sistemas y servicios de salud más allá de los límites determinados por sus respectivos mandatos.

Siguiendo el patrón establecido por las experiencias de municipios saludables en Europa y el Canadá, en un principio se ejecutaron proyectos en Managua, Nicaragua; Valdivia, Chile; Cienfuegos, Cuba; Zacatecas, México; Manizales, Colombia; Zamora, Venezuela; San Carlos, Costa Rica, y Curitiba, Brasil. Estos proyectos siguen funcionando hoy. La OMS continúa apoyando el proyecto de Managua, haciendo hincapié en la salud ambiental y urbana. El proyecto en marcha en Valdivia (Chile) se concentra en la prevención de las enfermedades crónicas, la obesidad, la enfermedad cardiovascular, el cáncer y los accidentes. El proyecto de Curitiba (Brasil) es dechado de un exitoso sistema de planificación urbana y de transporte, unido a protección ecológica. En 1996, el movimiento de municipios saludables creció a paso impresionante; hoy en día todos los países de América Latina y el Caribe participan en la ejecución de proyectos de esta índole. En los párrafos siguientes se destacan las actividades más importantes.

La experiencia de la *Argentina* abarcó varios municipios. En Santa Fe, la comunidad y las autoridades locales establecieron la prevención de accidentes como prioridad. En Buenos Aires, se introdujo un proyecto para establecer prácticas conducentes a modos de vida sanos en 12 escuelas experimentales; ahora se está ampliando a otras escuelas de la capital y varias provincias.

En el *Brasil* también han participado varios municipios. Campinas fue la sede del Primer Congreso Latinoamericano de Municipios Saludables en marzo de 1996; por este esfuerzo se le adjudicó el premio del Día Mundial de la Salud de 1996, en reconocimiento de su extraordinario plan de acción. Este municipio ganó también el primer lugar en el concurso nacional de planificación y transporte urbanos por la drástica reducción del número de accidentes

---

***Los municipios  
saludables de la Región  
se han construido sobre  
una rica historia de  
experiencias que  
comprenden muchos  
proyectos realizados en  
el marco de la creciente  
descentralización y la  
participación  
democrática.***

lograda con su innovador programa. Londrina, Fortaleza y otros municipios también están ejecutando proyectos de municipios y comunidades saludables. La Asociación Nacional de Secretarías Municipales de Salud fue la sede del Primer Congreso de Secretarías Municipales de Salud y actualmente es copatrocinadora del Segundo Congreso, dedicado a ciudades y municipios saludables, particularmente a la reorientación de los servicios de salud para ampliar las actividades de promoción de la salud.

*Chile* tiene un plan de acción para ejecutar la iniciativa de municipios saludables en todo el país. El Ministerio de Salud y la Asociación Chilena de Municipios dirigen conjuntamente un comité de planificación intersectorial que incluye representantes de todos los sectores públicos y privados y está dedicado a obtener la participación social en la prestación de los servicios de atención primaria de salud. Las ciudades de Viña del Mar y Quillota han establecido hospitales saludables y realizan actividades para promover modos de vida sanos y crear medios saludables.

*Costa Rica* tiene ahora más de 30 cantones que son parte de la red nacional de municipios saludables y ecológicos del país. Los miembros de la red se concentran en promover modos de vida sanos, establecer escuelas promotoras de salud y crear ambientes saludables.

*Cuba* tiene más de 40 municipalidades afiliadas a su red de municipios saludables. Sigue realizando programas de educación sanitaria para promover los modos de vida sanos, el ejercicio y la buena nutrición, y reducir el consumo de cigarrillos y alcohol. El movimiento ha organizado grupos de abuelos con objeto de que las personas retiradas compartan sus conocimientos y experiencia por medio de varias actividades comunitarias y de darles la oportunidad de mantener contacto con otras personas en bailes, tertulias para contar historias y comidas en grupo, con lo que mejora la salud mental y emocional de ese grupo de población.

En *Bolivia*, *Nicaragua*, *Paraguay* y *Perú* se han establecido movimientos de municipios saludables como prioridad nacional, y los ministerios de salud apoyan la creación y ejecución de planes de trabajo. Todos los países centroamericanos se han comprometido a poner en práctica la iniciativa de municipios saludables; *Guatemala* estableció su red recientemente. Es más, *Panamá*, que ha dado el nombre de "municipios para el siglo XXI" a su movimiento, se concentra en la definición de las necesidades y problemas locales. El Presidente y la Primera Dama han prestado su apoyo político y el comité de planificación nacional, que es coordinado por el Ministro de Salud e incluye representantes de todos los sectores, seleccionó 13 municipios para participar en el movimiento. Se han establecido centros comunitarios de promoción de la salud en la mayoría de los barrios pobres. La evaluación de este proyecto dará información empleable para formular otras estrategias de promoción de la salud.

La red nacional de *México* abarca aproximadamente 600 municipios. Los proyectos realizados en los municipios saludables del país comprenden desde saneamiento básico hasta desarrollo comunitario, escuelas saludables, nutri-

---

*En muchos países de la Región, los ministerios de salud apoyan la creación y ejecución de los planes de trabajo de los movimientos de municipios saludables.*

ción, ejercicio, protección ambiental e intereses culturales. La red mexicana de municipios saludables fue la primera de su clase en la Región y la primera en publicar un boletín informativo; será la sede del Segundo Congreso Latinoamericano que se celebrará en Boca del Río, Veracruz.

El movimiento de municipios saludables en *Venezuela* es uno de los más fuertes y activos de la Región. Su planificación se respaldó en el marco lógico de administración de proyectos para realizar una evaluación de las necesidades y crear proyectos específicos con amplia participación comunitaria e intersectorial. La red tiene una oficina de coordinación y publica un boletín informativo.

El movimiento de municipios saludables está en un momento crítico de su evolución. Por una parte, la participación de la comunidad necesita mejorarse en las fases de planificación y evaluación. Por otra, las redes y proyectos también necesitan fomentar la formación de consenso y de alianzas con las muchas instituciones y organizaciones dentro del sector salud, otros sectores gubernamentales y el sector privado.

Es sumamente importante que estos movimientos se mantengan exentos de los riesgos de manipulación por los partidos políticos y que adquieran aptitudes de negociación para abordar debidamente los conflictos que puedan surgir por cuestiones ideológicas. Es alentador que en cada esfuerzo hecho por crear y mantener municipios saludables se haya defendido firmemente la participación de representantes de los gobiernos locales, al margen de su afiliación política. Los movimientos también necesitan protegerse contra el excesivo control del sector salud. Puesto que muchas de las estrategias y actividades de la promoción de la salud están fuera del ámbito del sector salud, la plena participación de todos los sectores es imprescindible.

Las limitaciones de recursos internos y externos que pueden movilizarse para estos movimientos son uno de los mayores obstáculos para ejecutar los planes de acción en la mayoría de los países y para prestar cooperación técnica en la esfera nacional. En consecuencia, la reorientación de los servicios de salud podría convertirse en una importante oportunidad para superar esa barrera. A medida que los gobiernos locales y los dirigentes comunitarios entiendan mejor los beneficios que se derivarán de la iniciativa de municipios saludables, crecerá el volumen de recursos que podría asignarse para enfrentar las principales dificultades en materia de salud pública.

En la **iniciativa de "escuelas promotoras de la salud"** se trabaja con jóvenes para impartirles los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para cuidar de su salud y la de su familia y comunidad, así como para crear y mantener un medio saludable de estudio, trabajo y vivienda. La promoción de la salud en las escuelas se señaló como prioridad en varias reuniones regionales de consulta. En respuesta, la Organización lanzó esta iniciativa para ayudar a desarrollar y fortalecer la capacidad de los países para ejecutar, mantener y ampliar sus actividades de promoción de la salud en las escuelas.

De todos es la responsabilidad de garantizar que cada niño haga valer su

**A medida que los gobiernos locales y los dirigentes comunitarios entiendan mejor los beneficios que se derivarán de la iniciativa de municipios saludables, crecerá el volumen de recursos que podría asignarse para enfrentar las principales dificultades en materia de salud pública.**

derecho a la salud y a la educación. Esta inversión en los niños realza la creatividad y productividad potenciales de la sociedad, lo que a su vez ayuda a crear un desarrollo sostenible para el futuro. Al permitir que los servicios de atención primaria unan fuerzas con las escuelas, la iniciativa mejorará la capacidad de detectar problemas en los niños y jóvenes y de ofrecerles asistencia oportuna. Como resultado, se puede ayudar a los jóvenes a evitar comportamientos de riesgo, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o el abuso de sustancias, o prevenir consecuencias perjudiciales para la salud, como las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo de adolescentes. Además, el trabajo de los menores (al que están sometidos centenares de niños y niñas, especialmente si abandonan la escuela) o la violencia generalizada denunciada en tantas ciudades de la Región podrían prevenirse. En parte, y con este fin, las escuelas podrían tomar medidas para preparar a los jóvenes para el mundo laboral, y hacerlos participar en actividades destinadas a mejorar sus condiciones de vida. Asimismo, podrían incluir un proceso de aprendizaje que evite la discriminación, promueva la armonía entre uno y otro sexo y exponga a los jóvenes a la resolución de conflictos por medio del diálogo, la comunicación y la negociación.

En las Américas, la iniciativa de promoción de la salud en las escuelas incluye los siguientes componentes principales:

La *educación sanitaria integral en las escuelas* tiene por objeto dar a los jóvenes conocimientos, habilidades y aptitudes. Asimismo, fortalece su amor propio, con lo que mejora su capacidad para adoptar modos de vida y prácticas saludables y ampliar su potencial de convertirse en miembros productivos de la sociedad. La educación sanitaria integral en las escuelas se basa en las necesidades de los estudiantes en cada etapa de su desarrollo y comprende aspectos de género y características socioculturales particulares.

El componente de *medios y entornos saludables y de apoyo* desarrolla y fortalece la capacidad que tiene cada escuela de crear y mantener medios y entornos que refuercen la salud y el aprendizaje de los estudiantes, maestros y otro personal escolar. Incluye medidas de saneamiento básico para espacios físicos y redes de apoyo para establecer y mantener entornos saludables y seguros, donde no haya abuso, agresión ni violencia física, verbal ni emocional. Esto se realiza por medio de adiestramiento en promoción de la salud impartido a maestros y a personal administrativo y de mantenimiento, así como de actividades de promoción de la salud dentro de las asociaciones de padres y maestros y varias organizaciones comunitarias. Se han creado y ejecutado programas de trabajo y estudio y proyectos de extensión para jóvenes en riesgo, desertores escolares o no matriculados.

El componente de *servicios de salud y programas de alimentación y nutrición* adecuados complementa y refuerza las actividades de educación sanitaria y crea entornos saludables que ofrecen orientación y apoyo psicológico, educación física y actividades deportivas y de esparcimiento, además de un medio de apoyo a pequeños proyectos productivos, como huertas escolares, enseñanza de oficios y prácticas en compañías, empresas privadas y otras. Se

---

*Es de todos la  
responsabilidad de que  
cada niño haga valer  
su derecho a la salud y  
a la educación. Esta  
inversión en los niños  
realza la creatividad  
y productividad  
potenciales de la  
sociedad, lo que a su  
vez ayuda a crear un  
desarrollo sostenible  
para el futuro.*

incluyen actividades para evitar los patrones de comportamiento de riesgo o detectarlos pronto cuando existan y otras que enseñan actitudes y prácticas de autocontrol y prevención. Los programas tienen por objeto fortalecer la relación existente entre la familia, la escuela, la comunidad y los proveedores de atención de salud, y lograr que se comprenda mejor la función de cada uno y su potencial de complementarse y fortalecerse mutuamente.

En lo que respecta a la promoción de la salud en las escuelas, la cooperación técnica de la OPS en la Región se ha concentrado en crear conciencia en las instancias normativas y decisorias sobre la estrategia regional y a preparar personal técnico para ponerla en práctica en la esfera nacional. En ese sentido, la Organización ha divulgado la metodología para aplicar la estrategia y ofrecido foros en los cuales los países han compartido experiencias e información. En 1996 se realizaron dos reuniones regionales, una de las cuales fue la asamblea constituyente de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Con el fin de movilizar los recursos necesarios para formar equipos técnicos, comisiones nacionales y redes nacionales de escuelas promotoras de la salud en cada país, se elaboraron varios perfiles de proyectos para presentar a posibles organismos donantes. Se prepararon también sendos perfiles de proyectos con objeto de conseguir recursos para producir y divulgar un boletín informativo para una red de esa naturaleza y para llevar a cabo encuestas sobre el comportamiento de riesgo de los jóvenes en todos los países de la Región.

La OPS/OMS ensayó la adaptación de un método simplificado para determinar las necesidades en los países, incluidos el diagnóstico y análisis de las dificultades en materia de sistemas y organización que deben resolverse y de las prioridades que es necesario fortalecer para la ejecución de la estrategia. La Organización facilitó la adaptación y prueba de varios mecanismos para determinar los patrones de comportamiento de riesgo de los jóvenes, así como las condiciones y los factores de riesgo, entre ellos la vulnerabilidad ante los desastres naturales, que influyen en la elección y decisión de los escolares con respecto a la salud. Está en marcha el trabajo de traducción, adaptación y revisión de material didáctico y de consulta sobre educación sanitaria; ese material se usará en todos los salones de clase de las escuelas primarias. En 1997, la OPS diseñará un modelo de enseñanza y preparará material de adiestramiento en servicio para maestros; también creará instrumentos cualitativos y cuantitativos para vigilar y evaluar la iniciativa.

En la *Argentina*, los niños, maestros y padres de familia de los distritos pobres se organizaron para limpiar los baños, salones de clase y patios de sus respectivas escuelas. Varias actividades como "ferias" y "campamentos de salud" promovieron la armonía y la resolución pacífica de conflictos, enseñaron al público el riesgo del consumo de tabaco y divulgaron el debate público sobre la forma de mejorar la "salud para todos".

Tanto *Bolivia* como *Costa Rica* han establecido comisiones conjuntas sobre salud y educación que trabajan para mejorar la coordinación intersectorial,

---

### *Las escuelas*

*promotoras de la salud*

*deben contar con*

*programas de*

*aprendizaje que eviten*

*la discriminación,*

*promuevan la armonía*

*entre uno y otro sexo y*

*enseñen a los jóvenes a*

*resolver los conflictos*

*por medio del diálogo,*

*la comunicación y la*

*negociación.*

ampliar la capacidad de diagnóstico y análisis de la situación de salud escolar, observar los hábitos y patrones de comportamiento de riesgo de los escolares y los jóvenes e incorporar la promoción de la salud y la educación sanitaria en el currículo de formación de maestros.

La reforma educativa de México ha ofrecido una excelente oportunidad para que los Ministerios de Salud y de Educación trabajen juntos para incorporar materiales y actividades de promoción de la salud y temas de educación sanitaria en el plan de estudios de la escuela primaria; entre los temas cabe citar la higiene personal, educación sexual, educación ambiental y prevención de accidentes, así como materiales informativos y actividades con fines de promoción de la salud.

## La salud a lo largo del ciclo vital

Por mucho tiempo se ha sabido que cuanto más pronto comience la promoción y protección de la salud en el ciclo vital humano, mayores serán los beneficios en etapas avanzadas de la vida. Por ejemplo, un modo de vida saludable y la planificación antes del embarazo, la atención prenatal adecuada, las medidas conducentes a una maternidad sin riesgo, la lactancia natural, la vinculación afectiva temprana de un niño con un adulto y los programas de estimulación temprana son todos factores clave para un mejor rendimiento en la escuela y el trabajo y, a la larga, redundan en mayor beneficio para la sociedad. Además, como las actitudes que gobiernan la adopción de modos de vida sanos se forjan en los entornos sociales, la familia, en su condición de unidad básica de la sociedad, es clave para promover la salud y el bienestar de una generación a otra. Al tener un sistema que abarque todo el ciclo de vida, la promoción de la salud permite concentrarse debidamente en determinados grupos de población, como lactantes, niños, adolescentes, adultos y ancianos, mientras se siguen abordando las preocupaciones referentes a la salud reproductiva y de la familia.

La Organización ha trabajado para promover políticas públicas saludables, fomentar actividades intersectoriales y fortalecer los servicios que ofrecen protección y cuidado a los niños, adolescentes, adultos y ancianos y que, al mismo tiempo, se centran en la salud reproductiva y de la familia. En ese sentido, se han promovido los modos de vida sanos por medio de programas de información, comunicación y educación dirigidos a individuos, familias y comunidades. Con estos programas se ha buscado profundizar los conocimientos de salud de la población y, por ende, habilitarla para mejorar su propia salud. Además, las estrategias se han destinado a prevenir las enfermedades infantiles, ampliar los conocimientos de nutrición, prevenir y controlar las enfermedades de transmisión sexual, mejorar la atención prenatal, obstétrica y posnatal, vigilar el crecimiento y desarrollo de lactantes, niños y adolescentes, prevenir y controlar la violencia y el abuso de sustancias entre adolescen-

---

*Por mucho tiempo se ha sabido que cuanto más pronto comience la promoción y protección de la salud en el ciclo vital humano, mayores serán los beneficios en etapas avanzadas de la vida.*

tes y promover los modos de vida sanos para adultos de edad avanzada.

Por medio de actividades regionales, subregionales y nacionales de cooperación técnica, la OPS ha cooperado con los países de las Américas para establecer programas nacionales. Las actividades comprenden promoción, divulgación de información, elaboración de planes, programas y normas, realización de investigaciones operativas, formulación y análisis de política, capacitación, fortalecimiento de la administración, prestación de cooperación técnica directa y movilización de recursos nacionales e internacionales.

A pesar de esos esfuerzos, la evaluación de seguimiento de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia mostró que 14 países de las Américas, cuya población representa 37% del total de la Región, todavía notifican tasas de mortalidad infantil superiores a 30 por 1000 recién nacidos inscritos. Para dar a conocer los logros y comenzar a superar los contratiempos, la OPS publicó *Metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia: evaluación a mitad del camino*.

Por mucho tiempo se ha reconocido la importancia de la familia para determinar y mantener las actitudes y prácticas de salud. Sin embargo, en el pasado, se ha hecho poco trabajo directo con la familia en actividades de promoción de la salud. En 1996, la OPS comenzó a reexaminar la función de la familia en cuanto a la salud. Este esfuerzo entrañó la participación de la Organización en reuniones internacionales sobre el tema, la creación de un grupo de trabajo interdisciplinario que defina conceptos y operaciones y la investigación de varios canales de movilización de recursos.

La OPS ha subrayado la importancia de la promoción de la salud en las primeras etapas del desarrollo humano, especialmente en cuanto a la lactancia natural y la vinculación afectiva del lactante, la estimulación sensorial temprana, el uso de la educación para lograr un mejor desarrollo de los niños y adolescentes y la prevención de la asfixia del recién nacido. Se han fortalecido las políticas y programas de desarrollo infantil en los países por medio de actividades destinadas a prestar atención de salud más integral, como lo indican las iniciativas de salud mental y de atención integral del niño enfermo. La OPS, la OEA y el Banco Mundial colaboraron en un proyecto de investigación del desarrollo psicológico del niño realizado en varios lugares de diversos países; también participaron en la red de desarrollo psicosocial.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) prestó cooperación técnica directa a 10 países de la Región para introducir y evaluar procesos, instrumentos y tecnología; por ejemplo, se realizaron investigaciones sobre la práctica excesiva de cesáreas y de ciertos análisis de laboratorio de bajo valor de predicción. El CLAP ha seguido fomentando el establecimiento de sistemas de información sobre perinatología y salud de los niños y adolescentes; como resultado, ahora los países pueden hacer un diagnóstico mejor de la mortalidad perinatal. Además, el Centro publicó 7 libros y otras 33 obras y adiestró a 264 personas. Un proyecto financiado por el CIDA (Canadá) demostró que para lograr eficacia en materia de desarrollo de la salud perina-

---

***La Organización ha  
trabajado para  
promover políticas  
públicas saludables y  
fortalecer los servicios  
que ofrecen protección  
y cuidado a los niños,  
adultos y ancianos y  
que, al mismo tiempo,  
atienden la salud  
reproductiva y de la  
familia.***

tal en la comunidad no se necesita alta tecnología; este resultado mejora las posibilidades de introducir cambios favorables en el ámbito de la comunidad.

La Organización ha asignado máxima prioridad a la salud de los adolescentes, dado su aporte real y potencial al bienestar de la familia, la comunidad y la población en general; se hizo hincapié en la participación y habilitación de los jóvenes en sus programas. La Organización y el Centro de Salud Internacional de la Universidad George Washington (EUA) realizaron una evaluación del estado de las políticas y la legislación en materia de salud de los adolescentes en América Latina. Los resultados mostraron que 23 países tienen programas nacionales de salud reproductiva de los adolescentes y nueve cuentan con políticas específicas para prestarles atención de salud integral.

La OPS ha trabajado con varias organizaciones no gubernamentales, como Defensores de la Juventud y la Comisión para la Juventud del Parlamento Latinoamericano, para fortalecer la capacidad nacional de establecer programas de salud de los adolescentes. La última Comisión aprobó el marco legislativo general para programas de salud y desarrollo de los adolescentes. Además, se ofrecieron actividades de adiestramiento a 350 profesionales de 17 países y diversas disciplinas con el objeto de darles a conocer un marco conceptual actualizado que facilite la ejecución de programas nacionales y locales.

Las actividades de salud de los adolescentes a menudo han incluido también trabajo con ancianos, actividades de prevención de la obesidad, estudios de salud reproductiva en adolescentes indígenas y un proyecto de prevención de la delincuencia entre adolescentes y jóvenes de las Américas. Como parte del empeño de hacer participar a los medios de comunicación en actividades que permiten llegar a los adolescentes, actualmente se realiza un proyecto para fomentar la participación de dichos medios en una búsqueda creativa de formas de reducir el efecto de la violencia en la televisión y el cine en los adolescentes. También se está preparando un video que se transmitirá por un canal de televisión, en que se abordan temas de interés para ese grupo de población. La OPS y varios países participaron en una reunión de ministros encargados de programas relacionados con los jóvenes, que llevó a encontrar nuevos asociados para fines de cooperación internacional. Por ejemplo, se llegó a un acuerdo entre el FNUAP, la Organización Juvenil Iberoamericana, el BID y la OPS para apoyar el plan regional para adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe.

La Secretaría estableció también un sistema de información sobre salud de los adolescentes y ya se han impartido enseñanzas sobre su uso en la mayoría de los países de la Región. Una evaluación del sistema mostró que al menos 56% de los encuestados conocían ese instrumento. Se agregará información sobre salud reproductiva al sistema. Junto con BIREME, la Organización estableció una base de datos para distribuir información que incluye a unos 3000 usuarios; también se han publicado cuatro CD-ROM por medio de BIREME. Cada vez se usa más la página de presentación sobre salud de los adolescentes en Internet.

En respuesta a la tasa de crecimiento inusitado de la población de la terce-

---

***La mayoría de los países de la Región han puesto en marcha programas nacionales de salud reproductiva de los adolescentes, y algunos cuentan con políticas específicas para prestarles atención de salud integral.***

---

***El adiestramiento de los trabajadores de atención primaria de salud para examinar, evaluar y vigilar la salud de los ancianos es indispensable para la utilización adecuada de los recursos.***

ra edad, también se asignó prioridad a las actividades que permiten satisfacer las necesidades de atención integral de salud de los ancianos en la Región. Por medio de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el uso de métodos para compensar la discapacidad, la OPS aspira a reducir y eliminar las barreras que limitan la productividad de los ancianos. Durante el año, la OPS prestó colaboración técnica directa a nueve países; asimismo, copatrocinó cuatro grupos de trabajo regionales convocados para proponer política de colaboración técnica en investigación, educación y política pública, en los que participó.

Durante una reunión del Grupo Consultivo Regional sobre el Envejecimiento celebrada en julio en Miami, Florida (EUA), con el apoyo del Centro sobre el Envejecimiento de la Universidad Internacional de Florida, se analizaron las prioridades regionales en materia de investigación, educación y política pública. La OPS ha recalcado la necesidad de abordar las múltiples consecuencias de las transiciones epidemiológicas y demográficas de la Región. La Universidad Internacional de Florida, la Acción Voluntaria de Florida para el Caribe y la Universidad de las Indias Occidentales han acordado cooperar para establecer una base de datos en la que se detallen las condiciones sanitarias y sociales de los ancianos del Caribe de habla inglesa. La OPS participó también en una reunión regional de demógrafos y epidemiólogos patrocinada por el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de los Institutos Nacionales de Salud (EUA), en la que se discutieron la salud y el bienestar de los ancianos de América Latina y el Caribe; estuvieron representados nueve países y los participantes accedieron a lanzar un estudio multicéntrico de las condiciones de salud de los ancianos en toda la Región.

También se señaló que el adiestramiento de los trabajadores de atención primaria de salud para examinar, evaluar y vigilar la salud de los ancianos es indispensable para la utilización adecuada de los recursos. En noviembre se reunió en Santafé de Bogotá un grupo regional de geriatras para preparar una propuesta que consiste en la publicación de pautas clínicas geriátricas para los trabajadores de atención primaria de salud y la elaboración de materiales para el currículo de educación continua de ese personal. La OPS también comenzó a realizar un estudio de gerontología y educación geriátrica en la Región.

La Organización ha reconocido que las instancias normativas de América Latina y el Caribe han comenzado a recomendar estrategias para abordar las necesidades de los ancianos y sus familias en las esferas local y nacional. Por ejemplo, con la colaboración de la OPS, el Parlamento Latinoamericano estableció un grupo de trabajo sobre el envejecimiento dentro de su Comisión de Salud. El grupo se reunió en Aruba en mayo y elaboró legislación modelo para abordar la atención integral de los ancianos; el Parlamento aprobó legislación, que actualmente se revisa y adopta en muchos países de la Región.

Una actividad conjunta con la Administración para el Envejecimiento del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos estableció

un marco para formular iniciativas paralelas en programas realizados en los hemisferios norte y sur, que se concentran en actividades intergeneracionales y promueven la integración de las personas ancianas al movimiento de "municipios saludables". El Consejo Hispano Nacional sobre el Envejecimiento ha concentrado su trabajo en la creación de una red de organizaciones no gubernamentales administrada por ancianos de Centroamérica y los Estados Unidos y a su servicio. Con el apoyo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, el Uruguay ha creado una red de consejos de ancianos en cada uno de los distritos del país para apoyar el establecimiento de centros comunitarios de cuidado diurno de ancianos.

En el campo de salud reproductiva y población, casi todos los países se han adherido al concepto de salud reproductiva promulgado en varios foros internacionales y han hecho declaraciones de política y planes nacionales. Aunque el concepto ampliado de salud reproductiva y sus metas y objetivos han sido ampliamente aceptados por personas eruditas, organizaciones internacionales y gobiernos de la Región, tres años después de haberse celebrado las conferencias de El Cairo y Pekín, las medidas de integración siguen siendo lentas y no se han recibido los recursos.

Para estimular la ejecución y promoción en la Región de las medidas surgidas de las conferencias citadas, la OPS ha servido de agente catalizador de actividades en los siguientes campos prioritarios: promoción del concepto ampliado de salud reproductiva y de la calidad de la atención, participación de las instituciones académicas en el fomento de cambios favorables en materia de salud reproductiva, promoción de los componentes de la maternidad sin riesgo dentro de las instituciones que prestan servicios de salud, fomento del análisis político y legislativo de asuntos afines, promoción de la salud reproductiva de los adolescentes y fortalecimiento de la capacidad administrativa. También se han canalizado actividades a los grupos subatendidos y desfavorecidos para contribuir al logro de la equidad.

Se ha promovido la integración de esta visión ampliada de la salud reproductiva a los sistemas de salud y a las comunidades por medio del diseño, el ensayo y la divulgación de actividades como proyectos de "información, educación y comunicación" (IEC), actividades de movilización de la comunidad, uso de la comunicación pública y reestructuración de algunos servicios para facilitar más su uso. En el Ecuador y Panamá se ofrecieron sitios de demostración. El acceso a la información se ha ampliado; por ejemplo, el uso de anticonceptivos por mujeres de edad reproductiva casadas o en unión consensual ha llegado a 70% en la Región y se ha comprobado que el uso de anticonceptivos modernos por los adolescentes y los hombres va en aumento. El enfoque de género es un elemento integrante del concepto ampliado de salud reproductiva; desde este punto de vista, los hombres participan poco en asuntos relacionados con este tema. La OPS ha estado activamente buscando apoyo financiero por medio de varias propuestas para proyectos destinados a estudiar y ejecutar actividades en este campo.

---

*El enfoque de género es un elemento integrante del concepto ampliado de salud reproductiva; desde este punto de vista, los hombres participan poco en los asuntos relacionados con este tema.*

También se ha considerado prioritaria la creación de instrumentos y procesos que faciliten las actividades locales destinadas a garantizar la calidad de la atención. En Bolivia se han puesto en práctica mejoras efectivas de los servicios de salud reproductiva y una actividad similar ha cobrado impulso en Honduras, El Salvador y otros países centroamericanos. Asimismo, con apoyo del Gobierno de Italia, ha habido grandes progresos en ese sentido en el Caribe de habla inglesa. Se han distribuido instrumentos que fomentan la creación local de indicadores y los cambios para promover la calidad de la atención de salud; los mismos se están sometiendo a prueba para asegurar su adaptabilidad.

Se han establecido programas de adiestramiento y educación para incluir este concepto ampliado de salud reproductiva en el currículo universitario de educación sexual y para la vida de familia. Tres universidades, a saber, la Universidad Autónoma Metropolitana en Xochimilco, México, el Programa de Investigaciones de Atención Primaria de Salud de la Universidad Industrial de Santander, Colombia, y la Universidad de Costa Rica, que trabajan por medio de un proyecto de la OPS con el FNUAP, han tomado la delantera en este esfuerzo. Cada una de estas universidades ha establecido un curso de maestría en salud reproductiva y la Universidad Autónoma en Xochimilco ha comenzado a establecer un servidor de listas de redes electrónicas para compartir información y experiencias en salud reproductiva. A fines de 1997, unas 239 facultades de medicina y enfermería habrán empleado el método de análisis prospectivo para integrar el concepto de salud reproductiva a sus horarios regulares.

La maternidad sin riesgo sigue siendo motivo de preocupación. En una evaluación regional que terminó en 1996 se identificaron 11 países que todavía notifican tasas de mortalidad materna superiores a 100 por 100 000 nacidos vivos. Obviamente, las tasas de mortalidad no se han reducido como se esperaba y los recursos han escaseado. Reconociendo la necesidad de estimular actividades que resuelvan el problema, la OPS participó activamente en los preparativos para la Reunión de Primeras Damas celebrada en Bolivia, en la que se abordó el asunto de las defunciones maternas. Además, se ha asignado una función primordial a la OPS en un proyecto financiado por la USAID, con la participación del Proyecto MotherCare y de la University Research Corporation (EUA) para examinar la atención obstétrica básica de emergencia en 11 países donde la mortalidad materna es elevada.

La evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna trajo buenas noticias. El hecho de que la disponibilidad de datos haya mejorado en los ámbitos nacional e internacional se considera un factor clave para perfeccionar los aspectos administrativos de los programas de servicio y crear modelos eficaces de prestación de atención de salud. Para complementar los progresos en materia de información, la OPS y el FNUAP han establecido un proyecto para administradores de servicios de salud maternoinfantil que incorpora principios sociales como parte de la destreza

---

***Las tasas de mortalidad materna no se han reducido como se esperaba: en 1996, 11 países de la Región notificaron tasas superiores a 100 por 100 000 nacidos vivos.***

administrativa. Se elaboraron y ensayaron cuatro módulos de adiestramiento en administración; asimismo, se capacitó a 154 administradores en Honduras, Paraguay, República Dominicana y Venezuela por medio de este proyecto, que terminó en 1996. Durante el año se realizó también un programa destinado a dar continuidad por medio de la capacitación de capacitadores en el que participaron 30 administradores. Varias instituciones del Brasil, Costa Rica y Venezuela han prestado cooperación técnica.

## Comunicación para la salud

En toda la Región se realizaron actividades para mejorar el trabajo de los medios de comunicación en pro de la salud y apoyar a los ministerios de salud en la planificación, ejecución y evaluación de programas de comunicación para la salud. Estas actividades apoyaron las orientaciones estratégicas y programáticas para la promoción y protección de la salud, la salud a lo largo del ciclo vital y la alimentación y nutrición.

La función clave de los medios de difusión ha sido subrayada por estudios que muestran que en los países donde los medios presentan regularmente información sobre salud, el público obtiene dicha información de esa fuente. En un estudio hubo 25 veces más posibilidades de que la gente se informara sobre salud en la televisión que mediante el personal del sector. Además, las encuestas realizadas por los medios de comunicación indican que la información de salud está entre los tres primeros temas solicitados por el público.

Muchas Representaciones de la OPS/OMS y la mayoría de los ministerios de salud han contratado como parte de su plantilla a periodistas y comunicadores con muchos años de experiencia práctica con los medios de comunicación. Estos profesionales han ampliado mucho la presencia del tema de salud en esos medios. En Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela se han hecho adelantos asombrosos en el establecimiento de programas de comunicación en salud.

En 1996, la Organización colaboró con los Ministerios de Salud de Colombia, Cuba, Panamá y Perú para ejecutar programas subregionales de adiestramiento en teorías, métodos y prácticas de comunicación para la salud dirigidos principalmente a periodistas, educadores sanitarios y comunicadores que trabajan con frecuencia en municipios saludables, así como a profesores universitarios de las facultades de salud pública y comunicación. Se han creado programas de adiestramiento en prevención y control de abuso de sustancias, violencia, régimen alimentario y nutrición, y preparación frente a emergencias y mitigación de los desastres. La OPS trabaja con la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), que tiene más de 300 escuelas afiliadas, para establecer programas oficiales de pregrado y posgrado de formación en periodismo y comunicación para la salud. En otro

---

*En todos los países se realizaron actividades para mejorar el trabajo de los medios de comunicación y apoyar a los ministerios de salud en la planificación, evaluación y ejecución de programas de comunicación para la salud.*

**La Organización  
trabaja con la  
Federación de  
Facultades de  
Comunicación Social  
para establecer  
programas de  
formación en  
periodismo y  
comunicación para  
la salud.**

proyecto realizado con la FELAFACS, la UNESCO y 11 facultades de comunicación, la Organización preparó un anteproyecto para establecer una biblioteca básica de comunicación para la salud; el proyecto tiene componentes de adiestramiento e investigación. Junto con la Universidad de Lima se preparó un protocolo de investigación para analizar el contenido de la información de salud presentada en los medios de comunicación; este protocolo será puesto en práctica por las 11 facultades de comunicación participantes. Estas actividades también cuentan con el apoyo de la USAID, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Proyecto BASICS (Asociación para la Supervivencia Infantil) y la Voz de América.

La Organización colaboró con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Federación Iberoamericana de Enfermeras en la preparación de un proyecto para mejorar las aptitudes de comunicación interpersonal e indirecta del personal de enfermería que trabaja en salud reproductiva. Un grupo de trabajo se reunió para preparar el marco conceptual y el plan de trabajo para esta nueva iniciativa y se realizó un programa regional de adiestramiento para dirigentes de enfermería y profesores de facultades de comunicación en toda América Latina. Se está preparando un proyecto que se presentará a la Unión Europea para apoyo financiero.

En colaboración con el Instituto para Iniciativas de Salud Mental (EUA), se celebró una conferencia regional sobre "Prevención de la violencia: oportunidades creativas para los medios de comunicación" en Cartagena, Colombia. La conferencia, inaugurada por el Director de la OSP y el ex Presidente de Costa Rica y ganador del Premio Nobel de la Paz, Oscar Arias, fue patrocinada por una coalición de organizaciones filantrópicas y medios de comunicación. El evento reunió a personalidades de los medios de difusión de toda la Región para examinar el problema de la violencia y analizar soluciones viables.

En la Representación de la OPS/OMS en Panamá se encuentra en preparación un manual de referencia para campañas en los medios de comunicación social orientadas hacia asuntos relativos a los niños de 5 años de edad y menores. Se espera adaptarlo a programas sobre el crecimiento y desarrollo psicosocial del lactante y del niño divulgados por la radio, la televisión o la prensa. El manual se ensayará en varios países antes de ser ampliamente distribuido.

La Representación de la OPS/OMS en el Perú y la Facultad de Comunicación de la Universidad de Lima prepararon un protocolo de investigación para estudiar el suplemento de salud "VIDA". Este suplemento, redactado por la Representación y el Ministerio de Salud, se ha publicado semanalmente en el periódico "La República" durante los últimos cinco años, sin costo alguno para el sector salud, lo que representa una economía de más de US\$ tres millones. La Representación en el Uruguay preparó un protocolo de investigación para estudiar el uso de la comunicación para la salud a fin de promover la erradicación de la enfermedad de Chagas.

## Seguridad alimentaria

La OPS ejecuta su plan de acción en el campo de la salud y la nutrición a través de dos áreas de trabajo: la seguridad alimentaria y el control y la prevención de la mala nutrición. Con este enfoque, la Organización coordina sus esfuerzos para promover el desarrollo físico y mental de los grupos de población a lo largo del ciclo de vida. A nivel regional, se colabora con los países para alcanzar el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1991) y de la Conferencia Internacional de Nutrición (1992). Para ello, apoya la consolidación de políticas públicas de alimentación y nutrición en los planes de desarrollo nacionales y locales, en el marco de la descentralización y municipalización. Define, conjuntamente con los países, las políticas que deben proponerse a nivel nacional y las que pueden definirse en el ámbito municipal para su aplicación en entornos geográficos definidos. Todas las actividades se realizan en coordinación con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Con el propósito de difundir información, se creó una red electrónica de información en nutrición y alimentación (Nutrinfo), a través de Internet y de un *listserv*.

En el ámbito de la seguridad alimentaria se establecieron tres líneas de acción: 1) la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 4 a 6 meses y la promoción de la lactancia continua hasta los 2 años de edad; 2) la promoción de la alimentación complementaria en condiciones de salud y enfermedad del niño, y 3) la promoción de guías alimentarias tomando en consideración los hábitos de consumo, los factores culturales y el costo de los alimentos.

En el curso de 1996 se revisaron las estrategias de trabajo con el INCAP, con la participación de la Universidad de Emory (EUA) y del Instituto de Salud Pública de México, y se llevó a cabo una reunión de capacitación que hizo hincapié en el control de la anemia. Asimismo, se definieron y promovieron áreas de investigación relacionadas con el plan de acción de nutrición y se participó en la preparación de un proyecto dirigido a mejorar las prácticas alimentarias de los niños pequeños.

La Organización cooperó con Chile en la elaboración de las guías de alimentación para la población y apoyó el área de alimentación del niño menor de 2 años. En Suriname se realizó una apreciación rápida de la situación nutricional para implantar un plan de nutrición posterior. En relación con la lactancia materna, en el Ecuador se inició la formulación de una propuesta para ejecutar un modelo de intervención que, de resultar exitoso, podría extenderse al resto de la Región.

---

*La OPS ejecuta su plan de acción en materia de salud y nutrición a través de dos campos de trabajo: la seguridad alimentaria y el control y la prevención de la mala nutrición.*

**PROTECCIÓN  
Y DESARROLLO  
AMBIENTAL**

Los efectos del ambiente fisicobiológico inmediato sobre la salud humana son perceptibles a simple vista en la Región. Menos visibles, pero no por ello menos reales, son los efectos sobre la salud de los cambios ambientales que se producen en todo el planeta. Entre estos dos extremos, son numerosas las condiciones ambientales que afectan a la salud humana con graves consecuencias para el desarrollo de los países y la calidad de vida de sus habitantes.

Muchos de los efectos de estos cambios ambientales sobre la salud, positivos y negativos, son bien conocidos. El desarrollo socioeconómico ha mejorado el estado de salud de millones de personas, extendiendo su longevidad; sin embargo, ha ampliado al mismo tiempo la gama de riesgos para la salud, con repercusiones mundiales que, si no se controlan, pueden hacer que el planeta sea incapaz de satisfacer las necesidades del género humano. El subdesarrollo, por su parte, impide que millones de personas alcancen un estado satisfactorio de salud.

---

***La conservación  
y protección de la  
salud y del ambiente  
están en el centro  
de la preocupación  
del nuevo modelo de  
desarrollo humano  
sostenible.***

En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) celebrada en Rio de Janeiro en 1992, se señaló que las perspectivas de salud dependen del desarrollo adecuado y sostenible del ambiente natural y social. La salud no puede separarse de una gran cantidad de factores ambientales tan diversos como el aire y el agua potable, la pobreza y el hacinamiento urbano, los productos químicos y los vectores de enfermedades, el exceso de consumo y el subdesarrollo, la tecnología y el comercio.

Los compromisos adoptados por los países en la CNUMAD, las Cumbres Iberoamericanas y las reuniones subregionales de jefes de Estado y de Gobierno, y la Cumbre de las Américas (Miami, Estados Unidos, 1994), demuestran que la conservación y protección de la salud y del ambiente están en el centro de la preocupación del nuevo modelo de desarrollo humano sostenible que impulsan los países de la Región.

Con el fin de facilitar a los países el cumplimiento de los compromisos aceptados en los foros mencionados, la OPS realizó en 1995 la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible (COPASADHS). La cooperación técnica de la OPS en esta área se concentró en el seguimiento del Plan de Acción resultante de esta Conferencia y de la Agenda 21 (emanada de la CNUMAD), así como en el aumento de la capacidad de influencia del sector para que en los procesos nacionales de decisión sobre planes y proyectos de desarrollo se tome en cuenta la salud pública.

Considerando que uno de los aspectos más importantes para lograr un desarrollo sostenible es estimular la participación activa de la comunidad y de sus organizaciones, en 1996 la Organización prestó especial atención a la cooperación con los ministerios de salud a fin de reforzar sus funciones de liderazgo en materia de salud ambiental. Asimismo, privilegió el trabajo con otros sectores para impulsar la consideración de aspectos de salud pública y ambiental en sus políticas, planes y proyectos sectoriales, y para promover la cooperación intersectorial en salud. También apoyó el fortalecimiento de la capacidad nacional de coordinación intersectorial, movilización comunitaria,

formación de recursos humanos en epidemiología y toxicología ambiental, así como la de operación y mantenimiento de sistemas y servicios. Finalmente, impulsó la utilización de los medios de comunicación social como instrumento eficaz para la movilización y participación de la comunidad y de las organizaciones no gubernamentales.

Entre los resultados obtenidos como consecuencia de estos esfuerzos, los gobiernos de 10 países han adoptado compromisos políticos formales que reflejan las recomendaciones de la COPASADHS, y cuatro de ellos han formulado planes de acción sobre salud, ambiente y desarrollo humano; en el Canadá, el Consejo de Ministros del Ambiente aprobó el documento "Principios de cooperación en salud y ambiente" preparado de acuerdo con la Carta Panamericana de la COPASADHS, cuyas orientaciones también guían planes federales, provinciales y locales; cinco países han hecho importantes ajustes institucionales inspirados en el desarrollo humano sostenible para integrar la salud, el ambiente y el desarrollo; en 17 países se han constituido grupos permanentes de trabajo integrados por organismos gubernamentales y no gubernamentales, por especialistas y por la comunidad en general, en los que varios sectores antes excluidos del proceso de discusión del desarrollo asumieron responsabilidades y aportaron su colaboración para instrumentar los planes, contribuir a la toma de conciencia y, en muchos casos, promover acciones efectivas que garanticen un desarrollo sostenible.

Por otra parte, debido a que los problemas causados en la Región por deficiencias en el saneamiento básico siguen minando la salud de millones de personas, la necesidad actual es resolver esos problemas y, a la vez, controlar la creciente exposición a los riesgos derivados de la contaminación ambiental causada por residuos peligrosos resultantes de la actividad humana, así como a una cantidad cada vez mayor de sustancias químicas tóxicas.

Durante 1996 la cooperación técnica en el área de abastecimiento de agua y saneamiento se orientó a expandir la cobertura de los servicios, mejorar la calidad bacteriológica del agua de consumo humano y extender el abastecimiento de agua y la eliminación sanitaria de excreta a las áreas urbanomarginales y rurales, así como a las comunidades indígenas. Se promovió intensamente el Plan de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), y se colaboró en la preparación de estudios sectoriales, en la reforma y modernización del sector y de sus instituciones, y en la formulación de proyectos y la movilización de los recursos necesarios para ponerlos en marcha. Se hizo hincapié en los aspectos reglamentarios, técnicos y tecnológicos que contribuyen a perfeccionar la desinfección del agua en los sistemas de suministro y en las viviendas. Asimismo, se impulsó el concepto de saneamiento rural integrado, para lo cual se estimuló la investigación en materia de tecnología apropiada, la formación de recursos humanos y la participación comunitaria activa.

Se impulsó la capacitación del personal técnico en el manejo de emergencias producidas por desastres químicos con el fin de fortalecer en la Región los programas de prevención de desastres producidos por sustancias peligro-

---

*La necesidad actual es controlar la creciente exposición a los riesgos derivados de la contaminación ambiental causada por residuos peligrosos resultantes de la actividad humana.*

sas. Se renovó la designación de la Compañía Estatal de Tecnología de Saneamiento Básico (CETESB, São Paulo, Brasil) como centro colaborador de la OMS en caso de desastres tecnológicos.

En el área de residuos sólidos urbanos, dentro del marco del acelerado proceso de descentralización y privatización en marcha en los países se promovió el fortalecimiento institucional y la capacidad ordenadora y reguladora del sector. Se prestó atención al manejo de los residuos y a la promoción de la tecnología apropiada para la disposición final sanitaria, incluidos los residuos hospitalarios. Una de las actividades del PIAS consistió en realizar estudios sectoriales en varios países para identificar las necesidades de inversión y formular los respectivos proyectos que faciliten la búsqueda de los recursos.

Las actividades que realiza la OPS para promover el saneamiento de la vivienda se realizaron junto con las destinadas al control de las enfermedades, desde las transmitidas por vectores hasta las psicosociales y relacionadas con el uso de la casa como sede de una industria doméstica. Se crearon núcleos para la formación de recursos humanos especializados en cuestiones de salud en la vivienda, y se apoyó el establecimiento de seis centros de higiene de la vivienda.

Para promover la salud de los trabajadores y los entornos laborales saludables se cooperó con organismos de salud y de desarrollo nacional para que la población y los diferentes sectores, especialmente el industrial, comprendan mejor los riesgos que entraña para la salud un medio ambiente deteriorado. Las actividades abarcaron cuatro aspectos: legislación y reglamentación, promoción y prevención, atención de los servicios de salud y calidad del ambiente laboral.

Continuó la difusión de información técnica sobre salud ambiental, en especial mediante la Red Panamericana de Información en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) y el Sistema de Información ECO-LINE; gran parte de esta información ya se ha integrado al sistema LILACS.

Una de las estrategias que la Organización aplica con mayor éxito es la de entornos y comunidades saludables, que se caracteriza por movilizar recursos y realizar tareas multidisciplinarias y de participación comunitaria que inciden simultáneamente en forma positiva sobre un conjunto de factores ambientales de riesgo para la salud humana. A continuación se describen algunos de los proyectos ejecutados con mayor éxito durante 1996.

**La estrategia  
de entornos y  
comunidades  
saludables moviliza  
recursos y actúa  
sobre un conjunto  
de factores  
ambientales  
de riesgo para  
la salud.**

### **Promoción de entornos saludables**

En los países de América Latina y el Caribe sigue aumentando la cantidad y la variedad de sustancias químicas presentes en el medio ambiente (aire, agua, suelo y alimentos), cuyos efectos sobre la salud son cada vez más intensos y frecuentes. Algunas de estas sustancias, como es el caso de los plaguicidas, se utilizan en gran cantidad y con diferentes propósitos, se presentan como contaminantes en más de un medio a la vez y provocan una exposición múlti-

ple de la población. Se estima que en los países más pequeños de la Región tienen lugar por lo menos de 1000 a 2000 casos anuales de intoxicación por plaguicidas, y en los más grandes, un número proporcionalmente mayor.

Para contribuir a la solución de este problema se incluyó el proyecto PLAG-SALUD en el Programa sobre Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA). Su objetivo es reducir 50% las enfermedades relacionadas con los plaguicidas y apoyar la práctica de una agricultura sostenible, dentro del marco de la Alianza para el Desarrollo Sostenible. La estrategia principal del proyecto es fortalecer al nivel local para la vigilancia epidemiológica, la educación y el monitoreo ambiental, con miras a impulsar acciones nacionales y regionales para el control de los efectos adversos de los plaguicidas en la salud de las poblaciones expuestas. Las áreas de trabajo comprenden los sistemas de vigilancia epidemiológica, las investigaciones operacionales, la capacitación de recursos humanos, la promoción de legislación relevante y el fortalecimiento de mecanismos intersectoriales e interinstitucionales.

Durante la primera fase del proyecto, que correspondió al período comprendido entre 1994 y 1996, se completaron todas las actividades en Costa Rica y Nicaragua. Además, se desarrollaron proyectos de demostración en los cinco países centroamericanos restantes. En la segunda fase, de 1997 a 2001, se consolidarán las acciones en Costa Rica y Nicaragua y se realizarán las mismas acciones en los otros cinco países de la subregión. El costo del proyecto es de unos US\$ 14 millones, y la Cooperación Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA) contribuirá con US\$ nueve millones.

### **Entornos laborales**

En América Latina y el Caribe, cuya fuerza laboral se estima en 250 millones de personas entre adultos y menores de 15 años de edad, se producen anualmente unos cinco millones de accidentes de trabajo con cerca de 90 000 defunciones. Por su parte, las enfermedades ocupacionales más comunes son la pérdida de la audición; intoxicaciones por metales, plaguicidas y solventes orgánicos; silicosis; bisinosis, y enfermedades ocupacionales dermatológicas. Su cuantificación resulta difícil, pues se estima que se notifica solo 1% de los casos de estas enfermedades.

Como en la Región la producción y el uso de solventes ha aumentado mucho en los últimos decenios y, consecuentemente, la exposición ocupacional y ambiental a los solventes orgánicos es mayor, sobre todo en la industria petroquímica, la OPS consideró pertinente impulsar proyectos como el que se describe a continuación; se estima que, además de los beneficios directos que se obtengan, los resultados serán de utilidad para otros países de la Región.

En Colombia, en 1986 la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL) y la Unión Sindical Obrera convinieron llevar a cabo estudios sobre salud ocupacional para identificar y proteger a los trabajadores del Complejo Industrial

---

***La notificación de enfermedades ocupacionales en América Latina apenas alcanza a 1% de los casos.***

de Barrancabermeja (CIB) contra la exposición peligrosa a sustancias químicas. En 1992 estas instituciones, con la asesoría técnica del Ministerio de Salud, negociaron con la OPS la firma de un acuerdo general de cooperación técnica y un convenio específico para estudiar los efectos de los hidrocarburos aromáticos en la salud de los trabajadores del CIB.

De las tres sustancias químicas en estudio, el benceno es el agente más importante por sus efectos perjudiciales para la salud de los trabajadores. Al benceno se le atribuyen trastornos hematológicos, neurológicos, psicológicos, dermatológicos y renales, los cuales son ampliamente reconocidos y están extensamente documentados en la literatura científica internacional. Los estudios en individuos expuestos al tolueno y al xileno sugieren que la exposición prolongada perjudica las funciones conductuales, como se demuestra por la disminución de la capacidad cognoscitiva, la agudeza visual, la función neuromuscular y la discriminación del olor.

Para llegar a conocer los efectos de esas sustancias sobre la salud de los trabajadores de la planta de aromáticos del CIB se realizaron estudios en las áreas de epidemiología, medicina ocupacional, higiene industrial y seguridad, sociología y ergonomía. Los resultados se analizarán en conjunto para establecer conclusiones y recomendaciones que lleven a mejorar las condiciones de seguridad y de salud en la planta industrial.

Debido a que este proyecto es el resultado de un acuerdo sociolaboral suscrito en 1986 entre el Sindicato y el CIB, debe reunir ciertas condiciones específicas. La ejecución es responsabilidad de la OPS a través de un director de proyecto. Por otra parte, la comisión de aromáticos, integrada por representantes del sindicato y la empresa (seis miembros), y tres representantes del Ministerio de Salud, hacen las veces de contraparte y facilitadores. El proyecto contempla una evaluación de la salud general de los trabajadores, para lo que se han incorporado, sobre todo, estudios de medicina ocupacional. El proyecto se ejecuta bajo las orientaciones técnicas y científicas de la OPS, en estricto apego a los códigos internacionales de ética: el código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la revisión de Tokio y la Declaración de Lisboa. Cada estudio consta de su respectivo protocolo aprobado por el Ministerio de Salud de Colombia y la OPS.

La OPS ha delegado la realización de componentes del proyecto general en entidades privadas, universidades, centros y asociaciones, así como en consultores nacionales e internacionales (Brasil, Cuba, Estados Unidos, México, Venezuela). Los consultores externos son los responsables de verificar que los estudios se realicen con rigor científico y de acuerdo con los procedimientos aprobados en su respectivo protocolo.

Ya se completaron los estudios de población; estaba previsto terminar el estudio ambiental y consolidar la base de datos integrada para julio de 1997 y, a continuación, analizar la muestra de 730 trabajadores, que abarca a los 345 empleados de la planta de aromáticos, 234 de los 1800 trabajadores de mantenimiento y 151 jubilados.

**La producción  
y el uso de solventes  
ha aumentado mucho  
en los últimos decenios  
y, en consecuencia,  
es mayor la exposición  
ocupacional y ambiental  
a los solventes  
orgánicos, sobre todo  
en la industria  
petroquímica.**

Una vez finalizado el estudio se recomendará un plan de intervenciones que eliminen o controlen los riesgos de lesiones y enfermedades en el lugar de trabajo. Además, se promoverá una mayor participación de los trabajadores en el establecimiento de medidas preventivas y de autocuidado que contribuyan a su bienestar. También se propondrá un programa de vigilancia epidemiológica y se establecerá una base de datos para la realización de estudios prospectivos. El proyecto está financiado en su totalidad por ECOPETROL, y su costo estimado es de US\$ cuatro millones.

### ***Manejo ambiental de residuos***

En América Latina y el Caribe la actividad industrial, la minería y los servicios de salud generan un volumen importante de residuos potencialmente nocivos para la salud humana y el medio ambiente. Las industrias textil y química, las curtiembres y las fundiciones producen la mayor cantidad de residuos peligrosos.

La falta de medidas para minimizar la producción de residuos, y la inexperience en el manejo y la disposición adecuada de los mismos, provocan la exposición de gran parte de la población a estas sustancias. Aunque la mayoría de los países tienen algún tipo de reglamentación sobre descargas de desechos industriales, su cumplimiento no es efectivo y no cuenta con la participación de las autoridades de salud.

Para contribuir a la mejora de esta situación, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) puso en marcha el proyecto Red Panamericana para el Manejo de Residuos (REPAMAR), que tiene como propósito contribuir al manejo adecuado de los residuos y a la integración de los esfuerzos de los tres sectores que participan en la seguridad ambiental: el sector productivo y de servicios que genera los residuos, el gobierno que dicta las normas y controla la calidad ambiental, y la comunidad afectada. La Red es producto de un convenio de cooperación entre el Gobierno de Alemania, a través de su Agencia de Cooperación Técnica (GTZ), y la OPS. Forman parte de la Red Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y Perú. Esta iniciativa es uno de los instrumentos con que cuenta la OPS para llevar a cabo actividades de cooperación, por medio del intercambio de información y tecnología entre instituciones nacionales e internacionales de la Región.

Los objetivos de REPAMAR son reducir la contaminación por residuos para mitigar sus efectos nocivos en la salud y el ambiente; promover y adaptar el enfoque de minimización y reciclaje de residuos aplicando una tecnología compatible con las estrategias de desarrollo de la Región; fortalecer a las instituciones coordinadoras de la Red en los países y a las entidades que regulan el manejo de las sustancias tóxicas y peligrosas para que cuenten con leyes y mecanismos que garanticen su cumplimiento; desarrollar programas de

---

***La actividad industrial, la minería y los servicios de salud generan un volumen importante de residuos potencialmente nocivos para la salud humana y el medio ambiente.***

concertación entre los que generan residuos, quienes controlan la contaminación y la comunidad afectada, y recopilar y diseminar información relacionada con el manejo ambiental de los residuos.

Para lograr los objetivos se crearon mecanismos de participación de instituciones públicas y privadas, organismos no gubernamentales y universidades, que conforman los centros nacionales coordinadores en todos los países que integran la Red. En cada país se llevan a cabo proyectos piloto para la adaptación de técnicas de producción limpias. También se realizan seminarios, cursos y talleres, se elaboran documentos y se presta asesoramiento por medio de consultorías nacionales e internacionales.

## **Saneamiento adecuado para las comunidades**

***Las deficiencias del saneamiento básico y la precariedad habitacional de los asentamientos humanos contribuyen a la prevalencia de enfermedades e influyen de manera significativa en la degradación de la calidad de vida.***

El saneamiento básico deficiente y las precarias condiciones habitacionales de los asentamientos humanos, principalmente en las áreas rurales y urbanomarginales, contribuyen significativamente a la prevalencia de determinadas enfermedades transmitidas por vectores y tienen una gran influencia en la degradación de la calidad de vida.

Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 39% de los hogares de América Latina y el Caribe se encuentran en condiciones de pobreza y 18%, en condiciones de indigencia. Como resultado, 37% de las viviendas son inadecuadas y, de ellas, solo 21% pueden arreglarse para hacerlas habitables. Esto conlleva varios problemas de salud pública, entre ellos la enfermedad de Chagas, infecciones respiratorias agudas, alergias, envenenamientos, accidentes y violencia.

Con el fin de contribuir a mejorar esta situación, en Bolivia la OPS presta especial atención a la transferencia de tecnología de bajo costo dirigida a mejorar las condiciones higiénico-sanitarias de las comunidades rurales y periurbanas. Para la difusión de la tecnología se desarrollaron proyectos de demostración en comunidades indígenas. Los proyectos consisten en la perforación manual de pozos, la construcción en la comunidad de hornos Lorena y de artefactos sanitarios (como tanques de agua, calefones solares para ducha, lavaderos de ropa, tazas sanitarias y fosas sépticas), y la mejora de los pisos, los techos y las paredes de las viviendas. Se utilizaron técnicas desarrolladas por la OPS y la Escuela Móvil de Aguas, que se transfirieron mediante la capacitación de miembros de la comunidad. Además, se instalaron módulos piloto en las escuelas con el fin de que la comunidad conociera y aplicara estas técnicas, y, de esta manera, fueran aceptadas y utilizadas en los hogares.

Para ejecutar los proyectos de demostración se seleccionaron dos comunidades indígenas, una ubicada en el altiplano (urus) y otra en la planicie oriental de Bolivia (guaranés). En la comunidad uru se perforaron 106 pozos con una profundidad promedio de 30 metros y se instalaron bombas manuales tipo FLEXI/OPS. También se mejoraron 25 viviendas y se instalaron 80 uni-

dades sanitarias. Asimismo, se construyeron dos baterías sanitarias en dos escuelas (40 alumnos). En la comunidad guaraní se perforaron 32 pozos con una profundidad promedio de 21 metros, y se construyeron 60 unidades sanitarias familiares y una batería sanitaria para la escuela (250 alumnos). La población beneficiada fue de 835 personas, en solo tres meses de actividades. Por último, se capacitaron y equiparon tres microempresas campesinas para la perforación de pozos y la construcción de artefactos sanitarios.

### ***Agua salubre en la vivienda***

El abastecimiento de agua representa un problema grave debido a la falta o deficiencia de la desinfección y a la degradación de la calidad de las fuentes. Según algunos estudios, menos de 25% de los sistemas comunitarios de abastecimiento de agua en América Latina y el Caribe se desinfectan de manera fiable. Informes suministrados por los países de la Región en 1995 indican que apenas 72% de la población tiene acceso a agua en la vivienda o a una distancia inferior a 200 metros. Además, los programas para extender la cobertura de los servicios progresan a un ritmo inferior al necesario para alcanzar, en el año 2000, las metas establecidas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

La epidemia de cólera que surgió en 1991 en la Región puso de manifiesto las fallas de los sistemas de suministro de agua, en especial las prácticas ineficientes de desinfección. Actualmente, después de una intensa promoción de la desinfección, solo alrededor de 59% de los usuarios reciben agua tratada con cierto nivel de calidad bacteriológica. Debido a esta situación, que es mucho más grave en las áreas rurales y urbanomarginales, en 1996 la OPS llevó a cabo proyectos de demostración de desinfección domiciliar del agua en algunos países, entre ellos El Salvador y el Perú.

En El Salvador, junto con el Ministerio de Salud Pública y la participación directa de la comunidad, se implantó el programa "PURIAGUA", que forma parte de los proyectos PROAGUA y PROQUIM ejecutados dentro del marco del proyecto Medio Ambiente y Salud para el Istmo Centroamericano (MASICA). El mismo consiste en un plan de desinfección domiciliar del agua para consumo humano, que se pone en práctica con 43 aparatos generadores de hipoclorito de sodio estratégicamente distribuidos en todo el país, beneficiando a 200 000 habitantes del área rural, lo cual corresponde a cerca de 8% de la población rural. La solución desinfectante se obtiene a partir de sal común, agua y energía eléctrica, la cual divide la molécula de cloruro de sodio, fijando al agua el ión cloro por electrólisis simple. El proceso de producción es muy sencillo y de bajo costo. Se necesitan 2,5 kg de sal común mezclados con 80 litros de agua para que un generador de 110 voltios produzca en 9 horas 80 litros de solución de hipoclorito de sodio (concentración = 5000 mg/l). La solución se produce localmente y se distribuye a todas las viviendas en frascos plásticos con su res-

---

***Apenas 72% de la población de la Región cuenta con abastecimiento de agua potable en la vivienda o a una distancia inferior a 200 metros.***

pectiva etiqueta que contiene instrucciones para su uso y el nombre que identifica la solución. El agua para cada vivienda se desinfecta agregando la solución obtenida (8 gotas por litro) al volumen de agua que diariamente consume la familia. Para que fuera mejor aceptado por la población rural y tuviera un nombre fácil de recordar, la solución se identifica como PURIAGUA. Para su distribución se aprovechan las visitas de los promotores de salud y de los inspectores de saneamiento ambiental. Después de 15 días se sustituyen los frascos reutilizables vencidos por otros nuevos. El programa ha tenido gran éxito y ha sido ampliamente aceptado por la población rural. Gracias al uso regular de esta solución se ha logrado una disminución muy notable de las tasas de enfermedades causadas por el consumo de agua contaminada.

La acelerada migración del campo a la ciudad que prevalece en América Latina y el Caribe ha generado un aumento significativo de población urbanomarginal, la cual llega a constituir hasta 40% de la población urbana total y está expuesta a condiciones ambientales deficientes. Por ello, dentro del Programa de Capacitación y Movilización Social para la Prevención del Cólera en Latinoamérica y el Caribe, promovido por la OPS y el GTZ, con la colaboración de la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA/OFASA), el CEPIS llevó a cabo un proyecto demostrativo de desinfección domiciliar del agua mediante la generación local de hipoclorito de sodio en cinco comunidades de las tres regiones naturales del Perú: la costa, la sierra y la selva. Los resultados han sido exitosos; ya concluyó la instalación de los sistemas de desinfección en el hogar, y se prepararon un informe final y un video que describen la experiencia, que están en etapa de edición.

Como parte del programa de fortalecimiento de los servicios de salud que el Ministerio de Salud lleva a cabo con financiamiento del BID, en 1995 el CEPIS evaluó un proyecto para la desinfección del agua y los alimentos en el hogar. En 1996 la OPS y el Ministerio de Salud firmaron un convenio de cooperación técnica con objeto de que las actividades correspondientes sean ejecutadas a través del CEPIS. El proyecto, que beneficiará a unos 200 000 habitantes de poblaciones rurales y urbanomarginales de zonas deprimidas del Perú, tiene por finalidad disminuir los riesgos de contraer enfermedades entéricas asociadas al consumo de agua y alimentos contaminados. El proyecto se encuentra en la fase de organización y planificación, para lo cual se constituyó la unidad de coordinación del mismo y se le proporcionó espacio físico y equipo para su funcionamiento en el CEPIS. En 1996 se hicieron progresos en la preselección de las localidades y en la evaluación de las opciones técnicas para la producción de desinfectante bajo diferentes condiciones de tensión y corriente eléctrica. Sobre la base de la experiencia adquirida en cinco comunidades, se acordó que para ejecutar este proyecto se aplicarán las siguientes estrategias: los proyectos locales para la instalación de los sistemas se prepararán y ejecutarán con la colaboración de instituciones públicas y privadas con capacidad instalada y permanencia asegurada en el área; se motivará y capacitará al personal de esas instituciones, a los agentes comunitarios que

---

***La Organización  
llevó a cabo proyectos  
de demostración de  
desinfección  
domiciliar del agua  
en algunos países.***

asumirán responsabilidades en la gestión de los sistemas y a la población beneficiaria de los mismos; para lograr la participación activa de la comunidad, que será la principal conductora de los proyectos en todas sus etapas, se tendrá muy en cuenta su cultura y situación socioeconómica; en todos los casos se buscarán soluciones autosostenibles.

Con el propósito de establecer sistemas de análisis de vulnerabilidad en caso de desastres en los sistemas de abastecimiento de agua, la OPS preparó las "Guías para la elaboración del análisis de vulnerabilidad de sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario", que están en revisión. Se hicieron asimismo dos estudios de caso sobre daños causados por desastres en los sistemas de abastecimiento de agua, uno en la zona rural del Ecuador y otro en el medio urbano de Costa Rica, con el fin de contar con documentación técnica básica útil para organizar una futura conferencia internacional sobre mitigación de desastres en los sistemas de abastecimiento de agua.

### *Comunidades saludables*

Dentro del componente de comunidades saludables que promueve la OPS, el CEPIS propuso desarrollar en la ciudad de Tacna, en el sur del Perú, un proyecto para la gestión local de los problemas de salud ambiental. Así, en 1995 se celebró un convenio de cooperación con la Municipalidad de Tacna. Se crearon los mecanismos de participación de la población en el proyecto, para que las autoridades y los sectores representativos de esa población puedan conocer y decidir sobre los problemas existentes, establecer prioridades y proponer los enfoques para resolverlos. Para que el proyecto sea autosostenible se promueve el uso de tecnología adecuada. También se tomó en cuenta su proyección nacional y regional, con miras a que los resultados que se obtengan sirvan de ejemplo para otras ciudades con problemas similares.

Se organizó un comité de ambiente y salud, que está presidido por el alcalde de la ciudad y cuenta con una secretaria técnica, y se formaron grupos de trabajo para cada una de las actividades que se están realizando. Se concluyó un documento sobre el diagnóstico de las condiciones del ambiente y la salud de Tacna que estaba en proceso de edición, y se preparó el plan estratégico para mejorar la gestión ambiental y la salud urbana. A partir del diagnóstico se definieron las áreas de acción y los proyectos; el plan incluirá los términos de referencia de cada uno de los proyectos.

Una de las tareas prioritarias identificadas en el diagnóstico es la creación de un entorno verde y la expansión de la frontera agrícola utilizando las aguas residuales de la ciudad. Para llevarla a cabo se organizó un comité formado por los beneficiarios del uso de dichas aguas y se negoció un convenio que facilite la ejecución del proyecto. Se realizó un estudio económico del material reciclable y se identificó que el área que se utiliza para la disposición final de los residuos es inadecuada, por lo que se gestionó la asignación de un nuevo

---

*La OPS promueve la participación comunitaria en los proyectos destinados a solucionar los problemas de contaminación ambiental.*

sitio para instalar el relleno sanitario. Los proyectos cuyo costo no pueda financiar la municipalidad, serán puestos a consideración de organismos gubernamentales y de cooperación internacional.

## **LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO**

La salud, de los componentes del desarrollo humano, constituye un objetivo primordial por sí mismo y, al mismo tiempo, un indicador clave de este desarrollo. El proceso de integración subregional y regional ofrece grandes posibilidades para la cooperación técnica de la Organización en la consecución de las metas del sector salud. Durante el período, las responsabilidades de la OPS se centraron en la generación del conocimiento necesario en los países para asegurar el sostenimiento de sus acciones y la elevación de los niveles de salud, así como para facilitar la cooperación entre los países y el intercambio entre organismos, instituciones y grupos.

Ante la necesidad de definir gente sana en espacios saludables, se multiplicaron las iniciativas regionales y nacionales para obtener datos y transformarlos en información que muestre las inequidades en materia de salud y permita evaluar la efectividad de las intervenciones. Como se indicó en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1995-1998, la Organización ha tratado de fortalecer la capacidad de los países para analizar y formular políticas y planes de salud acordes con las estrategias necesarias de desarrollo humano y compatibles con ellas. Para alcanzar este objetivo, la OPS movilizó varios actores que podrían influenciar el logro de las políticas en el ámbito tanto nacional como regional.

### **Mujer, salud y desarrollo**

Como parte del compromiso de lograr la equidad en salud, durante 1996 la OPS puso en marcha proyectos que se ejecutaron a nivel local y que benefician directamente a las mujeres, sobre todo a aquellas que viven en condiciones de pobreza. Una de las iniciativas más relevantes es el proyecto regional para prevenir la violencia doméstica y asistir a las mujeres maltratadas. La OPS movilizó recursos financieros de los Gobiernos de Noruega, los Países Bajos y Suecia, así como del Banco Interamericano de Desarrollo, destinados a apoyar los esfuerzos de los países para enfrentar la violencia doméstica. La piedra angular de esta iniciativa es la creación, a nivel local, de redes comunitarias en las que participan el sector salud, el de educación y el jurídico, así como representantes de las instituciones religiosas y de otros grupos de la comunidad, y las organizaciones de mujeres. Las redes tienen por objetivo llevar a cabo acciones en contra de la violencia doméstica y promover modos de convivencia no violentos. En 26 comunidades urbanas y rurales de 16 países de la Región ya existen redes que fortalecen la capacidad del sector salud, a nivel local, para identificar, tratar y referir mujeres que sufren la violencia en sus hogares.

Se reconoce que el grado de inequidad experimentado por la mujer está influenciado tanto por factores socioeconómicos como por el origen étnico y la edad. En este sentido, el subgrupo de población que quizás sufre mayores inequidades en materia de salud en la Región es el de las mujeres indígenas que viven en situación de pobreza extrema. La OPS y el Gobierno de Suecia han comenzado a trabajar con mujeres indígenas de seis comunidades rurales de Guatemala, con el propósito de fomentar su autovaloración basada en la transmisión de conocimientos sobre promoción y atención de la salud, y de identificar con ellas las áreas en las que desean trabajar para mejorar sus vidas y las de sus familias y comunidades. La valorización del conocimiento de las mujeres indígenas en materia de medicina tradicional concluyó con la instalación, en las unidades locales de salud, de laboratorios donde las mujeres indígenas cultivan y procesan plantas medicinales que luego son usadas por la misma unidad. Esta iniciativa ha facilitado la eliminación de los prejuicios mutuos y la desconfianza existentes hasta ahora entre los trabajadores del centro de salud y las mujeres indígenas.

Las organizaciones no gubernamentales que trabajan a nivel local para promover la equidad en el área de salud reproductiva hacen una importante contribución al mejoramiento de la situación de salud de la mujer. Durante 1996 la OPS, el FNUAP y el Gobierno de los Países Bajos aunaron sus esfuerzos para recolectar y sistematizar las experiencias de 20 organizaciones no gubernamentales que trabajan en 12 países por la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y los adultos de ambos sexos. Los resultados de esta labor aportarán conocimientos que servirán para mejorar los servicios de salud pública en el campo de la salud reproductiva, y para asegurar a las mujeres y a los hombres un amplio acceso a servicios de alta calidad.

Para poder contar con el enfoque multidisciplinario y multisectorial que requieren los temas relacionados con la mujer, la salud y el desarrollo, se intensificó el intercambio con otras organizaciones del sistema de Naciones Unidas, el sistema interamericano, organizaciones multi y bilaterales, y varias organizaciones no gubernamentales que trabajan a nivel regional y de país.

## **Análisis de la situación de salud**

Los cambios recientes en las políticas en general y en las de salud en particular, con la descentralización, la participación social, la búsqueda de nuevos mecanismos de financiamiento y la multiplicidad de proveedores de servicios de atención de salud, entre otros factores, implican la redefinición de las responsabilidades y las funciones de los gobiernos centrales, provinciales y municipales. Esto ha generado nuevas necesidades de conocimientos e información, tanto en los países de la Región como en la misma Organización, para permitir un manejo político-estratégico, técnico y gerencial de los programas y servicios de salud.

---

*Los programas de desarrollo y de población son más efectivos cuando se mejora al mismo tiempo la condición de la mujer.*

En relación con los países, la Organización ha orientado la cooperación para identificar las funciones esenciales de la salud pública en los ministerios de salud. En muchos casos este proceso ha culminado en la creación de unidades o en el diseño de proyectos destinados a generar los conocimientos y la información necesarios. Cabe citar a manera de ejemplo el apoyo prestado a la organización de una sala de situación político-estratégica en el Ministerio de Salud del Perú, la coordinación de una red de centros colaboradores en sistemas de información geográfica en epidemiología en Chile, Cuba y México, y el establecimiento de las unidades provinciales y municipales de análisis y tendencias de salud, en Cuba.

Con el propósito de reforzar los sistemas de registro y procesamiento de datos, durante 1996 se trabajó especialmente en la capacitación para utilizar la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Con este fin, se impartieron cursos en Colombia, Ecuador, las Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Nicaragua y Suriname. También se preparó una lista resumida de causas de defunción para uso en los países y en la OPS, y se elaboraron programas de computación para la selección de las causas básicas de mortalidad y para el procesamiento de los datos de mortalidad.

Una estrategia de cooperación fue la capacitación en epidemiología y estadística. En este sentido se llevaron a cabo numerosas actividades, tales como el Curso de Verano en Epidemiología que se realiza todos los años en Tampa, Florida, Estados Unidos; los cursos de capacitación en sistemas geográficos de información en epidemiología dictados en Brasil, Chile, Colombia, Jamaica y Nicaragua, y los cursos de capacitación en epidemiología y enfermedades transmisibles realizados en Brasil, Colombia y Paraguay. También se impartió el Primer Curso de Epidemiología y Bioestadística por correo electrónico para profesionales de países de habla inglesa del Caribe, organizado conjuntamente con la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos) y la Universidad de Western Ontario (Canadá).

El proceso de mejorar el sistema de información técnica de la OPS para adaptarlo a las nuevas exigencias de la cooperación técnica con los países responde a las necesidades de generar estudios sobre la situación de salud en la Región y diseminar información. Al respecto, la difusión de información se vio fortalecida con la revisión y ampliación de la lista de distribución del *Boletín Epidemiológico* y la entrega de la publicación en disquete a las Representaciones de la OPS en Argentina, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú, para su reproducción local. Además, se preparó en formato electrónico para su inclusión en Internet. Se elaboraron los criterios de selección de un conjunto de indicadores básicos de salud y para la definición de los requerimientos de la base de datos desarrollada por BIREME para el almacenamiento y recuperación de indicadores de mortalidad y población que se espera esté disponible por Internet e Intranet en 1997.

---

***El desarrollo de la capacidad para establecer buenos sistemas informáticos y analizar la información permitirá una definición más rigurosa de las condiciones, tendencias y prioridades en materia de salud.***

## Bioética

En el sector salud, el estudio y la práctica de la bioética han adquirido gran relevancia, por lo que la OPS se ha empeñado en fortalecer la capacidad para analizar y formular políticas y planes de salud congruentes con las estrategias para el desarrollo humano. El impacto de la nueva tecnología en el campo de la salud y la demanda social que ha generado, el avance de la investigación médica, y el espectacular desarrollo del conocimiento para resolver problemas epidemiológicos hacen que hoy se recurra con urgencia a los principios de la bioética.

La Organización, consciente de la necesidad de establecer los criterios indispensables para el adecuado aporte de la bioética, ha orientado sus esfuerzos a la capacitación de médicos y profesionales de otras disciplinas afines con la salud. Es así que durante julio y agosto de 1996 se dictó la primera parte de una maestría en bioética coordinada por la Universidad de Chile, en la que participan 40 profesionales de 11 países de la Región.

Frente a la tendencia creciente a la aplicación de modelos económicos neoliberales, el debate bioético no puede evitar en la actualidad la búsqueda de soluciones ante la reducción de los servicios que otorgaba el Estado y que ahora presta la actividad privada. Es necesario diseñar políticas sociales que refuercen estratégicamente los conceptos de justicia sanitaria y derecho a la salud, para terminar con las inequidades e impedir las condiciones de desigualdad.

La Organización impulsa y ejecuta proyectos destinados a cautelar el cumplimiento de protocolos de investigación que respeten los principios éticos básicos y la dignidad humana, asegurar el acceso equitativo a la nueva tecnología que se utiliza para la atención de la salud, y hacer cumplir los principios éticos de la relación médico-paciente. Entre las actividades realizadas durante 1996 cabe destacar un seminario-taller de bioética e investigación que tuvo lugar en La Habana, Cuba; la cooperación técnica directa con los programas nacionales de bioética de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Perú y Uruguay, y el apoyo a la Comisión de Salud del PARLATINO, al Hastings Center de Nueva York y a la Segunda Conferencia sobre Derechos Humanos realizada en Boston, Estados Unidos. Por último, se promovió la diseminación de conocimientos sobre bioética en la Región de las Américas.

## Política de salud y financiamiento del sector

En años recientes se han generado diversas iniciativas dirigidas a dotar a los países con enfoques e instrumentos que les permitan un manejo más apropiado de lo que se ha llamado Cuentas Nacionales de Salud (CNS) o Cuentas de Gasto Nacional de Salud (CGNS), para lograr medir el gasto total en salud. La OPS dirigió gran parte de la cooperación a la sistematización de las

---

*La aplicación de los principios de la bioética fortalece la promoción de políticas de salud que protegen y favorecen el desarrollo humano.*

---

***El diseño de políticas  
sociales que refuercen  
la justicia sanitaria y  
el derecho a la salud es  
fundamental para  
reducir la inequidad.***

experiencias desarrolladas desde la última edición de *Las condiciones de salud en las Américas* (1994). También se promovió la coordinación entre las iniciativas en marcha en la Región, con el fin de lograr una mayor compatibilidad en los resultados. Con este fin, la OPS participa, conjuntamente con la USAID, el Banco Mundial, el BID, la CEPAL, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la industria farmacéutica y la Universidad de Harvard (EUA), en un proyecto dirigido a estimar las CNS/CGNS de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana.

Las Representaciones de la OPS/OMS en los países y los Parlamentos Nacionales trabajan para intercambiar sistemáticamente información y cooperación técnica. Con la idea de promover la legislación sobre asuntos relacionados con la salud, la OPS apoyó la labor de los Parlamentos Andino, Latino y Centroamericano en torno a una agenda de salud, y logró articular el trabajo de las tres instituciones con los Parlamentos Nacionales. Asimismo, con el Parlamento Indígena se coordinaron actividades conjuntas dirigidas al mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de los pueblos indígenas. Es de destacar el trabajo realizado con otras instituciones durante 1996. Como resultado de un esfuerzo conjunto entre la OMS, el UNICEF, el FNUAP, la OPS y la Organización Internacional de Médicos Parlamentarios se organizó una conferencia en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, que permitió definir el papel de los parlamentos en la reforma del sector salud e hizo recomendaciones para el seguimiento de las cumbres de Nueva York, El Cairo y Pekín.

Durante 1996 el área de economía y financiamiento de la salud se fortaleció con el crecimiento cuantitativo de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud. Hoy, esta red cuenta con numerosos expertos y profesionales que favorecen la comunicación y articulación entre ministerios de salud y finanzas, investigadores y prestadores de servicios de salud, docentes y gerentes, así como entre el Estado y el sector privado. La red ha promovido importantes actividades de capacitación en materia de economía y salud, tales como la organización de un curso taller del cual se beneficiaron 18 países y un seminario dictado en Santiago, Chile, en el que se profundizó el tema de la economía y la salud en América Latina y el Caribe.

También la legislación fue un tema de interés durante el período. Además de contar con la base de datos LEYES actualizada, que se difunde ampliamente en CD-ROM y en línea, se colaboró con los países en la formulación, tramitación legislativa y reglamentación de proyectos de ley específicos de interés para el sector salud. Entre estos se destacan los de Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana y Paraguay sobre salud de los ancianos, lactancia materna, salud mental, protección de los alimentos, regulación tecnológica, turismo, certificación de causa de muerte, y prevención y reducción de los desastres.

Con el propósito de fortalecer la capacidad de los países en el campo del derecho a la salud, la OPS y el Centro Interamericano de Estudios sobre la Seguridad Social realizaron en México el III Curso Internacional de Legislación de Salud, al que asistieron 25 participantes entre asesores jurídicos de

instituciones de salud, parlamentarios y asesores parlamentarios de 12 países latinoamericanos. Además, la OPS apoyó el curso realizado por el Centro de Investigación en Derecho Sanitario de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo para 20 asesores jurídicos de instituciones de salud de diversos gobiernos estatales y municipales del Brasil. Al mismo tiempo, la OPS congrega a estos expertos y a las respectivas instituciones en la Red Interamericana de Legislación de Salud, como un mecanismo para asegurar la sostenibilidad del desarrollo regional y la cooperación horizontal entre países en este campo.

En materia de reducción de los desastres, se finalizó un modelo regional de ley que promueve la inclusión de factores de riesgo en el desarrollo nacional y provincial.

En un esfuerzo por documentar la inequidad y lograr mayor eficiencia y efectividad como elementos básicos que orienten los procesos de reforma actualmente en marcha en la Región, en colaboración con el BID y las Universidades de las Indias Occidentales, de Toronto, Canadá, y de Harvard, Estados Unidos, se completó un estudio del sector salud del Caribe. Con los resultados obtenidos y validados por los gobiernos de los países del Caribe, se preparó un proyecto sobre gestión de la reforma del sector salud para la reducción de la pobreza en dicha subregión. Este proyecto, enriquecido con información proveniente del seminario subregional sobre salud, educación y reducción de la pobreza realizado en 1995 en Trinidad y Tabago, otorga atención especial a la necesidad de lograr una mayor equidad como resultado de la reforma del sector salud. Para ello se vale del intercambio de experiencias exitosas entre países de la subregión, así como de otras partes del mundo, que tengan relevancia para el caso caribeño. Este proyecto cuenta con el apoyo de la División de Cooperación entre Países del PNUD, del Banco de Desarrollo Caribeño, del CARICOM, de la Organización de los Estados del Caribe Occidental, del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), del Centro para el Desarrollo Administrativo del Caribe (CARICAD), y de las Universidades de las Indias Occidentales y de Guyana.

Como parte del proceso de creación de conciencia sobre temas de salud, la OPS elaboró un documento para orientar las actividades de abogacía por la salud en diferentes foros de integración regional y apertura comercial, tales como en el Área de Libre Comercio de las Américas, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), el Mercado Común Centroamericano, la Asociación de Estados Caribeños, la Asociación Latino Americana de Integración (ALADI), la Comunidad Andina y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR).

Para estimular a sus países miembros a que aprovechen las oportunidades y enfrenten los desafíos derivados del proceso de integración, la OPS ha seguido la dinámica evolución de dicho proceso de integración regional y ha formulado varias recomendaciones, tal como la ofrecida a los países del MERCOSUR para crear un grupo de trabajo dedicado exclusivamente a dar un

---

*La OPS ha seguido la dinámica evolución del proceso de integración regional y ha promovido el intercambio de experiencias exitosas entre países para dar un tratamiento adecuado a los asuntos de salud.*

tratamiento adecuado a los asuntos de salud. Asimismo, cabe citar la promoción de la participación del sector salud en el Foro de las Américas (Belo Horizonte, Brasil, mayo de 1997) previo a la III Reunión Hemisférica de Ministros de Comercio. En suma, la OPS colabora para acercar a los sectores de comercio y salud, en el entendimiento de que ambos tienen mucho que ganar si aumentan la colaboración en materia de salud, ganancia que, en definitiva, beneficiará a la población de la Región.

## Salud y turismo

El objetivo primordial de la política sobre turismo es integrar los beneficios económicos, políticos, culturales, intelectuales y ambientales, tanto para las personas como para los países, para mejorar la calidad de vida y sentar las bases para la paz y la prosperidad. De hecho, entre los sectores de salud y turismo hay múltiples temas de interés mutuo que es necesario destacar para conocer mejor la interacción y la complejidad de sus relaciones. Entre tales relaciones se mencionan la protección del ambiente, el saneamiento del medio, la higiene de los alimentos, las enfermedades infecciosas, el comportamiento social y los servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud apoya esta alianza para el uso equitativo y eficiente de los recursos naturales de los países. Así, en 1992 la XXXVI Reunión del Consejo Directivo aprobó las propuestas de cooperación técnica de la OPS en el contexto de la salud y el desarrollo e instó a los Gobiernos Miembros a promover actividades conjuntas entre los sectores de salud y turismo.

Se organizó y promovió la participación del sector salud en la III Reunión Hemisférica de Ministros de Comercio en el Foro de las Américas, en coordinación con la OEA, el BID, la CEPAL, y los gobiernos federal y del estado de Minas Gerais y la Conferencia Nacional de la Industria, del Brasil.

Con miras a incluir el tema de turismo y salud en los acuerdos de integración regional, durante 1996 se negoció con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) la realización de un estudio del comercio internacional en materia de servicios de salud dentro del MERCOSUR, se iniciaron negociaciones con la ALADI para promover la participación del Director de la OPS en la próxima Reunión de Ministros de Turismo, y se investigaron las oportunidades y los desafíos para la salud dentro del marco del TLC.

Se colaboró con organismos caribeños en la Iniciativa para el Desarrollo de Turismo Sostenible y Salud del Medio Ambiente (EHSTD, por sus siglas en inglés). Se organizaron cursos de capacitación para operadores de plantas de tratamiento de aguas negras en Bahamas, Barbados, Santa Lucía y otras islas del Caribe. La Asociación de Hoteles Caribeños introdujo un sistema de clasificación sobre manejo ambiental para hoteles en el Caribe. Con el Gobierno de Barbados se organizó la segunda reunión del grupo consultivo de la EHSTD

**Alrededor de 100 millones de turistas internacionales visitan la Región de las Américas cada año aportando ingresos cercanos a los 75 millones de dólares estadounidenses.**

en ese país, con miras a identificar puntos de interés y formular proyectos.

Un área importante de cooperación en salud y turismo es la higiene de los alimentos. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) llevó a cabo un taller de higiene de los alimentos dirigido a la industria del turismo, en el que participaron cocineros, jefes de cocina y supervisores. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) organizó la primera conferencia para la industria hotelera sobre la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos en mayo de 1996, en Puerto España, Trinidad y Tabago. También se completó y publicó un estudio sobre la contaminación microbiana de los alimentos vendidos en la vía pública, realizado en países donde el turismo es una actividad primordial, como Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Perú y la República Dominicana.

Entretanto, se estableció un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos en 10 países, dando prioridad a las ciudades turísticas, y se apoyó la vigilancia de las toxinas de origen marino en el área costera del Pacífico en Guatemala y México. Además, se realizó un inventario de las instituciones nacionales que se ocupan de la protección de los alimentos en Barbados, Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago a fin de coordinar las actividades y optimizar los recursos.

Se analizó y revisó una encuesta sobre aspectos de salud y turismo de interés para la educación e investigación en salud pública, que se había aplicado a expertos en los campos de salud pública y de turismo.

## La OPS y las instituciones religiosas

La mayoría de los países de la Región están reorientando sus programas y servicios de salud con el propósito de multiplicar las condiciones que favorecen la salud y el desarrollo sostenible, y al mismo tiempo están promoviendo nuevas estrategias para construir entornos saludables.

La OPS reconoce la presencia y el trabajo de las instituciones religiosas en la comunidad, así como la atención y el respeto que reciben tanto desde el punto de vista individual como colectivo. De hecho, por su posición, los líderes religiosos pueden desempeñar una función muy importante en la tarea de mejorar la salud de la sociedad en general.

En muchos países, las instituciones religiosas apoyan los procesos de paz y las conductas sociales que contribuyen a la salud de la población. Gran parte de su trabajo consiste en labores humanitarias que incluyen la atención de enfermos. La Organización considera que el momento actual es muy apropiado para ampliar las actividades de promoción de la salud, y que las instituciones religiosas reúnen condiciones ideales para apoyar esas actividades. Por tal razón, ha comenzado a solicitar la cooperación de las instituciones religiosas en el campo de la promoción de la salud. Con ese fin, la Organización preparó un documento que servirá de base para el trabajo conjunto y se movilizó para

---

*En muchos países, las instituciones religiosas apoyan los procesos de paz y las conductas que contribuyen a la salud de la población.*

realizar en 1997 una reunión en la que representantes de diversas organizaciones religiosas compartan su visión sobre la promoción de modos de vida sanos y la abogacía por la salud, con el propósito de identificar intereses comunes y discutir la factibilidad de mancomunar esfuerzos en los países de la Región.

## **DESARROLLO    Políticas y organización institucional de la atención de salud**

### **DE SISTEMAS**

### **Y SERVICIOS**

### **DE SALUD**

Los procesos nacionales de desarrollo institucional recibieron apoyo de la Organización para fortalecer la capacidad política y técnica de los ministerios de salud en su función de rectoría sectorial, en términos de concertar intereses, definir orientaciones, movilizar recursos y coordinar acciones de los diferentes actores sociales que intervienen en el sector, todo ello manteniendo el proceso de reforma sectorial dentro de los parámetros políticos, técnicos y administrativos adecuados.

Se elaboró el borrador de un documento que enmarca los lineamientos de la rectoría sectorial, orientada a la cobertura universal con equidad, en el que se destacan los elementos conceptuales de rectoría en el contexto de la modernización del Estado y la reforma del sector, así como las estrategias de desarrollo institucional para ejercer la capacidad rectora. Para contribuir a la adopción de instrumentos y estrategias que posibiliten la participación de la seguridad social en los procesos nacionales de reforma del sector salud, se apoyó la preparación de un documento en el que se destaca el funcionamiento y la relevancia de las instituciones de seguridad social dentro del sector en América Central, y se sugieren propuestas de participación coordinada de la seguridad social y los ministerios de salud para el desarrollo integral de la salud en esa subregión.

En el área de descentralización, se diseñó el marco de referencia de un proyecto para el desarrollo local en cinco países de América Central, que será financiado por el Gobierno de los Países Bajos. Asimismo, continuó el seguimiento y la evaluación externa de proyectos sobre descentralización y reforma, financiados por la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), y se impulsó el intercambio de experiencias sobre desarrollo local. Igualmente, como parte del proyecto denominado Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza (SMALP), se elaboraron propuestas nacionales que fueron sometidas para su consideración por el Gobierno de Italia. Se hicieron encuestas en varios países de la Región a fin de determinar el avance de los procesos de descentralización, para identificar tanto los puntos fuertes y débiles de los mismos como las necesidades de cooperación técnica para el futuro.

En materia de desarrollo de instrumentos de gestión, se completó el material referente al perfeccionamiento de la capacidad gerencial, que se transfirió a los países y se entregó al Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) para su difusión. Igualmente, está en preparación un CD-ROM con la documentación técnica del proyecto titulado "Desa-

rollo de la capacidad gerencial de Centroamérica", que contiene metodologías, instrumentos y experiencias orientadas a la modernización, organización y gestión de los servicios de salud. Se impartieron cursos y seminarios en varios países sobre administración estratégica, induciendo la incorporación de los contenidos temáticos del currículo académico a los procesos de educación permanente en marcha en los países.

En el campo de apoyo y monitoría a los procesos de reforma, se completó un documento de referencia sobre la cooperación técnica de la OPS y se prepararon propuestas metodológicas para elaborar un instrumento de análisis comparativo de los procesos de reforma sectorial. Se colaboró con varios países en la instrumentación de un plan nacional para establecer mecanismos de orientación y coordinación de la cooperación técnica, así como de monitoría de los respectivos procesos nacionales de reforma sectorial.

### **Planificación, análisis del gasto y fomento de inversiones en salud**

Continuó la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS) en sus tres campos de trabajo, a saber, realización de análisis sectoriales, elaboración de planes maestros de inversión y formulación de proyectos de inversión. Estas actividades contaron una vez más con el apoyo del Gobierno de España a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Durante 1996 se recibieron dos contribuciones: una en el mes de febrero, por US\$ 483 826, correspondiente al Plan de Actuaciones Conjuntas OPS/AECI/MSC suscrito en 1995, y otra en julio, por US\$ 467 457. Además, el Gobierno de España contribuyó con el envío de un experto asociado, adscrito a la Secretaría Ejecutiva del PIAS por un período de siete meses.

Entre las actividades realizadas por el PIAS en 1996 en el área de salud se destaca la preparación del documento "Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud", en español y en inglés. Asimismo, se contribuyó a la preparación del Plan Nacional de Salud en Panamá; se participó en el análisis del sector salud en Cuba, y se apoyó el inicio de las gestiones para realizar un análisis sectorial en el marco de la reforma del sector en el Paraguay. También se idearon los lineamientos metodológicos para la preparación de planes de inversión y se participó en la discusión para presentar una propuesta provisional de publicación, cuyos términos de referencia sirvieron de base para organizar proyectos en Colombia, Cuba, Guatemala y Perú. Por último, se llevaron a cabo actividades de apoyo a la formulación de proyectos de inversión en salud en el Brasil y en el Paraguay, se cooperó técnicamente en el desarrollo del Proyecto FASBASE en el Ecuador y Panamá, y se trabajó con el Fondo Venezolano de Inversión Social en la preparación de un convenio de preinversión en Venezuela.

---

*El Gobierno de España continúa apoyando la realización de análisis sectoriales para la elaboración de planes maestros de inversión y la formulación de proyectos de inversión en el marco del PIAS.*

## Organización de la provisión de servicios de salud

Se completaron y difundieron módulos educacionales para gerentes de establecimientos de salud, y se difundieron manuales para apoyar la gerencia local en las áreas de programación táctica y operativa; administración de recursos humanos y materiales, y de medicamentos y vacunas; mantenimiento de equipos; administración financiera; calidad de la atención; sistemas de información; vigilancia epidemiológica, y vigilancia sanitaria y ambiental. Continuaron las acciones para fortalecer la garantía de la calidad y el desarrollo institucional de hospitales y servicios de salud.

En respuesta a las resoluciones WHA45.5 y WHA49.1 de las Asambleas Mundiales de la Salud de 1992 y 1996, respectivamente, se hizo hincapié en la organización y gestión de los servicios de enfermería fortaleciendo la calidad de la atención y facilitando la participación de esta especialidad en los procesos de reforma del sector. También se prepararon publicaciones orientadas a mejorar la gestión y la calidad de la práctica general de la enfermería.

En materia de prevención de discapacidades y rehabilitación física, se trabajó con la finalidad de elaborar un perfil de la situación sobre los discapacitados y sobre las políticas y programas existentes en ese campo en los países de la Región. Asimismo, se cooperó con varios países para fortalecer los programas nacionales y se llevaron a cabo acciones estratégicas con la Asociación Italiana Amici di Raoul di Follereau y con el Departamento de Salud y Servicios Sociales (EUA) para apoyar programas específicos en Guatemala, Honduras, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Venezuela.

La Organización colaboró en el campo de la prevención de la caries dental y de las enfermedades periodontales, los dos problemas de salud bucodental de mayor prevalencia, mediante el establecimiento de los programas regionales de salud bucodental. A través de un proyecto financiado por la fundación W.K. Kellogg, se inició un ambicioso programa para impulsar la fluoración del agua y de la sal en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela. Este programa incluye actividades de cooperación técnica para conocer la situación de salud bucodental en esos países, evaluar los programas nacionales, y orientar y capacitar a los proveedores de sal doméstica y a los técnicos nacionales en los procedimientos para la fluoración de la sal. Se cooperó con los programas de fluoración del agua en la Argentina y Chile, y se promovieron sistemas de vigilancia epidemiológica en la Argentina, Colombia y el Uruguay. Se celebraron acuerdos estratégicos con el "Rotary Foundation" (EUA), quien suministró recursos para fortalecer la fluoración de la sal en Bolivia, y con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) continuó la preparación del Primer Congreso Mundial sobre Fluoración de la Sal que se celebrará en el Uruguay a finales de 1998. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) facilitaron cooperación técnica para fortalecer los programas de fluoración del agua en la Argentina, Chile y Puerto Rico. Por último, se contó con el apoyo del Centro Colaborador de la Universidad de Texas en San Antonio

***La caries dental y las enfermedades periodontales son los dos problemas de salud bucodental de mayor prevalencia.***

(EUA) y de diversas organizaciones no gubernamentales de los Estados Unidos para llevar a cabo numerosas actividades en el área de salud bucodental.

Para contribuir a la prevención de la ceguera se dio apoyo a los programas regionales de salud ocular. Los esfuerzos estuvieron encaminados a la preparación de manuales de prevención de la ceguera, al fortalecimiento de instituciones públicas y privadas que luchan para prevenir la ceguera, y a la fabricación de anteojos de bajo costo en Bolivia, Belice, Colombia, Honduras, Jamaica y Perú. Grupos privados, entre ellos Sight Saver y la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), han hecho aportes financieros para llevar a cabo las actividades en esta área.

Durante el año se dio especial relieve a la iniciativa de salud de las poblaciones indígenas de la Región, que recibió un renovado impulso en Guatemala, México, Perú y Venezuela. Se celebraron reuniones nacionales en la Argentina y Chile, e internacionales en Centroamérica y la subregión andina con objeto de revisar los programas nacionales de salud de los pueblos indígenas, intercambiar experiencias y formular un plan de trabajo para cumplir con las actividades de la iniciativa. Un programa de becas financiado por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, con sede en La Paz, permitió que dos profesionales indígenas jóvenes adquirieran experiencias de cooperación técnica internacional en salud por medio de pasantías de seis meses de duración realizadas en la OPS.

## **Sistemas de información para los sistemas y servicios de salud**

En 1996 la OPS promovió y coordinó proyectos cooperativos de sistemas de información dirigidos a la operación y gestión de sistemas y servicios de salud descentralizados. Una de las tareas principales consistió en establecer y dar apoyo a los sistemas de información de servicios de salud en operación en los países. Se realizaron evaluaciones de proyectos en curso, y se difundió información sobre sistemas y tecnología de información. Se firmó un acuerdo con la empresa IBM para desarrollar actividades en cinco áreas, y se proporcionó apoyo técnico y equipo para la ejecución de los proyectos. Además, se intensificó el intercambio de experiencias y la cooperación entre países en el área de sistemas de información y se realizaron 11 reuniones y actividades relacionadas con la materia.

Se promovió la utilización de redes electrónicas de información con la colaboración de diferentes instituciones tales como la Red Global de Salud, la Biblioteca Nacional de Medicina (EUA), el Instituto Nacional del Cáncer (EUA) y BIREME. Con la participación de la Koop Foundation (EUA) se organizó la Reunión de Consulta de Expertos sobre Telecomunicaciones en Salud y Atención de Salud, que fue financiada parcialmente por las empresas IBM, Johnson y Johnson, y Glaxo-Wellcome.

---

*El establecimiento y el impulso de sistemas de información en los servicios de salud de la Región pasó a ser una de las tareas más importantes de la Organización.*

Se diseñó, evaluó y estableció un registro y un sistema de control de medicamentos. Su puesta en marcha y operación inicial en Brasil, Colombia, Jamaica, México y Venezuela fue posible gracias a la movilización de recursos extrapresupuestarios de la OMS.

La capacitación y formación de profesionales nacionales recibió especial atención, y se apoyó la preparación de un curso de gestión de proyectos para el Caribe Oriental. Asimismo, se buscaron con éxito fondos externos para un proyecto sobre desarrollo y capacitación de recursos humanos en informática de salud que beneficiará a los países de habla inglesa del Caribe, que ya ha sido aceptado por la fundación W.K. Kellogg para su financiamiento. Se promovió la reorientación y ampliación de las actividades del Centro Colaborador de la OPS/OMS en Informática en Salud, de la Universidad de Maryland en Baltimore (EUA).

***Los cambios impuestos por las reformas de los servicios de salud han repercutido en la formación del personal, los mercados y la práctica de las profesiones de la salud.***

### **Desarrollo de recursos humanos para la salud**

Durante 1996 continuó la estrategia de fortalecimiento de la competencia nacional para desarrollar proyectos y programas de capacitación en salud, basada en la difusión e instrumentación de la propuesta de educación permanente que la Organización ha contribuido a generar. Las reformas en marcha en el sector salud han cambiado el contexto y las condiciones en que se realiza la capacitación en los servicios de salud en dos aspectos fundamentales. El primero, al indicar claramente objetivos de transformación que, a su vez, orientan los objetivos de los procesos educacionales y definen criterios de eficacia, metas, prioridades, tiempos y hasta modalidades educativas. El segundo aspecto tiene relación con los recursos financieros disponibles, que ofrecen grandes oportunidades para alcanzar dichos objetivos.

La estrategia de cooperación técnica en educación permanente, que se orientó a la subregión andina, al Paraguay y a América Central, consideró no solo los aspectos teóricos, metodológicos y de gestión educativa, sino también los relativos a la gerencia eficiente de los proyectos, destacando el monitoreo y la evaluación. Asimismo, continuó el análisis del desempeño del personal de los equipos de salud en el nivel local de atención de los países de América Central, y comenzó a efectuarse en la subregión andina. Se realizó un primer balance de esta experiencia con miras a perfeccionarla y extenderla a otros países y a otros niveles de atención.

Prosiguió la formación de líderes en salud internacional y de investigadores en salud pública. Se han impulsado proyectos conjuntos entre las universidades y los servicios con miras a incorporar activamente a los académicos en los procesos de reforma. En respuesta a demandas para sistematizar criterios de asignación y utilización de personal en los sistemas y servicios, se ha revitalizado la cooperación en materia de planificación de recursos humanos y se han apoyado estudios sobre regulación de profesiones y

sobre situación de las especialidades médicas en varios países.

Durante 1996 se puso en práctica una nueva forma de cooperación técnica para lograr un cambio en la formación médica en la Región. Gracias al trabajo realizado con asociaciones que representan instituciones educativas, fundaciones y centros de excelencia, se ha difundido el concepto de que la educación médica es un proceso continuo que, lejos de agotarse con la obtención de un grado académico, se proyecta hacia el ejercicio profesional, lo que obliga a las instituciones formadoras a ampliar y renovar su función. Este nuevo concepto hace que la formación médica se relacione de manera activa e integral con los servicios y le exige redoblar sus esfuerzos para cambiar los estilos de formación y actualizar los métodos de enseñanza.

Continuó la renovación de las propuestas de formación en salud pública, considerando los desafíos que enfrenta como teoría y como práctica. Así, el análisis de la teoría y la práctica actuales en salud pública fue una importante línea de trabajo para orientar la docencia y la investigación en los servicios. Además, en apoyo a los procesos de descentralización y cambio en los modelos de atención, prosiguió la capacitación en epidemiología en cinco países de la Región.

Los cambios que imponen las reformas en los servicios de salud tienen repercusiones importantes sobre la formación del personal, los mercados de trabajo y la práctica de las profesiones de la salud. Es así que durante el año se gestó un plan de acción regional para apoyar a los países y a las instituciones de formación y de servicios en el campo de la enfermería en la búsqueda de respuestas adecuadas a dichos cambios. Con similar visión integradora se ha retomado la cooperación para el perfeccionamiento del personal técnico y auxiliar de salud en toda la Región, incluida la formación de técnicos en atención primaria. Para ello está en fase de análisis la formación y el desempeño de dicho personal en la Región.

Durante 1996 se trabajó con más de 30 centros colaboradores y núcleos de excelencia en toda la Región. El PALTEX se ha consolidado como una modalidad efectiva, eficaz y sostenible para proveer de material de instrucción accesible a los estudiantes y al personal de salud. Por su parte, el Programa de Becas de la Organización realiza un importante trabajo en beneficio de los profesionales de todo el mundo que acuden a capacitarse en la Región de las Américas. El sistema de información y documentación sobre desarrollo de recursos humanos que ha generado la OPS se consolidó en América Central y se está implantando en otros países.

## Medicamentos esenciales y tecnología

Los países de la Región continuaron trabajando por mejorar el acceso de la población a medicamentos de calidad. Entre los esfuerzos más significativos se citan la actualización de la legislación farmacéutica y las modificaciones

---

*Se ha difundido el concepto de que la educación médica es un proceso continuo que obliga a establecer una relación activa e integral con los servicios de salud.*

---

***La promoción  
del uso racional  
de los medicamentos  
es de importancia  
crucial para los  
gobiernos, las  
instituciones  
educativas y la OPS.***

estructurales y funcionales de las unidades responsables del registro y control de calidad de los medicamentos. Al respecto, el documento "Armonización de la reglamentación farmacéutica en América Latina" refleja la situación de estos procesos. Debido a la persistencia de problemas de índole presupuestario y de financiamiento, varias instituciones de salud, como los hospitales, se han abocado a la constitución de cooperativas para adquirir medicamentos y otros insumos. También se crearon farmacias comunitarias, populares o de cogestión en las que participan activamente la comunidad y organizaciones no gubernamentales.

En apoyo a los esfuerzos de los países para armonizar e integrar la reglamentación de los medicamentos se trabajó con las autoridades reguladoras en las subregiones centroamericana y andina. Las áreas objeto de cooperación técnica continúan siendo el análisis de las normas farmacológicas; los requisitos para el registro; la aplicación de normas de buenas prácticas de manufactura por la industria farmacéutica, y la capacidad de las oficinas reguladoras oficiales para procesar las solicitudes de registro, garantizar la calidad de los medicamentos en el mercado, y crear y mantener un sistema de información confiable. Dentro de este marco se colaboró con el Convenio Hipólito Unanue y se iniciaron trabajos conjuntos con la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA). Asimismo, con la Farmacopea de los Estados Unidos se iniciaron actividades para el establecimiento de estándares en las farmacopeas de otros países de las Américas.

En la Argentina, Nicaragua y Venezuela se analizó la problemática del medicamento en el contexto de los procesos de reforma del sector salud tratando de identificar problemas y estrategias comunes que fortalezcan el liderazgo de los ministerios de salud. Estas experiencias sirvieron de base para preparar un documento de referencia sobre el tema.

En apoyo a los sistemas de suministro de medicamentos en los servicios hospitalarios, con la colaboración de varios expertos latinoamericanos se avanzó en la preparación del "Manual de desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios". Continúa la colaboración técnica para diseñar esquemas de suministros basados en farmacias populares y para la formación de cooperativas.

La promoción del uso racional de los medicamentos representa un área de interés tanto para los gobiernos como para sus instituciones educativas. La OPS colaboró con la preparación y difusión de diversos documentos técnicos y monografías, así como con la donación de textos originados por otros organismos; prosiguió la publicación de la sección sobre Información Farmacológica en el *Boletín de la OPS*, que se distribuyó ampliamente entre instituciones nacionales participantes del quehacer del medicamento.

Conjuntamente con la Asociación Estadounidense de Colegios de Farmacia y la Universidad de Buenos Aires, se realizó en Buenos Aires la III Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica, en la que se impulsaron las nuevas orientaciones para la formación de los farmacéuticos. Se colaboró con

la Organización de Farmacéuticos Ibero Latinoamericanos en la organización de su congreso bienal, en el cual se trataron temas de interés común, y se apoyó la realización de estudios sobre el uso de los fármacos, por parte de los Centros de Información de Medicamentos.

Durante 1996 la OPS continuó dando apoyo a la Red Regional de Bancos de Sangre, en especial a los programas nacionales de garantía de la calidad de la serología de las infecciones transmitidas por transfusiones. En estas actividades participaron especialistas de los ministerios de salud, de las instituciones de la seguridad social, de organizaciones no gubernamentales y de asociaciones profesionales de los diversos países. Además de talleres subregionales de capacitación y de discusiones de grupos de expertos, se distribuyeron materiales escritos y se proporcionaron recursos técnicos para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades locales. Para esto se contó con el apoyo de instituciones y expertos de América Latina y de los Estados Unidos de América; por último, se consolidó el plan de trabajo conjunto con la Asociación Americana de Bancos de Sangre.

Durante el año comenzó a funcionar la Red Regional de Vigilancia de la Resistencia a Antibióticos en Patógenos Entéricos; para ello se contó con el apoyo técnico de expertos del Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades del Canadá y de otros centros de América Latina. Se inició el trabajo con laboratorios clínicos y de salud pública para la fase piloto de un proyecto destinado a fortalecer los programas de prevención de enfermedades cardiovasculares, en lo que respecta a la determinación de los perfiles de lípidos sanguíneos en diversas poblaciones de América Latina. Con el apoyo técnico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA), se evaluaron los laboratorios nacionales, se capacitó al personal y se completó la fase de estandarización de los laboratorios de referencia.

Con miras a fortalecer la capacidad de los laboratorios nacionales, tanto para la vigilancia epidemiológica y de salud pública como para el diagnóstico clínico, se contó con la participación de diversas asociaciones profesionales, el CAREC, la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLA-BIOCLI), y la Academia Nacional de Química Clínica, la Comisión de Estándares Mundiales del Colegio de Patólogos Estadounidenses, el Comité Nacional de Estándares de Laboratorio Clínico y la Asociación de Directores de Laboratorios Estatales y Territoriales de Salud Pública, todos de los Estados Unidos. Se evaluaron los servicios de laboratorio de Guatemala y Jamaica, y se diseñaron planes nacionales de acción. Asimismo, con la colaboración de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) se mejoró el proceso del diagnóstico del sarampión en el laboratorio en varios países de la Región y se apoyó el establecimiento de sistemas de información en los laboratorios de salud pública de la Argentina.

Las actividades en materia de salud radiológica abarcaron radiomedicina (servicios de imagenología, radioterapia y medicina nuclear) y radioprotección. Especial atención se otorgó a la promoción de las Normas básicas inter-

---

*La OPS apoya la Red Regional de Bancos de Sangre como uno de los mecanismos para garantizar la calidad de las pruebas serológicas y prevenir las infecciones transmitidas por transfusión.*

***Se verificó la calibración de las máquinas de radioterapia de alta energía en más de la mitad de los países de la Región.***

nacionales de seguridad para la protección contra las radiaciones ionizantes y para la seguridad de las fuentes de radiación, ratificadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, cuya sección que aborda la calidad y seguridad en los servicios de radiología se divulgó en tres cursos de radioprotección (ciudad de México, Buenos Aires y Asunción). Se examinó la legislación sobre radioprotección en Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay, y se evaluaron nuevas normas y guías propuestas en Costa Rica, Cuba, Honduras y México. En México se establecieron cuatro normas para radiología diagnóstica y se firmó un convenio de seguridad radiológica entre las Secretarías de Salud y de Energía y Minas, la Comisión Nacional de Seguridad y Salvaguardias y el Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares.

Para proporcionar pautas a los servicios de radiología, se preparó en inglés y en español la publicación "Organización, desarrollo, garantía de calidad y radioprotección de departamentos de radiología: imaginología y radioterapia". Se impartieron conocimientos sobre garantía de calidad en radiología en dos cursos de capacitación: uno en Buenos Aires (radiología diagnóstica) y otro en La Habana (medicina nuclear), y en tres congresos: uno de radiología diagnóstica (Cancún, México) y dos de radioterapia (ciudad de Panamá y La Habana). Se hizo una evaluación del funcionamiento y la seguridad de las 12 unidades de rayos X instaladas en Haití (de las cuales 11 fueron compradas por la OPS), diseñadas para cumplir con las especificaciones de la OMS. Se revisaron los informes de evaluación de equipos de imaginología, valoración de imágenes y dosimetría, llevados a cabo con el auspicio de la OPS en Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Bolivia, Cuba, Dominica, Guyana y Saint Kitts y Nevis. A través de un proyecto conjunto patrocinado por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y la OMS se llevó a cabo una intercomparación de dosimetría para verificar la calibración de las máquinas de radioterapia de alta energía en más de la mitad de los países de la Región. Se promovieron y evaluaron protocolos de garantía de calidad en radioterapia en Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala y Honduras. La Agencia Española de Cooperación Internacional donó fondos para adquirir el instrumental requerido en Honduras para un programa nacional integral de garantía de calidad, que incluye equipos y programas de computadora que puedan utilizarse para la planificación de tratamientos. Se evaluaron protocolos de garantía de calidad en medicina nuclear en Colombia y Cuba y, para promover la garantía de calidad en braquiterapia, la OPS firmó un convenio en colaboración con el Grupo Latinoamericano de Curieterapia.

En materia de gestión de desechos radiactivos, se firmó con el OIEA un convenio de colaboración referente al acondicionamiento y almacenamiento de fuentes radiactivas fuera de uso. En Georgetown, para evitar un potencial accidente radiológico debido a la manipulación inadecuada de tales fuentes fuera de uso, se retiraron con éxito agujas de braquiterapia y tubos acabados de radio 226 que habían estado atascados durante más de 30 años en un dis-

positivo mecánico. A solicitud de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud, en Costa Rica la OPS asistió en una emergencia radiológica grave en la cual 109 pacientes de radioterapia fueron sobreexposados significativamente debido, al parecer, a la calibración errónea de una unidad de cobalto 60. Parte de la colaboración consistió en el envío inmediato de un físico y un radiopatólogo; el primero supervisó la calibración del equipo, los cómputos de la dosimetría clínica y el adiestramiento del físico médico, y el segundo estudió la evaluación clínica de los pacientes afectados.

La cooperación técnica en el área de ingeniería y mantenimiento de servicios de salud se centró en el desarrollo, operación, conservación, mantenimiento y renovación de la infraestructura física y tecnológica de los servicios de salud. Se intensificó la coordinación de actividades con los centros colaboradores en los campos de gerencia de mantenimiento, gestión tecnológica, y regulación de equipos y dispositivos médicos. Continuó el fortalecimiento de las relaciones y alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones que trabajan en ingeniería clínica, ingeniería hospitalaria y mantenimiento de equipo médico y hospitalario, y se propició la cooperación técnica entre países.

Los principales logros en 1996 fueron el apoyo al diseño y la organización de los sistemas nacionales de ingeniería y mantenimiento en Chile, Colombia, Islas Caimán, Jamaica, México y Paraguay; la coordinación de los proyectos de cooperación técnica entre Jamaica, Barbados y Bahamas con Cuba; la gestión para establecer un proyecto de cooperación técnica entre México y los siete países centroamericanos, y la preparación de proyectos sobre gestión tecnológica y gerencia de mantenimiento para promover la inversión en la infraestructura física de los establecimientos de salud en Colombia y Venezuela. Asimismo, el Gobierno de los Países Bajos aceptó el financiamiento de un proyecto preparado para los cinco países de la subregión andina, y en los siete países centroamericanos está en proceso de negociación la continuidad del financiamiento de la Red de Gestión Tecnológica de Servicios de Salud en Centro América.

En colaboración con el Colegio Estadounidense de Ingeniería Clínica, la Comisión Internacional de Certificación y la Asociación para el Avance de la Instrumentación Médica (EUA), se establecieron comisiones de certificación de ingenieros clínicos en el Brasil y México, y se certificaron ingenieros en Costa Rica y Panamá que, a su vez, integrarán una comisión de certificación para América Central.

El proyecto para fortalecer la Red de Ingeniería y Mantenimiento en Centro América experimentó modificaciones a partir del mes de junio. Así, se conformaron dos comités técnicos y directivos, y se reunieron grupos de expertos en información y en capacitación. Por su parte, las comisiones nacionales de ingeniería y mantenimiento se conectaron electrónicamente a través de INTERNET para intercambiar información. Las metas de esta etapa final del proyecto ya han sido alcanzadas, y se ha presentado una nueva propuesta al Gobierno de los Países Bajos para financiar un proyecto orientado a fortalecer la Red durante un período de tres años, por un monto de

---

***La cooperación técnica en ingeniería y mantenimiento de servicios de salud tiene por objeto asegurar la calidad de la infraestructura física y tecnológica de dichos servicios.***

US\$ 600 000. Las actividades de coordinación de la Red se trasladarán a Belice, y estaba en marcha el proceso de selección del coordinador.

Por último, con el CEPIS se realizó el Curso de Saneamiento Ambiental Intrahospitalario, en el que participaron 21 funcionarios de América Central, 6 del Perú y 1 del Paraguay. Un curso sobre mantenimiento y vulnerabilidad de los establecimientos de salud realizado en Guatemala contó con la presencia de 21 funcionarios, y a una reunión sobre el mismo tema celebrada en México asistieron 14 participantes.

## Investigación y desarrollo en el campo de las vacunas

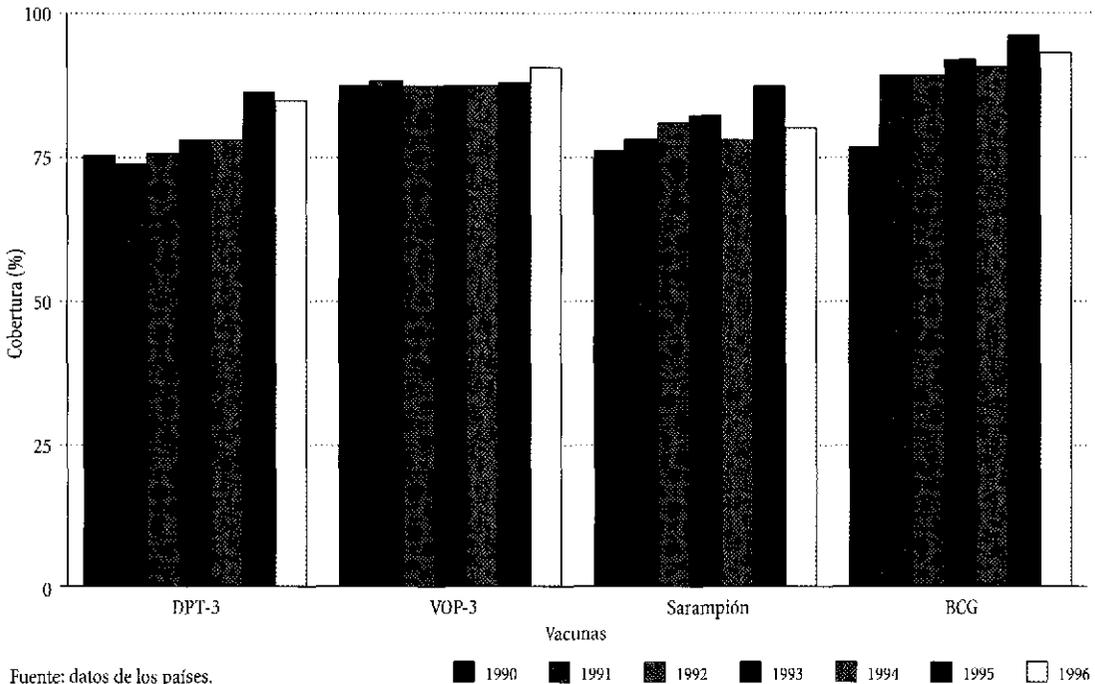
**Con la participación activa de la comunidad, la vacunación se ha convertido en una de las medidas de atención primaria de salud más eficaces.**

La OPS reconoce la importancia de la colaboración intersectorial y la participación social para los programas de vacunación. La erradicación de la poliomielitis de las Américas fue el primer ejemplo de colaboración fructífera entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y la sociedad en general. La red de colaboradores que se formó durante los años de lucha contra la poliomielitis participó en programas de capacitación, comunicación social, barrido sanitario, vigilancia y detección de grupos a los cuales es difícil proporcionar servicios. Cabe destacar la participación de voluntarios del sector privado y grupos comunitarios durante las jornadas nacionales de vacunación. Con su apoyo, el personal de salud logró crear un clima festivo en los puestos de vacunación, logrando así una cobertura de vacunación más alta. Estas experiencias se están aprovechando ampliamente en las actividades actuales de control y erradicación que se llevan a cabo en el marco del Programa Ampliado de Inmunización.

Con la participación activa de la comunidad beneficiaria y otros sectores distintos del de la salud, la vacunación se ha convertido en una de las medidas de atención primaria de salud más eficaces. La amplia base de apoyo local que se creó en los últimos 20 años ha propiciado la rápida adaptación de los programas nacionales de vacunación de los países de las Américas al entorno cambiante actual, en el cual se da alta prioridad a la autosuficiencia nacional y al fortalecimiento de la capacidad local. Además, los programas continúan manteniendo tasas de vacunación elevadas en toda la Región (figura 5).

En el curso del año, los comités coordinadores interinstitucionales que se crearon en la época de las campañas de erradicación de la poliomielitis continuaron promoviendo la colaboración de otros sectores gubernamentales y de grupos comunitarios. La OPS desempeñó un papel activo en el análisis de las directrices para la vacunación, con objeto de cerciorarse de que los programas nacionales abordaran eficazmente asuntos tales como la inclusión de vacunas nuevas y la asignación sostenible de recursos. Se trabajó también en la incorporación de fuentes adicionales de notificación (como informes de médicos particulares y grupos comunitarios) en los sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades.

**Figura 5.** Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año, América Latina y el Caribe, 1990-1996 (datos provisionales).



Se están haciendo progresos para incluir vacunas nuevas en los programas de vacunación corrientes de los países de la Región, entre ellas la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), la vacuna contra la fiebre amarilla y la hepatitis B, y la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

La OPS ha puesto en marcha una estrategia para guiar a los países en la introducción de la vacuna Hib en los programas nacionales de vacunación. En el Uruguay, en agosto de 1994 se incluyó esta vacuna en el plan de vacunación corriente y, para 1996, los casos de meningitis causados por *Haemophilus influenzae* tipo b mostraron una disminución de 100%. En las Antillas Neerlandesas, Chile y las Islas Caimán se prevén resultados similares tras la introducción de la vacuna Hib en 1996, en tanto que en Argentina, Colombia, Costa Rica, México, Perú y la República Dominicana se está considerando la posibilidad de incluirla en los programas de vacunación. Sin embargo, el costo de esta vacuna sigue siendo el principal obstáculo para su uso generalizado.

En Brasil, Perú y Venezuela la vacuna contra la hepatitis B se incluyó en los planes de vacunación corrientes para niños de zonas muy endémicas y grupos de alto riesgo. En Argentina, Chile y Honduras también se vacuna contra

esta enfermedad a grupos de alto riesgo. Por su parte en Colombia, Costa Rica, Cuba y la República Dominicana todos los niños reciben esta vacuna. En el Brasil se están evaluando los resultados de esta estrategia con miras a extender la vacunación contra la hepatitis B a todos los niños menores de 1 año, como parte del programa de vacunación corriente.

En cuanto a la fiebre amarilla, en 1995 en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú se produjeron en total 522 casos y 213 defunciones; en 1996 se notificaron 144 casos y 75 defunciones. Estas cifras ponen de relieve la necesidad de revisar la estrategia actual de inmunización contra esa enfermedad. En las regiones endémicas, la vacunación contra la fiebre amarilla debería ser parte del esquema básico de vacunación.

La estrategia de la OPS para acelerar la introducción de vacunas nuevas en los programas nacionales de vacunación se basa en la obtención de datos fidedignos sobre el impacto epidemiológico de importantes enfermedades inmunoprevenibles y en la colaboración con países productores de vacunas con miras a crear o fortalecer la infraestructura necesaria para la obtención y la mejora de las mismas. A fin de potenciar los medios de que disponen los países de la Región, la OPS recurre a proyectos multiinstitucionales y plurinacionales. Asimismo, la Organización ayuda a sus Gobiernos Miembros a formular normas y planes estratégicos para la investigación y el desarrollo en el campo de las vacunas y para la movilización de recursos nacionales e internacionales.

**Cuadro 15.** Agentes que se consideran potencialmente erradicables.

Virus	Bacterias	Protozoos	Helmintos
Hepatitis A	<i>Haemophilus influenzae</i> b	<i>Entamoeba histolytica</i>	Ascaris
Hepatitis B	Meningococos	<i>Plasmodium falciparum</i>	<i>Wuchereria bancrofti</i>
Sarampión	<i>Shigella</i> sp		Gusano de Guinea
Parotiditis	<i>Treponema</i> sp		<i>Ancylostoma</i>
Poliomielitis			<i>Onchocerca vulvulus</i>
Rubéola			<i>Schistosoma haematobium</i>
			<i>S. mansoni</i>
			<i>Taenia</i>

Uno de los objetivos fundamentales ha sido colaborar con los laboratorios que producen vacunas a fin de que cumplan las normas internacionales en materia de “buenas prácticas de manufactura”. Así, los productores de la Región participan en un programa de certificación, con inspecciones basadas en las buenas prácticas de manufactura, cuyo objetivo es mejorar los procedimientos de producción y garantizar la calidad de las vacunas que se producen localmente.

Se llevó a cabo un estudio de vigilancia epidemiológica para determinar la distribución de serotipos y la sensibilidad microbiana de tipos invasivos de *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 5 años. Como parte de este estudio se formó una red que abarca más de 70 hospitales de 30 ciudades de seis países, que se está extendiendo gradualmente a otros tres países. La red podría ampliarse más e incluir la vigilancia de otras enfermedades inmunoprevenibles.

En materia de control de la calidad, las vacunas de calidad garantizada son las que se ciñen a las especificaciones establecidas y han sido elaboradas con prácticas adecuadas de manufactura. Aunque los países de las Américas productores de vacunas se encuentran en diferentes etapas en cuanto al desarrollo y a la capacidad para realizar pruebas, en todos ellos se ha establecido un laboratorio nacional que forma parte de una red regional de laboratorios de control de calidad. Por medio de la red se promueve el pleno cumplimiento de las seis funciones básicas de una entidad nacional de control en los países productores de vacunas, a saber: otorgamiento de permisos para vacunas, evaluación clínica, sistema de autorización de lotes, pruebas de lotes, inspecciones basadas en prácticas adecuadas de manufactura y vigilancia después de la comercialización.

En el campo de la investigación y el desarrollo, está en marcha el proceso de obtención de importantes vacunas bacterianas conjugadas, para lo cual la OPS promovió la selección de grupos de investigadores interesados en la tarea, gestionó convenios de servicios técnicos y movilizó fondos adicionales.

El programa de cooperación técnica de la Organización en materia de prevención y control de enfermedades fortalece la capacidad que tienen los países miembros de prevenir, controlar y erradicar las enfermedades.

Los programas de prevención y control se concentran en la enfermedad dondequiera que ocurra, ya sea entre la población de ricos o pobres, jóvenes o ancianos, hombres o mujeres. Dado que las enfermedades transmisibles y no transmisibles atacan desproporcionadamente a las personas menos privilegiadas y con menos poder en la sociedad, los resultados constantes de esos programas ayudan invariablemente a superar las desigualdades.

La ausencia de enfermedad también habilita a la gente y amplía su capacidad para desarrollarse física y mentalmente, realizar un trabajo productivo, obtener ganancias financieras y formarse una mejor imagen de sí misma.

## PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

A lo largo de la historia se han logrado impresionantes éxitos en materia de control de las enfermedades por medio de programas tradicionales puestos en práctica por profesionales de la salud. Con todo, para que esos programas y sus beneficios sean sostenibles en el mundo de hoy, la Organización debe hacer participar a la población y a sectores distintos del de la salud como protagonistas de las actividades de salud y debe reconocer las restricciones financieras con las que ella misma y otras organizaciones de salud financiadas con fondos públicos deben funcionar para fijar objetivos y realizar programas.

En 1996, durante su trabajo en el campo de prevención y control de enfermedades, la Organización formó nuevas asociaciones financieras y programáticas. Esta red de salud ampliada fomenta la colaboración intersectorial y confiere poder a la comunidad al ayudar a consolidar el método basado en el lema de "gente sana en entornos saludables".

## Programas de eliminación y erradicación de enfermedades

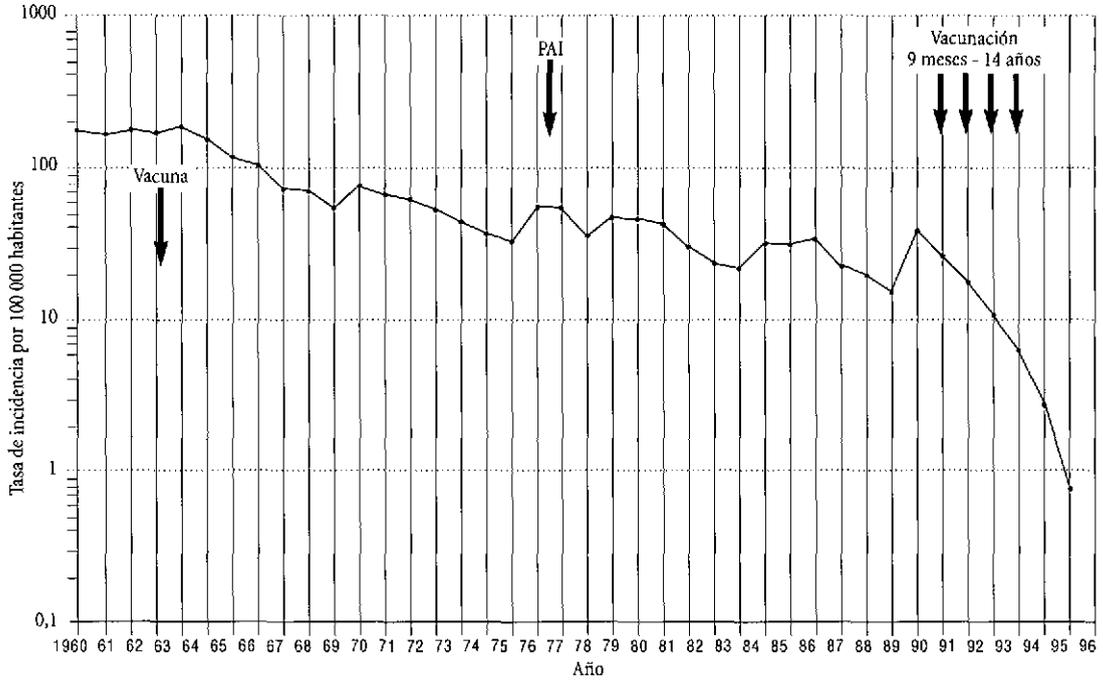
### *Sarampión*

**La estrategia de  
vacunación en tres  
pasos recomendada  
por la OPS ha logrado  
disminuir en un 99%  
la incidencia del  
sarampión desde 1990  
en la Región.**

Año tras año disminuye el número de casos de sarampión en las Américas, y en grandes zonas geográficas de la Región se ha interrumpido su transmisión. Sin embargo, el virus continúa circulando ampliamente en el resto del mundo. En efecto, el virus que en 1996 causó dos brotes de sarampión en el Brasil y Guadalupe y dos tercios de los brotes en los Estados Unidos de América, al parecer provino de otras regiones del mundo. Este factor, sumado a la acumulación de personas susceptibles con el tiempo, sigue siendo el obstáculo más difícil de vencer en la lucha por erradicar la enfermedad de la Región para el año 2000.

Durante 1996 se confirmó un total provisional de 1519 casos, en comparación con 6489 en 1995, cifra que representa una disminución general de 77%, aproximadamente, y una reducción de 99% en comparación con 1990 (figura 6). La disminución de los casos de sarampión es un resultado directo de la estrategia de vacunación de tres pasos elaborada y recomendada por la OPS, que consiste en una campaña única de vacunación masiva de todos los niños hasta los 14 años de edad, una cobertura elevada mediante la vacunación corriente de los niños a los 12 meses de edad (mantenimiento) y campañas periódicas de vacunación de seguimiento de los lactantes y niños de 1 a 4 años, para reducir la acumulación de niños susceptibles. El intervalo entre las campañas de vacunación de seguimiento depende de la cobertura que se alcance por medio de los programas de vacunación corrientes; la OPS colaboró con los países en la programación de campañas de vacunación.

Como consecuencia de estas actividades de vacunación, la circulación del virus del sarampión disminuyó considerablemente en todos los países de la Región y se elevó la edad promedio en la cual se contrae la enfermedad. Así,

**Figura 6.** Incidencia anual del sarampión en la Región de las Américas, 1960-1996.

en las Américas los brotes de sarampión ahora se producen principalmente entre niños de mayor edad, adolescentes y adultos jóvenes que no han recibido la vacuna antisarampionosa. Por lo tanto, la OPS recomendó que los países miembros tomen medidas para inmunizar a los adultos jóvenes que no han sido vacunados contra el sarampión o que no han tenido la enfermedad, y a las personas que trabajan en centros de salud.

Con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Gobierno de España y el Reino de los Países Bajos, la OPS continuó vigilando y perfeccionando todos los componentes de la estrategia contra el sarampión, para que la iniciativa se ponga en práctica eficazmente. En cuatro reuniones subregionales de gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) patrocinadas por la OPS en 1996 se evaluó el progreso realizado y se señalaron los campos que es necesario fortalecer. Se han preparado mapas de la Región, por estados y provincias, que facilitarán el análisis de los datos relativos a la vigilancia. Se intensificó la labor con el propósito de mejorar los sistemas nacionales de información y proporcionar apoyo para la notificación de datos que alimentan el sistema de vigilancia de la eliminación del sarampión.

Uno de los componentes más importantes de la tarea de vigilancia son las pruebas de laboratorio para los casos sospechosos de sarampión. La notificación e investigación oportunas de casos sospechosos desempeñará una función decisiva para el éxito de la iniciativa de eliminación de la enfermedad. La red regional de laboratorios de diagnóstico del sarampión, organizada por la OPS, colabora con los laboratorios nacionales en ensayos para determinar cuál es la prueba más eficaz para confirmar el sarampión.

Durante 1996 se realizaron evaluaciones de los sistemas nacionales de vigilancia en El Salvador, México, Nicaragua y Venezuela, que permitieron comprobar que, en general, estos países han realizado una buena tarea de erradicación, y no se encontraron indicios de circulación del virus del sarampión, excepto en Venezuela. Se recomendó fortalecer los conocimientos de gerencia en el campo de la vigilancia epidemiológica, tomar medidas para detectar oportunamente los focos de personas con inmunización incompleta a fin de dirigir eficazmente hacia ellos actividades intensivas de vacunación antisarampionosa, proporcionar suficiente apoyo logístico para la investigación de casos sospechosos, promover la participación del sector privado y de organizaciones no gubernamentales en la notificación de dichos casos, y dar mayor difusión y apoyo al plan de acción para erradicar el sarampión a nivel nacional.

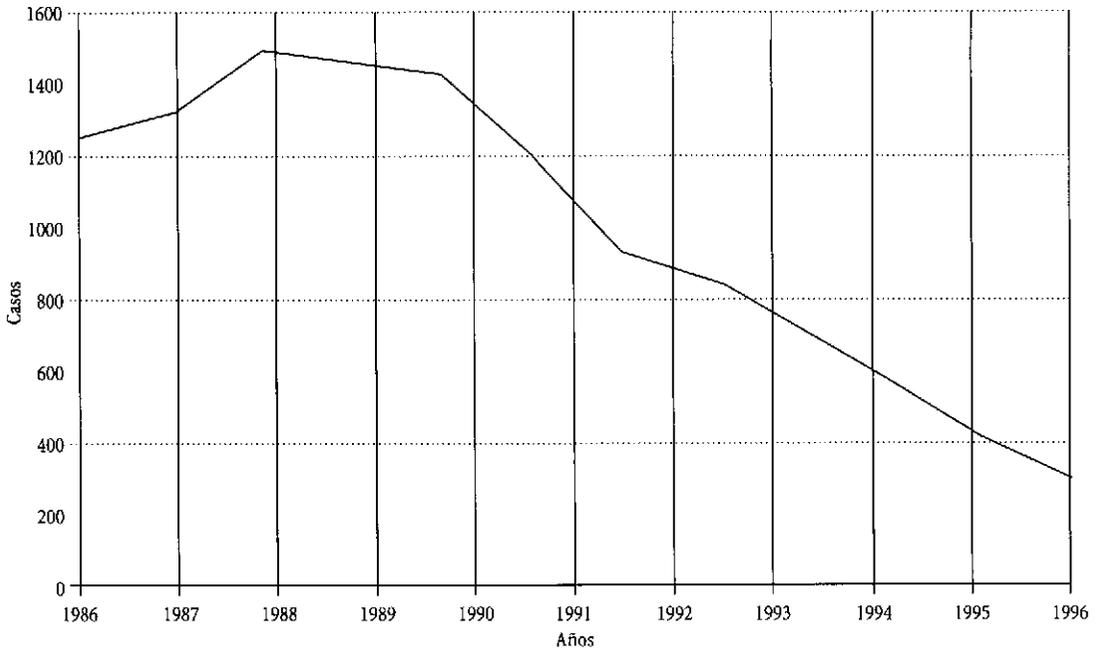
**Más de 99% de los municipios de la Región han alcanzado la meta de reducir el número de casos de tétanos neonatal a menos de 1 caso por 1000 nacidos vivos.**

#### **Tétanos neonatal**

En los países donde el tétanos neonatal es endémico continúan disminuyendo los casos como resultado de la estrategia recomendada por la OPS, que consiste en vacunar a las mujeres en edad fértil con dos dosis de toxoide tetánico como mínimo, especialmente en zonas de alto riesgo, e investigar debidamente todos los casos (figura 7). La meta consiste en alcanzar tasas inferiores a 1 caso de tétanos neonatal por 1000 nacidos vivos en cada municipio de cada país. El porcentaje de distritos donde esta meta todavía no se ha alcanzado disminuyó de 2,8% en 1992 a 0,8% en 1996.

Durante el último año se evaluaron las actividades de control del tétanos neonatal en El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y la República Dominicana. Del total de 31 millones de mujeres en edad fértil que viven en estos seis países, unos 15 millones habitan en zonas de alto riesgo, 12% necesitan servicios intensivos de vacunación con toxoide tetánico y 35% pueden recibir toxoide tetánico por medio de los servicios de vacunación corrientes. En las recomendaciones emanadas de estas evaluaciones se puso de relieve la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica en los servicios de salud y mejorar la vigilancia comunitaria; considerar la migración como factor importante para determinar las zonas y grupos en riesgo; no desperdiciar ninguna oportunidad de vacunación y determinar si las madres que llevan a sus hijos para que reciban la primera dosis de vacuna contra la difteria, la tos-

Figura 7. Tendencia del tétanos neonatal en la Región de las Américas, 1985-1996.



ferina y el tétanos (DPT) están protegidas contra el tétanos; normalizar y difundir criterios con respecto a zonas de alto riesgo, y enseñar a las parteras a controlar el cumplimiento de los planes de vacunación por parte de sus pacientes.

### ***Lepra***

Durante 1996 se mantuvo el suministro de la medicación específica para el establecimiento de la poliquimioterapia (PQT) para el tratamiento de la lepra en todos los países endémicos de la Región, excepto los de habla inglesa del Caribe y el Paraguay, gracias a donaciones proporcionadas por la Fundación Sasakawa.

En el Brasil, la Organización colaboró en 10 estados donde se concentra 80% de la morbilidad por lepra: Goiás, Pernambuco, Maranhão, Pará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro y Tocantins. En estos estados existen alrededor de 60 municipios que serán blanco de intervenciones diferenciadas, acordes con la estrategia de descentralización e integración de acciones del sistema nacional de salud, a cargo de los equipos de atención de salud de la familia y de los agentes comunitarios de salud.

En 12 regiones metropolitanas correspondientes a las principales capitales brasileñas la OPS apoyó el establecimiento de planes especiales de eliminación en un contexto sociopolítico y organizacional muy complejo, que considera el barrio, el distrito y el subdistrito, para la búsqueda de la prevalencia oculta y la recuperación de los enfermos que abandonan el tratamiento, sobre todo en las poblaciones marginadas de los cinturones periféricos. En estos planes, que se establecen en áreas intensamente industrializadas, se trata de incluir a los servicios médicos de empresas o industrias en los programas de eliminación de la lepra.

La realización de la Conferencia Regional en Brasilia (mayo) y de la Conferencia Mundial en Nueva Delhi (octubre) sobre la eliminación de la lepra, contribuyó para el mantenimiento y la sincronización de las acciones en la Región e introdujo nuevas iniciativas estratégicas, como el monitoreo de la eliminación, y la utilización de nuevas técnicas, como los sistemas de información geográfica, especialmente en Venezuela.

Durante el año, la República Dominicana logró eliminar la lepra como problema de salud pública, y Argentina, Colombia y Venezuela se están acercando rápidamente a la meta. Por otra parte, la Organización apoya los esfuerzos de eliminación realizados en las jurisdicciones de México y Cuba donde la lepra aún es endémica, y fomenta las actividades compatibles con el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica posterior a la eliminación en Ecuador, Uruguay y los países de habla inglesa del Caribe, a través del CAREC.

Durante 1996 se inició el Proyecto Amazónico, en el que participan Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y Venezuela, con objeto de evaluar y actualizar la situación epidemiológica y operacional, definir las áreas donde se sospecha que existe una prevalencia oculta elevada, identificar puntos focales y realizar actividades diferenciadas basadas en los sistemas locales de salud. El Proyecto Amazónico se desarrolla conjuntamente con organizaciones no gubernamentales y hace hincapié en la formulación y ejecución de convenios de cooperación interpaíses; ya se celebró uno de estos convenios entre Bolivia (departamentos de Beni y Pando) y Brasil (estados de Acre y Rondônia) para la capacitación del personal local, el perfeccionamiento del sistema de información y el reforzamiento de las acciones de vigilancia epidemiológica.

### **Enfermedad de Chagas y *Triatoma infestans***

Con apoyo técnico y financiero de la Organización, en marzo se llevó a cabo en Porto Alegre, Brasil, la evaluación global de las actividades realizadas en 1995 como parte de la iniciativa del Cono Sur para eliminar *Triatoma infestans* e interrumpir la transmisión transfusional de *Trypanosoma cruzi*. Por primera vez asistió a la reunión, con carácter de observador, un representante del Perú, donde la transmisión de *T. cruzi* en la zona sur también se atribuye

**La estrategia de  
eliminación de la lepra  
depende del suministro  
de la medicación  
necesaria para la  
poliquimioterapia e  
incluye la búsqueda de  
la prevalencia oculta y  
la recuperación de los  
que abandonan el  
tratamiento.**

a *T. infestans*. Se concluyó que las estrategias comunes de ataque, vigilancia y evaluación constituían la forma más racional de afrontar el problema; que la participación comunitaria era el eje que permitía mantener las acciones, y que seguía siendo necesario el apoyo de la Organización para dar continuidad al esfuerzo subregional.

Durante 1996 los países participantes apoyaron ese esfuerzo con aproximadamente US\$ 40 millones, destinados sobre todo al rociado con piretroides y a la educación comunitaria. Se rociaron más de 250 000 viviendas y los progresos alcanzados fueron notables en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. El Paraguay, por su parte, continuó consolidando las acciones iniciadas en 1995. Durante el año también se apoyó la evaluación de los programas de control de *T. infestans* en Argentina, Brasil, Chile y Paraguay; en estas evaluaciones intervinieron profesionales de los otros países participantes de la iniciativa. En Chile, resultados de estudios de serología realizados en niños menores de 10 años señalan la disminución de la prevalencia serológica para *T. cruzi*, en comparación con los resultados provenientes de encuestas similares realizadas 10 años antes. Estos hallazgos son similares a los observados previamente en Argentina, Brasil y Uruguay, e indican que el éxito de las estrategias de control se reflejan en una disminución de la transmisión vectorial de *T. cruzi*.

### **Oncocercosis**

En octubre se celebró en Oaxaca, México, la reunión anual del Programa de Erradicación de la Oncocercosis y del Comité de Coordinación de Programas, con apoyo de la OPS y del Centro Carter de los Estados Unidos. Participaron delegados de todos los países donde la enfermedad es endémica y hay actividades de erradicación en marcha. A fines de septiembre se había tratado a 769 pacientes (79% del grupo cuyo tratamiento se había programado) en el Brasil; a 230 (69% del grupo cuyo tratamiento se había programado) en Colombia; a 15 810 (88% de quienes necesitaban tratamiento) en el Ecuador, y a 141 230 (98% del grupo cuyo tratamiento se había programado) en México.

El Brasil ha establecido el Distrito Sanitario de los Yanomami, encargado del control de la oncocercosis, además de todos los otros programas de atención de salud; se han programado intervenciones para combatir la oncocercosis en 34 comunidades y se realizan evaluaciones clínicas y epidemiológicas. Se creó un sistema especial de información y se prestó atención al riesgo de transmisión de la oncocercosis en la región de Minacu, Mato Grosso, donde se espera que la construcción de una central hidroeléctrica movilice a unos 10 000 trabajadores. El Brasil y Venezuela realizan actividades conjuntas (Boa Vista/Amazonas). La zona endémica de Colombia comprende focos muy limitados en Naiciona-Río Micay; todas las comunidades circundantes están exentas de transmisión. Varios organismos, como CIDEIM y CIMDER, y algunas universidades han participado en un comité nacional. Además, se ha pla-

---

**La participación  
comunitaria es el eje  
que permite mantener  
las actividades de  
eliminación de  
Triatoma infestans.**

neado realizar una encuesta en Barbacoas, una zona minera con las características ambientales y demográficas de Naiciona. El Ecuador ha redefinido las zonas endémicas y la población, y ha llegado a una cifra de 120 comunidades endémicas con una población de 17 910 habitantes; el número de personas expuestas al riesgo potencial de transmisión se ha estimado en 80 000. Guatemala registró 517 comunidades endémicas, con una población de 207 221 habitantes, y a 29 de dichas comunidades se les dio prioridad para recibir tratamiento (hiper y mesoendémicas); de las 29, en 1996 se trataron 11, con una población de 29 033 habitantes. La región endémica de México tiene 947 localidades con una población de 144 672 habitantes; las actividades de control de la oncocercosis en el país están bastante descentralizadas; el trabajo realizado en Chiapas y Oaxaca permitió reducir la incidencia y prevalencia de nódulos; se administra ivermectina a intervalos de 16 meses. Venezuela informó sobre la conclusión de una extensa encuesta en la que se identificaron 3000 comunidades. Se creó una base de datos geográficos que incluye 330 municipios y 1072 parroquias; se analizaron 100 comunidades y 50% de los casos, según las categorías geopolíticas citadas como referencia. Se administró tratamiento a siete comunidades en los focos del norte.

***La cooperación técnica  
dirigida a interrumpir***

***la transmisión de las  
enfermedades por***

***transfusión sanguínea***

***incluye actividades***

***para promover el***

***tamizaje de la sangre***

***donada y controlar la***

***calidad en los bancos***

***de sangre.***

***Enfermedades transmitidas por la transfusión sanguínea***

El trabajo de la Organización dirigido a interrumpir la transmisión de las enfermedades mediante la transfusión de sangre y productos sanguíneos se realiza en forma conjunta con los gobiernos, organizaciones como la Cruz Roja de los diferentes países y otras asociaciones nacionales que agrupan a los especialistas en transfusión y hemoterapia. Durante el año se trabajó para promover la donación altruista y voluntaria; establecer un programa integral de normas y procedimientos para que los resultados y el producto de los bancos de sangre sean adecuados y seguros; realizar actividades continuas de control de calidad, que incluyan el uso de pruebas de proficiencia para evaluar la calidad de los resultados, y tamizar 100% de la sangre donada para detectar el VIH, VHB, VHC, *Treponema pallidum* y *T. cruzi*. La Organización realizó un taller en El Salvador, donde con la participación de profesionales centroamericanos se discutió la adopción de normas, el diseño de instrumentos legales para la acreditación de bancos de sangre, la oportunidad de mejorar el sistema de vigilancia de las enfermedades transmitidas por la transfusión y la intensificación de la práctica del tamizaje de la sangre donada. Con apoyo de la OMS y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA) se realizó un taller en Bolivia sobre los distintos aspectos de la seguridad hematológica, destinado a capacitadores que actuarán en los 10 países participantes del taller. También se promovió la adopción de normas para el tamizaje de donantes en 16 países y la instrumentación de la ley sobre seguridad hematológica en Guatemala y el Perú,

así como la promulgación de una ley similar en Bolivia, El Salvador y Nicaragua.

Diecinueve países de América Latina informaron que tamizan la sangre donada. En colaboración con la OMS, el ONUSIDA y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, la OPS realizó actividades de capacitación y cooperación técnica directa que han contribuido a mantener e incluso a mejorar la situación de la transmisión sanguínea del VIH en la Región. Así, se estima que la misma se ha abatido casi completamente, gracias a que en las zonas urbanas 95% de la sangre para transfusiones se tamiza para el VIH. Sin embargo, estos porcentajes son inferiores para sífilis, *T. cruzi* y VHC. En Chile, Colombia, Uruguay y Venezuela se tamiza 100% de la sangre donada para VHC, y en el Uruguay y Venezuela también para *T. cruzi*.

Los laboratorios de los países de América Central participaron en pruebas de proficiencia auspiciadas por la Organización, que se llevaron a cabo con paneles de sueros distribuidos por el Centro Colaborador de la OMS ubicado en el Hemocentro de São Paulo, Brasil. En este centro también se capacitó a profesionales de Bolivia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela para producir paneles de suero que se emplean en las pruebas de proficiencia y en el análisis de los resultados. Los países de América Central y el Paraguay ya cuentan con sistemas de evaluación del desempeño. En la Argentina, con el apoyo de la OPS y el auspicio de la Sociedad Argentina de Hematología se hizo una prueba piloto de un sistema de evaluación del desempeño en la que participaron 14 laboratorios de todo el país.

### **Fiebre aftosa**

Algunos países han hecho progresos notables en la erradicación de esta zoonosis, conforme al Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa. Algunos ejemplos son el reconocimiento, por la Oficina Internacional de Epizootias (OIE), de la Argentina y el Paraguay como países libres con vacunación, y la rápida progresión del proceso de erradicación en los estados del sur del Brasil, donde la enfermedad no se ha presentado por más de dos años y se llevan a cabo estudios para obtener el mismo reconocimiento que la OIE les otorgó a la Argentina y el Paraguay. En todos los casos la OPS, a través de su centro especializado, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), apoyó la ejecución de estudios seroepidemiológicos por medio de la realización de pruebas serológicas en los laboratorios de los países, la provisión de reactivos y el diseño del plan muestral.

La importancia económica de este logro se puede medir por la ausencia de la enfermedad clínica durante el último año, en un área geográfica de 6,3 millones de km<sup>2</sup> (40% del área total de América del Sur) donde se concentran 1,5 millones de rebaños bovinos y 140 millones de cabezas de ganado. Esta nueva situación sanitaria ha propiciado la intensificación de las relaciones

---

***En colaboración con la OMS, el ONUSIDA y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, la OPS lleva a cabo actividades de capacitación que contribuyen a disminuir el riesgo de transmisión sanguínea del VIH en la Región.***

comerciales entre los países y la posibilidad de apertura de nuevos mercados.

La importancia socioeconómica de estos logros se refleja en el aumento de la capacidad productiva del sector ganadero y en la disponibilidad de proteína proveniente de carnes rojas para la población. Por otro lado, la estrategia de participación comunitaria a nivel local en las campañas de erradicación redundó en una mayor colaboración entre los sectores público y privado y estimuló el progreso social de estas comunidades.

El concepto del Municipio Productivo desarrollado y difundido por PANAFTOSA, que se encuentra en pleno funcionamiento en Cuba y en el Paraguay (San Patricio), da muestras del impacto que tiene la cogestión administrativa de las campañas de control y erradicación de zoonosis sobre otros problemas de la comunidad relacionados con la salud de la población, la protección del medio ambiente y el mejoramiento de las condiciones de vida.

La importancia política de las actividades de erradicación de la fiebre aftosa quedó ampliamente demostrada en la Conferencia Internacional sobre las Perspectivas de Erradicación de la Fiebre Aftosa en el Próximo Milenio y su Impacto en la Seguridad Alimentaria y el Comercio: Foco en las Américas, auspiciada por el Gobierno del Brasil, la FAO, la OIE y la OPS/OMS en Brasilia en julio de 1996. La reunión contó con representaciones gubernamentales de los cinco continentes y organismos internacionales de cooperación técnica y financiera como el BID, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y la Unión Europea. El sector productivo del continente americano estuvo masivamente representado por agremiaciones de productores, industriales y comerciantes. Fruto de la reunión fue el compromiso del Gobierno del Brasil de erradicar la enfermedad y la firma de la Declaración de Brasilia por los Ministros de Agricultura de las Américas. Esta última exalta el avance en la erradicación de la fiebre aftosa, principalmente en el Cono Sur, y reconoce la necesidad de alcanzar la meta de erradicación antes de lo previsto en el Plan Hemisférico, para lo cual habrá que emprender acciones conjuntas con otros sectores de la sociedad, principalmente el sector privado, y promover una nueva mentalidad sanitaria en la comunidad productiva ganadera.

**Para alcanzar la meta  
de erradicación de la  
fiebre aftosa, habrá  
que emprender  
acciones conjuntas con  
el sector privado y  
promover una nueva  
mentalidad sanitaria  
en la comunidad  
productiva ganadera.**

## **Programas de control de enfermedades**

### ***Enfermedades prevalentes de la infancia***

Durante los últimos años la OPS/OMS y el UNICEF coordinaron sus esfuerzos para elaborar una estrategia que permita abordar de manera integrada la atención de las principales enfermedades que afectan a los niños

menores de 5 años. De ese esfuerzo surgió la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), que ha demostrado ser una metodología eficaz para evaluar, clasificar y tratar en forma adecuada los problemas de salud de los niños menores de 5 años. La misma incluye el asesoramiento y la educación de las madres y otros familiares respecto al cuidado integral del niño en el hogar.

La incorporación de la estrategia AIEPI en la agenda de la Organización dio lugar a la preparación de dos documentos de política que sirven de base para el diseño y ejecución de las actividades regionales: el Manifiesto de Santa Cruz de la Sierra, que constituye un compromiso explícito suscrito por todos los responsables del control de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas en los países asistentes al Seminario Regional de Coordinadores Nacionales, y el acuerdo entre la Oficina Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe y la OPS/OMS, que establece los lineamientos generales para la adopción de la estrategia AIEPI en los países de la Región de las Américas, en el contexto de los compromisos asumidos para el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Dentro del marco de estos lineamientos de política general, la OPS estableció como estrategia de acción la focalización de las actividades según la prioridad, tomando como base la situación de la salud infantil medida a través del indicador de mortalidad infantil estimada. Se establecieron como países prioritarios aquellos con una tasa de mortalidad infantil superior a 40 por 1000 nacidos vivos, y de ellos se seleccionaron cinco países de la Región (Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y la República Dominicana) para iniciar las actividades durante 1996. Se continuó coordinando las actividades regionales a nivel de países con otros organismos internacionales, y se dio importancia al establecimiento de mecanismos de coordinación con organizaciones no gubernamentales, al igual que con instituciones académicas y científicas de la Región. En los cinco países seleccionados se iniciaron los procesos de adaptación de los contenidos técnicos de la estrategia AIEPI de acuerdo con las normas existentes, y se elaboraron los documentos respectivos para instaurar la estrategia a nivel nacional. Se dictaron cursos de capacitación en Bolivia, Ecuador, Perú y la República Dominicana, en los que el personal nacional participante revisó los módulos preparados al respecto. Dado que los países seleccionados que iniciaron la aplicación de la estrategia AIEPI en 1996 también comenzaron a elaborar los planes operativos pertinentes, se prestó cooperación directa para la preparación del Plan Operativo del Ecuador. A partir de 1996 los boletines "Noticias sobre infecciones respiratorias agudas" y "Diálogos sobre la diarrea" han sido reemplazados por el boletín "Diálogos sobre atención infantil," que concentra toda la información sobre los distintos componentes que integran la estrategia AIEPI.

En Bolivia, México y Perú se realizaron actividades destinadas a crear conciencia en la población sobre el problema de las infecciones respiratorias agudas y la importancia de su control. Estas actividades incluyeron la adaptación

---

*La OPS/OMS y el UNICEF elaboraron la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia para abordar las principales afecciones que sufren los niños menores de 5 años.*

de materiales existentes y su impresión y distribución a través de los servicios de salud. En Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay y Perú los materiales se adaptaron de acuerdo con los resultados de estudios etnográficos para su uso por parte del personal de los servicios locales de salud.

La provisión de medicamentos continuó siendo uno de los principales problemas mencionados por los países de la Región que obstaculizan el manejo estándar de casos de infecciones respiratorias agudas. Los problemas consisten en la provisión irregular de los medicamentos por parte del nivel central, el uso inadecuado de antibióticos que agota las existencias de los mismos, la falta de mecanismos locales de control de las existencias y de gestión de la reposición, y la falta de organización a nivel local para garantizar la provisión continua de los medicamentos esenciales.

El protocolo estandarizado para la eliminación de parásitos intestinales en niños (PEPIN) se usa como parte del adiestramiento en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la Región. En la actualidad se promueve el uso de un protocolo estándar para reducir la morbilidad por geohelminintos. En ese sentido, se han realizado intervenciones como quimioterapia focalizada, complementada con actividades de educación sanitaria y comunicación social, así como promoción del saneamiento ambiental. El empeño puesto en controlar las helmintiasis en la Región ha tenido siempre beneficios limitados y se han observado elevadas tasas de reinfección una vez que cesan las actividades. Hoy, la OPS promueve una estrategia para controlar las helmintiasis por medio de programas cuyo fin es tratar a los niños periódicamente.

La OPS ha fomentado la participación sistemática de las organizaciones no gubernamentales en la planificación y ejecución del PEPIN en las esferas nacional y local. Por ejemplo, los representantes de CARITAS International, la Junta de la Misión Médica Católica, Catholic Relief Services, MED-pharm y Pastoral de la Salud cooperan con funcionarios del Ministerio de Salud de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Se han puesto en marcha convenios oficiales entre los gobiernos de esos países y Catholic Relief Services para cubrir el tratamiento de 350 000 niños al año en cada país. Esta organización no gubernamental también ha accedido a distribuir mebendazol, el antihelmíntico preferido, por medio de escuelas, dispensarios y centros comunitarios locales en las comunidades seleccionadas.

En una reunión celebrada en Tegucigalpa los días 28 y 29 de marzo de 1996 se estableció la base de la cooperación interinstitucional e interpaíses para realizar las actividades de la primera fase del PEPIN en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. En esa reunión se decidió emprender estudios parasitológicos cuantitativos para determinar la intensidad de la carga parasitaria y se apoyó la realización de estudios de seguimiento para evaluar la reducción de dicha carga en la comunidad. Se recomendó que en los programas no debería buscarse la cura de todos los casos de helmintiasis, sino más bien reducir la magnitud de la infección progresivamente hasta lograr un nivel menos

**La provisión de  
medicamentos  
continuó siendo uno  
de los principales  
problemas que  
obstaculizan el manejo  
estándar de casos  
de infecciones  
respiratorias agudas.**

nocivo para la salud y bajas tasas de transmisión. También se recomendó administrar una sola dosis de 500 mg de mebendazol cada cuatro o seis meses por un mínimo de dos años a los niños de 2 a 15 años de edad. La OPS y los ministerios de salud de los países participantes han iniciado el proceso de acopio de datos y están en las fases de recopilación inicial, adiestramiento, educación y desembolso para compra de medicamentos. Casi todos los programas de tratamiento han tenido fracasos, como el acopio insuficiente de datos y el seguimiento inadecuado de las intervenciones.

### ***Enfermedades inmunoprevenibles***

El 23 de agosto de 1996 se cumplieron cinco años desde que se produjo el último caso de transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas. El programa de erradicación mundial marcha bien y los casos continúan disminuyendo, pero la enfermedad sigue existiendo en las demás regiones. Las importaciones constituyen la principal amenaza para las Américas, que está libre de poliomielitis, por lo cual todos los países de la Región deben mantenerse alerta. En marzo de 1996 se detectó en el Canadá un poliovirus salvaje importado de la India. Fue el segundo incidente de importación del poliovirus salvaje a las Américas desde agosto de 1991, fecha del último caso autóctono de poliomielitis, y el primero desde septiembre de 1994, fecha en la cual se certificó que la Región está libre de poliomielitis.

La importación más reciente causa gran preocupación para la OPS en vista de que está decayendo la atención que se presta a los cuatro indicadores de la vigilancia de la parálisis flácida aguda utilizados para detectar la posible circulación de poliovirus. La Organización trabajó con varios países en la preparación de cursos de actualización para personal de salud en los cuales se pone de relieve el registro de casos, la formación de redes y la puesta al día de manuales y pautas para la vigilancia de la parálisis flácida aguda. Sería trágico que el poliovirus salvaje volviera a arraigarse en la Región y que se diera por tierra con uno de los logros más importantes de la salud pública.

### ***Enfermedades emergentes y reemergentes***

En los últimos 15 años, las enfermedades que parecían reducirse, como el dengue o la tuberculosis, o que habían desaparecido, como el cólera, han comenzado a ocasionar otra vez un gran número de víctimas en la población. Además, se han propagado otras enfermedades antes desconocidas y sus nuevos agentes etiológicos, como el sida/VIH, la criptosporidiosis/*Cryptosporidium parvum*, la ciclosporidiosis/*Cyclospora cayetanensis* y el síndrome urémico hemolítico/*E. coli* O157:H7.

La OPS promovió el fortalecimiento de redes nacionales de vigilancia para

---

***Todos los países de la Región deben estar alertas ante el riesgo de importaciones de poliovirus manteniendo un alto nivel de vigilancia de la parálisis flácida aguda.***

hacer frente a esas enfermedades. Como parte de este empeño, en un taller realizado en Goiânia, Brasil, se señalaron campos que podrían fortalecerse en los laboratorios de la Región; dos de los principales son la vigilancia y evaluación de la resistencia a los antibióticos y el diagnóstico de las enfermedades víricas.

La Organización trabajó con consultores del Brasil, el Canadá y México para realizar una encuesta que permitiera determinar los componentes y evaluar el estado de los sistemas de vigilancia vigentes y ofrecer una visión general de la capacidad de vigilancia de la Región. Las respuestas de los países a la encuesta permitieron identificar las actividades necesarias para fortalecer la capacidad de recopilar información epidemiológica en la Región. Los resultados de la encuesta también llevaron a hacer planes eficaces de acopio de datos, análisis, investigación y pronta intervención mediante el fortalecimiento de las redes regionales de vigilancia de las enfermedades infecciosas en las Américas, así como de la capacidad de aplicación efectiva de las estrategias de prevención y control. Los resultados de la encuesta fueron debatidos por expertos de Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos y Jamaica en una reunión celebrada en Toronto, Canadá. Por último, en la encuesta se señaló también la necesidad de establecer la infraestructura nacional y regional necesaria para instaurar sistemas de alerta temprano sobre la amenaza de enfermedades infecciosas y de respuesta rápida a la misma por medio de programas de adiestramiento multidisciplinarios.

Como primer paso para afrontar el hecho de que varias bacterias enteropatógenas han adquirido resistencia a los antibióticos, la OPS, en cooperación con el Centro Canadiense de Laboratorios para el Control de Enfermedades, organizó un taller en la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en el Brasil. Allí, especialistas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú debatieron las técnicas de normalización para las evaluaciones de sensibilidad a los antibióticos y los protocolos de garantía de la calidad, la prueba de competencia y la vigilancia epidemiológica. En el taller se suministraron también reactivos para efectuar evaluaciones retrospectivas y prospectivas de la sensibilidad a los antibióticos y se distribuyeron muestras para las pruebas de competencia. También se presentó a los participantes el Sistema de Información sobre Laboratorios de Salud Pública, establecido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, en que se crean pantallas de entrada de datos (módulos) y se distribuyen por vía electrónica a todos los sitios notificantes; los datos se entran y notifican en horas, sin ayuda de especialistas en informática. Además, el sistema ofrece un programa de notificación jerárquica que presenta informes a niveles sucesivamente superiores. A medida que mejoró la capacidad de vigilancia de *Salmonella*, *Shigella* y *Vibrio cholerae* en los países participantes, se pudieron formular y ejecutar programas nacionales de prevención y control apropiados.

**En los últimos 15 años,  
las enfermedades que  
parecían reducirse,  
como el dengue y la  
tuberculosis, o que  
habían desaparecido,  
como el cólera,  
han comenzado a  
ocasionar otra vez  
un gran número de  
víctimas.**

### ***Sida y otras enfermedades de transmisión sexual***

Durante 1996 los países de la Región realizaron un esfuerzo adicional para actualizar los datos de vigilancia epidemiológica, con lo cual se pudo elaborar un cuadro más claro de la situación y las tendencias del VIH y el sida a nivel nacional, subregional y hemisférico. En ocasión de la XI Conferencia Internacional sobre Sida, que se realizó en Vancouver, Canadá, en julio de 1996, la OPS, en colaboración con el Proyecto de Control y Prevención del Sida y Family Health International, hizo un análisis preliminar de la epidemia en la Región, complementado y afinado con información enviada por los países. Los resultados disponibles muestran que durante el trienio 1993-1995 se produjo un incremento notable de casos con respecto a los notificados hasta 1992, que para toda la Región en conjunto fue de 66,87%. Los datos existentes siguen mostrando la marcada tendencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana a diseminarse entre los adultos jóvenes y, en particular, entre las mujeres. El aumento del número de casos asociado a la transmisión heterosexual conduce a un aumento concomitante del número de casos de sida pediátrico, como resultado de la transmisión perinatal. Por otro lado, inicialmente un problema predominante en núcleos urbanos, en los últimos años pasó a afectar en forma marcada a poblaciones en áreas rurales y, en especial, a grupos que, por razones económicas, tienen acceso muy limitado a educación y a servicios de atención de salud. Ninguna de estas tendencias implica que algunos de los grupos inicialmente afectados hayan comenzado a liberarse del impacto de la epidemia. Por el contrario, el número de casos de sida entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, y entre usuarios de drogas inyectables, sigue aumentando. En la Región de las Américas, al igual que en el resto del mundo, el sida es un problema de salud que contribuye a acentuar la inequidad porque, además de servir como pretexto para estigmatizar y marginalizar, afecta en forma creciente a grupos desposeídos, que tienen una gran vulnerabilidad originada en determinantes culturales y económicas.

En 1996 han comenzado a vislumbrarse tratamientos promisorios; si bien la OPS reconoce estos avances, no ha dejado de preocuparse por encontrar mecanismos que mejoren el acceso a los fármacos y tecnologías disponibles, y ha seguido y seguirá poniendo el acento en la prevención. El control efectivo de la diseminación de la infección requiere de una concertación de esfuerzos a nivel regional, subregional, nacional y local. Durante 1996 la OPS dedicó gran parte de su trabajo y de sus recursos al establecimiento y consolidación de mecanismos de cooperación interinstitucional e intersectorial. Así, se colaboró directamente en proyectos de prevención y control del VIH y el sida financiados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional, el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica, la Coope-

---

***El sida acentúa la  
inequidad porque  
afecta en forma  
creciente a grupos  
desposeídos y de una  
gran vulnerabilidad  
originada en  
determinantes  
culturales y  
económicas.***

**La prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual contribuyen además a combatir el sida.**

ración Francesa y la Autoridad Noruega para el Desarrollo Internacional, particularmente en América Central y el Caribe inglés. Tal como ha venido haciendo desde 1987, la OPS colaboró con los Gobiernos Miembros para la operacionalización de sus propios programas nacionales de prevención y control del sida. Ejemplo de ello son las actividades de capacitación en gerencia y planificación llevadas a cabo en Argentina, Cuba, Ecuador, Honduras, Panamá y los países de habla inglesa del Caribe, así como en la frontera entre México y los Estados Unidos. Dentro del marco de un acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, y con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional, también se realizaron actividades de capacitación en vigilancia epidemiológica y prevención para 16 países latinoamericanos, y cursos de educación continua en el Paraguay y el Perú. En Venezuela se realizó un curso sobre programación y logística de la distribución de condones en el que participaron representantes de programas nacionales y organizaciones no gubernamentales de Guatemala y la República Dominicana.

Además de estas iniciativas, la OPS brindó el apoyo necesario para poner a disposición del ONUSIDA su estructura, redes y elementos de infraestructura necesarios para asegurar la pronta y eficiente puesta en marcha de los "grupos temáticos" interinstitucionales sobre sida en los países de la Región. El ONUSIDA, por su parte, ha otorgado a la OPS algunos fondos que, junto con los provenientes de España y de Suecia y los de carácter ordinario, posibilitaron la continuidad de actividades de cooperación técnica tales como la diseminación activa de información, la preparación de documentos técnicos, la capacitación profesional y el apoyo a las respuestas comunitarias.

En lo que se refiere a enfermedades de transmisión sexual, se estima que en las Américas anualmente se presentan alrededor de 40 a 50 millones de casos nuevos. A pesar de la falta de datos más precisos, es innegable que la bien conocida asociación entre estas enfermedades y una mayor transmisión sexual del VIH está alimentando la epidemia de sida en la Región. Los esfuerzos emprendidos en materia de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual no solo tienen un valor intrínseco, sino que son también indispensables en la lucha contra el sida.

Con el propósito de que la educación y otras intervenciones preventivas se realicen dentro de contextos más amplios dirigidos a promover la salud y la equidad, la OPS ha establecido relaciones de cooperación con organizaciones e instituciones que trabajan en salud reproductiva y sexualidad humana, y que utilizan el enfoque de género en sus propuestas e iniciativas. Un ejemplo de dichas relaciones fue la participación de la OPS en una reunión sobre intervenciones dirigidas a adolescentes y adultos jóvenes en materia de sexualidad, género y sida, que organizaron la Organización Japonesa de Cooperación Internacional en Planificación Familiar y la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar. También constituye un ejemplo del esfuerzo de integración y contextualización en materia de prevención del VIH, el sida y las enfermedades de transmisión sexual la participación en la revisión técnica de

propuestas dirigidas a adultos jóvenes preparadas por la Fundación PATH-FINDER y en la Reunión sobre Sexualidad, Género y Salud Sexual, organizada por la Universidad Federal de Rio de Janeiro (Brasil) y la Fundación Ford.

### ***Enfermedades transmitidas por los alimentos***

La contaminación de los alimentos aún constituye un grave problema en las Américas, si bien su magnitud se conoce solo en forma parcial debido a la falta de programas de protección alimentaria y de sistemas de información. Parte de estas deficiencias se pusieron de manifiesto durante la epidemia de cólera que afectó a la mayoría de los países de la Región.

Entre los diversos factores que contribuyen a la prevalencia de enfermedades transmitidas por los alimentos en la Región, o al menos la favorecen, cabe mencionar la ausencia de programas nacionales de protección alimentaria; la falta de continuidad administrativa de los existentes; la carencia de sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica; las deficiencias en el saneamiento básico y en la infraestructura de almacenamiento, transporte y distribución de productos alimentarios, y el deterioro del nivel socioeconómico. Todos estos factores producen la multiplicación de vendedores callejeros de alimentos y la migración masiva hacia los núcleos urbanos, y favorecen la creación de barrios sin suministro de agua potable ni alcantarillado.

Los factores mencionados validan la estimación de la OMS que propone que de 15% a 79% de todos los casos de diarrea infantil se producen por la ingestión de alimentos contaminados. Los niños menores de 5 años que viven en las zonas urbanas presentan un promedio de 10 episodios de diarrea al año relacionados con el consumo de alimentos contaminados y con las condiciones ambientales inadecuadas. Según la información disponible, en México el promedio es de 5,9 episodios, en la República Dominicana alcanza a 7,0 y en el Perú llega a 8,6. La tasa de mortalidad por diarrea en niños menores de 1 año puede llegar a 967,3 por 100 000 en países como Nicaragua. En el grupo de 1 a 4 años, la misma tasa alcanza a 236 por 100 000 en Guatemala. Algunas diarreas graves pueden ocasionar trastornos permanentes del metabolismo, que a su vez favorecen la desnutrición.

Se desconocen los efectos que pueden causar en las personas los alimentos contaminados por residuos de plaguicidas, sobre todo en los grupos más vulnerables, como la población infantil. Sin embargo, hay que considerar que en la Región el uso de plaguicidas está ampliamente difundido, incluso el de algunos compuestos que no están permitidos en los países desarrollados. Asimismo, cabe mencionar la "diarrea de los viajeros", que afecta de 20% a 50% de los turistas extranjeros que viajan a América Latina y el Caribe.

En cuanto a la oferta de alimentos, la Región presenta problemas desde la producción hasta el consumo. Por ejemplo, la pérdida de alimentos debido a la contaminación, el almacenaje deficiente y el rechazo de los importadores a

---

***La contaminación de los alimentos constituye un problema grave en la Región, si bien su magnitud no se conoce cabalmente debido a la falta de programas de protección alimentaria y de sistemas de información.***

**La OPS coordina en el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), el Sistema Regional para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos.**

causa de la baja calidad de los productos reduce la disponibilidad de alimentos, con un consecuente aumento de los precios. Esto restringe aún más el acceso de la población de bajos ingresos a alimentos de calidad aceptable. Por ejemplo, entre 1991 y 1992 Estados Unidos rechazó la entrada de 10 237 partidas de productos alimentarios provenientes de distintos países de la Región, lo que equivale a una pérdida de US\$ 320 226 759.

La OPS ha montado en el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) el Sistema Regional para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Aunque aún no tiene una cobertura significativa, los datos permiten extraer algunas conclusiones. Entre ellas, cabe destacar que la principal causa de muerte notificada fue el envenenamiento por sustancias químicas (38%). En 33% de los 620 brotes notificados no se logró identificar al agente etiológico. De los brotes en los que se identificó el agente, este fue mayormente de origen bacteriano y el primer lugar lo ocupó el estafilococo (38,5%). Por otra parte, las bacterias del género *Shigella* fueron responsables de los brotes con mayor cantidad de personas afectadas. Cuando fue posible establecerlo, se comprobó que la mayoría de las veces (32%), los alimentos habían sido ingeridos en el hogar.

Hay que señalar el gran riesgo que suponen los alimentos de venta callejera en la transmisión de enfermedades, sobre todo por el descuido con que se manipulan los productos, tanto en la calle como en el hogar, debido a la falta de conocimientos básicos de higiene de las personas. Estudios realizados de 1994 a 1996 por la OPS en La Paz, Santafé de Bogotá, Quito, Lima, Santo Domingo, Ciudad de Guatemala, ciudad de México y Culiacán (México), demostraron la presencia de dosis infectantes de *Staphylococcus aureus* en 8,42% de las 2433 muestras analizadas, con una variación significativa entre las ciudades y los distintos grupos de alimentos. *Bacillus cereus* estuvo presente en 7,89% de las muestras y *Clostridium perfringens* en 5,07%. Si bien *Vibrio cholerae* estuvo presente en las muestras de algunas de las ciudades, en ninguna de ellas se encontró el microorganismo en cantidad suficiente para producir la enfermedad en el hombre. Por otra parte, el mismo estudio demostró la presencia de *Salmonella* en 0,95% de las muestras y se confirmó la presencia de *Escherichia coli* O157:H7 en una de ellas, lo que constituye el primer hallazgo de dicho agente infeccioso en alimentos callejeros. Estos hallazgos, que en una primera evaluación parecen poco significativos, indican que tan solo en los lugares estudiados casi 3 000 000 de personas por año, o 10% de la población de esas ciudades, están expuestas a enfermarse por uno de esos agentes infecciosos.

### **Rubéola**

Durante 1996 la OPS colaboró con los países de habla inglesa del Caribe en la determinación del impacto epidemiológico de la rubéola. Los datos obteni-

dos indican que esta y el síndrome congénito de rubéola (SCR) circulan ampliamente en varios países. Entre 38% y 60% de los casos sospechosos de sarampión resultaron positivos para rubéola. Aunque solo en la mitad de los países se documentó en análisis de laboratorio la circulación de la rubéola durante los años 1992-1996, en todos hay suficientes adultos y niños susceptibles para que se produzcan brotes de rubéola si se reintroduce el virus. En un brote ocurrido en 1996 en Barbados, 52% de los 229 casos de rubéola notificados correspondieron a mujeres de 15 a 44 años. A medida que se conoce mejor el SCR se encuentran más casos, y los datos preliminares muestran que se ha detectado esta enfermedad por lo menos en tres países.

La OPS recomendó que los países de habla inglesa del Caribe realicen un examen completo de sus estrategias actuales de control de la rubéola y el SCR, a fin de determinar la factibilidad de tomar medidas para interrumpir la transmisión de la rubéola en dicha región. Además, se instó a estos países a que mejoren de inmediato la vigilancia del SCR. La Organización está formulando un plan regional que incluirá una mayor vigilancia del SCR, recomendaciones sobre la vacunación y una estrategia de control y eliminación del SCR.

En la reunión de gerentes del Programa Ampliado de Inmunización del Caribe, que tuvo lugar en Miami en noviembre, se realizaron cálculos preliminares del costo y se llegó a la conclusión de que las campañas de vacunación masiva contra la rubéola constituyen el método más eficaz en función del costo para eliminar el virus de la rubéola y el SCR. Esta estrategia, consistente en vacunar a todos los habitantes de 1 a 30 años, diferiría de un país a otro según la estrategia que se esté aplicando y teniendo en cuenta si a los niños de 1 a 14 años se les administró la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) en las campañas masivas de vacunación de 1991.

---

*La Organización está  
diseñando un plan  
regional para el control  
del virus de la rubéola  
y el síndrome congénito  
de rubéola.*

### ***Tuberculosis***

Se estima que la tuberculosis causa entre 60 000 y 75 000 defunciones al año en la Región y que más de 400 000 personas padecen esa enfermedad anualmente. Hoy en día, se calcula que la tuberculosis relacionada con el VIH causa cerca de 5% de la carga de la morbilidad. Lamentablemente, muchos países están todavía lejos de la meta mundial de lograr una tasa de curación de 85% y una de detección de casos de 70% en el año 2000.

Como en el pasado, la OPS colaboró con los ministerios de salud, los organismos bilaterales y las organizaciones no gubernamentales para que se tuviera más conciencia de la gravedad y magnitud de la epidemia de tuberculosis. La Organización concentró su cooperación técnica en la promoción del tratamiento directamente observado a corto plazo (Directly-Observed Treatment, Short Course, DOTS) como estrategia factible y eficaz en función del costo, el fomento de la ejecución de programas sobre la base de esa estrategia y la ampliación de los programas fructíferos vigentes.

---

*Se estima que  
anualmente la  
tuberculosis causa  
entre 60 000 y 75 000  
defunciones en la  
Región y que más de  
400 000 personas  
padecen la  
enfermedad.*

El fundamento del trabajo realizado por la OPS para promover una mayor aplicación del DOTS está en asegurar que los pacientes infecciosos tomen los medicamentos por los seis a ocho meses que se necesitan para lograr una cura completa, haciendo que los trabajadores de salud o voluntarios adiestrados presencien el momento en que se toma cada dosis y documenten el adelanto del tratamiento. Otros elementos de la estrategia incluyen el logro de un compromiso político de alto nivel, el suministro continuo de medicamentos, la detección de casos, sobre todo mediante microscopía de frotis de bajo costo, y la vigilancia y evaluación de los resultados para el paciente y para el programa. Bolivia y Haití, que tienen tasas de incidencia sumamente altas, obtuvieron con la participación de la OPS los medicamentos y suministros necesarios para tratar a los pacientes detectados. Los ministerios de salud de esos países trabajan estrechamente con las organizaciones no gubernamentales para detectar y tratar casos de tuberculosis. Con recursos nacionales y el compromiso de todas las instituciones del sector salud, México comenzó a formar zonas de demostración del DOTS. Entre 1992 y 1996, el Perú logró una reducción de 14% de su número de casos y una tasa de cura y terminación del tratamiento de 85% con el DOTS. Se realizaron actividades de cooperación técnica con otros países, entre ellos Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Suriname y Venezuela, que estaban en varias etapas de ejecución de la estrategia. En su reunión anual, el Consejo Directivo de la OPS estudió el problema de la tuberculosis y aprobó una resolución en la que pidió una acción rápida y urgente para aplicar la estrategia del DOTS de una forma más amplia.

El 24 de marzo de 1996, en colaboración con los ministerios de salud de muchos países de la Región, la OPS observó el Día Mundial de la Tuberculosis organizando celebraciones en las que se informó del problema de la tuberculosis y del esfuerzo desplegado para controlarla al público en general, a la prensa y a las autoridades. En mayo, los administradores de los programas nacionales de tuberculosis de 13 países afectados por una pesada carga de tuberculosis se reunieron en un taller patrocinado por la OPS/OMS con el fin de examinar y debatir los métodos para mejorar la movilización de recursos, la administración del tratamiento directamente observado en medios difíciles y la comparabilidad y fiabilidad de la evaluación de cohortes de tratamiento. La OPS apoyó y ayudó a realizar el taller internacional de adiestramiento para el control de la tuberculosis celebrado anualmente en Nicaragua, con el patrocinio de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares, al que asistieron participantes de ocho países.

En 1996 se lanzó una nueva iniciativa, a saber, "Diez contra la tuberculosis", en la que participan los 10 estados situados a lo largo de la frontera mexicano-estadounidense. Con esta iniciativa se busca hacer participar a grupos asociados, como las autoridades federales y la OPS, para ayudar a mejorar el tratamiento de los casos de tuberculosis en una población muy dinámica. También se realizaron actividades de promoción en un taller del CAREC cele-

brado para examinar la situación de la tuberculosis, la estrategia del DOTS y las medidas apropiadas que se necesitan para aplicar el método en seis pequeños países de habla inglesa del Caribe a los que se les dio prioridad.

Se tradujeron al español varios documentos técnicos nuevos para su uso en la Región, entre ellos nuevos módulos de adiestramiento en administración de programas nacionales de tuberculosis basados en la ejecución gradual del método del DOTS. La OPS, la OMS y la Universidad de Harvard (EUA) trabajan en el acopio de datos para aplicar luego un modelo a distintas fuentes de información con el fin de estimar la incidencia de tuberculosis específica para cada país. Además, se realizó una encuesta de planes de estudio de la tuberculosis y su control en las facultades de medicina de América Latina. En 1996, ocho países estaban realizando encuestas nacionales de farmacorresistencia con la cooperación técnica de la OPS (INPPAZ), la OMS y otras instituciones asociadas. Se ha detectado enfermedad polifarmacorresistente en casi todos los países y se han notificado brotes nosocomiales en varios de ellos. La estrategia del DOTS se destina a reducir esos problemas eliminando los casos farmacorresistentes debidos a tratamientos incompletos y de mala calidad.

### **Dengue y *Aedes aegypti***

La OPS recolecta, analiza y distribuye en forma continua informes sobre la situación del dengue en la Región. La actividad del dengue y del dengue hemorrágico siguió siendo intensa en 1996, si bien no alcanzó los niveles observados en 1995. El total de casos de dengue notificados fue de 250 707, de los cuales 4440 fueron casos de dengue hemorrágico con 47 defunciones. El Brasil, país que continuó siendo azotado por epidemias de la enfermedad, notificó 70% de los casos de dengue. México informó 20 687 casos y, de los demás países, ninguno más de 10 000 casos. Los países que comunicaron más casos de dengue hemorrágico fueron Colombia, México y Venezuela, con 1758, 1680 y 884 casos, respectivamente. En el año circularon los cuatro serotipos del virus dengue. Como en años anteriores, el dengue-3, reintroducido en las Américas en 1994, solo se detectó en América Central y México. Los esfuerzos de la OPS se concentraron en actividades de control del vector y de vigilancia epidemiológica, e incorporaron el apoyo de los laboratorios y la participación comunitaria.

En relación con la erradicación de *Aedes aegypti* de las Américas, se promovieron dos reuniones técnicas. En la primera, los países del Cono Sur y el Perú discutieron sus experiencias en el control del vector y la enfermedad. Entre ellas se incluyó la vigilancia entomológica en países libres de *A. aegypti*, la propuesta de erradicar *A. aegypti* de las Américas, la identificación de acciones conjuntas de prevención y control, y la creación de una comisión intergubernamental de países del Cono Sur para el control de *Aedes aegypti* y la prevención del dengue. Los representantes de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay declararon que sus países podrían diseñar programas de erradica-

---

***La estrategia de lucha  
contra el dengue  
incluye actividades  
de control del vector  
y vigilancia  
epidemiológica, al  
mismo tiempo que  
apoya a los  
laboratorios e impulsa  
la participación  
comunitaria.***

ción, mientras que los representantes del Perú informaron que su país continuaría realizando esfuerzos de control.

La segunda reunión se llevó a cabo en la Fundación Fiocruz (Rio de Janeiro, Brasil). En ella, un grupo de trabajo integrado por expertos de siete países estableció la factibilidad, oportunidad y conveniencia de preparar un plan hemisférico para la erradicación de *Aedes aegypti* como medio efectivo para controlar el dengue y prevenir la urbanización de la fiebre amarilla. Los miembros del grupo de trabajo analizaron las conclusiones del taller del Cono Sur, las de un seminario-taller centroamericano realizado en 1995 y los resultados de una encuesta preparada por la OPS para obtener información de todos los países de las Américas sobre la factibilidad, oportunidad y conveniencia de realizar campañas de erradicación. Los miembros del grupo acordaron que era oportuno y conveniente diseñar un plan hemisférico de erradicación, identificando los puntos clave que garantizarían su éxito. Con estas conclusiones se preparó un documento que se presentó a la XXXIX Reunión del Consejo Directivo realizada en septiembre de 1996, en la que se aprobó una resolución que insta a los países a que colaboren en la elaboración de un plan continental para la erradicación de *Aedes aegypti*.

**La estratificación  
de áreas de riesgo  
malárico permitió**

**concentrar acciones de  
vigilancia, control y  
tratamiento en las  
zonas geográficas  
prioritarias y mejoró  
la disponibilidad de  
tratamiento inmediato  
para la población  
expuesta al más alto  
riesgo.**

**Malaria**

Para trazar un panorama más exacto de la distribución de esta enfermedad, los países de las Américas volvieron a definir sus zonas maláricas sobre la base de distintos niveles de riesgo de exposición a la transmisión (bajo, mediano y alto). Alrededor de 36 millones de personas viven en zonas de mediano riesgo y 42 millones habitan en regiones de alto riesgo. La exposición al riesgo es consecuencia del movimiento poblacional, la estabilidad social y la adopción de actitudes y comportamientos que facilitan el contacto entre seres humanos y vectores. Además, estos factores se agravan con las dificultades de acceso inmediato a un diagnóstico y tratamiento adecuados. En 1995 el número de casos notificados fue de 1,30 millones, lo que representa un aumento de 14,6% en relación con 1994, cuando se informaron 1,1 millones de casos.

Los programas nacionales continúan incrementando la cobertura de la vigilancia epidemiológica en las zonas de mediano y alto riesgo. Estas cifras están acompañadas por una estabilidad de la oferta de frotis sanguíneo en las zonas de riesgo bajo y nulo. En los últimos años, la estratificación epidemiológica de la malaria en las Américas se acompañó con la incorporación de la detección de casos, el diagnóstico y el tratamiento inmediato en los servicios locales de salud. En 1995, 19 de los 21 países que informaron casos de malaria realizaron 8,3 millones de exámenes de laboratorio en casos sospechosos de la enfermedad. La eficiencia del diagnóstico en los servicios locales de salud fue de 16,9% en 3 299 216 láminas examinadas. Sin embargo, la vigi-

lancia activa todavía presenta una eficiencia de diagnóstico baja: de 974 625 láminas analizadas solo se confirmó 2,42%.

En los últimos años, la nueva definición epidemiológica de riesgo ha permitido la concentración de esfuerzos en las zonas prioritarias, con lo que ha mejorado la disponibilidad de tratamiento inmediato para la población expuesta al más alto riesgo. Hasta el inicio del decenio de 1990, en las Américas se disponía de alrededor de 40 tratamientos completos por cada 1000 personas expuestas a riesgo. Desde la aplicación de la estratificación y la puesta en práctica de una estrategia mundial para combatir la malaria, que hace hincapié en el tratamiento clínico de la enfermedad, esta disponibilidad se ha incrementado en forma paulatina hasta alcanzar 61,5 tratamientos completos por cada 1000 personas expuestas a riesgo en la Región.

La OPS realizó acciones de apoyo directo a la consolidación de la estrategia mundial de lucha contra la malaria mediante la coordinación y ejecución de la movilización de recursos suplementarios a los procesos de descentralización del sector que llevan a cabo Brasil, Ecuador, Guyana, México, Perú y Venezuela; el desarrollo y la difusión de criterios y normas para la adaptación epidemiológica de las políticas nacionales de medicamentos antimaláricos y para el control selectivo de vectores; la promoción del desarrollo de investigaciones operacionales efectivas en función de los costos y con una adecuada relación costo-beneficio; la realización de cursos de especialización y maestría para el reforzamiento institucional de los sistemas locales de salud (Brasil, Colombia, Perú y Venezuela), y la elaboración de guías para el manejo clínico de casos de malaria (Brasil, Colombia, Guyana y Haití).

### **Cólera**

Según los informes epidemiológicos recibidos de los países por la OPS, entre 1991 y el 22 de febrero de 1997, 21 países de las Américas declararon un total acumulativo de 1 368 053 casos y 11 765 defunciones por *Vibrio cholerae*. En 1996, 17 países del continente notificaron un total de 24 642 casos y 350 defunciones por *Vibrio cholerae* O1, con lo que continuó la tendencia descendente observada desde 1991. En 1996 hubo una reducción de 72% del número de casos y de 60% del de defunciones por causa de esa enfermedad, en comparación con los 86 646 casos y las 890 defunciones que se notificaron en 1995. La tasa promedio de letalidad por cólera en América Latina (defunciones/casos) en 1996 fue de 1,4%, después de mantenerse alrededor de 1% o menos desde 1991; las tasas de incidencia acumulativa de cólera en los países afectados del continente (excluidos los Estados Unidos) variaron de 0,14 por 100 000 habitantes en el Paraguay a 2757 por 100 000 en el Perú. Brasil, Perú y Colombia, países con fronteras comunes, tuvieron el mayor número de casos en 1996, a saber, 4634, 4518 y 4428, respectivamente. Nicaragua, con muchos menos casos (2813), notificó el máximo número de defunciones (107). En los últimos tres años, la Guayana Francesa, Guyana, Panamá y Suriname han estado libres de

---

***Desde el comienzo  
de la epidemia de  
cólera, la OPS  
intensificó su apoyo  
a los países afectados  
para combatir la  
enfermedad.***

cólera y la enfermedad no se propagó a los países del Caribe ni al Canadá.

En los cinco primeros meses de 1996, la Argentina sufrió una epidemia de cólera que alcanzó su punto culminante en febrero y se concentró sobre todo en la provincia de Salta. La epidemia (semanas 1 a 21) causó 422 casos y 5 defunciones en 1996, y el último caso se notificó el 25 de mayo. Durante la semana epidemiológica 41 (octubre), hubo otro brote de la enfermedad, que elevó el total acumulativo del año a 474 casos, o sea 2,5 veces más que el total de 1995, cuando se notificaron 188 casos. La epidemia continuó en 1997 y alcanzó su punto máximo durante la semana epidemiológica 3. Hasta el 15 de febrero de 1997, la Argentina había notificado 405 casos, en su mayoría (95%) a lo largo de la frontera con Bolivia en las provincias de Salta y Jujuy.

En 1996 Bolivia notificó un total de 2847 casos y 68 defunciones. Desde octubre de 1996 el país ha estado sumido en su sexto brote de cólera. Los municipios más afectados son Tarija, Beni, Chuquisaca, Santa Cruz y Cochabamba; Yacuiba, a lo largo de la frontera con la Argentina, se ha declarado zona de emergencia. Entre el 29 de diciembre de 1996 y el 16 de enero de 1997, Tarija notificó 482 casos y 1 defunción. Se ha suspendido la venta ambulante de comidas y bebidas en ese municipio por sospecharse que esa práctica es la causa del brote.

En septiembre de 1996, después de una pausa de dos años, se notificó cólera en Venezuela en el municipio de Páez en el Estado Zulia. Este brote guardó relación con el consumo de mariscos crudos y en un principio afectó a nueve personas. En 1996, durante la semana epidemiológica 51, la epidemia llegó al Distrito Federal y causó 16 casos. En 1996 (semanas 39 a 52), la epidemia ocasionó 254 casos y 8 defunciones, o sea 95% del total de casos notificados por Venezuela en ese año. La epidemia persiste y en 1997 se han notificado 323 casos y 14 defunciones hasta la semana epidemiológica 8, con una importante reducción a partir de la semana 3.

Desde el comienzo de la epidemia, los países de la región y la Organización Panamericana de la Salud intensificaron su apoyo con el fin de fortalecer la capacidad de los países para combatir la enfermedad. Los proyectos fueron financiados por el Fondo de la Organización de Países Exportadores de Petróleo para el Desarrollo Internacional, los Gobiernos de Suecia, Italia, los Países Bajos y Alemania, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y el Fondo de Emergencia de Cólera del Director de la OPS. La mayor movilización de recursos financieros tuvo lugar por medio del Banco Interamericano de Desarrollo. Durante el período 1991-1996, la asistencia financiera para la prevención y el control del cólera en la Región de las Américas llegó casi a US\$ 12 millones. Con apoyo de la comunidad internacional se logró realizar muchas actividades y encontrar soluciones duraderas en los países en esos dos campos.

Aunque la epidemia de cólera no ha vuelto a su alta tasa de incidencia de 1991, sigue propagándose y causando morbilidad y mortalidad, perturbación social y efectos económicos innecesariamente. Las medidas de prevención y

---

***Aunque la epidemia de cólera no ha mostrado su alta tasa de incidencia de 1991, sigue propagándose y causando perturbación social y efectos económicos adversos.***

control introducidas desde 1991 han creado una tendencia descendente de la incidencia de cólera notificada, bastante alentadora. Con todo, el cólera causado por el biotipo El Tor ahora es endémico y muestra patrones estacionales sin señales de disminuir en muchos países latinoamericanos. Este patrón persistirá en muchos de ellos a menos que se introduzcan grandes mejoras en los sistemas de abastecimiento de agua y tratamiento de aguas servidas, así como en educación y preparación e higiene de los alimentos, y que se preparen vacunas mejoradas para controlar su propagación. Como la magnitud y frecuencia de la epidemia de cólera guardan relación directa con el estado de desarrollo de la infraestructura de un país, la necesidad de concentrar la atención en posibles mejoras del sistema de abastecimiento de agua, saneamiento e higiene de los alimentos de la comunidad es una extensión lógica de la respuesta al cólera.

### ***Rabia humana***

La eliminación de la rabia humana transmitida por el perro aún constituye un desafío para los países de América Latina y el Caribe. En 1996 se incrementó el número total de casos de rabia humana (179) con respecto al año 1995 (153) debido a la manifestación de un brote epidémico en el Ecuador en el que se identificaron 65 casos (36,3% del total de América Latina). Sin embargo, el número de casos de rabia canina descendió 18,8% en 1996, con respecto a 1995. En términos generales, la tendencia de la rabia humana continúa en descenso: la tasa de mortalidad específica fue de 0,04 por 100 000 habitantes en 1996, en tanto que en 1995 fue de 0,07. Aún más importante, la rabia canina muestra una clara tendencia a la disminución. El perro continúa siendo el principal transmisor de la rabia humana (83,5%), seguido por los murciélagos (11,9%) y el gato (3,3%). En los últimos cinco años, los murciélagos insectívoros se han convertido en un nuevo desafío para los programas de prevención y control de la rabia. Como resultado de la destrucción de los ecosistemas naturales, las especies de murciélagos insectívoros que migran a las ciudades en busca de nuevos refugios llevan consigo infecciones letales para el hombre, entre ellas la rabia. El murciélago insectívoro, por ejemplo, ha sido la fuente de transmisión de los últimos cuatro casos de rabia humana en los Estados Unidos y del último en Chile.

Cabe resaltar el esfuerzo que están realizando los países para eliminar la rabia humana transmitida por el perro. La cobertura de los programas nacionales de vacunación se amplió de 16 millones de perros en 1983, cuando comenzó el programa, a 37,2 millones en 1996. Se protegió así a una población de 320 millones de personas en las zonas afectadas por la rabia. En dichas zonas se vacunó a 31,5 millones de perros, lográndose coberturas importantes en Brasil, Ecuador, Guatemala, México y Perú. En 1996 recibieron atención 778 290 personas agredidas por animales; 45,4% de estas personas iniciaron el

---

### ***La vacunación***

***antirrábica de caninos***

***protege a unos 320***

***millones de personas***

***en situación de riesgo.***

tratamiento antirrábico, y de este porcentaje, 78% terminaron el tratamiento.

La OPS siguió apoyando a los países en la puesta en práctica de las estrategias para eliminar la rabia humana transmitida por el perro. En especial, prestó su ayuda para la planificación y el desarrollo de las campañas de vacunación masiva de perros en Belice, Bolivia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana; el mejoramiento de la atención a personas expuestas a la rabia en Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y México, y la ampliación de la vigilancia epidemiológica.

### *Peste bubónica*

**El programa de lucha  
contra la peste  
bubónica recomendado  
por la OPS ha logrado  
reducir la letalidad  
y la infección  
intradomiciliaria  
mediante la  
participación de la  
comunidad.**

En 1996 solo dos países notificaron casos de peste bubónica: los Estados Unidos y el Perú. En los cinco casos comprobados en los Estados Unidos durante 1996, la infección se adquirió en la naturaleza; dos de ellos fueron mortales. Después del último brote de peste bubónica ocurrido en el Perú durante 1994 y 1995, han quedado zonas endémicas en las que la infección se mantiene en la naturaleza, en un ciclo entre roedores silvestres y sus vectores, las pulgas. Cuando las personas, por su ocupación agrícola, se exponen a la picadura de las pulgas de estos roedores, adquieren la infección. En 1996 se registraron 23 casos probables en el departamento de Cajamarca, Perú. La infección intradomiciliaria se redujo en forma considerable, llegando solo a 20%. El programa de control de la peste ha tenido éxito y se logró reducir la letalidad y la infección intradomiciliaria mediante la participación de la comunidad en las actividades del programa, en especial la notificación de casos, el tratamiento oportuno de casos y contactos, el control del vector y un mejor manejo de las cosechas para combatir a los roedores, reservorios de la infección. El papel de la OPS ha sido fundamental en la instrumentación del programa de control y del sistema de información y vigilancia epidemiológica.

### *Encefalitis equinas*

Las encefalitis equinas son zoonosis virales, transmitidas por mosquitos, que se presentan en episodios estacionales causando brotes en equinos y, ocasionalmente, epidemias en humanos. En 1996 la encefalitis equina venezolana volvió a presentarse en México, pero en esta ocasión afectó a los municipios de Matías Romero, Chahuities y Tapanatepec en el estado de Oaxaca. La enfermedad afectó solo a los equinos, causando morbilidad y mortalidad bajas. También se notificaron brotes de encefalitis equina del este en el municipio de Aldama, México, y en los distritos de Cayo y Orange Walk en Belice. Estos brotes se controlaron con vacunación de los equinos y no se presentaron casos humanos. Todo esto, sumado a la epidemia de encefalitis equina venezolana que se presentó en Colombia y Venezuela durante 1995, pone de mani-

fiesto una creciente actividad viral que alerta a los servicios de salud y demanda acciones inmediatas dirigidas a fortalecer la articulación intersectorial para la prevención de epidemias.

La epidemia de encefalitis equina venezolana ocurrida en 1995 en Colombia y Venezuela ya había llevado a los países a restablecer los programas de vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas. Así, el número de países que notifican síndromes compatibles con encefalitis equinas por el sistema de cuadrantes de PANAFTOSA ha llegado a 11. Por medio de este sistema se han podido identificar zonas endémicas de encefalitis equinas que sirven de base para la caracterización epidemiológica de los riesgos de epidemias. Esto exige la creación de laboratorios de diagnóstico en los países afectados.

La OPS continúa realizando esfuerzos para reactivar la vigilancia epidemiológica en los países de la Región. Durante 1996 se preparó una publicación sobre las bases técnicas para la instrumentación del sistema de información y vigilancia epidemiológica de la encefalitis equina venezolana. Se impartieron cursos internacionales sobre la materia en México y Perú, y se capacitó a 229 profesionales de salud, agricultura y del sector privado de seis países. De igual forma, la OPS, en colaboración con el Instituto de Investigación Médica de Enfermedades Infecciosas del Ejército de los Estados Unidos de América y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) adiestró a profesionales en técnicas de diagnóstico en los países.

## **Enfermedades no transmisibles**

Hoy en día, las enfermedades no transmisibles causan casi tres cuartas partes de la mortalidad y morbilidad en América Latina y el Caribe, más del doble de las producidas por las demás causas en conjunto. Los grandes adelantos en la lucha contra las enfermedades infecciosas, un aumento de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población han contribuido a hacer de las enfermedades no transmisibles la principal causa de morbilidad y mortalidad en la Región. Más aún, es alarmante el hecho de que se espera que para el año 2015 el efecto relativo de esas afecciones supere en siete veces al de otras enfermedades. Cada uno de los países de la Región necesita responder a esta creciente dificultad.

Con ese fin, en 1996 la OPS prestó cooperación técnica destinada a fortalecer determinadas iniciativas de prevención y control de enfermedades transmisibles. La Organización se comprometió a fijar prioridades y recaló las estrategias de prevención comprobadas en las que se adoptan la medicina preventiva clínica y la calidad de la atención como factores clave para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Este método complementó las actividades de promoción de la salud en marcha, así como los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud y lograr un desarrollo humano con equidad.

---

***Hoy en día, las  
enfermedades no  
transmisibles causan  
casi tres cuartas partes  
de la mortalidad y  
morbilidad en América  
Latina y el Caribe.***

---

***La incidencia de la mayoría de las enfermedades no transmisibles, la prevalencia de factores de riesgo y las barreras que impiden la prevención y la atención médica suelen ser más graves entre los grupos de condición socioeconómica baja.***

No obstante, las opiniones erróneas sobre las enfermedades no transmisibles obstaculizan los esfuerzos de control. Por ejemplo, se supone equivocadamente que las enfermedades no transmisibles son principalmente un problema de los ancianos, que se relacionan con la prosperidad y que son de naturaleza degenerativa y difíciles de prevenir y controlar. Sin embargo, los hechos demuestran lo contrario. Primero, más de 65% de los años perdidos por discapacidad causada por enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe corresponden a personas menores de 45 años de edad; es más, alrededor de 30% atañen a menores de 15 años de edad. Segundo, la incidencia de la mayoría de las enfermedades no transmisibles de importancia para la salud pública, la prevalencia de factores de riesgo y las barreras que impiden la prevención y atención médica eficaces suelen ser más graves entre los grupos de condición socioeconómica baja, incluso entre las personas que viven en la pobreza. Tercero, el término degenerativo ya no es válido, puesto que en la mayoría de los casos la cardiopatía isquémica es reversible, el cáncer nunca ha sido degenerativo y la diabetes no insulino dependiente es relativamente reversible. Por último, cabe recalcar que todos los países tienen a su disposición estrategias de prevención factibles y eficaces. Obviamente, las principales causas de las enfermedades no transmisibles se pueden prevenir o, por lo menos, postegar; muchas son reversibles y muchas otras, controlables con estrategias de prevención secundarias destinadas a reducir las complicaciones.

Desde mediados de los años sesenta, varios programas de la OPS han logrado adelantos en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, sobre todo en los campos de promoción de la salud (por ejemplo, control del tabaquismo y nutrición saludable), desarrollo de sistemas de salud (por ejemplo, mejora de la calidad de la atención de salud) y establecimiento de métodos regionales y nacionales para tratar problemas relacionados con la salud mental y el abuso de sustancias. Además de esta amplia respuesta de promoción de la salud y desarrollo de los servicios de salud, la Secretaría estableció un Programa de Enfermedades no Transmisibles en 1995, específicamente para fortalecer la capacidad de la Organización de dar apoyo al establecimiento de programas de enfermedades no transmisibles en toda la Región. En 1996 la OPS entabló relaciones de trabajo con varios centros colaboradores de la OMS y organizaciones no gubernamentales dedicadas a temas de diabetes, alivio del dolor causado por el cáncer y detección de esta enfermedad, accidentes cerebrovasculares y formulación de políticas.

Además de las estimaciones de mortalidad y discapacidad citadas, en 1996 se calcularon los años de vida potencial perdidos por cada una de las enfermedades no transmisibles. También hubo progresos en la promoción de métodos de vigilancia de factores de riesgo y en la elaboración de planes para evaluar la respuesta de los servicios de salud. Asimismo, la Organización ayudó a determinados países, como Suriname, a evaluar las consecuencias de las enfermedades no transmisibles, fijar prioridades y realizar planificación

estratégica, y establecer programas afines sobre la base de un análisis de la situación de salud.

La respuesta regional integrada de la OPS para combatir las enfermedades no transmisibles es particularmente prometedora. El método CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles) se concentra en intervenciones en la comunidad y se basa en estrategias de eficacia comprobada para el control de las enfermedades no transmisibles (CINDI) creadas en la Oficina Regional de la OMS para Europa. El método combina la promoción de la salud muy bien enfocada (es decir, actividades destinadas a reducir factores de riesgo, en vez de las centradas en amplios factores determinantes de la salud) con las medidas que pueden tomar los médicos (por ejemplo, prevención clínica) y los servicios de salud (tales como mejor calidad de la atención para abordar los factores de riesgo secundarios). Aunque el método CARMEN trata principalmente de las enfermedades cardiovasculares, también cubre otras afecciones como la diabetes, el cáncer del cuello uterino y la prevención de traumatismos. El modelo del método CARMEN se tomó del proyecto de Karelia del Norte, Finlandia, el primer proyecto de CINDI que se puso en marcha. Aborda intervenciones de política, actividades de reducción de factores de riesgo y mejoras de la calidad de la atención clínica preventiva. En Karelia del Norte, las enfermedades del corazón se redujeron 55% en los hombres y 68% en las mujeres en un período de 20 años, lo que se atribuye sobre todo a una disminución de la prevalencia de tres factores de riesgo: colesterol, hipertensión arterial y tabaquismo.

Hay varios proyectos CARMEN en marcha en diversos países. Con apoyo técnico de la OPS, Chile siguió ejecutando un proyecto en Valparaíso. También se dio apoyo al trabajo de diseño en la Argentina y se iniciaron evaluaciones de factibilidad en Puerto Rico y México; en Costa Rica y el Uruguay también se ha expresado interés en establecer proyectos CARMEN. Actualmente se estudia la posibilidad de incluir en la red CARMEN los proyectos existentes de Canadá y Cuba.

Cada proyecto CARMEN exige que el país comprometa recursos, lo que suele ser factible ya que estos representan una reorientación de los servicios de salud que incrementa la eficacia de las actividades de reforma de la atención. Se considera que cada proyecto tiene alcance nacional, con sitios de ejecución locales; la duración del proyecto es de 15 años, como mínimo, dada la complejidad de las intervenciones y el tiempo necesario para demostrar cambios en los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y los resultados pertinentes. Las prioridades y los medios varían según el sitio. El concepto primordial se basa principalmente en la reducción de los factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares; sin embargo, muchos de esos factores de riesgo guardan una estrecha relación con la presentación de otras afecciones (por ejemplo, el tabaco con muchos tipos de cáncer; la hipertensión con los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia renal crónica). Dada la prevalencia de diabetes en algunos sitios, se prevé que esta enfermedad será uno de

---

### ***El método CARMEN***

***se concentra en***

***intervenciones en la***

***comunidad y se basa***

***en estrategias de***

***eficacia comprobada***

***para el control de las***

***enfermedades***

***transmisibles,***

***destinadas a reducir***

***factores de riesgo.***

los principales puntos de enfoque para algunos proyectos CARMEN, mientras que en otros, la salud de la mujer (en la que se incorporarán hipertensión, diabetes y cáncer del cuello uterino) puede convertirse en el objeto de los proyectos. Siguiendo el principio de fijación de prioridades y adopción de decisiones a partir de pruebas, todos los proyectos CARMEN exigen un análisis básico y una evaluación periódica. Un acuerdo entre la OPS (CARMEN) y la OMS (CINDI/EURO), establecido también en 1996, ofrece apoyo técnico inter-regional.

### *Cáncer*

***Las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe están entre las más altas del mundo, y la mortalidad es mayor en las mujeres con acceso limitado a los servicios de salud.***

En 1996 la Organización se concentró en examinar algunos programas nacionales de cáncer y en evaluar los programas de citología del cuello uterino para hacer frente al creciente efecto del cáncer. Se evaluaron programas nacionales de control del cáncer en Costa Rica y Cuba, en cooperación con el Centro Tom Baker (Calgary, Canadá), un centro colaborador de la OMS. Se efectuaron análisis regionales de las tendencias, las estrategias y el grado de desarrollo del programa de control del cáncer del cuello uterino.

Las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe están entre las más elevadas del mundo y, aun así, en los programas de detección existentes se examina sobre todo a las mujeres expuestas a poco riesgo. Además, los servicios de citología tienden a ser de mala calidad y no están suficientemente vinculados a los servicios de tratamiento. Puesto que en muchos países se asigna una enorme cantidad de recursos al examen de detección del cáncer del cuello uterino, debe hacerse hincapié en que el servicio sea participatorio y eficaz en función del costo. Para llevar adelante ese proceso, la OPS organizó talleres consultivos, publicó pautas, estableció un protocolo para la evaluación de programas y creó proyectos de demostración con fines de mejorar la calidad de los programas de detección. Se seleccionó un sitio en el Ecuador y otro en Venezuela para establecer proyectos de demostración. Además, se publicaron números especiales del *Bulletin of the Pan American Health Organization* y del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* dedicados a la detección del cáncer del cuello uterino.

Entre las principales consideraciones para convertir el control del cáncer del cuello uterino en prioridad de salud pública está el hecho de que 25 000 mujeres mueren anualmente de ese tipo de neoplasia en América Latina y el Caribe, 60% de los casos de cáncer invasivo ocurren entre mujeres de 35 a 60 años de edad y la mortalidad por cáncer del cuello uterino es mayor en las mujeres con acceso limitado a los servicios de salud.

Aunque la OPS aborda activamente las cuestiones relacionadas con el tabaco, el cáncer del cuello uterino y los programas nacionales, todavía hay muchas deficiencias. Una de las más graves es la atención paliativa, que no se capta en las estadísticas de morbilidad o mortalidad. El mejor indicador

internacional de la atención paliativa se obtiene del índice de consumo de morfina, que es mínimo en la mayoría de los países de la Región. La OPS inició consultas con dos centros colaboradores de la OMS sobre los métodos de promoción del tratamiento del dolor y la atención paliativa en la Región.

### **Diabetes**

En reconocimiento del efecto cada vez mayor de la diabetes, en 1995 la OPS asignó prioridad a este trastorno dentro de su programa de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. En un principio, la Organización trabajó con las asociaciones de América Latina y el Caribe y la Federación Internacional de Diabetes (FID) para llegar a un consenso sobre las estrategias de prevención y control pertinentes. En colaboración con la FID y otras instituciones regionales, la OPS copatrocinó la "Declaración de las Américas sobre Diabetes" en 1996, ulteriormente respaldada por los ministros de salud en la XXXIX Reunión del Consejo Directivo como orientación para el establecimiento de programas nacionales. En la declaración se reconoce la creciente importancia de la diabetes y se subrayan las estrategias que es preciso poner en práctica. Las políticas nacionales deben garantizar a la población diabética el acceso equitativo al empleo y las políticas de salud deben promover una alimentación sana y el ejercicio para prevenir la diabetes no insulino dependiente. En el plano de los servicios de salud, habrá que mejorar la calidad de la atención, incluso la educación de los pacientes para evitar que sufran complicaciones. También habrá que asegurar la disponibilidad de insulina.

Otras iniciativas importantes respaldadas en 1996 incluyen la realización de intervenciones relacionadas con la diabetes como parte de la programación integrada de las enfermedades no transmisibles (un programa piloto de la Oficina de Coordinación del Programa de la OPS en el Caribe realizado en la región oriental); el apoyo para el adiestramiento regional en epidemiología (Colombia, 1996); el apoyo a cursos regionales para establecer asociaciones de diabetes patrocinados por la FID; la edición en español de la publicación de la FID titulada *Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia*, y la preparación de un folleto titulado "Diabetes in the Americas: Facts for Health Professionals" (Diabetes en las Américas: información para profesionales de la salud). La OPS se ha esforzado por atraer financiamiento del sector privado para demostrar los efectos clínicos y económicos que se obtienen cuando se mejora la educación de los pacientes diabéticos (en Chile).

### **Prevención de traumatismos**

A pesar de la creciente preocupación regional e internacional por los traumatismos intencionales (por ejemplo, homicidio y suicidio) en las Américas,

---

***La Declaración de las Américas sobre Diabetes reconoce la creciente importancia de esta enfermedad y subraya la necesidad de promover una alimentación sana y el ejercicio para prevenir la diabetes no insulino dependiente.***

los no intencionales (como los accidentes de vehículos de motor, las caídas, las quemaduras y el ahogamiento) son todavía dos veces más frecuentes como causa de defunción y discapacidad. La eficacia de la prevención de traumatismos no intencionales está entre las más altas del campo de la salud. Por ejemplo, en Trinidad y Tabago la mortalidad por accidentes de vehículos de motor disminuyó 50% en un decenio reciente después de implantar una combinación de medidas relacionadas con el mejor diseño de ingeniería del tránsito, legislación sobre el uso de cinturones de seguridad y promoción de la seguridad.

En 1996 la OPS entabló una relación de trabajo con la Asociación Internacional de Traumatismos Cerebrales (IBIA); se establecieron centros colaboradores de la OMS en prevención de traumatismos en Cali, Colombia, y Quebec, Canadá, y se solicitaron propuestas para designar dos centros colaboradores de la OMS en los Estados Unidos. Durante el año, el CAREC recibió una donación del CIID para introducir un sistema piloto de vigilancia de traumatismos en varios sitios del Caribe y se inició el trabajo preliminar sobre un análisis de la situación regional de los traumatismos.

**En América Latina y el  
Caribe, no menos de 17**

**millones de personas**

**entre los 4 y los 16 años**

**sufren trastornos**

**psiquiátricos de**

**intensidad moderada**

**y grave que requieren**

**intervención.**

#### **Salud mental**

La OPS coopera con los países en el control y prevención de los trastornos psiquiátricos y en la promoción de la salud mental. Las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la Región son de una magnitud considerable, tanto en los países altamente industrializados, como el Canadá y los Estados Unidos, como en los demás donde se realizaron estudios complementarios. Para los primeros, las tasas de prevalencia en el transcurso de la vida calculadas recientemente fluctúan entre 33,8% y 32,0%, mientras que para los segundos, las tasas de prevalencia en un año oscilan entre 19% y 34%.

Los niños no están inmunes a los trastornos psiquiátricos. En un estudio realizado en Puerto Rico se determinó una tasa de 16% para los trastornos moderados y graves. Esto implicaría que, en América Latina y el Caribe, no menos de 17 millones de menores entre los 4 y los 16 años se encuentran afectados por trastornos que requieren intervención. El peso económico que representan los trastornos psiquiátricos también es alto. En los Estados Unidos se ha estimado que la carga de los cuadros depresivos llega a US\$ 43 000 millones al año. No obstante la magnitud y la carga de estos trastornos, los programas de salud mental por lo general no cuentan con el respaldo debido.

La cooperación técnica en 1996 continuó procesos iniciados en años anteriores destinados a poner en funcionamiento una red asistencial que dé una mejor respuesta al diagnóstico epidemiológico antes citado y a movilizar a la sociedad de manera que otorgue al tema la importancia que requiere. Se iniciaron asimismo acciones para dar un tratamiento más apropiado a tres trastornos específicos: los afectivos, la epilepsia y las psicosis, para cuyo control

existen en la actualidad tecnologías eficaces.

En relación con el control de los trastornos psiquiátricos, la cooperación técnica se centró en el fortalecimiento de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica que se lleva a cabo con el apoyo generoso de países europeos y con recursos regionales. Con el propósito de evaluar esta labor, en junio de 1996 se reunieron representantes de las direcciones de salud mental de 19 países. Desde esa evaluación se han producido algunos adelantos en la orientación comunitaria de los servicios y programas, lo que permite a la OPS comenzar a proponer acciones específicas de control de los tres trastornos mencionados.

En San Martín, Antillas Neerlandesas, se trabajó para prevenir y controlar las consecuencias psicosociales del huracán que azotó a la isla en 1996.

Con el fin de movilizar a la sociedad, la OPS, junto con otras organizaciones de relevancia regional y mundial, convocó en septiembre de 1996 a las primeras damas de los países de las Américas. Se reunieron en esa oportunidad las esposas de mandatarios de 23 países, o sus representantes personales, quienes se comprometieron a incluir el tema de la salud mental en su agenda de trabajo. Varias de ellas ya han informado la realización de actividades concretas. La OPS también ha dirigido sus esfuerzos a establecer o fortalecer los lazos con asociaciones de usuarios y sus familiares.

En cuanto a la promoción de la salud mental, esta se centró en los niños y se definieron líneas de acción específicas, tales como promoción del desarrollo temprano y reducción de las conductas violentas contra la niñez, las que se presentaron a la reunión de seguimiento del Plan de Acción Interagencial sobre Promoción del Desarrollo Psicosocial y la Salud Mental de la Niñez celebrada en noviembre de 1996. Cabe señalar que varios países están poniendo en práctica exitosamente las medidas acordadas en reuniones realizadas en años anteriores.

### ***Tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas***

Con respecto al tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de drogas, se mantiene una prevalencia estable en cuanto a la población adulta, pero las cifras de incidencia tienden a subir en forma importante. El tabaquismo en la población adolescente fluctúa entre 15% y 25% en diversos estudios epidemiológicos. La edad promedio para el inicio del hábito de fumar son los 12 años, lo que, combinado con el incremento de conductas de consumo excesivo de alcohol en estas poblaciones, indica la necesidad de fortalecer los programas de control del alcoholismo, el tabaquismo y el abuso de drogas así como los programas preventivos. La alta disponibilidad y la situación de riesgo, sobre todo en las poblaciones urbanas, también han ocasionado un incremento en el uso de otras sustancias psicoactivas, como la marihuana y la cocaína.

El riesgo asociado a estas conductas adictivas es de grado mayor, en la

---

***El alcoholismo, el tabaquismo y el abuso de drogas causan numerosos problemas de salud, como las lesiones producidas por diversas formas de violencia y accidentes, los trastornos cardiovasculares, la cirrosis hepática y el cáncer de pulmón.***

medida en que el alcoholismo, el tabaquismo y el abuso de drogas causan numerosos problemas de salud, como las lesiones producidas por las diversas formas de violencia y accidentes, la cirrosis hepática, los trastornos cardiovasculares, el enfisema y el cáncer de pulmón; asimismo, traen graves consecuencias para el desarrollo psicosocial de la población infanto-juvenil.

En respuesta a esta situación, la OPS ha desarrollado un programa interinstitucional en materia de tabaco o salud dentro del cual se integra también la prevención de otros trastornos adictivos. El Plan Interagencial en Tabaco o Salud fortalece la puesta en práctica del programa de lucha contra el tabaquismo, con la participación de coaliciones nacionales y de los organismos interesados del Canadá y de los Estados Unidos de América. Con otros organismos, como la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (UNDCP), se coordinan programas en epidemiología así como la prevención y el control del uso de sustancias psicoactivas.

***La OPS ha diseñado un programa interinstitucional en materia de tabaco o salud dentro del cual se integra también la prevención de otros trastornos adictivos.***

#### ***Problemas nutricionales***

En la esfera del control y prevención de los problemas relacionados con la nutrición se identifican tres líneas de acción: 1) el control y prevención de la desnutrición, especialmente en los niños pequeños, 2) el control de la deficiencia de micronutrientes y 3) la prevención de la obesidad y de las enfermedades crónicas asociadas con la dieta. Para controlar y prevenir la desnutrición en los niños pequeños se promueve la lactancia materna y la alimentación complementaria. En relación con la deficiencia de micronutrientes (vitamina A, yodo y hierro), se fomenta la legislación de políticas públicas saludables que garanticen la fortificación del azúcar con vitamina A, la sal con yodo y la harina de trigo u otros alimentos de consumo masivo y bajo costo, con hierro. Para prevenir la obesidad se promueven en la población de adolescentes formas de vida saludables mediante la incorporación de dietas sanas y nutricionalmente adecuadas, acompañadas de actividad física cotidiana.

En la mayoría de los países, los trastornos debidos a la carencia de yodo están controlados como problema de salud pública, pero es indispensable mantener y extender la yodación de la sal y la vigilancia epidemiológica de dichos trastornos. Como producto de un acuerdo entre la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo se ha proyectado realizar evaluaciones de los programas de lucha contra los trastornos por carencia de yodo en seis países. Entretanto, se establecieron varios programas exitosos para disminuir la alta prevalencia de deficiencia de vitamina A, y se consolidó el proceso de colaboración conjunta con más de 10 países para combatir la deficiencia de hierro mediante la fortificación de alimentos de

consumo masivo y la suplementación preventiva para embarazadas y menores de 2 años.

Se desarrollaron las líneas de trabajo para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, y se diseñaron planes de trabajo con adolescentes por lo menos en tres países. En este sentido, se elaboró y ejecutó en forma parcial un proyecto específicamente dirigido a los adolescentes, denominado "Conocimientos, comportamientos y actitudes en adolescentes de América Latina en lo referente a sobrepeso/obesidad", para cinco países de la Región. En la Argentina se promovieron actividades de prevención de la obesidad en adolescentes, alimentación del niño de corta edad y obesidad en la pobreza.

En cuanto a la deficiencia de micronutrientes, en Bolivia se apoyó el diseño de un programa nacional para combatir la deficiencia de hierro y se participó en la evaluación de los adelantos alcanzados en la lucha contra los trastornos por carencia de yodo. En Cuba se brindó cooperación técnica para el diseño del plan de control y prevención de las anemias nutricionales y de deficiencia de vitamina A. En el Ecuador se apoyó el diseño y ejecución del proyecto integral para la prevención de las deficiencias de micronutrientes, así como para actividades de capacitación orientadas a la promoción de la lactancia materna.

En México se colaborará en la evaluación del programa de control de los trastornos por carencia de yodo, sobre todo en las zonas de mayor riesgo. También se apoyó la elaboración de una estrategia integrada de prevención de deficiencia de hierro y anemia para el Perú y se evaluó la posibilidad de poner en marcha un sistema de información en nutrición en la República Dominicana, donde se promueve la fortificación de un alimento de consumo masivo con hierro. Finalmente, en América Central y Panamá se impulsa la fortificación de un alimento de consumo masivo con hierro y la suplementación alimentaria para mujeres embarazadas y lactantes.

---

*La prevención y lucha  
contra la desnutrición,  
la deficiencia de  
micronutrientes, la  
obesidad y las  
enfermedades crónicas  
asociadas con la dieta  
constituyen las  
principales líneas de  
acción de la OPS en  
esta materia.*



# Principales logros en materia de cooperación técnica con los países

**E**n esta sección se resumen los logros más importantes de la cooperación técnica de la OPS durante 1996. En conjunto, estos logros reflejan el alcance de las actividades de cooperación técnica que realiza la Organización con los países.

Los progresos y las actividades que se presentan a continuación fueron seleccionados por los funcionarios de la Representación en el país correspondiente y pueden clasificarse en seis grandes categorías, a saber: aquellos que demostraron los beneficios de la cooperación entre sectores, programas, instituciones, regiones o países; los que redundaron en un beneficio notorio para la salud de la población o los sistemas de atención de la salud; aquellos que contribuyeron al desarrollo de las instituciones nacionales por medio de la difusión de conocimientos o el fortalecimiento de la capacidad nacional; las actividades que repercutieron en las políticas nacionales de salud, en especial las relacionadas con la reforma del sector salud en los países; el alcance de la movilización efectiva de recursos financieros, humanos, técnicos o políticos, y aquellos logros coherentes con las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la Organización o con su misión.

---

*Los logros*

*que se resumen a  
continuación reflejan  
el alcance de las  
actividades de  
cooperación técnica  
que realiza la  
Organización con los  
países.*

## ANTIGUA Y BARBUDA

- En mayo de 1996 los funcionarios de la OPS y las autoridades nacionales realizaron una evaluación conjunta de las actividades de cooperación técnica de la Organización cumplidas en el período 1990-1995. En una reunión celebrada con ese fin se examinaron varias recomendaciones para la futura cooperación técnica en los campos de salud ambiental y turismo, reforma del sector salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Como resultado del examen, Antigua y Barbuda identificaron las prioridades nacionales y las de la futura cooperación técnica de la OPS para el período 1997-2001, con acento en la reforma del sector salud.

- La OPS siguió apoyando el programa de sistemas de información de salud después de haber sido interrumpido por el huracán Luis. Varias actividades, como la instalación de módulos de sistemas de información de salud comunitaria, la provisión de equipo y programas de computación, el adiestramiento de personal para mejorar el proceso de planificación y la colaboración para la formulación de una política preliminar sobre sistemas de información de salud para aprobación por el Gabinete, han ampliado la capacidad del país para generar y utilizar información de salud.

- El Equipo de la OPS de Respuesta a Desastres en el Caribe prestó apoyo para el adiestramiento en atención de víctimas en masa a 45 funcionarios nacionales de la Cruz Roja y de los departamentos de policía y bomberos. El adiestramiento de funcionarios nacionales que trabajan fuera del sector salud hace participar a un sector más amplio de la comunidad en preparativos para desastres, con lo que se amplía la capacidad nacional para responder debidamente a esas situaciones.

- El programa de becas de la OPS sigue prestando apoyo vital a varias actividades destinadas a fortalecer los servicios de salud de Antigua y Barbuda. Se concedieron 43 meses-beca

en los campos de enfermería de salud pública y salud ambiental.

- Un inspector de salud pública asistió al segundo curso subregional de inspección de carne de res y de aves, de un mes de duración, dictado en la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica, que amplió la capacidad de Antigua y Barbuda en materia de protección de los alimentos y de prevención y control de enfermedades de transmisión alimentaria. El curso mejorará el desarrollo de un programa integrado de protección de los alimentos y la aplicación del sistema de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control. Además, la Oficina de Coordinación del Programa en el Caribe y el CAREC siguieron trabajando con el Ministerio de Salud en la puesta en marcha de un sistema regular de notificación para la vigilancia de las enfermedades diarreicas y de transmisión alimentaria.

## ANTILLAS NEERLANDESAS Y ARUBA

- La OPS participó en la consolidación de la ayuda recibida para el programa de protección ambiental y preparativos ante emergencias y desastres, establecido para mitigar el paso de huracanes en la zona del Caribe, especialmente en las islas de San Martín, San Eustaquio y Saba.

- Se efectuó un análisis de los problemas causados por la contaminación del agua en el sistema de mantenimiento de la unidad de diálisis de Curazao, y se propusieron soluciones de corto y mediano plazo que sirvieron para resolver la grave situación creada.

- Con la cooperación de la Organización se estableció un programa especial de saneamiento que consiste en la evaluación y el monitoreo del sistema de obtención de agua potable, así como en la capacitación de personal para el mantenimiento del mismo.

- La OPS propuso un programa de adiestramiento en materia de salud reproductiva y salud

de los adolescentes para el personal de salud de las islas de Curazao, Bonaire, San Martín, Saba y San Eustaquio.

- Con la participación de la OPS y de los directores y ministros de salud se aprobó el documento de plataforma interinsular de salud para todos en las islas. El mismo se presentó en la reunión de evaluación conjunta de la cooperación técnica.

## ARGENTINA

- Con el propósito de continuar avanzando en la formulación de políticas públicas saludables, el Consejo Federal de Salud, reunido en la provincia de La Pampa bajo la presidencia del Ministerio de Salud, emitió la Declaración de La Pampa. En la misma se establece el compromiso de renovar las metas nacionales y provinciales de Salud para Todos según los conceptos de desarrollo sostenible contenidos en la Agenda 21 de la Cumbre de las Américas (Miami, EUA, 1994). La Declaración es el resultado de un largo e intenso esfuerzo de coordinación y cooperación del Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de la OPS.

- Finalizó la transferencia de tecnología para la producción industrial de la vacuna Cándida 1 contra la fiebre hemorrágica argentina, desarrollada por científicos nacionales en los últimos años. Concluye así con éxito el ciclo completo de desarrollo científico-tecnológico de la nueva vacuna. Este logro, que posibilitará la erradicación de la enfermedad, pone de manifiesto la importancia de la cooperación técnica internacional, en la cual la OPS desempeña un papel protagónico.

- Con una metodología elaborada por la OPS y el Ministerio de Salud, y mediante la capacitación en servicio de los responsables de epidemiología y estadística de todas las provincias y de la Capital Federal, se estableció una base de datos estratificada que incluye 526 divisiones

territoriales de la Argentina, de acuerdo con condiciones de vida, situación sanitaria y utilización de los servicios de salud por parte de la población. La desagregación final de los datos recolectados y el análisis de los mismos permiten identificar áreas geográficas, grupos de edad y problemas de salud relevantes para reorientar y vigilar las acciones de salud, tanto las de prevención como las de control, destinadas al logro de entornos saludables.

- Para promover el desarrollo de ambientes saludables, se puso en marcha la Red Argentina de Manejo Ambiental de Residuos (REMAR), conformada según modernos conceptos de cooperación técnica que consideran actividades multiinstitucionales, multidisciplinarias, intersectoriales, interagenciales y autosostenibles. Participan en la Red el sector privado, el Gobierno, las universidades, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, además del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ). Desde su instalación, ha sido posible implementar tres proyectos para reducir al mínimo los residuos en las industrias textiles locales.

- El hidroarsenicismo crónico afecta a casi un millón de personas en seis provincias de la Argentina. Para promover y proteger la salud de esa población, con la cooperación del CEPIS y del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) se han elaborado proyectos para aplicar nuevas tecnologías de remoción del arsénico, de fácil utilización en las localidades rurales. Concluyeron las etapas de diagnóstico ambiental, análisis de factibilidad y pruebas de laboratorio, y se encuentran en ejecución los ensayos de campo.

## BAHAMAS

- Cuarenta y tres personas, que comprendieron profesionales de enfermería, auxiliares de

salud comunitaria, auxiliares de geriatría y maestros de escuela, recibieron adiestramiento en alimentación y nutrición, centrado en las enfermedades crónicas no transmisibles y la importancia de la lactancia natural y la vigilancia del crecimiento. El documento explicativo de la Política Nacional de Nutrición terminó de prepararse con la asistencia del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), y se ofreció adiestramiento en vigilancia del crecimiento y de la nutrición de los niños menores de 5 años y de edad escolar al personal de salud en Nueva Providencia y Gran Bahama.

- Para fortalecer más el programa de inocuidad de los alimentos, la OPS, junto con el Colegio de Formación Hotelera de las Bahamas y la División de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, participó en la preparación del plan de estudios para el curso de certificación de vendedores de alimentos en diferentes niveles. Como parte de este trabajo, se adjudicó un contrato a la Asociación de Vendedores de Arawak Cay para elaborar material didáctico sobre inocuidad de los alimentos.

- La salud de los adolescentes siguió siendo un importante campo de cooperación. Se adiestró a cuatro personas del programa comunitario de salud mental, el Centro de Crisis (una organización no gubernamental) y la División de Salud Maternoinfantil del Ministerio de Salud y Medio Ambiente como capacitadores en resolución de conflictos y prevención de la violencia. Un acuerdo con el Ministerio de Educación y Adiestramiento introducirá este programa de prevención de la violencia al sistema escolar como proyecto piloto a partir del próximo año lectivo.

- En 1995 la Organización comenzó a colaborar en actividades educativas para enseñar a más de 300 maestros de primaria y secundaria a usar un plan de estudios sobre control de vectores y a integrarlo a otras materias de ciencias. Dichas actividades, que terminaron este año, incluyeron la puesta en marcha de proyectos escolares de control de vectores por medio de la

gestión de desechos en las escuelas.

- Se realizó un taller nacional sobre el funcionamiento y mantenimiento de las plantas de tratamiento de aguas servidas para operadores del servicio nacional de abastecimiento de agua y del sector privado. El sector privado participó plenamente en esta iniciativa, realizada sobre la base de recuperación de costos.

- Se adelantó mucho en la mejora del mantenimiento del equipo biomédico y de la planta física. Dos ingenieros biomédicos y uno de mantenimiento de la planta física viajaron a las Bahamas, con asistencia de Cuba, para realizar un diagnóstico y formular recomendaciones para mejoras en ese campo. Además, cuatro técnicos de las Bahamas adiestrados en Cuba seguirán instituyendo mejoras permanentes. Hasta la fecha se han hecho muchas reparaciones al equipo, lo que ha reducido el tiempo de interrupción del servicio. Dado el éxito de esta iniciativa, se explora actualmente la posibilidad de hacer un arreglo a plazo más largo con Cuba, que permitiría a las Bahamas mantener el programa hasta que se puedan conseguir suficientes recursos humanos.

- En respuesta a la preocupación expresada desde hace mucho tiempo por la Unidad de Coordinación de Información de Salud con respecto a la calidad de los registros médicos y de la certificación médica de defunciones, este año se evaluó la calidad de los datos de mortalidad dentro de los departamentos de registros médicos y de estadística. Los resultados, que fueron motivo de profunda preocupación, sirvieron de impulso para iniciar actividades de adiestramiento en certificación médica de defunciones a comienzos de 1997.

## BARBADOS

- El desarrollo de recursos humanos siguió constituyendo un importante elemento de la cooperación de la OPS con Barbados. Se concedieron 10 meses-becas para estudios de admi-

nistración de salud pública y de servicios de salud, administración de personal, enfermería de salud pública y educación superior en enfermería.

- La OPS apoyó el empeño puesto por el Ministerio de Salud en mejorar la administración del Hospital Queen Elizabeth. Como parte de esa labor, se evaluó la eficiencia de los servicios de atención de accidentes y urgencias, y el Ministerio puso en práctica algunas de las recomendaciones a corto plazo hechas en la evaluación; un consultor que prestó apoyo directo a la división de mantenimiento ayudó a establecer un sencillo sistema de mantenimiento preventivo, y una revisión técnica del sistema de acondicionamiento de aire llevó a hacer recomendaciones para mejorar su eficacia y evitar problemas de salud ocupacional.

- La cooperación también se enfocó en la epidemia de rubéola en el país. Con ese fin se concluyó un análisis epidemiológico de la enfermedad y se introdujeron estrategias para que los profesionales de salud pudieran realizar intervenciones destinadas al público. La OPS, el CAREC y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos colaboraron con Barbados para fortalecer la vigilancia del síndrome de la rubéola congénita en el país y examinar las propuestas de movilización de recursos.

- Se adelantó mucho en materia de cooperación en el campo de promoción de la salud, especialmente en varias actividades de comunicación para la salud y de control de las enfermedades crónicas. La OPS colaboró con un consorcio establecido por la Nation Publishing Company (la casa editorial del principal diario de Barbados) para ejecutar un proyecto nacional de modos de vida saludables; la Fundación del Corazón, la Asociación de Seguridad Vial, la Asociación de Diabéticos de Barbados y varios gimnasios particulares también formaron parte del consorcio. Este lanzó el proyecto con una gran celebración de un día en la que participó una

extensa parte del sector de salud público y privado. La OPS facilitó la participación del Ministerio y organizó una exhibición sobre el tema "Islas, municipios y comunidades saludables", que fue particularmente bien recibida por el público. La Organización creó también un mecanismo para recoger datos básicos sobre conocimientos, actitudes y prácticas referentes a importantes cuestiones de salud personal y pública para ayudar a los medios de comunicación a determinar el efecto de la promoción de la salud en el futuro.

## BELICE

- En 1996 la OPS prestó cooperación técnica para la formulación del Plan Nacional de Salud 1996-2000, lanzado por el Primer Ministro de Belice en noviembre. Los principales cambios propuestos con arreglo al plan comprenden el paso de un enfoque curativo a uno preventivo y de promoción de la salud, así como la transición de un modelo vertical y centralizado a uno descentralizado y participativo. El plan, que dirige también el proceso de reforma del sector salud que realiza el Ministerio de Salud con apoyo del BID y la OPS, comenzó a ejecutarse inmediatamente con la reorganización de dicho Ministerio y la descentralización del presupuesto de 1997. La Unidad de Planificación del Ministerio de Salud, creada en 1995 con apoyo técnico de la OPS, desempeñó un importante papel en la elaboración del Plan Nacional de Salud. Como parte de este último, se preparó un plan multiinstitucional de salud de los trabajadores.

- Cada uno de los seis distritos sanitarios del país, incluso el Distrito Sanitario de Belice recién creado, elaboró sus planes de salud para el período 1996-2000 utilizando el marco lógico de administración de proyectos promovido por la OPS. La ejecución de estos planes de salud dentro del marco general del Plan Nacional de Salud es un desafío para 1997. Belice se desplaza hacia la

formulación de una política de salud y de planificación local sensible a las cuestiones de género.

- La OPS apoyó el proceso de adopción de decisiones del país mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional para realizar análisis de información e investigaciones. Se preparó un informe de la situación de salud, empleado para elaborar el Plan Nacional de Salud. Se publicó un estudio sobre la anemia ferropénica entre las mujeres embarazadas de Belice. También se terminó un estudio sobre la violencia doméstica y se incluyó ese tema como campo prioritario dentro del Plan Nacional de Salud. Con el apoyo técnico del INCAP y la OPS, se realizó el primer censo de estatura en Belice, cuyos resultados se publicaron en 1996. Esta actividad multisectorial fue solicitada por el Fondo de Inversión Social, una entidad recién constituida bajo la coordinación del Ministerio de Educación.

- El sitio de presentación en la red mundial establecido conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Representación de la OPS (<http://www.moh.paho.belice.org>) incluye información de salud de Belice, a la que se puede acceder por medio de la Internet. Se terminaron los planes para dar a los usuarios acceso ilimitado a la Internet en la Biblioteca Nacional de Salud del Ministerio de Salud y la OPS, recientemente inaugurada. El boletín expedido conjuntamente por estos dos últimos organismos tuvo una amplia distribución. La OPS cumplió una función esencial en la realización de actividades de comunicación social, como el trabajo con los medios de comunicación en la observancia de días de salud. Belice y México participaron en la semana binacional de la salud, en la que se destacaron la inmunización universal con la introducción de la vacuna triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) en Belice, la prevención de los accidentes de tráfico, el control de la diarrea y la eliminación de los parásitos intestinales.

- La cooperación técnica de la OPS facilitó el establecimiento y la ejecución de un proyecto de

control de la malaria entre Belice y el estado de Quintana Roo en México. Se movilizaron aproximadamente US\$ 250 000 para el proyecto y el Gobierno de Belice aportó unos US\$ 82 000 más de lo previsto en su presupuesto ordinario para el programa de control de vectores. En el proyecto se previeron dos ciclos anuales de control de la malaria, que beneficiarán a cerca de 350 000 personas. Los miembros de las comunidades participan en actividades de saneamiento, detección pasiva de casos y tareas de mejoramiento de la protección de las viviendas. Las cifras preliminares indicaron que el número de casos de malaria en Belice se redujo 30%, de 9413 en 1995 a 6605 en 1996.

## BOLIVIA

- En el marco del proceso de la reforma educativa iniciada por el país, la cooperación técnica de la OPS apoyó la iniciativa de municipios saludables, en especial desde la perspectiva de escuelas saludables. Se participó en un grupo de trabajo intersectorial del Ministerio de Desarrollo Humano para definir una política que contribuya a un modelo curricular de salud escolar, así como al mejoramiento de las condiciones físicas y psicológicas de los alumnos.

- Se cooperó en la organización de los Directorios Locales de Salud (DILOS), instancias de gestión compartida entre el sector salud, los municipios y las organizaciones comunitarias de base, que permiten insertar la salud en un contexto más amplio de desarrollo local. De esta manera, se trata de establecer una relación entre las actividades asistenciales y las tareas más amplias de promoción de la salud y mejoramiento de las condiciones de vida.

- Se participó en el desarrollo de una tecnología apropiada para la provisión de agua y eliminación de excreta. Esta tecnología se puso a disposición de microempresas que, a nivel local, incrementan su capacidad para responder de

manera autónoma a las demandas de las comunidades campesinas, los municipios y otras organizaciones en materia de saneamiento básico.

- La cooperación técnica permitió mantener el control de las enfermedades inmunoprevenibles, contribuyendo así a una reducción marcada de los riesgos de transmisión. Comenzó la movilización de recursos para enfrentar las enfermedades transmitidas por vectores, principalmente la malaria y la enfermedad de Chagas. El control de los vectores permitirá mejorar el entorno de grandes poblaciones en las zonas tropicales del país.

- Se ha iniciado un proyecto de cooperación en materia de atención y prevención de la violencia intrafamiliar que, inscrito en un marco legal, permite establecer redes entre los diferentes servicios sociales y mejorar su capacidad resolutive a fin de responder a las demandas individuales e intervenir para tratar a víctimas y agresores.

## BRASIL

- La OPS movilizó considerables recursos técnicos y financieros para generar proyectos extrapresupuestarios que contribuyan a fortalecer los programas de prevención y control de la malaria, el plan para la erradicación del *Aedes aegypti*, las actividades de control de endemias y la reorganización del Sistema Único de Salud.

- Uno de los logros más significativos de la cooperación en 1996 fue la reducción del número absoluto de casos de malaria, que pasó de 564 574 en 1995 a 449 092 en 1996. Pero, posiblemente, el hecho más importante es la tendencia declinante de las infecciones por *Plasmodium falciparum*, cuya fórmula parasitaria disminuyó de 35,4% en 1995 a 28,8% en 1996.

- De las 27 unidades federales del Brasil, 26 se encuentran infestadas con el mosquito *Aedes aegypti*, y durante 1996 se notificaron más de 150 000 casos de dengue. En 13 estados se noti-

ficaron casos de fiebre amarilla selvática, si bien no se ha documentado la forma urbana desde la erradicación del vector de las zonas urbanas en 1943. Es por eso que para enfrentar el problema del dengue y la amenaza de dengue hemorrágico y de la reaparición de la fiebre amarilla urbana, durante 1996 el Gobierno del Brasil, con la colaboración de la OPS, diseñó el Plan Director de Erradicación del *Aedes aegypti*, que contempla medidas de saneamiento, educación y aplicación de insecticidas en todas las viviendas de los 2000 municipios infestados. El plan integra los niveles federal, estatal y municipal, así como las actividades de ocho ministerios e instituciones y organizaciones no gubernamentales. Durante 1996 la OPS colaboró en la fase preparatoria del plan, que abarcó reuniones, simposios y cursos en todos los estados para crear conciencia y capacitar personal en las áreas de saneamiento, educación y operaciones directas de control y vigilancia del vector, y para acordar convenios entre el Gobierno Federal y los municipios para la entrega de los fondos.

- La OPS y la comisión intergubernamental encargada de verificar los avances logrados en la eliminación del *T. infestans* y la interrupción de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* por transfusión sanguínea en los países afectados por la enfermedad de Chagas realizaron en Porto Alegre la V Reunión Intergubernamental. En ella se revisaron los progresos alcanzados y se destacó la eliminación del *T. infestans* en el estado de São Paulo. Asimismo, durante el año se efectuó la II Evaluación del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas del Brasil, en la cual se constató que la Organización participó activamente en el logro de las metas del programa por medio de la cooperación en las áreas de planificación, gerencia, diseño, flujos de trabajo, infraestructura, equipamiento, instalaciones, procedimientos de producción, buenas prácticas de manufactura y control de calidad. Asimismo, colaboró con las autoridades nacionales en un programa para lograr la autosuficiencia en materia de inmuno-

biológicos, y con las instituciones nacionales productoras de inmunobiológicos.

## CANADÁ

- La OPS trabajó estrechamente con entidades gubernamentales, en particular con el Departamento de Salud del Canadá y el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), para facilitar la provisión de servicios de expertos en salud del Gobierno Federal propiamente dicho, los ministros de salud provinciales, las organizaciones no gubernamentales y otros profesionales del sector salud canadiense. Estas entidades gubernamentales y privadas canadienses, que comprenden los Centros Colaboradores de la OMS en el país, ofrecieron servicios especializados a los programas de la OPS en cuestiones de salud, tales como el tratamiento de la tuberculosis en el ámbito nacional, el programa de residentes en salud internacional, el desarrollo de la enfermería, la salud ambiental, la reforma del sector salud y las enfermedades emergentes y reemergentes.

Entre estas actividades de cooperación de la OPS con el Canadá merece destacarse el trabajo realizado por la Organización en colaboración con el Centro Canadiense de Laboratorios para el Control de las Enfermedades, del Departamento de Salud, para coordinar e intercambiar información técnica así como para realizar actividades relacionadas con enfermedades diarreicas graves y cepas de bacterias emergentes con resistencia a los antibióticos. El Canadá ha canalizado por intermedio de la OPS su aporte a las actividades que lleva a cabo en el continente en materia de reforma del sector salud, en particular en Chile.

- El Canadá siguió apoyando la ejecución de proyectos de la OPS en pro de la salud de las Américas mediante aportes esporádicos de varias fuentes canadienses, como el CIDA, el Centro Internacional de Investigaciones para el

Desarrollo y la Asociación Canadiense de Salud Pública; dichos aportes apoyaron campos que comprenden desde inmunización y prevención y control de las enfermedades hasta asistencia humanitaria y de emergencia. Por ejemplo, se proporcionaron CAN\$ 3,89 millones para el proyecto del CAREC de control del VIH y el sida; la Asociación Canadiense de Salud Pública es la parte canadiense que ayuda a formular y ejecutar actividades de prevención y atención de la infección por el VIH, el sida y las enfermedades de transmisión sexual. La mayor parte de la cooperación de la OPS en el país entrañó apoyo de la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH) en su función de representante técnico de la Organización en el Canadá. Las siguientes actividades destacan el trabajo de esa Sociedad en pro de los programas de la Organización: la CSIH organizó una conferencia sobre salud internacional en la que se subrayó la función de la OPS en apoyo de las actividades de la CSIH y su trabajo en favor de la salud de la población de las Américas. Esta conferencia se ha convertido en un importante acontecimiento anual en la esfera de la salud internacional en el Canadá. La Sociedad realizó también un exitoso seminario sobre la reforma del sector salud y el sistema de salud canadiense para los países del Cono Sur en Montevideo; en el seminario se demostró la estrecha colaboración que existe entre la Sociedad, las Divisiones de Salud y Desarrollo Humano y de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS y su Representación en el Uruguay.

- Se amplió la divulgación de información generada en la OPS y sobre su trabajo, especialmente por medio del boletín electrónico semanal titulado "Synergy Online" que divulga información de la OPS sobre varios asuntos de salud; los boletines regulares, "Synergy" y "Health Inter-America"; la distribución de información de la Sede de la OPS y los Centros Colaboradores de la OMS con el Gobierno del Canadá, las organizaciones no gubernamentales y otros organismos, y la promoción de las publicaciones de la

OPS. Desde su establecimiento, la página de presentación de la CSIH en la World Wide Web ofrece un vínculo con la de la OPS en dicha red. Por último, la CSIH preparó actividades para el Día Mundial de la Salud y el Día Mundial de la Tuberculosis y trabajó con grupos interesados para promover el Día Mundial sin Tabaco y el Día Mundial del Sida.

## CHILE

- Una iniciativa del Ministerio de Salud y de la OPS dio por resultado la formación del Grupo Internacional de Apoyo a la Reforma en Salud, constituido por el Ministerio de Salud, el Banco Mundial, el BID y representantes del Canadá, del Reino Unido y de la OPS. Su finalidad es discutir, como grupo consultivo, los temas más relevantes y polémicos del proceso de reforma del sector salud para contribuir a la evolución del sistema de salud. Cabe destacar la importancia de esta actividad en cuanto a la forma y el contenido de la cooperación técnica internacional en salud en países de desarrollo intermedio.

- La OPS colaboró en la organización del Servicio Regional de Salud Valparaíso-San Antonio, que lleva a cabo un proceso de desarrollo institucional basado en la gestión estratégica y de calidad utilizando técnicas novedosas y efectivas. La cooperación hizo importantes contribuciones conceptuales y metodológicas y apoyó una serie de actividades específicas relacionadas con la organización de redes de servicios. Se participó en la difusión de la experiencia con el envío de cuatro trabajos al Congreso Internacional de Calidad en Salud celebrado en Jerusalén. Cabe mencionar que por segundo año consecutivo se recibió el premio al mejor trabajo latinoamericano.

- Desde su concepción inicial la OPS dio apoyo a la propuesta de participación social, prioritaria para el Ministerio de Salud, especialmente en los aspectos conceptuales y metodoló-

gicos de la organización de los 41 consejos comunitarios creados a nivel hospitalario y los 30 creados a nivel de consultorio. Dentro de esa línea de cooperación se realizaron cuatro talleres y se editó un documento conceptual y metodológico respecto al desarrollo de comunas saludables. Se cooperó además en el Taller Internacional de Comunas Saludables, en el que participaron siete países, realizado simultáneamente con la Conferencia Latinoamericana de Educación y Participación.

- El proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles) de intervención poblacional para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, aplica estrategias de efectividad probada y evaluada. Estas estrategias de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades buscan controlar los factores de riesgo más conocidos para las enfermedades crónicas no transmisibles: tabaco, alcohol, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, dieta inadecuada y estrés psicosocial. Con la cooperación de la OPS, el Ministerio de Salud impulsa esta iniciativa formulando políticas que favorezcan las acciones preventivas. Además, los programas de intervención cuentan con la participación de otros sectores, tanto públicos como privados, a nivel central y regional.

- El Proyecto de Gestión de la Enfermedad Diabética tiene por finalidad la evaluación de los costos del cuidado del paciente en forma tradicional frente a la aplicación del modelo de gestión. Este modelo, que consiste en un programa a largo plazo, incorpora la prevención y el uso de la tecnología de diagnóstico y tratamiento que han demostrado mayor efectividad, y destaca los aspectos educativos y de autocontrol. Aunque su costo inicial es alto, a largo plazo los gastos se reducen y los pacientes logran una mejor calidad de vida. El proyecto ha generado experiencia sobre nuevas formas de trabajo en las que colaboran los laboratorios, los servicios privados de

farmacia, los servicios públicos, la comunidad y la OPS.

## COLOMBIA

- La estrategia de municipios saludables, que es la base de las actividades del plan de atención básica municipal, fue lanzada por el Presidente como Municipios Saludables por la Paz. Se estableció la condecoración anual a dos municipios (Leticia y Puerto Nariño, del departamento Amazonas) que de manera exitosa y creativa enfrenten sus problemas con soluciones sostenibles e innovadoras. La OPS participó en la formación de alianzas para coordinar acciones preventivas contra el consumo de tabaco en Santafé de Bogotá, así como para intercambiar conocimientos en los campos de prevención de la violencia y salud mental de la mujer, y trabajar con los jóvenes y con los niños de la calle.

- La OPS brindó su apoyo al Ministerio de Salud en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud con garantía de calidad de los mismos. En materia de descentralización del sector, 16 departamentos, 67 municipios y 4 distritos han obtenido su certificación como entidades descentralizadas. El Ministerio reglamentó el sistema de garantía de calidad de los servicios, que se centra en requisitos esenciales, auditoría médica y acreditación.

- La Organización tomó parte en la preparación del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, en el establecimiento del Centro de Educación Permanente en la Universidad Tecnológica de Pereira y en el trabajo de reforma curricular en salud pública, farmacología clínica, gerontología y medicina familiar. En lo referente al control y uso racional de los medicamentos, se consolidó el sistema nacional de suministros hospitalarios, que abarca 500 de los 600 hospitales públicos del país mediante 11 cooperativas. Se creó la Red Nacional de Cooperativas Hospitalarias (REDSALUD), mediante la

cual se da apoyo técnico a los hospitales asociados y se otorgan descuentos en los precios de los medicamentos cercanos al 80% sobre el precio comercial de venta al público. También se preparó un plan de acción gerencial para el mantenimiento hospitalario y la gestión tecnológica a nivel nacional.

- La OPS participó en un análisis sectorial sobre agua potable y saneamiento realizado en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Económico, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente y otras organizaciones afines. El mayor problema encontrado fue la gran inequidad existente en materia de saneamiento básico rural. Una reunión binacional entre Colombia y Venezuela para tratar el control de las enfermedades diarreicas agudas, en especial el cólera, convocó a todos los sectores responsables del saneamiento básico para que intervengan conjuntamente con el sector salud. Está en la fase de conclusión el estudio transversal de salud ocupacional realizado con una muestra significativa de trabajadores de ECOPETROL para establecer posibles asociaciones entre la exposición a los hidrocarburos aromáticos y los riesgos para la salud.

- Se realizaron actividades de capacitación en administración y gerencia de los programas de inmunización y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y lepra. Se actualizaron las normas para la prevención y el control de la tuberculosis, y las correspondientes a la asociación tuberculosis-VIH, para su diseminación en los diferentes servicios de salud. Continuó el trabajo de capacitación de docentes de pediatría de las diferentes facultades de medicina en el manejo estandarizado de casos de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Se dio apoyo al desarrollo del sistema alerta-acción en los departamentos de Cundinamarca y Valle del Cauca, así como a actividades de capacitación en vigilancia epidemiológica y manejo de brotes en los departamentos de Nariño y Córdoba. Se estableció el

sistema de información y comunicación descentralizada para la vigilancia del sarampión. En cuanto al plan de eliminación del tétanos neonatal, se movilizaron recursos humanos para la asesoría de municipios y departamentos críticos, centrando la atención en la población con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Están en preparación las guías de registro de los biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, y se consiguió la participación activa de los productores en el Programa de Control de la Fiebre Aftosa.

## COSTA RICA

- Desde 1994 la OPS promueve en Costa Rica el Proyecto de Cantones Saludables, que busca transmitir al nivel local un enfoque positivo e integral de la salud. Esta actividad se vio fortalecida en 1995 con la creación, por parte del Ministerio de Salud, del Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud. Los esfuerzos culminaron en 1996 con la creación de la Red de Cantones Ecológicos y Saludables, que expresa la preocupación por los temas relacionados con el ambiente y la salud de la población. Esta Red intenta promover entre las autoridades locales y los principales sectores de la sociedad civil la visión de una comunidad saludable. Alrededor de 30 cantones de los 82 con que cuenta el país han solicitado su incorporación en la Red. La tarea de promoción y organización no se concentró únicamente en el ámbito municipal, sino que se proyectó a otros entornos donde es posible motivar la creación de condiciones propicias para la salud. De esta manera han surgido proyectos de escuelas y lugares de trabajo saludables. Los Ministerios de Salud y de Educación, juntamente con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado y algunas organizaciones no gubernamentales, han puesto en marcha el Proyecto de Escuelas Promotoras de Salud. Como parte de las actividades incluidas

en el Proyecto se realizó un diagnóstico de prácticas de riesgo entre los adolescentes y, a fines de 1996, se integró una Red Nacional de Escuelas Promotoras de Salud, anfitriona de la primera reunión de escuelas promotoras de la salud de la Región en la que se conformó la Red Latinoamericana. El estímulo permanente de la Organización al desarrollo de condiciones propicias para la salud se expresa en las tareas de promoción de una cultura de la salud y el fomento de estilos de vida saludables. En la actualidad se percibe un incremento de las instituciones, organizaciones y personas interesadas en temas relacionados con su propia salud. Por su parte, el Gobierno se hace eco de esta tendencia y responde a los desafíos del futuro, considerando entre sus funciones rectoras las relacionadas con el medio ambiente y la promoción de la salud. La formulación de políticas cada vez más claras en este sentido, se suma a los procesos que han permitido el mejoramiento de la salud en Costa Rica, todo ello con el apoyo de la OPS.

- El sostenimiento del Programa Ampliado de Inmunización asegura una cobertura efectiva a la vez que permite el cumplimiento anticipado de metas regionales y la ampliación de los esquemas de vacunación contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* b. Las condiciones sanitarias existentes y los esfuerzos por mejorarlas, más el nivel educativo de la población, permiten el establecimiento exitoso de programas destinados al control oportuno de las enfermedades entéricas, principalmente el cólera.

- Se reforzaron las coberturas de servicios de agua potable y sistemas de eliminación de excreta mediante el Proyecto de Saneamiento Básico Rural, que constituye un esfuerzo en gran escala para acabar con las deficiencias de eliminación sanitaria de excreta y mejorar la calidad del agua potable mediante su desinfección. Este proyecto comenzó en 1994 y es ejecutado por el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado con fondos del sector público nacional que hasta el momento

totalizan US\$ 4 600 000. La OPS apoyó el proyecto de varias maneras, principalmente facilitando la compra de materiales y equipos. Se instalarán 36 000 letrinas, 17 500 bombas manuales de pozo, 13 000 tanques sépticos y 915 equipos de desinfección electrolítica in situ.

- La búsqueda de la equidad, reflejada en el intento del Gobierno de lograr la cobertura total de los servicios de salud a través de la creación de los Equipos Básicos de Salud (EBAIS), ha contado con la cooperación de la OPS en la formulación de las normas y en la formación de los técnicos de atención primaria, quienes son los encargados de prestar atención integral a la comunidad. El proyecto de Educadores Comunitarios de la Salud, destinado a capacitar a 5000 voluntarios en temas básicos de salud, ha recibido la cooperación de la OPS para la preparación del material educativo y para el adiestramiento. El programa, orientado a los adolescentes y a los jóvenes, aumentó considerablemente la cobertura y la calidad de las acciones de grupos juveniles organizados por profesionales de los servicios de salud, por el Movimiento Nacional de Juventudes y por organizaciones no gubernamentales. Estas acciones culminaron en 1996 con un congreso nacional de adolescentes y jóvenes por la salud, del cual surgieron proyectos para el año 1997. La salud de la mujer con una perspectiva de género recibió especial atención por parte de la cooperación técnica. Se llevó a cabo una amplia difusión de materiales y se apoyó a las autoridades en la promulgación de leyes sobre igualdad de la mujer, violencia intrafamiliar y acoso sexual, así como en la formulación de políticas nacionales y sectoriales. La cooperación técnica estuvo presente en la creación de la Comisión Nacional de Mujer, Salud y Desarrollo y en el establecimiento de las oficinas de la mujer, ambas iniciativas impulsadas por la Primera Dama de la Nación.

- Con el apoyo técnico de la OPS el Programa de Reducción de Desastres, del Ministerio de Salud, coordinó por medio de la Comisión

Nacional de Emergencias las operaciones de asistencia sanitaria a raíz del paso del huracán César en el mes de julio, que afectó a más de medio millón de personas. Gracias a la labor previa realizada con la comunidad, las operaciones resultaron exitosas, sobre todo en lo referente al trabajo con los hospitales y centros de salud, y a la coordinación del envío de suministros con apoyo del proyecto SUMA.

## CUBA

- En 1996 se iniciaron en seis municipios los proyectos de desarrollo municipal, orientados a generar, ejecutar y evaluar proyectos en el ámbito municipal, con la cooperación del Ministerio de Salud Pública y la OPS. Los mismos están dirigidos a fortalecer el proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud hacia los municipios y consideran un amplio programa de capacitación a nivel municipal, provincial y nacional, a la vez que garantizan la infraestructura necesaria para la información sanitaria, económica y científico-técnica y la gestión de la dirección municipal y de sus servicios de salud. Se emprendieron actividades en materia de descentralización, participación, análisis de la situación de salud, cartera de proyectos, movilización de recursos y fortalecimiento de los servicios. La descentralización del Sistema Nacional de Salud provocó la descentralización de la cooperación de la OPS desde la Representación hacia los puntos focales territoriales y los proyectos municipales.

- La descentralización de la cooperación de la OPS favoreció significativamente la movilización de recursos hacia los municipios, y el aprendizaje en la formulación y ejecución de los proyectos significó una mejor preparación para identificar problemas y proponer soluciones en la movilización de recursos locales. La movilización internacional de recursos se destacó en 1996 con la colaboración del Gobierno

de Italia en un programa de emergencia para la provincia de Guantánamo. El programa cuenta con un importante componente descentralizado y considera la participación institucional, social y comunitaria para el mejoramiento del ambiente y de los servicios de salud en las zonas rurales montañosas de tres municipios seleccionados.

- Continuó el apoyo a la Red Cubana de Municipios por la Salud, eje de la estrategia de promoción de la salud en el país. Ya son 42 los municipios incorporados a la Red. A través de un enfoque cimentado en la intersectorialidad y la participación social, con la cooperación de la OPS se desarrollan proyectos diversos para mejorar el entorno social y fomentar la salud.

- En 1996 culminaron los análisis sectoriales de salud y residuos sólidos (ya en 1995 habían terminado los correspondientes a agua y saneamiento). De esta forma el país cuenta con la base analítica necesaria para el desarrollo de los planes sectoriales de inversión y de proyectos en el ámbito nacional, provincial, municipal y local, en función de la movilización de recursos nacionales y externos. La OPS contribuyó a la elaboración de los estudios sectoriales y coopera con la preparación de los planes y proyectos de inversión.

- La OPS dedicó considerables recursos al desarrollo municipal en Cuba. Se beneficiaron seis municipios seleccionados en el occidente, centro y oriente del país. Los puntos focales hicieron una tarea eficiente como parte de la cooperación técnica, principalmente en la capacitación del personal local. Por su parte, en el proyecto de emergencia que se lleva a cabo en la provincia de Guantánamo se ejecutó de manera descentralizada 35% de los fondos entregados por el Gobierno de Italia. Ambos procesos se integraron a los trabajos en la Red de Municipios por la Salud y a los planes y proyectos de inversión en salud, saneamiento y residuos sólidos a nivel de las provincias. La Representación de la OPS/OMS en el País debió ampliar su capacidad

de gestión, el potencial informático y el fortalecimiento de los ejes de cooperación a través de los procesos de descentralización, intersectorialidad y movilización de recursos para apoyar toda esta labor. Además, se fortaleció el componente administrativo para atender los planes y proyectos municipales y para ejecutar los recursos a nivel local.

## **DEPARTAMENTOS FRANCESES EN LAS AMÉRICAS: Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica**

- En marzo de 1996, el Dr. George A. O. Alleyne hizo una visita a Martinica y Guadalupe, la primera de un Director de la OSP a los departamentos franceses en las Américas. La visita permitió comprender mejor las necesidades de cooperación técnica de dichos departamentos.

- Los recursos de la OPS en Barbados y Haití trabajaron juntos en el diseño de un proceso para fomentar la participación de funcionarios nacionales de cada uno de los departamentos franceses en la evaluación de la situación de salud en los territorios; el acopio de datos se inició hacia el fin del año. Con la colaboración de la Representación de la OPS en Haití, aumentó el volumen de documentos técnicos enviados a los departamentos franceses.

- Se creó una unidad de urgencias para atender quemaduras en Martinica. Esto fue, en parte, consecuencia del empeño puesto por la Organización en movilizar técnicos de Francia para ayudar a Montserrat a responder a la erupción del volcán La Soufrière, particularmente con el establecimiento de la unidad citada en Martinica. A los estudiantes que han recibido títulos de posgrado de la Universidad de las Indias Occidentales se les ha ofrecido residencias en patología. Por otra parte, un grupo de consultores franceses participó en actividades subregionales para el control del cáncer del cuello uterino.

## DOMINICA

- Dos comunidades de Dominica recibieron el primer y segundo premio, ambos concedidos por medio del programa de "Comunidades saludables" de la OPS, una estrategia de promoción de la salud instituida por la Organización con objeto de animar y ayudar a varios grupos, sectores u organizaciones comunitarios de Barbados y los países y territorios del Caribe Oriental a mejorar las condiciones de salud y de vida de sus respectivas localidades. El Subcomité de Petite Savanne recibió el primer premio por la propuesta de un proyecto de control de la diabetes y la hipertensión; el segundo se adjudicó al Grupo Voluntario de Control de Vectores de Mahaut por una propuesta para reducir la proliferación de mosquitos. Además, otras dos comunidades de Dominica recibieron dos de los tres premios al mérito concedidos por el programa.

- Se celebraron siete talleres en el mismo número de distritos para ayudar a las comunidades a aplicar las estrategias de promoción de la salud en programas destinados a cambiar el estilo de vida.

- El programa de becas de la OPS tiene una función crítica en la lucha de Dominica por mejorar el desarrollo de su infraestructura de servicios de atención primaria y secundaria. Se concedieron dos nuevas becas para estudio de fisioterapia e ingeniería biomédica, respectivamente.

- Se tomó un video de las actividades de un proyecto piloto de control de vectores financiado por el Gobierno de Italia, que se empleará como componente escolar del proyecto. El video muestra varias actividades como el embellecimiento del medio ambiente, la reducción de vectores (mosquitos) en los criaderos y las actividades de limpieza de la comunidad.

- La OPS preparó e introdujo una encuesta destinada a evaluar los servicios de salud de los adolescentes. La encuesta se inició en octubre de 1996 y terminó en diciembre de ese año. La Organización colaborará con el país en el análisis

y la utilización de los datos de la encuesta con el fin de establecer un programa de salud de los adolescentes en 1997.

## ECUADOR

- Para colaborar con el Consejo Nacional de Salud, la OPS lideró el Consejo Interagencial de Apoyo a la Reforma y promovió el inicio del debate nacional sobre las propuestas para la reforma integral del sector salud, privilegiando la equidad en el acceso a los servicios de salud. Dentro de este proceso surgieron iniciativas a nivel provincial y municipal para analizar los problemas de salud y desarrollo local, y se propusieron soluciones propias con la participación de diferentes instituciones, organismos y gobiernos locales, y representantes de la comunidad. Los adelantos más notables tuvieron lugar en las provincias de Azuay, Imbabura y Loja, donde se formaron equipos de coordinación provincial que propiciaron el desarrollo de proyectos integrados en varios cantones.

- Los servicios de salud que brindan el Ministerio de Salud Pública y algunas municipalidades del país, se han beneficiado del Programa Nacional de Mejoramiento de Calidad, basado en la motivación del personal de salud y en la participación de la comunidad usuaria. La OPS participó activamente en este proceso, tanto en la capacitación de facilitadores nacionales y ejecutores locales como en el diseño y perfeccionamiento de los instrumentos técnicos requeridos por la metodología.

- Durante 1996 se manifestaron importantes logros en materia de prevención y control de enfermedades, entre ellos el inicio exitoso de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia; la extraordinaria reducción de los casos de sarampión (de 3872 casos en 1994 a 32 en 1996) y la ausencia de defunciones por esta causa. Con la participación intersectorial, municipal y comunitaria se logró

la disminución significativa de los casos de rabia canina (de un promedio de 160 a 60 casos mensuales). En la lucha contra el VIH y el sida la OPS, en calidad de organismo coordinador del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida, apoyó las actividades intersectoriales y la coordinación entre el sector oficial y las organizaciones no gubernamentales.

- Se promovió la formulación de políticas ambientales en el contexto de la Agenda 21 de la Cumbre de las Américas. Conjuntamente con instituciones nacionales y municipales se llevaron a cabo programas sobre servicios de agua potable y saneamiento, y se fortaleció la capacidad de las instituciones encargadas del manejo y el control de los riesgos ambientales. Finalmente se dio inicio al trabajo de fomento de ambientes saludables en el país, en los campos de turismo y salud y vivienda saludable.

- A pesar de los vaivenes políticos que caracterizaron al año 1996, con el apoyo de varios organismos de cooperación externa y la participación activa de los sectores público y privado se puso en marcha un programa tendiente a la prevención y el control de las anemias nutricionales y la hipovitaminosis A. Asimismo, se promovió a nivel nacional y comunitario la discusión de la problemática de género, especialmente la relacionada con la violencia que afecta a las mujeres, los niños y las niñas.

## EL SALVADOR

- El desarrollo de modelos de organización local descentralizada y participación social permitió que en los municipios de ocho departamentos del país (57%) se organizaran comités intersectoriales municipales, en los que se formulan planes, programas y proyectos de salud y desarrollo humano. En los establecimientos de salud de estos municipios se diseñan nuevos modelos de organización, gestión y prestación de servicios, a partir de procesos de análisis de

situación, recuperación de eficiencia e incremento de la producción con calidad y equidad. Con la participación de instituciones extrasectoriales, se diseñó y aplicó un modelo de atención integral al problema de la violencia intrafamiliar en cuatro departamentos del país, y también se preparó un modelo de atención integral a la familia que destaca las actividades de promoción y protección específica (diagnóstico precoz y control del riesgo de enfermar) articuladas con las de tratamiento y rehabilitación. Se colaboró con el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social en el establecimiento de clínicas comunales y en la capacitación de médicos de empresa, con un enfoque preventivo y de promoción de la salud.

- En materia de cooperación técnica entre países, cabe destacar la puesta en marcha de cuatro sistemas interfronterizos de salud en comunidades limítrofes con Guatemala y Honduras.

- Se reforzó la capacidad de respuesta de las instituciones nacionales a las emergencias y a los desastres mediante el adiestramiento en técnicas de manejo de suministros y bodegas a través del proyecto SUMA.

- Se actualizaron leyes, normas y reglamentos de fortificación de alimentos con micronutrientes y se transfirió tecnología para la producción de alimentos nutricionalmente mejorados con harinas compuestas. En coordinación con el UNICEF, Oportunidades para Intervención en cuanto a Micronutrientes (Opportunities for Micronutrient Intervention, OMNI) y la USAID se continuó cooperando en la vigilancia y evaluación de la fortificación de sal con yodo, azúcar con vitamina A y harina de trigo con hierro, ácido fólico y elementos del complejo B. Se dio apoyo a los municipios de Ahuachapán y Santa Ana para que iniciaran el movimiento de municipios saludables.

- Se logró aumentar la cobertura de desinfección del agua domiciliaria, principalmente en las zonas rurales, mediante el uso de equipos "Dip Cell" para la generación de cloro a partir de

la sal común. También se elevó la cobertura de saneamiento con un programa de instalación de letrinas y de manejo adecuado de los residuos sólidos, y con campañas de capacitación dirigidas a alcaldes y líderes comunitarios. Asimismo, se dio apoyo a las iniciativas de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el restablecimiento de la red de vigilancia y control de la contaminación atmosférica.

- La cobertura de inmunización en menores de 1 año alcanzó 100% con las vacunas DPT 3 y OPV 3 y 98% con la vacuna antisarampionosa, y se demostró la eficiencia del sistema de vigilancia epidemiológica para la detección oportuna de casos de sarampión. Además, la evaluación de la vigilancia del sarampión sirvió para comprobar que ya no circula el virus salvaje. El programa de eliminación del tétanos neonatal logró disminuir de 97 a 21 el número de municipios de alto riesgo al vacunar con una segunda dosis de toxoide tetánico a 82% del total estimado de mujeres en edad fértil; se verificaron más de 85% de los indicadores para la vigilancia de la parálisis flácida en menores de 15 años.

## ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

- La colaboración entre la OPS y los Estados Unidos de América acentuó la promoción de iniciativas de salud a lo largo de la frontera mexicano-estadounidense, particularmente las relacionadas con asociaciones entre los organismos gubernamentales federales, estatales y locales y las organizaciones no gubernamentales de ambos países. Los campos de acción más destacados incluyeron la salud ambiental y la realización de una campaña binacional contra la tuberculosis a lo largo de la frontera.

- La Oficina de Campo de la OPS en la frontera mexicano-estadounidense en El Paso sigue teniendo prioridad. Los Estados Unidos, junto con la OPS y el Gobierno de México, han ideado

una estrategia conjunta para dicha Oficina, cuyas actividades tendrán por objeto divulgar información epidemiológica y de salud pública, crear asociaciones a lo largo de la frontera y establecer canales de movilización de recursos en beneficio de las jurisdicciones fronterizas.

- La cooperación de la OPS con los Estados Unidos también facilitó la realización de actividades sobre salud de la mujer, inmunización, salud de los inmigrantes y prevención del uso del tabaco, con hincapié en los adolescentes y ancianos. Se espera que este trabajo fortalezca la colaboración en aspectos de formulación de políticas, promoción de la salud, divulgación de información e investigaciones.

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, los Institutos Nacionales de Salud, la Administración de Alimentos y Medicamentos, la Administración para la Vejez y la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud trabajaron estrechamente con la OPS para prestar cooperación técnica y servicios especializados, compartir experiencias y apoyar la cooperación en el campo de la salud pública en toda la Región de las Américas.

- Estados Unidos, por medio de su Agencia para el Desarrollo Internacional, colaboró con la OPS en la preparación del plan de acción regional para la erradicación del sarampión en las Américas y apoyar las actividades surgidas en la Cumbre de las Américas, sobre todo las relacionadas con la reforma del sector salud.

## GRANADA

- La OPS ayudó a realizar una consulta nacional sobre promoción de la salud, que agrupó a personal de salud, grupos comunitarios y representantes del sector privado, para identificar las iniciativas de promoción de la salud existentes que requieren fortalecimiento y establecer nuevos métodos de promoción de la salud donde sea preciso. Se señaló la necesidad de tener nue-

vos métodos en relación con la política nacional de salud, el restablecimiento de los equipos de atención primaria de salud en todos los municipios (parroquias), un mandato de política sobre salud de los adolescentes y la ratificación por el Gobierno de un plan nacional de promoción de la salud.

- Como parte del empeño puesto en mejorar el desarrollo de los recursos humanos en los servicios de salud, se concedieron seis becas, tres de ellas para estudios de educación superior de enfermería, alcoholismo y registros/estadísticas de salud, respectivamente, y otras tres para estudios sobre administración de los servicios de salud.

- La Organización proporcionó material didáctico sobre control de mosquitos al proyecto nacional integrado de control de vectores para su divulgación en las comunidades. Se realizó una investigación sobre *Anopheles pseudopunctipennis* patrocinada por la OPS. La Organización colaboró con la Fundación para la Investigación y la Educación en las Islas de Barlovento (WINREF) en la realización de investigaciones sobre el dengue; también proporcionó la versión preliminar de un instrumento para una encuesta de seguimiento de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en materia de prevención y control del dengue para discusión con el Ministerio de Salud y la WINREF.

- La OPS movilizó recursos a fin de proporcionar 2000 dosis de la vacuna contra la rabia humana para tratamiento después de la exposición; el CAREC siguió realizando actividades de vigilancia, pero no se notificaron casos de rabia en 1996.

- Se preparó la versión preliminar del plan nacional de acción sobre salud de los trabajadores con la cooperación técnica de la OPS. El plan, que representó el primer esfuerzo por organizar la salud de los trabajadores en Granada, se presentó a la Conferencia Multiinstitucional de la Región del Caribe sobre Salud de los Trabajadores celebrada en Barbados en mayo de 1996.

## GUATEMALA

- La negociación de los acuerdos de una paz firme y duradera fue uno de los principales ejes de la política gubernamental. Dentro de este contexto y como parte del proceso de mediación encomendado a las Naciones Unidas, la OPS acompañó de cerca esta iniciativa política facilitando el diálogo entre las partes en todo lo concerniente a los temas de salud y apoyando las diversas gestiones necesarias para la elaboración de documentos estratégicos y los planes de inversiones y de proyectos.

- En materia de reforma del sector salud, se apoyó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en la formulación de las políticas de salud y de seguridad social conforme con los requerimientos del Plan de Gobierno 1996-2000 y los acuerdos de paz. Esta labor incluyó el apoyo técnico para la readequación del Código de Salud, la formulación de la propuesta del sistema integral de atención de salud que concede especial atención al nivel primario, la preparación de manuales de procedimientos, la elaboración inicial del estudio funcional de la Red de Servicios del Área Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, el diseño del proyecto de funcionamiento de centros de atención a emergencias durante las 24 horas, y la planificación y programación académica para la formación de recursos humanos, en particular la maestría en salud pública de la Universidad de San Carlos.

- Se incorporó un curso de administración sanitaria de desastres en tres facultades de ciencias de la salud. En el área de mitigación de los desastres en los establecimientos de salud, se iniciaron estudios de vulnerabilidad hospitalaria estructural y no estructural.

- Se brindó apoyo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para elaborar el Plan Estratégico 2000, caracterizar a la población migrante y formular el programa para su afiliación al régimen del seguro social, evaluar la cobertura del

Instituto y desarrollar la capacidad gerencial de los hospitales.

- Se impulsaron diversas acciones orientadas a promover la salud, en particular la elaboración de propuestas de indicadores básicos para la gestión en salud según diferentes niveles de atención, además de otras acciones específicas destinadas a disminuir el potencial epidémico de diversas enfermedades transmisibles, en especial el dengue, la malaria, la diarrea, el cólera, la tuberculosis y las infecciones respiratorias agudas. Se colaboró en el diseño de propuestas de reorganización del sector de agua y saneamiento que facilitaron la formulación del Plan Nacional de Agua Potable y la definición de prototipos y modelos únicos de agua potable y saneamiento. La vigilancia de la calidad del agua potable es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Los resultados de la evaluación de la cooperación técnica descentralizada que la OPS lleva a cabo desde mediados de 1994 permitieron al Ministerio considerar esta modalidad de cooperación como una experiencia valiosa y útil que puede mejorarse de manera que sea más beneficiosa para el país. Continuó la cooperación técnica descentralizada en Quiché, Huehuetenango y Alta Verapaz, y se propuso su ampliación al Ixcán.

## GUYANA

- En 1996 terminó la campaña de seguimiento de la inmunización infantil (con las vacunas BCG, antipoliomielítica oral, DPT y MMR) y el país logró la máxima cobertura de vacunación de los niños contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola de toda su historia. Las actividades de la campaña llevaron a realizar un programa intensivo en las 10 regiones administrativas del país, que permitió a los proveedores de atención de salud promover el uso de vacunas en una amplia muestra representativa de la comunidad.

- Los coordinadores regionales de los servicios de salud maternoinfantil ampliaron sus conocimientos prácticos de supervisión mediante el adiestramiento en el uso y la interpretación de datos, actividad que llevó a revisar el formato de notificación.

El Gobierno de Guyana aprobó oficialmente una política sobre lactancia natural recién formulada, en la que se abordaron los asuntos relacionados con la propaganda de sucedáneos de la leche materna, que deberá seguirse en todos sus establecimientos. La iniciativa "hospitales amigos del niño" se ensayó en 12 instituciones.

- Se siguió trabajando para ampliar la capacidad nacional de prestación eficaz de servicios de laboratorio en los servicios de análisis clínicos y alimentarios. Se inició un programa de garantía y control de la calidad con la participación de laboratorios clínicos de los sectores público y privado; esta actividad se pudo realizar gracias al financiamiento otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Se proporcionó equipo de refrigeración apropiado y adiestramiento al laboratorio de análisis de los alimentos para mejorar varios aspectos particulares de su trabajo. Se acabó de preparar la versión preliminar de un documento de política de inocuidad de los alimentos.

Una actividad de colaboración entre varias instituciones de los sectores público y privado, entre ellas la Sociedad Azucarera de Guyana, permitió terminar con éxito un curso básico de nutrición para trabajadores de la comunidad.

- Después de haberse descontinuado por muchos meses, se reintrodujo en Guyana el examen del esputo para confirmación de la tuberculosis pulmonar; el adiestramiento estuvo a cargo del personal del CAREC y del Ministerio de Salud. También se realizaron consultas para explorar la posibilidad de ampliar las responsabilidades de los trabajadores de salud comunitarios de una labor con un solo fin a varias tareas. En ese sentido, se iniciaron actividades para estrechar la cooperación del personal que traba-

ja en lepra y tuberculosis, y ampliar la función de los trabajadores de salud comunitarios para incluir actividades de control de la malaria en las zonas del interior del país.

- El Gobierno declaró el estado de emergencia después de las inundaciones de 1996. La OPS trabajó estrechamente con el Gobierno para mejorar la vigilancia y la educación pública con el fin de reducir y prevenir brotes de enfermedades causadas por las inundaciones. Los fondos suplementarios obtenidos con la cooperación del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre se emplearon para adquirir equipo para ampliar las actividades de vigilancia y el tratamiento y control de las enfermedades de transmisión vectorial e hídrica.

## HAITÍ

- La OPS prestó cooperación técnica y financiera para la ejecución del proyecto sobre el pabellón de maternidad del Hospital del Estado y para el proyecto piloto realizado en ese mismo campo. El proyecto se destina a ofrecer a la mujer haitiana la posibilidad de dar a luz en condiciones más seguras y humanas.

- La OPS creó y puso en práctica un mecanismo para clorar los sistemas rurales de abastecimiento de agua con tecnología apropiada; este proyecto incluye un componente de adiestramiento en administración y reparación de sistemas rurales de abastecimiento de agua.

- Una amplia actividad de cooperación técnica se orientó hacia la formulación del plan nacional de inversiones en ambiente y salud; gracias a ello, hoy en día funciona el sistema de abastecimiento de agua, saneamiento y vigilancia.

- La Organización desempeñó una función clave en la redacción del Código Nacional de Higiene; el documento se ha presentado al Parlamento.

- En lo que respecta al sida, la OPS prestó

cooperación técnica y financiera para la ejecución y puesta en marcha de proyectos con organizaciones no gubernamentales y de apoyo a investigaciones sobre personas con sida y sus familias. Algunos de los asuntos tratados en esos proyectos comprendieron distribución de alimentos, acceso a crédito, atención en el hogar y orientación.

- Se prestó cooperación técnica a las organizaciones rurales que trabajan para mejorar el estado nutricional de la comunidad por medio de un proyecto de utilización del mango como fuente natural de vitamina A y de generación de ingresos.

## HONDURAS

- El Proceso Nacional de Acceso es una profunda reforma del sector salud que se ha extendido a 31 de las 41 áreas de salud del país (76%), es decir a 216 de los 297 municipios existentes (93%). La población beneficiada en esos municipios es de 4 590 400 habitantes (78% del total de la población de Honduras). La reforma del sistema de salud es democrática, y los gobiernos locales y la sociedad civil participan en la definición y priorización de los problemas de salud, así como en la ejecución, la evaluación y el control social de los programas. La participación tiene como punto de referencia el análisis de la situación de salud, los planes municipales, la conformación de redes sociales y la descentralización de las acciones de salud. El Proceso Nacional de Acceso propone la integración de tres áreas estratégicas: reorganización y readecuación de la red de servicios de salud, desarrollo de los recursos humanos y fomento de la participación social. La OPS participó con la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), la USAID y el UNICEF en este esfuerzo interinstitucional de apoyo al Proceso Nacional de Acceso.

- La Organización respaldó todos los com-

ponentes del proyecto de fortificación de alimentos garantizando su calidad, especialmente los de fortificación del azúcar con vitamina A y de la sal con yodo, que en 1996 contribuyeron a prevenir enfermedades ocasionadas por deficiencias de estos nutrientes. Una de las estrategias empleadas para garantizar la calidad fue la capacitación de los productores de los alimentos fortificados y del personal de la División de Control de Alimentos para realizar una inspección sistemática y continua. Cabe destacar que el Ministerio de Salud Pública reconoció al sector azucarero por los logros obtenidos. El proyecto se complementó con la inclusión de un componente de vigilancia en los hogares, que consistió en determinar los niveles de retinol en el azúcar y de yodo en la sal a partir de muestras de estos alimentos recolectadas en todo el país. Para determinar la efectividad de esa vigilancia, a fines de 1996 se llevó a cabo una encuesta que reveló que 82% del azúcar consumida en los hogares contenía vitamina A y que 80% de la sal estaba yodada. Asimismo, una encuesta nacional para determinar la concentración de retinol en el plasma de los niños preescolares demostró que 12,6% de ese grupo de población tenía niveles de retinol inferiores a 20 mg/dl. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) cooperó con el Ministerio de Salud Pública en la sistematización del registro de información para la inspección y el control de calidad de los alimentos fortificados, así como en la estandarización de la metodología analítica para determinar la concentración de retinol en el azúcar. También participaron la USAID y la Fundación Internacional del Ojo.

- El "Proyecto BID/OPS" continúa dando apoyo al Programa Nacional de Sida a través de acciones desarrolladas como parte del proceso de acceso a los servicios de salud. Se fortaleció la capacidad de gerencia del programa, que dio como resultado la movilización multisectorial y la planificación estratégica de actividades para

garantizar una mayor eficiencia en las tareas de prevención y control de la epidemia. También se inició la reorganización de la Red Nacional de Laboratorios y se ejecutaron programas educativos para prevenir la infección por el VIH en 40 municipios donde la incidencia es alta. El país alcanzó coberturas superiores a 90% con todas las vacunas del PAI a partir de 1991. Se hicieron progresos en la eliminación del tétanos neonatal (39 casos notificados en 1990, 4 en 1996) y el sarampión (95 casos notificados en 1991, 4 en 1996), y se mantuvo la vigilancia de la parálisis flácida como indicador de la erradicación de la poliomielitis.

- La OPS inició en 1996 la promoción del Proyecto de Rehabilitación del Río Choluteca, cuyo objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de los habitantes del área metropolitana de Tegucigalpa brindándoles un ambiente saludable y un fácil acceso a áreas de esparcimiento, y garantizándoles la obtención de fuentes de agua salubre para las generaciones venideras. El proyecto cuenta con el apoyo político de la municipalidad, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Recursos Naturales y Ambiente. La ola de frío que afectó a gran parte del país a fines de 1996 requirió de la ayuda humanitaria internacional. La labor estuvo coordinada por el Comité Permanente de Contingencias y el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo técnico de la OPS.

- Alrededor de 70% del territorio nacional se beneficia de la labor de los fondos comunales, cuya principal función es expender medicamentos esenciales de acuerdo con el cuadro básico definido por el Ministerio de Salud Pública. Con la cooperación técnica de la OPS se elaboró un diagnóstico de la situación de los fondos comunales en todo el país, se avanzó en la regulación de su funcionamiento como establecimientos de salud administrados por la comunidad y se diseñó una estrategia de acceso a los medicamentos.

## JAMAICA

- Los Ministerios de Salud y Educación y los gobiernos locales buscaron la cooperación técnica de la OPS para la iniciativa de escuelas saludables emanada del mensaje del Día Mundial de la Salud, "Municipios y comunidades saludables para una vida mejor". En relación con el significado del lema del Día Mundial de la Salud se lanzaron proyectos de saneamiento nacionales y locales en escuelas, mercados y comunidades. En algunos sitios hubo concursos de composiciones y carteles sobre ese tema. En una escuela de una comunidad pobre del centro de Jones Town en Kingston se reacondicionó una unidad sanitaria con la cooperación conjunta de la OPS y el Gobierno de Italia.

- En 1996 el Ministerio de Salud dio inicio a dos proyectos de saneamiento ambiental financiados por la Unión Europea y administrados por la OPS. Uno, realizado en una comunidad pobre del casco urbano de South St. Andrew para una población de 50 000 habitantes, busca solucionar problemas tales como la falta de agua potable, la evacuación de aguas servidas y los cambios de comportamiento concomitantes de los residentes de la comunidad. La comunidad ha comenzado a darse cuenta de la conveniencia de los cambios de comportamiento y se ha iniciado el trabajo de rehabilitación de las instalaciones de agua potable. En vista del éxito del primer proyecto, se ha suscrito otro acuerdo para un proyecto similar en la parte centrooriental de St. Andrew; en ambos proyectos se aborda el asunto de la equidad. También se examina la posibilidad de establecer un método de examen de los asuntos de género en el análisis de los problemas surgidos durante la ejecución de los proyectos.

- La OPS cooperó con el Consejo de Seguridad Vial para lanzar un proyecto destinado a crear conciencia y educar al público sobre la seguridad vial, introducir legislación que exija que los motociclistas lleven cascos protectores y los motoristas usen cinturones de seguridad, e

instar a los escolares a practicar la seguridad vial. Las actividades de promoción del proyecto incluyeron impresión de material didáctico sobre el tema.

- La Organización siguió participando en el proyecto "Paz y amor en las escuelas", que adiestra a maestros de los barrios pobres del corazón de las ciudades en resolución de conflictos y prevención de la violencia.

- El personal de la Universidad de las Indias Occidentales recibió adiestramiento en mitigación de los efectos de los desastres y se proporcionaron recursos para apoyar la incorporación de la mitigación de esos efectos en el plan de estudios. A fin de prepararse para la llegada del huracán Marco, se actualizaron y activaron los planes para situaciones de desastre. Durante el año se realizaron varios simulacros relacionados con servicios médicos de emergencia, catástrofes en los aeropuertos y derrames de sustancias químicas peligrosas en el puerto. Se celebró en Kingston una conferencia internacional sobre riesgos, que se concentró en investigación y gestión. Otras actividades de adiestramiento en que participaron funcionarios nacionales comprendieron ejercicios de atención de víctimas en masa celebrados en Barbados y la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud celebrada en México.

## MÉXICO

- Se formalizó el convenio entre la OPS y la Secretaría de Salud sobre la certificación del hospital seguro. Mediante este convenio se acordó que la OPS, a través de una comisión de especialistas contratada para dicho fin, otorgue la certificación a los hospitales solicitantes que cumplan con los requisitos de seguridad. Al mismo tiempo se realizó la Reunión Internacional sobre el "Hospital Seguro" con objeto de tratar aspectos importantes de este tema. Estos logros contribuyeron al mejoramiento de la

seguridad hospitalaria y a la difusión de una cultura de prevención en caso de desastres. También se cooperó en la capacitación y difusión masiva de información para apoyar a la Secretaría de Salud en su proyecto de ampliación de la cobertura a la población abierta, objetivo prioritario del Plan Nacional de Desarrollo Social 1995-2000 y del Programa Nacional de Salud.

- El Movimiento de Municipios por la Salud es uno de los programas más exitosos de la Secretaría de Salud, cuya importancia fue destacada por el Presidente de la República y el Secretario de Salud en la ceremonia especial de celebración del Día Mundial de la Salud. Para su consolidación, la Red Mexicana de Municipios por la Salud contó con la iniciativa de la OPS, que colaboró en la realización de la Conferencia Internacional de Municipios Saludables (ciudad de México), tres reuniones regionales (Guadalajara, Tabasco y Tamaulipas) y la Cuarta Reunión Nacional (San Miguel de Allende) que congregó a más de 500 presidentes municipales. A la Red Mexicana de Municipios por la Salud se han incorporado más de 300 municipios de todos los estados de la Federación. La Red opera bajo la coordinación de la Secretaría de Salud y con el apoyo continuo de la OPS; se han creado varias redes estatales que fortalecen y expanden el Movimiento de Municipios por la Salud.

- Como participante del Comité Técnico Nacional de Salud, Ambiente y Desarrollo, integrado bajo la conducción de la Secretaría de Salud, la OPS contribuyó a preparar el Plan Nacional de Salud, Ambiente y Desarrollo, el cual incorpora el marco conceptual trazado en la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible. Este plan constituye el eje de cooperación de la OPS en salud ambiental y focaliza acciones específicas para la búsqueda de ambientes saludables dentro de la estrategia del Movimiento de Municipios por la Salud. Se consolidaron las actividades de preinversión del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud para el análisis

sectorial de los residuos sólidos en el Distrito Federal y en Yucatán, y agua y saneamiento en Hidalgo, así como para un programa de participación comunitaria en la ampliación de la cobertura y sustentabilidad de los servicios de saneamiento básico en Oaxaca.

- Junto con otros organismos de cooperación técnica, la OPS promovió numerosas actividades de carácter interinstitucional e intersectorial, particularmente entre las Secretarías de Salud y Agricultura y Ganadería, la Universidad Nacional Autónoma de México, algunas entidades federales y más de una docena de países de la Región. Se llevaron a cabo cinco reuniones internacionales, entre ellas las relacionadas con análisis de riesgo en el comercio internacional de alimentos (9 países), vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles por los alimentos (11 países) y vigilancia de la encefalitis equina (10 países). Asimismo, se inició un proyecto de cooperación para el fortalecimiento de la red nacional de laboratorios de diagnóstico para 29 enfermedades; participan en la red más de 600 laboratorios oficiales y privados.

- La OPS movilizó recursos y capacidades nacionales e integró iniciativas surgidas de diferentes sectores públicos y privados. Se incluyen entre estas actividades la cooperación con la Sociedad Mexicana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental; la designación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México como Centro Colaborador de la OMS/OPS para la Formación de Recursos Humanos; el proyecto del BID sobre prevención de la violencia intrafamiliar contra la mujer y atención a las víctimas; la integración con organizaciones no gubernamentales para el control de enfermedades transmisibles, de la diabetes y del tabaquismo; la campaña "de Corazón a Corazón" realizada por los medios masivos de comunicación sobre estilos de vida saludables, que contó con el patrocinio de empresas privadas, y los talleres sobre el enfoque de marco lógico que promovieron el fortalecimiento institucional de las organi-

zaciones no gubernamentales que colaboran en materia de desarrollo humano, prevención del sida y salud comunitaria.

## NICARAGUA

- Se progresó en materia de sistematización de la evaluación de la situación de salud a nivel de los sistemas locales de atención integral de la salud (SILAIS), y se perfeccionó la capacidad de análisis a nivel central para la adecuación de medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Ello se logró con la adopción de sistemas de información geográfica, entre otros instrumentos.

- Se realizaron dos jornadas nacionales de salud en las que se prestó especial atención a la vacunación contra el sarampión, y se distribuyeron sales de hierro oral, vitamina A y medicamentos antiparasitarios. La movilización e integración de diversos sectores de la sociedad civil, tales como los brigadistas de salud, estudiantes, maestros y parteras, y de instituciones estatales y no gubernamentales, el ejército nacional y empresas privadas, contribuyeron al éxito de las campañas de vacunación.

- La consolidación y expansión de la iniciativa de municipios saludables se manifiesta en el trabajo desarrollado por el municipio de León; en la declaración de los municipios de Nindirí, San Juan de Oriente y Nandasmo como municipios saludables; en el interés de otros 12 municipios por conocer más el enfoque de la iniciativa, y en la participación del Ministerio de Salud, los SILAIS de León y Masaya, el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal y la Asociación Nacional de Municipios Saludables en la instrumentación de la estrategia.

- Para combatir el problema de la violencia intrafamiliar, se participó en el debate sobre los argumentos de carácter psicológico y legal para la aprobación de la ley contra el maltrato, y se colaboró con el Ministerio de Salud en la prepa-

ración de pautas que orienten al personal de salud dedicado a la atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

- Se intensificaron las acciones en materia de higiene, protección del medio ambiente y promoción de ambientes saludables, mediante una acción coordinada de las instituciones y los organismos que se ocupan de la gestión ambiental, del agua y del saneamiento. Se participó en las jornadas nacionales de salud, en las actividades que realizan las Brigadas Ecológicas Municipales, en la IV Feria Nacional del Agua y en el V Simposio del Agua y el Medio Ambiente. También se apoyó el proceso de legislación ambiental, en el cual se destaca la aprobación de leyes sobre el medio ambiente y sobre normas de vertidos industriales y domésticos, y la formulación de otros proyectos de ley relacionados con el ambiente y el sector de agua y saneamiento que están en estudio por parte de la Asamblea Nacional. Luego del paso del huracán César en el mes de julio, la población afectada fue atendida con eficiencia gracias a las medidas de prevención y preparación coordinadas por la Defensa Civil y el Ministerio de Salud, que contaron con la cooperación técnica de la OPS para el manejo de la ayuda humanitaria.

## PANAMÁ

- Se hicieron avances en la consolidación de los municipios saludables. La iniciativa del Gobierno denominada Municipios Siglo XXI: por un Desarrollo Humano Sostenible ha contribuido a la reactivación de la participación social, a propiciar la coestión social en los servicios y a crear un espacio de consenso y negociación entre la red de municipios. Se incorporaron a esta iniciativa la atención de los ancianos y el fomento de la convivencia solidaria a nivel social, familiar y escolar.

- La función rectora del Ministerio de Salud se ha fortalecido con el desarrollo del marco jurí-

dico legal que sustenta la reforma y modernización del sector, y con el perfeccionamiento de la capacidad de análisis y difusión de la información. Los componentes de género y control de la violencia intrafamiliar experimentaron avances significativos dentro del contexto del Plan Nacional de Control y Prevención de la Violencia, y se fortaleció la capacidad de planificación y evaluación en ese campo a nivel nacional y local.

- En materia de desarrollo de recursos humanos se identificaron los problemas prioritarios relativos a su desarrollo y se apoyó la definición de políticas por parte del sector salud y la universidad, así como la preparación de un plan de modernización académica. Con lo anterior, unido a la definición conceptual y al diseño del nuevo modelo de atención de salud, se espera lograr una mayor eficiencia y calidad de los servicios y una mejor atención a las personas y al ambiente. Contribuye a esta tarea el perfeccionamiento del sistema de información.

- Se ha hecho un aporte significativo al desarrollo de la capacidad nacional para identificar y resolver los problemas de salud ambiental, y se consolidaron las estructuras técnicas institucionales y la coordinación intersectorial para la definición de normas y reglamentos que apoyen una legislación ambiental. A la agenda de salud ambiental se han incorporado los ejes de epidemiología ambiental, ecología humana y geografía médica. Por su parte, la Dirección Nacional de Infraestructura del Ministerio de Salud inició un estudio para el análisis de vulnerabilidad del Hospital de Niños, dentro del marco del Programa de Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud.

- La coordinación de los programas de salud permitió una real integración de los servicios a la población y al ambiente, proceso que se fortaleció al mejorar la capacidad de vigilancia y supervisión entre los diferentes niveles. El control de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles ha sido efectivo y ha redundado en un descenso de la morbilidad y mortalidad

que provocan dichas enfermedades. La OPS ha contribuido a la organización de programas y a la adecuación de nuevas formas de gestión, tal como en el caso del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA).

## PARAGUAY

- La cooperación de la OPS en el Movimiento de Municipios Saludables apoyó la consolidación de un comité técnico como grupo conductor del Movimiento, que cuenta con 34 instituciones participantes de organismos gubernamentales y no gubernamentales de todos los sectores. Dicho comité preparó un documento básico para el Plan Nacional con estrategias sobre el apoyo a iniciativas locales e instrumentos de registro de datos, confeccionó un tríptico de difusión del movimiento y elaboró una guía para difundir la "idea fuerza" en todo el país. La validación de la guía en los departamentos de Misiones y Concepción ha impulsado el proceso del Movimiento de Municipios Saludables actualmente en marcha.

- Las actividades de cooperación técnica de la OPS se diversificaron para incluir universidades y organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud ambiental. La contaminación del lago Ypacaraí y del río Pilcomayo puso de manifiesto la necesidad de fortalecer el área de protección ambiental y de instaurar un sistema de vigilancia ambiental. Además de las habituales actividades de cooperación con el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental en materia de fortalecimiento institucional y capacitación de personal, la OPS impartió un curso de evaluación del impacto ambiental en la Universidad Católica de Asunción. Se capacitaron en él 12 profesionales que realizaron cuatro estudios relacionados con la contaminación del lago Ypacaraí y del bañado de Tacumbú (este último problema afecta a tres barrios marginales de la zona costera de Asunción).

- El Instituto Nacional de Salud llevó a cabo en 1996 el segundo curso de especialización en salud pública, para el cual fue decisivo el apoyo de la OPS. El mismo tuvo un año de duración y en él se graduaron 24 profesionales de la salud. Con la cooperación de la Red Latinoamericana de Investigación en Servicios de Salud culminó la capacitación de 30 profesionales en investigación en servicios de salud, así como la de otros 40 profesionales que asistieron al curso de epidemiología a distancia. La mayoría de los profesionales pertenecían a servicios regionales de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y el objetivo de su capacitación fue fortalecer los servicios regionales y locales como parte de la estrategia para profundizar el proceso de descentralización.

- Con la asesoría de la OPS, desde 1995 enfermeros representantes de servicios, docencia y asociaciones de enfermería conforman un grupo interinstitucional, coordinado por la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El objetivo del grupo es dar unidad al quehacer de la enfermería en el país. Para lograrlo, participa con autoridades nacionales y locales y con la misma comunidad en la identificación de necesidades y prioridades, y también en la propuesta de soluciones viables que contribuyan a mejorar los servicios y la salud de la población. El plan de acción correspondiente al período 1996-1998 contiene elementos para una reorganización progresiva de la enfermería acorde con los lineamientos de la política de salud.

- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica permitió certificar la ausencia de casos de poliomielitis mediante el análisis en el laboratorio del total de las muestras provenientes de casos de parálisis flácida. Durante el año se registró el menor número de casos de sarampión en la historia sanitaria del Paraguay. En ambos casos, la OPS cooperó con asesoría técnica y con el envío de las muestras a laboratorios subregionales ubicados en la República Argenti-

na. El ejercicio de la Secretaría de la "Comisión Intergubernamental para la Eliminación del *Triatoma infestans* y la Interrupción de la Tripanosomiasis Americana Transfusional" por parte de la OPS, dentro del marco de la Iniciativa de Salud del Cono Sur, ha facilitado la desinfección de 42 000 viviendas rurales durante el año 1996.

## PERÚ

- Se consolidó la integración con países fronterizos (Ecuador, Bolivia, Chile), para la ejecución de planes conjuntos de salud, especialmente en lo relacionado con enfermedades reemergentes como el dengue, la malaria y la encefalitis equina venezolana, y también con la protección del medio ambiente. Merece especial mención el proyecto de Fronteras Saludables Perú-Ecuador, incluido en el convenio de cooperación binacional en salud y que promueve actividades que benefician a la población residente en la frontera entre los dos países.

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS, el UNICEF, el FNUAP, la USAID, y la Dirección de Desarrollo de Ultramar (Reino Unido), declaró 1996 como el año de las comunidades saludables en el Perú. Este esfuerzo ha sido suscrito por la Asociación de Municipalidades del Perú, diversas instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y de base, y el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano. Se llevan a cabo actividades en las zonas de Miraflores, San Cosme y San Cristóbal en Lima, así como en los departamentos de Cajamarca, Tacna, Puno y Tumbes.

- El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis ha sido reconocido mundialmente como modelo de gestión por el alcance de su cobertura y por haber llegado a la población de extrema pobreza. Se intensificó el control de enfermedades emergentes como la malaria, el dengue y la fiebre amarilla en zonas de alto ries-

go y en áreas de desarrollo económico y turístico. A las actividades de intervención se incorporaron la participación comunitaria (redes de promotores y agentes voluntarios de salud), la coordinación intersectorial (educación, agricultura, defensa civil, alcaldías) y las estrategias de comunicación y educación en salud.

- Durante 1996 se intensificó el proceso de análisis de la situación de salud, tanto en el nivel central como en el local, mediante la aplicación de una metodología que hace hincapié en el enfoque poblacional, la identificación de espacios-población de riesgo, y la priorización de los problemas de salud. Dicha metodología permitió la definición de políticas de salud y la ejecución de planes operativos para orientar los recursos hacia la población más desprotegida, en el marco de la política nacional de lucha contra la pobreza.

- Con el fin de mejorar la calidad de los servicios hospitalarios, en 1996 concluyó la validación del "Manual de acreditación de hospitales", y el Ministerio aprobó su empleo en el sector salud. Un aspecto importante en este proceso es la evaluación de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional de cada hospital. Con tal propósito, se elaboró una metodología que permite evaluar técnicamente el riesgo hospitalario y aplicar las medidas correctivas y preventivas necesarias. Se realizaron tres estudios de vulnerabilidad hospitalaria y el Ministerio autorizó un presupuesto para evaluar la vulnerabilidad de 12 hospitales más durante 1997.

## PUERTO RICO

- El Gobierno de Puerto Rico finalizó la primera fase de la reforma del sector salud comenzada en 1993. Esta etapa se concentró principalmente en garantizar el acceso de los indigentes a la atención de la salud dentro de un marco de equidad y justicia social. En 1996, avizorando ya el segundo cuatrienio en el proceso de reforma, el Departamento de Salud comenzó a cambiar su

función de prestador de servicios de salud a la de rectoría, haciendo hincapié en la promoción y protección de la salud y adoptando un nuevo modelo de salud pública de municipios saludables. La prioridad estratégica consistió en elaborar y diseminar material informativo y educativo sobre la prevención de las enfermedades de mayor incidencia en Puerto Rico, destacando las enfermedades crónicas y los estilos de vida que las favorecen. Sobre esta base, la cooperación de la Organización se orientó a fortalecer el proceso de reforma, así como el papel de Puerto Rico en la comunidad interamericana.

- El Departamento de Salud, el Recinto de Ciencias Médicas y otras instituciones puertorriqueñas recibieron la colaboración de la OPS en una amplia gama de actividades relacionadas con la reforma y la promoción de la salud. Algunos ejemplos son el apoyo al Recinto de Ciencias Médicas para la realización de investigaciones relacionadas con la promoción de la salud y para la organización de la Primera Conferencia sobre Promoción y Prevención de la Salud (San Juan, marzo de 1996), así como de la XVI Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud y Educación para la Salud que se realizará en Puerto Rico en 1998. La OPS también colaboró con el Departamento de Salud en el área de prevención de enfermedades no transmisibles, particularmente enfermedades renales y cardiovasculares, mediante el apoyo a la realización del Primer Taller Centroamericano y del Caribe sobre Prevención de las Enfermedades Renales y Promoción de la Salud (San Juan, agosto de 1996). Además, la OPS facilitó la participación de Puerto Rico en la Conferencia Regional sobre Tendencias Futuras y Renovación de Salud para Todos (Montevideo, junio de 1996) y el intercambio con el Ministerio de Salud de la Argentina en materia de mejoramiento continuo de los servicios de salud. Instituciones de salud de Puerto Rico recibieron asimismo apoyo sobre control de calidad en radioterapia clínica.

- A través del Programa Regional de Bioética de la Organización, con sede en Chile, la OPS y Puerto Rico colaboraron en varias áreas en el campo de la bioética. Por último, la OPS facilitó el trabajo de becarios puertorriqueños, así como el diálogo entre funcionarios del Estado y autoridades de varios países de la Región, particularmente del Caribe.

## REPÚBLICA DOMINICANA

- Desde la instalación del nuevo Gobierno en agosto de 1996, con el apoyo de la OPS se realizaron varios talleres para analizar las líneas de acción de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, con especial referencia a la reforma del sector y al fortalecimiento de los servicios. Como resultado de estos talleres se conformaron cuatro grupos de trabajo para formular las orientaciones y directrices de la labor durante 1997, con respecto al proceso de la reforma. Las áreas de trabajo fueron: reforma del sector, rectoría del sector salud, organización y conducción de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y fortalecimiento de los servicios de salud.

Con la cooperación de la OPS se adoptó la decisión política de impulsar el proceso de municipios saludables y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud en comunidades urbanas de Santo Domingo, Santiago y San Pedro de Macorís, así como en cuatro provincias.

En el área de medicamentos se apoyó el establecimiento de un programa de control de calidad de medicamentos de fabricación nacional basado en buenas prácticas de manufactura, y se actualizó la lista básica de medicamentos esenciales.

- La OPS promovió el inicio de la organización de una unidad de análisis de la situación de salud a nivel nacional, y se fortalecieron las unidades regionales de epidemiología. Se acentuó el proceso de descentralización y fortalecimiento local del programa de tuberculosis y se mantuvo la cooperación técnica con los programas de

rabia y de malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores. Se actualizó el Plan Nacional contra el Sida y VIH, con amplia participación del sector no gubernamental. Se inició el montaje de un sistema de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, por primera vez se realizó en el país un taller de coordinación interinstitucional para la protección de los alimentos, y se inició la reestructuración de la sección de control de los alimentos dependiente de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social. Se estableció un comité nacional de prevención y control de la adicción al tabaco.

- La OPS continuó su colaboración para intensificar la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda y de las enfermedades eruptivas de la infancia, así como de otras enfermedades inmunoprevenibles. La cooperación se dirigió hacia la adquisición y suministro de biológicos, materiales y equipos, así como a la capacitación y supervisión del personal local y a la realización de investigaciones operacionales.

- Gracias al trabajo conjunto entre la OPS y las autoridades nacionales, el más alto nivel político del país concedió prioridad a la reducción de la mortalidad infantil y materna y decidió convocar a una movilización nacional con esta finalidad; la Secretaría de Salud Pública, junto con otras entidades gubernamentales y no gubernamentales, establecerá los lineamientos técnicos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos. Se capacitó al personal nacional de salud sobre la estrategia de atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, se adaptaron los materiales instructivos elaborados a nivel internacional y se seleccionaron las zonas donde se iniciará la aplicación de dicha estrategia en 1997.

- La OPS, junto con las autoridades nacionales, logró que la Oficina Nacional de Planificación incorporara al Plan de Desarrollo el Plan de Abastecimiento de Agua y Saneamiento para áreas marginales urbanas y rurales, y el Plan

Nacional de Desarrollo Humano Sostenible. También se realizaron obras sanitarias en varios municipios donde se desarrollan proyectos de municipios saludables, y se completó la preparación del proyecto sobre el Código de Aguas, que el Poder Ejecutivo presentó ante el Congreso para su consideración.

## SAINT KITTS Y NEVIS

- El personal de la OPS y las autoridades nacionales realizaron una revisión conjunta de la cooperación técnica de la Organización entre 1992 y 1995, que comprendió la preparación de un análisis actualizado de la situación de salud y del informe de evaluación que sirvió de base a las discusiones. Participaron en la reunión de dos días 43 profesionales de salud de Saint Kitts y Nevis, incluso el Ministro de Salud. La reunión de evaluación suscitó una entusiasta participación y llevó a identificar prioridades nacionales, prioridades nacionales de cooperación técnica, prioridades de cooperación técnica con la OPS y recomendaciones para orientar la preparación del presupuesto bienal por programas para 1998-1999.

- El plan de acción para mejorar la administración de hospitales a mediados de 1997 comenzó a ejecutarse en 1996. El administrador del hospital asistió a un curso de tres meses en una universidad extranjera. La OPS contrató a corto plazo a un especialista en planificación de salud para ayudar al Gobierno a definir las estrategias que empleará el sector para resolver los problemas prioritarios puntualizados en el Plan Nacional de Salud, el plan básico del Hospital Joseph N. France y la reestructuración orgánica.

- Se dio suma prioridad al desarrollo de recursos humanos para la salud en la planificación de servicios de salud en Saint Kitts y Nevis. Se concedieron ocho becas y prórrogas para estudios de administración de hospitales, tecnología de laboratorios médicos, enfermería de salud pública, radiología de diagnóstico y admi-

nistración de salud pública.

- La capacitación de médicos, personal de enfermería y maestros en el ámbito de la comunidad y del hospital fue el primer paso para mejorar el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas y del asma. Se preparó material didáctico para el público, empleado en una campaña contra el asma para apoyar ese adiestramiento. Se introdujo el Estudio Internacional del Asma y de las Alergias en la Niñez y se proporcionaron directrices para administrar la encuesta correspondiente; el plan de acción para ejecutarlo se destinó a los niños de 6 a 7 y de 7 a 14 años.

- Un funcionario nacional recibió adiestramiento en México sobre mitigación de los efectos de los desastres, con lo que se amplió la capacidad del país de realizar operaciones eficaces de administración de desastres y mitigación de sus efectos. Como parte del proyecto de reparación de hospitales financiado por la Unión Europea y ejecutado por la OPS, se facilitaron recursos para reparar el techo del Hospital Joseph N. France y reemplazar el equipo dañado por el huracán Luis.

## SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

- La OPS ayudó a evaluar el componente de "Vigilancia de la Salud", un programa de educación sanitaria transmitido por los medios de comunicación. La evaluación reveló varias necesidades de adiestramiento y llevó a recomendar cambios en la organización de los componentes; la preparación de un plan de comunicación basado en los principales asuntos señalados por el Ministerio de Salud, las instituciones asociadas del sector social, organizaciones no gubernamentales y varios grupos comunitarios, y el establecimiento de un continuo proceso de evaluación del programa del Ministerio de Salud transmitido por los medios de comunicación.

- El programa de becas de la Organización sigue siendo un elemento crítico del empeño puesto por el Ministerio de Salud en desarrollar

los servicios del sector; los campos en que se conceden becas dependen de las prioridades nacionales. Al introducir formas innovadoras de financiar las becas, como apoyo parcial del país o de la persona, más investigadores han podido beneficiarse del programa. En 1996, cuatro de ellos continuaron su capacitación y se concedieron otras cinco becas.

- Después de que la OPS evaluó el equipo de computadoras y los programas de informática del Hospital General de Kingstown, se facilitaron suministros para fortalecer los requisitos de infraestructura de los sistemas de información de salud. Otras mejoras de la capacidad del personal de salud para manejar los sistemas de información de salud comprendieron el adiestramiento del personal que trabaja en registros médicos y contabilidad, el uso de los nuevos programas de informática y el adiestramiento del ingeniero de mantenimiento en el uso del sistema de mantenimiento del equipo, así como en la organización del inventario de dicho equipo.

- En materia de preparativos para situaciones de desastre, la OPS apoyó la asistencia de un funcionario nacional a la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud celebrada en México. Se dictaron cursos de atención de víctimas en masa y adiestramiento en administración de suministros para más de 60 participantes como parte de la preparación del ejercicio "Tradewinds 96" realizado en noviembre.

- La OPS introdujo la estrategia revisada de salud materno-infantil en una reunión multisectorial a la que asistieron representantes de los sectores de salud, planificación, finanzas y educación. Las recomendaciones emanadas de la reunión sirvieron de marco para preparar el plan nacional de acción sobre salud materno-infantil. Las mejoras hechas al programa de salud escolar comprendieron la formulación de una política nacional de salud escolar y un manual para utilizar un programa integral para San Vicente y las Granadinas.

## SANTA LUCÍA

- Con la cooperación de la OPS, en noviembre de 1996 se realizó una consulta nacional sobre promoción de la salud, de dos días de duración. Participaron numerosos funcionarios públicos y de organizaciones no gubernamentales, entre ellos representantes de los medios de comunicación y de varios grupos comunitarios. Se señaló que los programas de salud ambiental y salud materno-infantil eran apropiados para realizar actividades de promoción de la salud. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer ganó un premio de "Comunidad saludable" otorgado por la OPS por una propuesta de prevención del tabaquismo en Santa Lucía.

- El Ministerio de Salud siguió asignando alta prioridad al desarrollo de recursos humanos para apoyar los servicios de salud. Se siguieron adjudicando ocho becas para estudios de perfeccionamiento a cuatro farmacéuticos y a cuatro especialistas en salud ambiental; también se concedieron becas para estudios de tecnología de laboratorios médicos, enfermería y educación de enfermería. La OPS y el CAREC colaboraron también en la realización de talleres de seguridad y vigilancia en el laboratorio celebrados en el CAREC.

- Como parte de su cooperación con el Ministerio de Salud, la OPS asistió a la consulta nacional sobre reformas del Hospital Victoria. Se señalaron los problemas de la institución y se preparó un plan para reducirlos; el plan incluye un examen de la legislación y los acuerdos administrativos que rigen el funcionamiento del hospital. La OPS seguirá trabajando en la reforma del sector hospitalario con arreglo a la iniciativa nacional de reforma del sector público.

- La OPS y las autoridades nacionales de salud ambiental organizaron conjuntamente un taller sobre protección de los alimentos y la metodología de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control (HACCP). En ese taller, celebrado del 15 al 17 de mayo de 1996,

se preparó un informe técnico sobre inocuidad de los alimentos, presentado luego al Ministerio de Salud. Además, 28 funcionarios nacionales de los Ministerios de Salud y de Agricultura y de la industria turística recibieron adiestramiento en protección de los alimentos y aplicación del método HACCP. Cuatro equipos expertos en la aplicación de dicho método que realizaron estudios de casos prácticos en establecimientos donde se expendían alimentos identificaron riesgos biológicos específicos y puntos críticos de control, y recomendaron medidas de prevención y control para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión alimentaria.

- Se introdujo la versión revisada del Estudio Internacional del Asma y de las Alergias en la Niñez, con directrices para la administración de la encuesta epidemiológica del asma en el grupo de 13 a 14 años de edad. Una vez terminada la encuesta, la OPS prestará apoyo para su impresión, así como para la entrada y el análisis de los datos.

## SURINAME

- La evaluación del funcionamiento de cada componente del sistema de notificación fue un aspecto importante de la cooperación técnica de la OPS, al igual que el adiestramiento en servicio al personal encargado de cada procedimiento a medida que se señalaron los problemas. Después de haber examinado y actualizado cada componente, la OPS colaboró en la vigilancia de su progreso. Esta labor de análisis y ajuste comenzó en la esfera central de la Unidad de Epidemiología y el Laboratorio Central de la Oficina de Salud Pública y se amplió ulteriormente para incluir las unidades periféricas que proporcionan información al sistema. En un principio, el propósito fue mejorar la notificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, enfermedades de transmisión alimentaria, diarrea, tuberculosis y leptospirosis. A medida que se dispuso de

datos básicos sobre enfermedades transmisibles, carencias nutricionales y salud bucodental, se iniciaron actividades destinadas a controlar esos trastornos. La OPS participó también en la definición de prioridades, estrategias y mecanismos locales necesarios para establecer los programas intersectoriales correspondientes. Se subrayó la importancia de analizar y ajustar los procedimientos de registros médicos en la Academia Ziekenhuis y el Hospital Lands, dadas las funciones clave que desempeñan los departamentos de registros médicos en estas dos instituciones como fuentes importantes de datos para el sistema nacional de información sobre enfermedades.

- El adiestramiento en servicio realizado por un instructor del CAREC llevó a instaurar una prueba para el diagnóstico del dengue, y un taller nacional permitió ampliar la cobertura local de los servicios de microscopía de frotis para la detección de la tuberculosis en el interior y en las zonas costeras. Una vez establecidos estos servicios, el laboratorio central de la Oficina de Salud Pública asumió las funciones de centro nacional de referencia. El adiestramiento se facilitó con fines de proporcionar educación continua a instructores del Instituto de Tecnología de Laboratorio Médico (NATIN), que es la institución de adiestramiento de tecnólogos médicos para el sector salud y del personal del Laboratorio de Salud Animal del Ministerio de Agricultura, que forma parte del programa interministerial sobre zoonosis e inocuidad de los alimentos. Se invitó también al personal de laboratorio a asistir a conferencias de virología dictadas a estudiantes de medicina de la Universidad de Suriname por un instructor del CAREC. Por último, con asesores del CAREC como instructores, se impartió adiestramiento en servicio sobre técnicas básicas para la identificación de mosquitos vectores. También algunos funcionarios recibieron capacitación en el exterior: en el CAREC se dio adiestramiento en varios aspectos especializados de bacteriología, seguridad en el laborato-

rio y enfermedades emergentes; en el Instituto de Higiene de Venezuela, en normas para el análisis químico de los alimentos, y en Jamaica, en inspección de la carne de res y de aves.

- Se fortalecieron los programas existentes para el control de las enfermedades inmunoprevenibles de la infancia, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. Se siguió haciendo hincapié en la eliminación del sarampión en el año 2000. Con ese fin, el Brasil donará 70 000 vacunas a Suriname para iniciar la campaña antisarampionosa.

- Se donaron herramientas de jardinería a siete escuelas secundarias de Paramaribo para limpiar el medio escolar como parte de las celebraciones del Día Mundial de la Salud. El apoyo suplementario dado a las escuelas con arreglo al Proyecto de Brigadas Ambientales Juveniles incluyó la capacitación de maestros de primaria, la entrega de herramientas de jardinería a 80 escuelas y la distribución de 600 chaquetas que los estudiantes usarán al realizar tareas de conservación ambiental.

- La OPS participó en la redacción de un documento de política y un plan de acción de salud y seguridad ocupacionales, que incluyó la promoción del establecimiento del primer Consejo Nacional de Salud y Seguridad Ocupacionales. También se fomentó la adopción de normas de la calidad del agua potable y se dictó el primer curso de capacitación de operadores de plantas de tratamiento de agua.

## TERRITORIOS DEPENDIENTES DEL REINO UNIDO

### Anguila

- El desarrollo de recursos humanos siguió clasificándose como asunto de alta prioridad en el empeño puesto por Anguila en fortalecer sus servicios de salud. Se adjudicaron cinco becas para estudios de técnicas audiovisuales, administración de servicios de salud, inspección de

salud pública y enfermería general y psiquiátrica; se concedieron 42 meses-beca en 1996.

- La OPS patrocinó el adiestramiento de personal de salud en atención de víctimas en masa y la asistencia de un representante de Anguila a la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud celebrada en México.

- Con objeto de ampliar la capacidad de Anguila en materia de protección de los alimentos y prevención de las enfermedades de transmisión alimentaria, un funcionario especializado en salud ambiental asistió al segundo curso subregional de adiestramiento en inspección de carne de res y de aves y el uso del sistema de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control (HACCP) dictado por la OPS en la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica. Este curso ha tenido mucho éxito porque se adapta a la atención de las necesidades de los países del Caribe.

- El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) se concentró en la vigilancia del programa de control de vectores, en el que se acentuó el cultivo y muestreo de *Aedes aegypti* en copéodos para determinar su susceptibilidad a los insecticidas, durante visitas a los sitios afectados. La OPS proporcionó el material didáctico sobre control de vectores preparado para el público en general y para las escuelas primarias en particular.

- Durante un taller multisectorial que contó con la participación de varias organizaciones no gubernamentales, la OPS cooperó en la preparación de un plan de acción sobre salud de los trabajadores. La versión preliminar del plan se presentó para discusión en la Conferencia Multiinstitucional de la Región del Caribe sobre Salud de los Trabajadores, celebrada en Barbados en mayo de 1996.

### Bermuda

- La OPS colaboró en el campo del desarrollo de recursos humanos apoyando el adiestramiento en epidemiología, la prevención y el con-

trol de las enfermedades de transmisión sexual y la salud de los trabajadores.

### **Islas Caimán**

- La OPS colaboró en el desarrollo de recursos humanos apoyando la celebración de seminarios de epidemiología. Se concedieron becas para estudios de enfermería, garantía de la calidad, salud de los trabajadores, administración de servicios de salud y tratamiento de la infección por el VIH.

- La Organización participó en una revisión del programa de salud mental.

### **Islas Turcas y Caicos**

- Por medio del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, la OPS cooperó en el adiestramiento de enfermeras, auxiliares de salud comunitarios, auxiliares geriátricos y maestros de escuela, y acentuó el vínculo de la alimentación y la nutrición con las enfermedades crónicas no transmisibles y la importancia de la lactancia natural y la vigilancia del crecimiento. Una beca concedida por la OPS proporcionó adiestramiento a una enfermera, como parte de un plan a largo plazo para preparar a funcionarios nacionales para ocupar cargos clave en los servicios de salud. Una beca para estudios de inspección de alimentos concedida a un funcionario encargado de la salud ambiental revestirá importancia crítica para mantener el programa de inocuidad de los alimentos.

- Un segundo grupo de parteras recibió adiestramiento en nuevas tecnologías, con lo cual todas las parteras que estaban en servicio quedaron actualizadas en esas prácticas. Esa capacitación debe facilitarse continuamente por el elevado índice de rotación de las parteras, dado que en su mayoría son extranjeras y se las reemplaza una vez terminado su respectivo contrato.

### **Islas Vírgenes Británicas**

- Se empleó la metodología de la OPS para institucionalizar la estrategia de promoción de la

salud por medio de la formulación de estudios de casos durante un taller nacional multiinstitucional sobre prevención y control de accidentes y traumatismos, con lo que se expuso a los organismos gubernamentales y al sector privado a nuevos métodos de prestación de servicios de salud.

- En cooperación con la OPS, las Islas Vírgenes Británicas establecieron un comité coordinador del programa de Premios Anuales a los Medios de Comunicación, integrado por representantes de estos medios y del sector de salud. Dicho programa insta a compartir más la información de salud en la esfera nacional, sirve de base de las actividades de promoción de la salud que dependen de los medios de comunicación para producir cambios de comportamiento y apoya las iniciativas de salud.

- Una beca para estudios de administración de salud pública se destinó a ampliar la capacidad administrativa de la Unidad de Educación para la Salud. La colaboración de la OPS y el CAREC consistió en financiamiento y capacitación de funcionarios nacionales en el uso de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), seguridad en el laboratorio y vigilancia estadística.

- La OPS ayudó a examinar el plan del Hospital Peebles para situaciones de desastre, que permitirá al país responder a los desastres con mayor eficiencia y coordinación.

- Junto con la Organización, se preparó un plan de acción sobre salud de los trabajadores nacionales durante un taller celebrado en las Islas Vírgenes Británicas al que asistieron representantes de organismos públicos y organizaciones no gubernamentales. El plan de acción se presentó en la Conferencia Multiinstitucional de la Región del Caribe sobre Salud de los Trabajadores, celebrada en Barbados en mayo de 1996.

### **Montserrat**

- Se revisó y actualizó el plan de desastres correspondiente a Montserrat para abordar

mejor la amenaza de erupciones volcánicas. El plan incorpora el rápido despacho de un equipo médico del Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA) desde Guadalupe y personal de enfermería de otros países a Montserrat una vez ocurrido un desastre.

- La OPS proporcionó adiestramiento en atención de víctimas en masa a todo el personal de salud de Montserrat. Se prestó apoyo a cuatro estudiantes de enfermería de último año para participar en un programa en el Hospital Universitario de Jamaica que les daría la experiencia práctica necesaria para terminar el programa de profesionales de enfermería diplomados.

- Para contrarrestar la escasez de médicos, la OPS ayudó al Gobierno a contratar personal de toda la Región cubierta por la Oficina de Coordinación del Programa en el Caribe.

- La OPS apoyó el Programa Ampliado de Inmunización en el examen de los planes de acción; estos planes siguen mostrando altas tasas de cobertura, a pesar de las adversas condiciones ambientales imperantes.

- Durante un taller multisectorial celebrado en Montserrat se elaboró un plan nacional de acción sobre salud de los trabajadores con asistencia de la OPS. La versión preliminar de dicho plan se presentó y discutió en la Conferencia Multiinstitucional de la Región del Caribe sobre Salud de los Trabajadores, celebrada en mayo de 1996.

## TRINIDAD Y TABAGO

- Trinidad y Tabago trabaja por instituir la estrategia de "comunidades saludables" como parte de su actividad de promoción de la salud. Haciendo eco de este método, los participantes en un taller sobre comunidades saludables celebrado en Puerto España del 6 al 8 de febrero de 1996 designaron por unanimidad la iniciativa de las comunidades saludables como una estrategia clave de promoción de la salud. Trinidad y Tabago

fue el primer país del Caribe en celebrar un taller de esa índole.

- La OPS colaboró con la Asociación Médica de Trinidad y Tabago en la organización de la Conferencia Anual en memoria de la fallecida Dra. Stella Abidh, la primera mujer en hacer un aporte destacado a la medicina de salud pública en esa nación. Asistieron a la función el Presidente de Trinidad y Tabago y su esposa, el Ministro de Salud, varios amigos y ex colegas de la Dra. Abidh y el Director de la OPS, Dr. George A. O. Alleyne, quien dictó una conferencia centrada en el tema de "La profesión, el público y la reforma del sector salud".

- En 1996 se celebraron varios talleres para establecer una unidad de salud ambiental para las autoridades regionales de salud con sede en el país, así como un marco de organización de la unidad. El Ministerio de Salud y las autoridades regionales de salud perfeccionaron las estructuras del modelo, incluso su componente de dotación de personal. En diciembre se celebró un taller de un día de duración para finalizar el diseño del sistema de salud ambiental.

- La OPS colaboró con el Ministerio de Salud en la organización de la Sexta Carrera/Caminata Anual de 5 km celebrada en mayo de 1996. Ese evento, que fue una iniciativa de promoción de la salud dentro del enfoque general de búsqueda de un estilo de vida sano, atrajo a más de 300 participantes. De conformidad con el tema del Día Mundial de la Salud de este año, se instó a los participantes a "venir a correr y a caminar en pro de las comunidades saludables de Trinidad y Tabago". El Ministro de Salud, quien ejerció las funciones correspondientes a su cargo al comienzo de la carrera y participó en la caminata, felicitó a los organizadores e instó a buscar un estilo de vida sano.

- También en el mes de mayo, Trinidad y Tabago celebró el "Día Mundial sin Tabaco", con el lema "Deportes y artes sin tabaco". Esta celebración atrajo a un público interesado y ofreció la oportunidad de informar al público sobre los

efectos del tabaco para la salud, especialmente en lo que respecta al buen estado físico y al desempeño en los deportes y en las artes.

## URUGUAY

- En 1996 se consolidó el Grupo Temático Uruguayo para el VIH/Sida, presidido por la OPS. Durante el período se analizaron el Plan Nacional de Lucha contra el Sida y la situación epidemiológica del país, y se identificaron las áreas que requieren colaboración del ONUSIDA para fortalecer la capacidad nacional y poder realizar actividades más eficientes en la lucha contra la epidemia. Para cada área de interés se estableció un grupo de trabajo específico; estos grupos de trabajo elaboraron proyectos e iniciaron la búsqueda de recursos.

- La OPS participa activamente en el movimiento antitabáquico del país. Con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y el Comité Antitabáquico del Uruguay se acordó concentrar los esfuerzos en los estudiantes de escuela primaria, debido a la potencial influencia que ejercen los niños sobre sus padres y hermanos mayores en las cuestiones relacionadas con el tabaquismo. Durante el año se promovió la toma de conciencia sobre la necesidad de prevenir el tabaquismo y otras adicciones por parte de todos los inspectores de educación primaria y técnica, así como de los directores y aspirantes a directores de los institutos de formación docente y los educadores para la salud de la Administración Nacional de Enseñanza Primaria.

- Con el apoyo permanente de la OPS, el programa multiinstitucional de garantía de calidad y acreditación finalizó el "Manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de salud". Por una parte, este trabajo difunde una metodología que inicia la práctica de evaluar la atención médica, práctica hasta ahora poco arraigada en el país. Por la otra, permite establecer una metodología para la acreditación

hospitalaria adaptada a las características nacionales, y no importada de otros medios sin la necesaria modificación.

- El análisis del sector de residuos sólidos concluyó a fines de 1995 y, como consecuencia, en 1996 comenzó a prepararse un Plan Maestro de inversiones de gran alcance que ya está en su fase final. En este trabajo participan la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, la Dirección Nacional de Medio Ambiente del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, el Ministerio de Salud Pública y las intendencias municipales.

- En colaboración con el subgrupo intersectorial e interinstitucional del Programa de Protección de Alimentos, la Organización está preparando el Programa Nacional Integrado de Protección de Alimentos.

## VENEZUELA

- La Organización, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y otras instituciones nacionales llevaron a cabo una reunión para el análisis conjunto de la cooperación técnica de la OPS que permitió conocer las prioridades nacionales, dentro del marco del proceso de reforma del sector y de las orientaciones estratégicas de la Organización en materia de búsqueda de la equidad.

- La Organización participó con el Instituto para la Recuperación de la Cuenca del Lago de Maracaibo, que depende del Ministerio del Ambiente, en la preparación de la Agenda Ambiental del Siglo XXI. También colaboró en la implementación de 12 proyectos de control de pérdidas de agua no contabilizada, elaborados por Hidrológica de Venezuela con una metodología desarrollada por el CEPIS. Se participó en una investigación de los niveles de contaminación en la bahía de Shottgat en Curazao, así como en una propuesta para desarrollar actividades de control de la industria petrolera que eviten la emisión de contaminantes en el área.

- Entre los acuerdos más importantes logrados en la última Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) celebrada en 1996, se destaca el proceso de armonización en materia de registro de medicamentos, resultado del trabajo hecho por el grupo técnico revisor del Convenio Hipólito Unanue. Dicho grupo, que tiene su sede en Venezuela y está integrado por representantes de los cinco países de la subregión y de Chile, cuenta con el apoyo y la asistencia de la Organización.

- En 1996 se incorporaron a la Red Venezolana de Municipios hacia la Salud 17 municipios; con estos ya son 28 (de 19 entidades federales) los municipios que integran la Red. Se cuenta con un total de 120 proyectos comunitarios de los cuales más de 20% están en ejecución. En el Primer Encuentro Nacional de Alcaldes por la Salud, que convocó a más de 400 participantes de todo el país, se firmó la Declaración de Caracas por los Municipios hacia la Salud y se presentó la publicación "Municipios hacia la salud, la experiencia venezolana".

- En 1996 el Programa Ampliado de Inmunización siguió llevando a cabo la campaña de eliminación del sarampión. El liderazgo en salud que ejerce la Organización es uno de los factores que coadyuvaron al éxito de esta campaña, tal como ya había sucedido en años anteriores con la meta de erradicación de la poliomielitis.

## COORDINACIÓN DEL PROGRAMA EN EL CARIBE

- En el Día Mundial de la Salud de 1996 se lanzó un programa de adjudicación de premios a "comunidades saludables" de Barbados y los países del Caribe Oriental. Esta iniciativa se puso en marcha para animar a los grupos comunitarios y a las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la comunidad a formular y ejecutar proyectos para mejorar las condiciones generales de salud y de vida en sus localidades

en colaboración con los ministerios de salud o cualquier organismo gubernamental. Las 31 propuestas presentadas para fines de inscripción se concentraron particularmente en asuntos relacionados con mejoras en los campos de salud ambiental, prevención de las enfermedades crónicas, atención de los discapacitados y salud escolar.

- La primera Conferencia Multidisciplinaria Regional sobre Salud de los Trabajadores se celebró en Barbados en mayo, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Se trató de determinar los asuntos que afectan a la salud de los trabajadores y formular estrategias para mejorarla en los países del Caribe; los delegados representaron a todos los sectores pertinentes, como los ministerios de salud y de trabajo, las instituciones de seguridad social, los sindicatos y las asociaciones de empleadores. Los participantes señalaron varios campos prioritarios para la acción, incluso la necesidad de lograr un compromiso político con respecto a la salud de los trabajadores en las más altas instancias decisorias nacionales y regionales; promulgar legislación nacional para cubrir nuevas ocupaciones e industrias; fomentar una cultura de seguridad y salud basada en la prevención, el desarrollo de la infraestructura y una mayor participación multisectorial y coordinación dentro y fuera del gobierno. Quince países prepararon planes nacionales de salud de los trabajadores que fueron presentados en la reunión. Después de la conferencia se celebró una reunión en la que los donantes señalaron los campos que se pretende apoyar en un plan de cooperación subregional. La OPS se encargará de coordinar la ejecución de dicho plan.

- La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas a las que se asigna prioridad dentro de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. La facultad de ciencias médicas de la Universidad de las Indias Occidentales colaboró con la OPS en la realización de un taller subregional celebrado en enero de 1996 en Barbados

para preparar directrices para los programas nacionales de prevención y control de la diabetes. Hubo participantes de 15 países, cuatro organismos especializados, tres asociaciones de diabetes y la Universidad de las Indias Occidentales. En el taller se señalaron los asuntos de mayor prioridad para los programas nacionales, entre ellos la realización de investigaciones, la mayor sensibilización política, la formulación de políticas y programas y la preparación de estrategias de administración y colaboración para cada prioridad señalada; también se establecieron los pasos que se tomarán en las esferas nacional y subregional en el futuro. Se piensa publicar las actas para ayudar a los administradores de programas comunitarios y nacionales.

- La OPS y la Secretaría del CARICOM continuaron sirviendo de secretaría conjunta de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. En 1996 la OPS evaluó la iniciativa por segunda vez, y ese ejercicio mostró importantes logros en cinco de los campos prioritarios de la iniciativa. La 15<sup>a</sup> Reunión de Ministros de Salud del CARICOM reafirmó el compromiso con el desarrollo de la salud y la prestación de servicios de cooperación técnica en la subregión y aprobó la realización de una segunda fase. La OPS prestará apoyo técnico para determinar los nuevos campos prioritarios y establecer metas y objetivos para cada uno.

- Se movilizaron recursos para fortalecer la capacidad de adiestramiento en informática de salud y adiestrar a funcionarios nacionales en cada país para que puedan proporcionar y utilizar la información disponible a la hora de tomar decisiones. La Fundación W. K. Kellogg proporcionó más de US\$ 400 000 para un proyecto trienal. Se comenzará a dictar un curso que otorgará un certificado en información de salud en el Colegio Comunitario de Barbados. Además, habrá dos niveles de adiestramiento en cada país para los recopiladores y analistas de información y los administradores que necesiten ampliar el uso de la información para la toma de

decisiones. Este proyecto se basa en los logros del proyecto recientemente concluido con financiamiento del BID, que llevó a establecer un sistema comunitario de información de salud.

## **OFICINA DE CAMPO DE LA OPS EN LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS**

- La cooperación técnica se concentró en el análisis de la situación de salud, la promoción de alianzas fronterizas en favor de la salud y la administración de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES). Para apoyar la construcción de los perfiles de salud de las comunidades de la frontera, en el mes de mayo los epidemiólogos de los estados fronterizos celebraron un taller en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, en el que revisaron metodologías de identificación y priorización de necesidades de salud y analizaron el intercambio de datos en la frontera. Asimismo se visitaron los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua y Tamaulipas en México, y California en los Estados Unidos, para instaurar en los municipios y condados una lista común de datos básicos de salud.

- Como parte del esfuerzo de promoción de espacios fronterizos saludables, continuó la puesta en marcha de proyectos de Ciudades Hermanas en los campos de enfermedades de transmisión sexual (Tijuana/San Diego y Palomas/Columbus), tuberculosis (Mexicali/Imperial y San Luis Río Colorado/Yuma), vigilancia epidemiológica (Tijuana/San Diego) y educación ambiental dirigida a los niños (Reynosa/McAllen). La Oficina de Campo coordinó el trabajo de universidades, departamentos de salud locales y estatales y organizaciones no gubernamentales para impulsar los proyectos.

- El apoyo de la OPS a la AFMES consistió en el fortalecimiento de su capacidad técnica y administrativa para responder a los desafíos de

salud pública que se presentan en la frontera entre México y los Estados Unidos. Se insistió en el fortalecimiento de los consejos binacionales de salud para promover iniciativas que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de los habitantes de las comunidades fronterizas. Además, la OPS impulsó actividades relacionadas con el control y la prevención de la tuberculosis, la farmacodependencia, el VIH, el sida y otras enfermedades de transmisión sexual, y la creación de bases de datos para la elaboración de estadísticas de salud. Gracias al apoyo de la OPS,

la AFMES continuó diseminando información por medio de sus publicaciones (*Salud Fronteriza*, *Noticias y Estadísticas de Salud*).

- Mediante un programa financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, continúa la capacitación y asistencia técnica al personal de organizaciones locales que prestan servicios a jóvenes latinos de 13 a 25 años de edad. Durante 1996 se llevaron a cabo 43 talleres que contaron con 447 participantes.



# Evaluación de la cooperación técnica con los países

**P**ara elaborar el programa de cooperación técnica, la Organización estimula una amplia participación de las diversas instituciones nacionales bajo la rectoría de los ministerios de salud, conjuntamente con el personal de la Secretaría. El diálogo que se establece con ese propósito lleva a analizar la situación del país, con miras a identificar las prioridades nacionales en materia de salud y, de ellas, las que requieren cooperación. Una vez determinada la cooperación que deberá prestar la Organización, el proceso culmina con la formulación de la estrategia de cooperación que sirve como marco para establecer proyectos, indicar los resultados esperados, decidir las actividades que se llevarán a cabo y asignar los recursos.

La reunión de evaluación conjunta forma parte de una serie de prácticas de evaluación que la Secretaría aplica de manera sistemática y eventual. Las distintas modalidades de evaluación incluyen la medición del avance hacia las metas de salud para todos y de la mejoría de las condiciones de salud en las Américas; la aplicación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas; el desarrollo y las repercusiones de las intervenciones de los programas; el desempeño de los funcionarios, y el seguimiento y la evaluación de la cooperación técnica por medio del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). Todas estas prácticas tienen por objeto mejorar el conocimiento y la comprensión de las circunstancias regionales que inciden sobre la salud o que se expresan en la situación de salud de las personas y del ambiente; identificar dificultades y éxitos en el cumplimiento de metas mundiales y regionales; medir el grado de cumplimiento en propósitos y resultados operativos, y determinar los factores que favorecen o impiden el desempeño institucional, programático o individual respecto a los fines de la misión de la Secretaría en general o de sus unidades en particular.

---

*Uno de los objetivos de las reuniones de evaluación conjunta es mejorar el conocimiento de las circunstancias regionales que inciden sobre la salud de las personas y del medio ambiente.*

El propósito de la evaluación conjunta es determinar si el programa de cooperación técnica de la OPS ha sido, y es, pertinente, eficiente y eficaz en relación con las prioridades nacionales de salud y las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la Organización.

Las reuniones de evaluación conjunta se iniciaron en 1986 para medir el grado de ejecución de los programas de país acordados. Desde entonces, la planificación y evaluación de la cooperación técnica en la Secretaría ha mejorado enormemente, de manera que estas reuniones, en cierta medida, duplican aspectos de evaluación ya incorporados en el AMPES.

En años recientes, el AMPES se ha ido modificando para adaptarlo a las modalidades cambiantes de la cooperación. Es así que en 1994 se incorporaron al sistema las nuevas Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el cuatrienio 1995-1998 aprobadas por los Cuerpos Directivos de la Organización. La utilidad de realizar reuniones de evaluación conjunta en la forma actual se agota en la medida en que el AMPES avanza en la incorporación de instrumentos y métodos de evaluación sistemáticos.

Por otra parte, por medio de las reuniones de evaluación conjunta y de otros mecanismos de evaluación que utiliza la Secretaría, se ha logrado mejorar diversos aspectos gerenciales, por ejemplo, la programación está mejor enfocada y la distribución de los recursos es más eficaz, y ambos elementos cuentan con mayor transparencia. Además se aprecia mayor responsabilidad gerencial en el uso de los recursos y en el cumplimiento de los acuerdos establecidos.

Con la nueva modalidad de análisis de la cooperación técnica entre la OPS y los países se pueden mantener los logros ya alcanzados. Asimismo, se puede reforzar el liderazgo y rectoría de los ministerios de salud, mejorar la coordinación intersectorial, ampliar la participación interinstitucional, orientar y estimular la participación multiinstitucional y hacer más visible la importancia de la salud para el desarrollo humano sostenible.

En 1996 se celebraron reuniones de evaluación conjunta en Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas y Aruba, Belice, Brasil, Costa Rica, Jamaica, México, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tabago y Venezuela. A continuación se presenta un resumen de cada una de esas reuniones.

---

***Gracias a las reuniones de evaluación conjunta, la programación está mejor enfocada y la distribución de los recursos es más eficaz, y ambos elementos cuentan con mayor transparencia.***

**Participantes:** Varios administradores principales de divisiones e instituciones de salud pública y cinco funcionarios de la OPS se reunieron para examinar las políticas y los programas de salud vigentes en el país, incluso las nuevas iniciativas destinadas a mejorar la eficiencia de la administración del sector salud. Un retiro para el personal de dicho sector, celebrado unos meses antes de la reunión con objeto de discutir la reforma del mismo, benefició la evaluación al permitir que los participantes nacionales comprendieran mejor las políticas del Gobierno y de la OPS (36 participantes).

## ANTIGUA Y BARBUDA

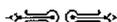
**Período de estudio:**  
1990-1995

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Fortalecimiento de la planificación, organización y administración de los sistemas de salud, incluso de los preparativos para situaciones de desastre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Ministerio de Salud adoptó el plan quinquenal de salud redactado por la OPS.</li> <li>• Se evaluó un programa de beneficios médicos.</li> <li>• Se evaluó la función de la enfermera de atención directa de la familia.</li> <li>• Se preparó el reglamento de la junta directiva de los hospitales.</li> <li>• Se analizó el sistema de suministro de medicamentos y se apoyó la decisión de ingresar al Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental.</li> </ul>
Fortalecimiento de los sistemas de información de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se instaló un sistema de información de salud en el hospital Holborn y se enseñó a los usuarios a manejarlo.</li> <li>• Se instalaron siete módulos de un sistema de información de salud de la comunidad y se enseñó al personal pertinente a usarlos.</li> </ul>
Desarrollo de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concedió un total de 190 meses-beca para estudios de salud pública, administración de servicios de salud, educación superior en enfermería y especialidades de enfermería clínica.</li> </ul>
Ampliación de la capacidad para vigilar la evacuación de desechos sólidos y líquidos y controlar los vectores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se preparó un plan básico de evacuación de desechos sólidos y se siguieron las recomendaciones de un consultor para mejorar el relleno sanitario de Cooks.</li> <li>• Se ejecutó un proyecto de saneamiento básico en Barbuda.</li> <li>• Se adiestró a un inspector de salud pública y a varios trabajadores de hoteles en tratamiento de aguas servidas.</li> <li>• Se establecieron y distribuyeron pautas para el control del dengue.</li> <li>• Se adiestró a los vendedores ambulantes y al personal encargado de manipular alimentos en instituciones y hoteles en prácticas seguras de manipulación de alimentos; se fortaleció la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria.</li> </ul>
Fortalecimiento de la salud materno-infantil, particularmente de la atención perinatal y la salud de los adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evaluó y modificó el programa de salud materno-infantil.</li> <li>• Se examinaron los planes del PAI y se movilizaron recursos para el programa.</li> <li>• Se adiestró a tres personas en planificación familiar, atención neonatal y pediátrica de nivel intermedio, así como a médicos y enfermeras de servicios hospitalarios y comunitarios en la evaluación del recién nacido.</li> <li>• El adiestramiento de los maestros en educación para la vida de familia, que forma parte de un proyecto de salud de los adolescentes realizado en colaboración con el FNUAP, sirve ahora de modelo para el resto del Caribe.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Sida y enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Uso de la promoción de la salud para controlar el cáncer del cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el modo de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se preparó un plan de control del sida a mediano plazo y se movilizaron recursos.</li> <li>• Se adiestró a los trabajadores de salud en el tratamiento del sida y las enfermedades de transmisión sexual, la logística de la distribución de condones y procedimientos de laboratorio.</li> <li>• Se divulgó información destinada a los jóvenes y se evaluó un proyecto de conocimientos, aptitudes y prácticas en la población escolar.</li> <li>• Se proporcionaron equipo y suministros para adiestramiento en el examen de Papanicolaou.</li> <li>• Se realizó un proyecto para promover modos de vida saludables en la población, en colaboración con el CFNL.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer políticas y programas multisectoriales para su incorporación en el Plan Nacional de Salud.</li> <li>2. Examinar los sistemas de información de salud a manera de ayuda a la reforma del sector salud, incluso análisis de la planificación y política de recursos humanos.</li> <li>3. Actualizar la legislación sanitaria.</li> <li>4. Fortalecer el proceso de planificación y la integración de la promoción de la salud en los programas correspondientes; vigerizar la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad.</li> <li>5. Fortalecer los servicios de salud mental.</li> <li>6. Desarrollar los recursos humanos.</li> <li>7. Ampliar la capacidad de liderazgo y administración en los servicios de salud.</li> <li>8. Fortalecer los preparativos para situaciones de desastre y la administración del socorro.</li> <li>9. Ampliar la capacidad de promoción de la salud.</li> </ol>	



**Participantes:** Altos funcionarios del Ministerio de Salud de las Antillas Neerlandesas, encabezados por la Sra. Ministra de Salud e Higiene Ambiental, así como una delegación del Ministerio de Salud y Asuntos Especiales y Culturales de Aruba.

## ANTILLAS NEERLANDESAS Y ARUBA

**Período de estudio:**  
1994-1996

El equipo participó en dos actividades específicas para apoyar la revisión de la cooperación técnica de la OPS con las Antillas Neerlandesas y Aruba. Estas actividades consistieron en una sesión plenaria de trabajo con las respectivas contrapartes y en una reunión con las máximas autoridades de salud. Además, se realizó una reunión con el personal de la Representación de la OPS/OMS en el país para discutir las implicaciones de las conclusiones y recomendaciones del ejercicio para el presupuesto anual correspondiente al año 1997 y el presupuesto bianual 1998-1999.

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Promoción y protección de la salud</p> <p>Protección y desarrollo ambiental</p> <p>Prevención y control de enfermedades transmisibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En 1996 se celebró la "Cumbre de Salud Pública" y se firmó el plan de la plataforma interinsular para el trabajo en salud en las islas.</li> <li>• Se organizó un seminario sobre promoción de la salud para los medios de comunicación de las islas.</li> <li>• Se completó la primera fase de la planificación del trabajo en materia de salud reproductiva y continuó el establecimiento del sistema de información perinatal.</li> <li>• Se llevó a cabo un estudio para evaluar el nivel de contaminación y la calidad del agua costera de la bahía de Shottegat (Curazao).</li> <li>• Se elaboró una propuesta del Plan de Desarrollo Ambiental para las Antillas Neerlandesas 1996-2000, que abarca la gestión de los recursos naturales y del medio ambiente.</li> <li>• Se prestó cooperación técnica para el manejo de las emergencias ocasionadas por los huracanes, que incluyó la situación de salud mental de la población afectada. Se capacitaron recursos humanos en preparativos ante emergencias y desastres.</li> <li>• Se realizó un seminario taller sobre la prevención y el control del dengue y del dengue hemorrágico y su transmisor, <i>Aedes aegypti</i>, y se preparó y distribuyó un documento entre los participantes.</li> <li>• Se cooperó en el establecimiento del Programa Nacional de Control de Vectores y Rocedores en las Antillas Neerlandesas.</li> <li>• Se llevó a cabo una investigación epidemiológica en el centro de diálisis de Curazao que permitió identificar la contaminación del agua por aluminio como la causa de algunos casos de intoxicaciones entre pacientes con insuficiencia renal.</li> <li>• Se prestó cooperación para revisar el Plan de Desarrollo Institucional del Sistema de Salud de las Antillas Neerlandesas.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensificar la cooperación técnica durante el próximo bienio, para que satisfaga las necesidades de salud e impulse el logro de las prioridades nacionales.</li> <li>2. Continuar orientando la contribución de la OPS a la mejora de la salud en las islas y seguir prestando apoyo para mitigar las consecuencias de los desastres naturales.</li> </ol>	

**BELICE** **Participantes:** Representantes de los Ministerios de Salud y Deportes; Obras; Desarrollo Económico; Asuntos Externos; Ciencia; Tecnología y Transporte; Vivienda, Desarrollo Urbano y Cooperativas, y Recursos Humanos, Asuntos de la Mujer y Desarrollo de la Juventud; personal de la OPS y representantes del UNICEF, el BID, el PNUD, la Oficina del ACNUR, la USAID, el Consejo de Artes de Belice, la Cámara de Comercio de Belice, el Consulado de Cuba y las Embajadas de México y los Estados Unidos de América (86 participantes).

**Período de estudio:**  
1992-1995

Con la evaluación conjunta se buscó determinar si la cooperación técnica de la Organización en Belice era pertinente, eficiente y eficaz en términos de las prioridades nacionales de salud y las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS.

El equipo de la OPS participó en cuatro actividades destinadas a ayudar al estudio: una reunión política con el Ministro de Salud y Deportes y sus asesores, un taller nacional para consolidar el documento de análisis de la cooperación técnica y una reunión con funcionarios nacionales de salud para definir los campos de cooperación técnica.

#### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Desarrollo de políticas y servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prestó cooperación técnica al Ministerio de Salud para mejorar la planificación, programación y evaluación del sistema de atención de salud. Los resultados concretos de esta actividad comprenden el Plan Nacional de Salud, 1996-2000, que incluye una propuesta para la reorganización y descentralización del Ministerio de Salud, la utilización del método basado en el ciclo de vida y el género, y el establecimiento de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud.</li> <li>• Se dio prioridad a la puesta en servicio del hospital de la ciudad de Belice. En coordinación con la Unión Europea, la OPS contrató a un equipo de consultores a corto plazo que preparó un manual de operaciones para el hospital.</li> <li>• Se construyó y equipó un centro de ingeniería y mantenimiento de instalaciones de salud por medio del proyecto subregional de mantenimiento.</li> <li>• Se presentó una propuesta para la reorganización y el fortalecimiento del sistema de información de salud; se examinó y actualizó el formulario del certificado de defunción, y se instaló el sistema de información para la gestión en la oficina de estadísticas médicas y se enseñó al personal a usarlo.</li> <li>• Para apoyar el Plan Nacional de Salud, en 1995 se evaluó la situación nacional de salud y en 1996 se analizó y actualizó el documento correspondiente antes de la reunión de evaluación conjunta. Se evaluó la situación de salud local en el distrito de Corozal teniendo en cuenta el género.</li> <li>• En 1995 se evaluó la garantía de la calidad en todos los hospitales del Ministerio de Salud. Esta fue la primera fase del desarrollo de un programa de acreditación y garantía de la calidad en Belice.</li> </ul>
Divulgación de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estableció la biblioteca del Ministerio de Salud y la OPS en el Hospital Conmemorativo de Karl Heusner en septiembre de 1995. La biblioteca está dotada de computadoras y modernas bases de datos (MICROISIS CD-ROM) que pueden emplear los profesionales de la salud para recuperar información rápidamente. La biblioteca también vende equipo y libros por medio del programa PALTEX.</li> </ul>

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prestó cooperación técnica en abastecimiento de agua y saneamiento por medio del proyecto de Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA); se compró equipo y se ofreció adiestramiento para actividades relacionadas con la calidad del agua, incluida la vigilancia.</li> <li>• Por medio del proyecto de control del cólera, se compraron bombas cloradas y tabletas de cloro para beneficiar a 40 poblados.</li> <li>• En 1995 se realizó una evaluación del sector de abastecimiento de agua y se prepararon perfiles de proyectos en los que se señalaron los principales problemas relacionados con el agua.</li> </ul>
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prioridad dada al programa de control de vectores tuvo su máximo efecto en la movilización de personal de operaciones, vigilancia epidemiológica y detección y tratamiento de casos de malaria; el número de casos de malaria se redujo de 10 441 en 1994 a 9413 en 1995.</li> <li>• Se realizaron actividades de información pública y campañas de limpieza con fines de prevención y control del dengue; como resultado, no se notificaron casos de dengue hemorrágico en Belice durante el brote ocurrido en América Central.</li> <li>• En 1995 hubo un brote de rabia, debidamente controlado con el suministro de vacunas contra la rabia humana y canina; no se notificaron casos en seres humanos.</li> </ul>
Sida y enfermedades de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prestó cooperación técnica al proyecto de control del sida en los campos de vigilancia epidemiológica, análisis de laboratorio para determinar la inocuidad de la sangre, información y comunicación con fines educativos, tratamiento de casos, respuesta social y formulación de políticas y planes. Los éxitos incluyen el examen obligatorio de la sangre donada e información, educación y comunicación. Se suministró al público información obtenida con un método intersectorial por medio de campañas de información pública, eventos nacionales, presentaciones de danza y música y exposiciones de arte.</li> </ul>
Salud y desarrollo de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El proyecto de la mujer, la salud y el desarrollo, coordinado por el Ministerio de Salud y apoyado por la OPS por medio de una iniciativa subregional, aborda la salud de la mujer de una forma integral en la que se tienen en cuenta sus necesidades más allá de la salud materna y reproductiva. En el proyecto se subrayó la necesidad de realizar trabajos de investigación, diagnóstico y planificación de salud en la esfera local y se ofreció apoyo en ese sentido; de usar el análisis de género como instrumento para prestar servicios de salud equitativos y eficaces en función del costo; de examinar la legislación que incorpore plenamente a la mujer al desarrollo, y de fomentar la prevención de la violencia doméstica como preocupación en materia de salud pública así como de dar una respuesta integral a ese problema.</li> </ul>
Cooperación técnica entre los países	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La OPS ha apoyado la realización de acuerdos y proyectos trinacionales y bilaterales y la participación de Belice en dos iniciativas subregionales de salud, a saber, la de Cooperación para la Salud en el Caribe y la de Salud de Centroamérica. Hasta la fecha, hay proyectos de cooperación técnica en marcha con Guatemala y México (trinacional), México (binacional) y Cuba (binacional). Los campos prioritarios en esos proyectos incluyen malaria, asuntos de la mujer, salud reproductiva, vigilancia epidemiológica, envío de enfermos a hospitales y empleo de trabajadores de salud extranjeros para apoyar la prestación de servicios de salud.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Nutrición</p> <p>Salud maternoinfantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La actividad conjunta del Ministerio de Salud con la OPS llevó a evaluar la situación de alimentación, nutrición y salud de Belice (1992); evaluar las prácticas de lactancia materna seguidas en los hospitales (1993); acopiar información y presentar datos preliminares para la encuesta de nutrición celebrada en Toledo (1994); presentar la política nacional de alimentación y nutrición al Ministerio de Salud y Deportes (1994); evaluar la unidad de nutrición del Ministerio de Salud (1994); acopiar datos para un estudio de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas (1995); acopiar datos para la encuesta nacional sobre consumo de yodo y preparar un informe preliminar al respecto (1995); acopiar datos para la encuesta nacional sobre consumo de fluoruro (1994); acopiar datos para la encuesta de hábitos de alimentación urbanos, como parte de la preparación de pautas de alimentación (1995); acopiar datos para evaluar el programa de vigilancia del crecimiento y preparar un informe preliminar al respecto; presentar una propuesta para la unidad de nutrición (1995), y preparar el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.</li> <li>• El apoyo se ha concentrado en la atención prenatal, durante y después del parto, y la inmunización. Entre los logros más importantes están la realización de encuestas de mortalidad materna e infantil; ejecución de un proyecto de sistemas locales de salud para prestar atención perinatal en Corozal y Orange Walk; adiestramiento; establecimiento del sistema de vigilancia semanal del tétanos neonatal, erupción cutánea, fiebre y parálisis flácida aguda, y actividades de inmunización. En 1995 se realizó una campaña de inmunización para la eliminación del sarampión y se introdujo la inmunización contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR). Belice, junto con los países de habla inglesa del Caribe, ha recibido certificación como país donde se han eliminado la poliomielitis y el sarampión.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El objetivo principal de la cooperación técnica de la Organización será facilitar la reorganización estipulada en el Plan Nacional de Salud de Belice para el período 1996-2000.</li> <li>2. Deben fortalecerse las relaciones de la Organización Panamericana de la Salud con diversos sectores e instituciones con el fin de apoyar las acciones del Ministerio de Salud para convertir a la salud en un tema destacado de la agenda nacional.</li> <li>3. Los funcionarios nacionales de contraparte deberán tener una participación más activa en cuanto a definir la cooperación técnica de la Organización con el país. Es más, tanto la OPS como los funcionarios nacionales deberán asumir esta responsabilidad, la que, a su vez, deberá ser parte del proceso de evaluación.</li> <li>4. Los participantes acordaron que debe hacerse hincapié en el proceso. Además, señalaron que habría que definir los indicadores y los resultados esperados del proceso y sus productos. Lo anterior permitiría establecer metas viables durante el proceso de planificación y proporcionaría una apreciación más precisa de los resultados de la cooperación técnica durante la evaluación.</li> </ol>	



**Participantes:** Representantes del Ministerio de Salud, secretarios de salud de diversos estados, entre ellos Ceará y Paraná, profesores universitarios y representantes de muchas instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

La evaluación conjunta sirvió para fortalecer los vínculos generales con el sector salud. De acuerdo con el Ministerio de Salud, se analizaron las siguientes prioridades nacionales: administración de los servicios de salud, salud de las mujeres y los adolescentes, recursos humanos, inmunización y sustancias biológicas, política de salud, salud pública veterinaria y salud ambiental. No se examinaron las enfermedades transmisibles, a pesar de estimarse que son de suma importancia, puesto que se habían analizado por separado previamente.

En la evaluación conjunta se determinó que el programa de cooperación técnica de la OPS responde muy bien a las prioridades nacionales y es posible que se hayan estrechado los vínculos con el Ministerio en los últimos años; esto ha aumentado la demanda de colaboración.

## BRASIL

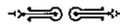
**Período de estudio:**  
1993-1996

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Administración del sistema de salud: descentralización y municipalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ayudó a formular la teoría, metodología y tecnología para descentralizar los servicios de salud a los estados.</li> <li>• Se formaron grupos interprogramáticos para trabajar en los municipios de varios estados.</li> </ul>
Salud maternoinfantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Organización contribuyó a elaborar el plan nacional de reducción de la mortalidad materna.</li> <li>• Mediante el trabajo con las autoridades nacionales y otros organismos, la OPS ayudó a formular estrategias integradas de salud materna y de los adolescentes para la introducción de medidas en la esfera local.</li> <li>• Se modificaron los planes de estudio universitario y el adiestramiento local.</li> </ul>
Desarrollo de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La OPS ayudó a establecer normas sobre recursos humanos.</li> <li>• Se crearon métodos innovadores para enseñar buenas prácticas sanitarias en las escuelas.</li> </ul>
Vacunas y sustancias biológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Organización apoyó los esfuerzos nacionales para lograr la autosuficiencia en la producción de sustancias biológicas.</li> <li>• Las enfermedades transmisibles siguieron presentando una tendencia descendente.</li> <li>• El Brasil ingresó al Sistema Regional de Vacunas (SIREVA).</li> </ul>
Desarrollo de políticas de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboraron varios documentos en preparación de las discusiones planeadas sobre la reforma del sector salud.</li> <li>• Se promovió un seminario sobre temas de salud para funcionarios de los Ministerios de Salud y de Asuntos Externos.</li> <li>• Se promovieron y organizaron reuniones de los secretarios de salud de los estados.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Salud pública veterinaria</p> <p>Salud ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Organización ayudó a descentralizar los servicios locales de zoonosis y protección de los alimentos.</li> <li>• Se redactaron y publicaron los procedimientos para el control de la leptospirosis y de la rabia.</li> <li>• La OPS apoyó el sistema de protección de los alimentos en 12 estados.</li> <li>• La Organización apoyó la formulación de un plan nacional de salud ambiental y desarrollo humano sostenible y lo promovió en todos los niveles.</li> <li>• El programa de salud ambiental de la OPS recibió un premio por sus esfuerzos en pro de la salud ambiental del Brasil, y se declaró a la Organización "Ciudadano Honorario" de Iraquara por su trabajo en favor de los municipios saludables.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar a los secretarios de salud de los estados en el desempeño de sus funciones dentro del sector salud.</li> <li>2. Fortalecer el sistema integrado de salud materno-infantil y de los adolescentes, con especial atención al sistema de información.</li> <li>3. Establecer nuevas normas para el adiestramiento de profesionales de la salud.</li> <li>4. Ayudar a establecer sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles.</li> <li>5. Fortalecer la capacidad administrativa basándose en un sistema de información confiable.</li> <li>6. Ayudar a introducir un sistema nacional de ciencia y tecnología.</li> <li>7. Promover la acción multisectorial integrada para elaborar planes y políticas sobre zoonosis y protección de los alimentos; fortalecer el sistema de vigilancia.</li> <li>8. Apoyar y promover el adiestramiento en las áreas de salud ambiental y control de la calidad del agua potable; ayudar a actualizar las normas de salud ambiental.</li> </ol>	



**Participantes:** Representantes del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social, del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y de la Universidad de Costa Rica (22 participantes).

Cabe destacar que la última reunión de evaluación conjunta se había realizado en 1987. A principios de 1996 se conformó el grupo de trabajo para la fase preparatoria, que consistió en la identificación de varias fuentes, la recolección de datos sobre el país y el sector salud, la revisión del material, las discusiones en grupo, y la preparación de los documentos de base para el análisis de la situación de salud y de la cooperación técnica.

Un beneficio de la evaluación fue el intercambio de experiencias entre profesionales nacionales y asesores internacionales comprometidos con el desarrollo del sector salud de Costa Rica. Entre los principales logros se destacan la capacidad de la OPS de adaptar su cooperación a las prioridades nacionales y su flexibilidad para acompañar los procesos de cambio y las situaciones de emergencia. También se reconoció el permanente compromiso de la OPS con el sector salud y su idoneidad técnica como organismo especializado.

## COSTA RICA

**Período de estudio:**  
1990-1995

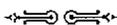
### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
La salud en el desarrollo humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoyó la conducción efectiva de los procesos de desarrollo sectorial.</li> <li>• Se amplió la base de cooperación, especialmente con la Asamblea Legislativa, universidades, instituciones autónomas, organizaciones no gubernamentales, municipios y medios de comunicación social.</li> <li>• Se cooperó en nuevos campos del desarrollo nacional que apuntan a un enfoque integral del desarrollo del sector salud y de sus instituciones.</li> </ul>
Desarrollo de los sistemas y servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se promovió la conceptualización, definición y negociación de la reforma del sector.</li> <li>• Se impulsó la adopción del nuevo modelo de atención a las personas.</li> <li>• Se apoyó el fortalecimiento del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.</li> <li>• Se contribuyó al desarrollo de los recursos humanos para la rectoría y la aplicación del nuevo modo de atención.</li> </ul>
Promoción y protección de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizaron actividades orientadas a mejorar la salud de la mujer, el niño y el adolescente.</li> <li>• Se promovieron los proyectos de municipios saludables.</li> <li>• Se impulsaron los programas de alimentación y nutrición.</li> </ul>
Protección y desarrollo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desplegaron actividades relacionadas con la universalización del saneamiento básico, la gestión ambiental, la protección y el mejoramiento de la calidad del agua, y la salud ocupacional.</li> </ul>
Prevención y control de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se propició el control de enfermedades inmunoprevenibles, emergentes y reemergentes, y se reforzaron los mecanismos de preparación para situaciones de desastres.</li> </ul>

Continúa

**Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro**

1. Mantener la tendencia hacia una cooperación más integrada, participativa y flexible que responda mejor a las necesidades del país.
2. Mejorar el flujo de información entre la OPS y el sector salud, para que todos los actores aprovechen al máximo la cooperación técnica.
3. Realizar con regularidad una evaluación conjunta, cuando se prepara la programación bienal.
4. Concentrar la cooperación en la consolidación de las áreas y sectores de salud determinados y en el fortalecimiento de la rectoría del sector destacando las funciones estratégicas de conducción, regulación, vigilancia de la salud, desarrollo tecnológico e investigación, así como en los programas prioritarios de promoción y protección de la salud, salud ambiental, y alimentación y nutrición.



**Participantes:** Ministro de Salud, Secretario Permanente de Salud, Médico Jefe, administradores principales de programas del Ministerio de Salud, personal de la Representación y de la sede de la OPS, representantes del CFNI, el CAREC, la USAID, el UNICEF, el BID, la división de cooperación en salud del Gobierno de Italia, el Alto Comisionado Canadiense, la Unión Europea, la Universidad de las Indias Occidentales, la Asociación de Enfermeras de Jamaica y el Instituto de Planificación de Jamaica.

En una presentación en video, en la que participaron funcionarios de la OPS y del Ministerio de Salud, se señalaron los puntos destacados de la cooperación técnica de la OPS con el Gobierno de Jamaica.

## JAMAICA

**Período de estudio:**  
1990-1995

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Desarrollo de la infraestructura</p> <p>Desarrollo de recursos humanos para la salud</p> <p>Promoción de modos de vida en pro del mejoramiento de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se construyeron servicios sanitarios e instalaciones de recolección de desechos sólidos en las comunidades y se mejoró el sistema de abastecimiento de agua en las comunidades vulnerables.</li> <li>• El fortalecimiento de las instituciones de adiestramiento incluyó actualización del plan de estudios de licenciatura en enfermería; preparación de currículos para profesionales de la salud mental, y terminación de los planes de estudio de ciencias médicas y partería.</li> <li>• Se incluyó la materia de mitigación de desastres en el plan de estudios de la Universidad de las Indias Occidentales; se creó un grupo especial para ese fin.</li> <li>• Se estableció un comité para poner en práctica el modelo de la OMS de desarrollo de recursos humanos para la salud.</li> <li>• El personal de salud recibió adiestramiento en administración; se formuló una política de recuperación de costos.</li> <li>• Se establecieron políticas y procedimientos de enfermería para los hospitales.</li> <li>• Se introdujo un programa de modos de vida saludables en las escuelas, que incluye técnicas de prevención de la violencia.</li> <li>• Los dirigentes de la comunidad recibieron adiestramiento en técnicas de educación sanitaria y promoción de la salud.</li> <li>• Se realizó una campaña de información pública sobre seguridad vial.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar una política de promoción de la salud, junto con un plan y estrategias para incorporar la promoción de la salud en todos los programas.</li> <li>2. Seguir perfeccionando las facultades de vigilancia epidemiológica del personal de salud.</li> <li>3. Prestar apoyo técnico y presupuestario para mejorar la calidad del agua, el saneamiento, la evacuación de los desechos, el control de los vectores y la salud de los trabajadores.</li> <li>4. Establecer un sistema de vigilancia de accidentes de vehículo de motor, cáncer y otras enfermedades crónicas, violencia y enfermedades de transmisión alimentaria.</li> <li>5. Apoyar la incorporación de los sistemas de "municipios, escuelas, hospitales, mercados e instituciones saludables" en los programas nacionales.</li> <li>6. Impulsar la creación de sistemas de adiestramiento de recursos humanos para prestar apoyo técnico a las instituciones de salud y a otras.</li> </ol>	

**MÉXICO**

**Período de estudio:**  
1995-1996

**Participantes:** Representantes de la Secretaría de Salud, entre ellos los subsecretarios y directores generales. También participaron representantes del Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, la Comisión Nacional del Agua, el Instituto Nacional de Ecología, el Instituto Mexicano de Tecnología del Agua, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, el Colegio Nacional de Enfermeras y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (106 participantes).

Entre los principales logros de la reunión de evaluación conjunta se destacan la revisión y el análisis de la cooperación técnica brindada por la OPS a los programas de la Secretaría y otras instituciones del sector, sus resultados esperados y los resultados alcanzados; la definición de las prioridades del Programa Nacional de Salud y sus necesidades de cooperación; el establecimiento de las futuras líneas de acción en que basará la OPS sus proyectos y actividades de cooperación hasta el año 2000, en apoyo a los programas nacionales; el reconocimiento del papel de la OPS en el ámbito sectorial y la formulación de recomendaciones para extender sus actividades a otras instituciones; una mejor comprensión de la función de la OPS, así como de las características de su desempeño a nivel regional y nacional; la actualización del informe sobre la situación de salud y sobre las prioridades del sector y de la Secretaría de Salud, y la evaluación y actualización del área administrativa de la Representación.

**Resultados de la reunión de evaluación conjunta**

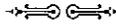
Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Salud en el desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ejecutaron proyectos de cooperación técnica entre países con Belice, Bolivia, Colombia, Cuba y Guatemala, y se fomentaron iniciativas de salud en las fronteras norte y sur.</li> <li>• Se trabajó con el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en materia de legislación y bioética.</li> <li>• Se prestó asistencia técnica y se movilizaron recursos para atender situaciones en caso de desastres.</li> <li>• Se contribuyó al proceso de evaluación de la situación sanitaria y sus tendencias.</li> </ul>
Desarrollo de los sistemas y servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabajó en la difusión del nuevo modelo de atención, en la reforma y en la descentralización, y se dio apoyo a la capacitación de personal.</li> <li>• Se puso en práctica el sistema automatizado de medicamentos SIAMED.</li> <li>• El programa de becas fue objeto de intensa atención, se difundió ampliamente información científica y técnica, y se obtuvieron subvenciones para la investigación. Con el Programa de Libros de Texto se beneficiaron 184 escuelas y facultades de medicina, salud pública, enfermería, odontología y veterinaria.</li> </ul>

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Desarrollo de los sistemas y servicios de salud, cont.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizaron actividades en las áreas de mejoría de la calidad de la atención, y de certificación y organización de establecimientos de salud.</li> <li>• Se intensificó la cooperación con las instituciones de la seguridad social y los servicios coordinados de salud en los estados y en las jurisdicciones sanitarias.</li> </ul>
Promoción y protección de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concedió especial importancia al movimiento de Municipios Saludables.</li> <li>• Se puso en marcha la iniciativa "De corazón a corazón" y se realizaron actividades para prevenir el tabaquismo, el alcoholismo y otras adicciones.</li> <li>• Se ejecutaron seis proyectos de investigación sobre planificación familiar, dentro del marco del acuerdo tripartito firmado por la Secretaría de Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización.</li> </ul>
Protección y desarrollo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se movilizó la capacidad técnica nacional hacia otros países de la región y se colaboró con el Departamento del Distrito Federal para evaluar los riesgos de contaminación atmosférica (principalmente por plomo y ozono) en la ciudad de México.</li> <li>• Como parte del Programa Frontera XXI se intensificó el intercambio binacional entre México y los Estados Unidos en los campos de capacitación e investigación aplicada.</li> <li>• Se firmó un convenio de cooperación con la AIDIS y la Sociedad Mexicana de Ingeniería Sanitaria para fortalecer la capacidad nacional en materia de agua y saneamiento.</li> <li>• Se establecieron sistemas de certificación de calidad de materiales y equipos para el sector de agua y saneamiento.</li> </ul>
Prevención y control de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se colaboró con la Comisión Nacional de Sida para elaborar material educativo destinado a la prevención de la infección por el VIH y el sida en zonas urbanas y rurales, y se fortaleció el sistema epidemiológico mediante encuestas censineas sobre VIH y sida.</li> <li>• Se propugnó la articulación intersectorial de programas contra las zoonosis, haciendo hincapié en el desarrollo de recursos humanos.</li> <li>• Se fortaleció el desarrollo institucional del Programa de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, del Consejo Nacional de Vacunas y del Programa Ampliado de Inmunización.</li> <li>• Se adecuaron las estrategias de control de la tuberculosis y de eliminación de la lepra y de la rabia como problemas de salud pública.</li> <li>• El Programa de Control de Enfermedades Crónicas recibió apoyo en las áreas de normalización, investigación, capacitación y desarrollo de la infraestructura.</li> <li>• Se emprendieron acciones intersectoriales para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos de mayor consumo.</li> </ul>

Continúa

**Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro**

1. Se recomienda estimular mecanismos y procesos para que la cooperación técnica de la OPS sea más equitativa y descentralizada, y para que tengan acceso a ella diferentes sectores e instituciones del sector salud.
2. Los recursos deben concentrarse en las áreas que reporten un mayor beneficio en función del costo, lo cual requiere que el país determine un orden de prioridades para los diferentes programas.
3. Es necesaria una mayor articulación entre las diferentes instituciones que solicitan cooperación técnica para lograr la equidad en la asignación de los recursos y contribuir al fortalecimiento de todo el sector, y no solo al de la Secretaría de Salud.
4. La cooperación de la OPS es fundamentalmente de naturaleza técnica y no financiera, y como tal debe ser vista como un complemento a los programas acorde con las necesidades cambiantes. Debe concentrarse en el apoyo a los procesos y metas de la reforma del sector salud y no ser un mero complemento del presupuesto.
5. La cooperación debe hacer hincapié en la disseminación de información y en la utilización de nuevas tecnologías como la INTERNET, con miras a facilitar el intercambio de conocimientos entre los países.
6. La cooperación técnica debe constar de mecanismos que permitan evaluar su impacto sobre los programas de salud, de tal manera que se pueda saber si ha sido de provecho para el país.



**Participantes:** Representantes de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; altos funcionarios de las principales universidades, hospitales y organizaciones no gubernamentales, y personal de la OPS. El Vicepresidente de la República asistió a la sesión inaugural, junto con el asesor especial del Presidente en materia de salud. (Hubo 153 participantes en la sesión inaugural y 66 en las sesiones de trabajo.)

## REPÚBLICA DOMINICANA

**Período de estudio:**  
1992-1995

La evaluación conjunta subrayó la importancia del papel de la Organización en el país. Los resultados del empeño puesto por la OPS en fortalecer la función de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social se observaron claramente en los campos de desarrollo de recursos humanos y epidemiología. En las deliberaciones celebradas durante la reunión se acentuó la estrecha relación existente entre la OPS y la Secretaría de Salud Pública, así como los vínculos de la Organización con otros actores clave del sector salud, cuyo resultado es un programa que se hace eco de las necesidades nacionales de cooperación señaladas.

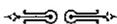
Los participantes en la evaluación hicieron varias recomendaciones, como seguir buscando una estrecha relación con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y ampliar la colaboración interinstitucional con entidades pertenecientes y externas al sector salud. También se pidió a la OPS que ayudara a coordinar el trabajo entre la Secretaría de Salud Pública y el sector privado destinado a proponer un sistema unificado de salud.

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Establecimiento de políticas, planes y normas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoyó el proceso de reforma del sector salud por medio de grupos de trabajo multidisciplinarios e integrados que ayudaron a definir la situación de salud y dieron orientación a las nuevas autoridades.</li> <li>• Se estableció un sistema de información científica y de salud para divulgar los datos pertinentes al Gobierno y a las universidades.</li> <li>• Se examinaron las políticas y pautas basadas en estudios realizados sobre medicamentos esenciales, laboratorios, estadísticas vitales y salud ambiental.</li> </ul>
Desarrollo de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los recursos movilizados por medio de reuniones y seminarios llevaron a establecer métodos integrados en la comunidad y a mejorar la administración de medicamentos esenciales, los laboratorios y bancos de sangre, la salud bucodental y los servicios de hospitalización y enfermería.</li> </ul>
Desarrollo de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estableció una coordinación más estrecha entre la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y las instituciones docentes.</li> <li>• Se enseñaron principios de salud bucodental a 10 000 escolares y a 200 maestros.</li> <li>• El apoyo de la OPS ha sido decisivo para fortalecer el departamento de recursos humanos de la Secretaría de Salud Pública, que resultó en el uso más integrado y racional de los recursos disponibles.</li> </ul>
Salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se creó un subcomité de abastecimiento de agua y saneamiento.</li> <li>• Se amplió la colaboración entre organismos nacionales e internacionales.</li> <li>• La promoción de la participación comunitaria ha creado mayor conciencia sobre los asuntos de salud ambiental.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Vigilancia epidemiológica</p> <p>Salud maternoinfantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se fortaleció el Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.</li> <li>• Ahora se dispone de un detallado análisis de las condiciones de salud del país.</li> <li>• El laboratorio de veterinaria está en funcionamiento.</li> <li>• Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales llegaron a un consenso sobre políticas y programas.</li> <li>• Se establecieron planes nacionales de reducción de la mortalidad materna, de nutrición y de lactancia natural.</li> <li>• Se creó un subcomité de nutrición.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prestar apoyo para ampliar la capacidad de analizar y divulgar datos científicos y técnicos en todos los niveles.</li> <li>2. Apoyar el proceso de reforma del sector salud por medio de un método integrado de programación de la cooperación técnica y de trabajo con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales.</li> <li>3. Ampliar la colaboración mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud en la comunidad, concentrándose en las zonas rurales y periurbanas.</li> <li>4. Apoyar la formulación de políticas de recursos humanos mediante el fortalecimiento de las entidades responsables dentro de la Secretaría de Estado de Salud Pública y la coordinación del trabajo con universidades y otras instituciones de adiestramiento.</li> <li>5. Seguir prestando asistencia en la ejecución de todos los aspectos clave del plan nacional de abastecimiento de agua y saneamiento.</li> <li>6. Seguir apoyando al laboratorio nacional de salud pública y a otras entidades, como bancos de sangre, en su empeño por establecer normas y crear sistemas de información confiables.</li> </ol>	



**Participantes:** Altos funcionarios de una muestra representativa de departamentos e instituciones de salud y un grupo de asesores de la Oficina de la OPS de Coordinación del Programa en el Caribe y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). La sesión inaugural se abrió en presencia del Gobernador General y del Primer Ministro Adjunto (46 participantes).

Antes de la reunión, los nuevos asesores de la OPS visitaron las instalaciones de salud de Saint Kitts y Nevis, lo que les ayudó a informarse de la situación de los servicios de salud. La reunión sirvió también para que el personal de salud se familiarizara más con las políticas de la OPS y ofreció una oportunidad de participar en un debate a fondo para aclarar las políticas de reforma del sector salud recién aprobadas. El amplio examen de toda la cooperación o asistencia para el desarrollo de la salud fue informativo para el personal tanto de la OPS como del Ministerio.

Se observó una estrecha congruencia entre las prioridades nacionales de Saint Kitts y Nevis y las señaladas para fines de cooperación técnica de la OPS en este período.

## SAINT KITTS Y NEVIS

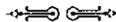
**Período de estudio:**  
1992-1995

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud, incluida la capacidad de producir y usar información, y el desarrollo de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se racionalizaron los servicios de internado en el Hospital JN France y se preparó un anteproyecto que permitirá al Gobierno movilizar recursos de la Unión Europea.</li> <li>• Se establecieron programas de vigilancia de la alimentación y nutrición y un plan de acción nacional.</li> <li>• Se concedieron becas para adiestramiento en planificación familiar, enfermería anestésica, registros médicos, tecnología de laboratorio y medicina de emergencia.</li> <li>• Se instalaron algunos módulos del sistema de información de salud comunitario y se enseñó al personal a usarlos.</li> <li>• Se distribuyeron pautas para la planificación de recursos humanos y se presentó un modelo computarizado de planificación de recursos humanos a los administradores principales.</li> <li>• Terminó el adiestramiento en trabajo en equipo y se redactó la política de enfermería en el Hospital JN France.</li> <li>• Se produjo legislación modelo sobre inocuidad de los alimentos y medicamentos.</li> </ul>
Fortalecimiento de la gestión de los desechos sólidos y líquidos y del control de vectores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se iniciaron actividades de adiestramiento en medidas de reducción de fuentes y dos proyectos piloto comunitarios.</li> <li>• Se realizó un estudio de factibilidad del tratamiento de aguas servidas en Basseterre y se adiestró a técnicos nacionales en funcionamiento, vigilancia e inspección de plantas de tratamiento de aguas servidas, gestión de desechos sólidos, aplicación de las pautas sobre la calidad del agua establecidas por la OMS y evaluación de la calidad del agua subterránea.</li> <li>• Un grupo multidisciplinario de coordinadores elaboró un plan de acción de salud de los trabajadores.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
<p>Fortalecimiento de los servicios de salud maternoinfantil</p> <p>Prevenición y control del sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evaluaron los servicios de atención perinatal y se ofreció adiestramiento en ese campo a médicos y enfermeras. El pabellón de recién nacidos del Hospital JN France recibió equipo y suministros.</li> <li>• Se ofreció adiestramiento en tecnología para la planificación familiar; se modernizó el Centro de Salud de Old Road.</li> <li>• Se adiestró a 40 médicos y enfermeras en prácticas modernas de tratamiento del asma y de las infecciones respiratorias agudas.</li> <li>• Se adiestró a 50 funcionarios y maestros de salud comunitaria en exámenes para detectar la discapacidad.</li> <li>• Se diseñó y ejecutó un programa de información, educación y comunicación, con apoyo de organizaciones no gubernamentales.</li> <li>• Se suministraron estuches de prueba y reactivos y se adiestró a orientadores.</li> <li>• Se enseñó a los médicos a tratar a pacientes infectados por el VIH y con sida.</li> <li>• Se realizó una encuesta de seroprevalencia y se dio amplia distribución a sus resultados.</li> <li>• Se enseñó a detectar la gonorrea.</li> </ul>
<p><b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar la reforma del sector salud por medio de análisis de situación, formulación de política, fortalecimiento de los sistemas de administración e información y actualización de la legislación.</li> <li>2. Ayudar a ejecutar el plan de salud de los trabajadores.</li> <li>3. Apoyar el adiestramiento enfocado en la cobertura del control integrado de vectores, el programa de información, educación y comunicación, y la actualización del programa de salud escolar.</li> <li>4. Apoyar la capacidad para tratar fuentes de agua en zonas rurales.</li> <li>5. Facilitar la colaboración de los sectores público y privado en programas integrados de inocuidad de los alimentos, incluso legislación y adiestramiento.</li> <li>6. Prestar apoyo para crear conciencia en algunas personas clave sobre la importancia y eficacia del empleo de métodos de promoción de la salud y enseñar a las personas a establecer programas con las estrategias de la Carta de Promoción de la Salud en el Caribe.</li> <li>7. Fortalecer la vigilancia de los problemas nutricionales de los adultos y ampliar el "Proyecto Modo de Vida".</li> <li>8. Ayudar a vigorizar los programas comunitarios de salud mental.</li> <li>9. Ayudar a ampliar el programa de salud maternoinfantil para que comprenda una labor eficaz de atención de salud de los adolescentes y fomente actividades para combatir el maltrato a los niños.</li> </ol>	



**Participantes:** Representantes de los Ministerios de Salud; Planificación y Desarrollo; Asuntos de Consumo; Educación, y Desarrollo Social y Comunitario; la Administración de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado; la Universidad de las Indias Occidentales, y la Cámara de la Asamblea de Tabago.

La reunión señaló la importancia de la colaboración multisectorial para la salud, dado que se ha visto claramente que la salud no es una responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. Los beneficios de la colaboración multisectorial en Trinidad y Tabago se pusieron de manifiesto en el trabajo realizado por los Ministerios de Asuntos de Consumo y Educación para crear conciencia e inculcar en los niños el hábito de seguir un modo de vida saludable, la asociación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social y Comunitario con la que se busca prestar atención de buena calidad en establecimientos que den a los ancianos y enfermos más años de vida también de buena calidad, y el empeño puesto por el Ministerio de Desarrollo Social y Comunitario en movilizar a las comunidades en pro de su desarrollo y mejoramiento.

Se reconoció que la relación existente entre la OPS y el Ministerio de Salud había sido sumamente productiva.

## TRINIDAD Y TABAGO

**Período de estudio:**  
1993-1995

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Desarrollo de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se formuló una política sobre la acreditación de las organizaciones de atención de salud.</li> <li>• Se modificó el formulario de medicamentos y se examinaron las prácticas de utilización de los mismos.</li> <li>• Se adiestró al personal de las esferas central y local del Ministerio de Salud en la práctica del trabajo en equipo para efectos de planificación eficaz y de desarrollo de proyectos.</li> <li>• Se estableció un sistema de adiestramiento en garantía de la calidad, introducido en los niveles superiores.</li> </ul>
Análisis de la situación de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se impartió adiestramiento en estadísticas básicas y se realizó una encuesta sobre tuberculosis en Tabago.</li> </ul>
Salud maternoinfantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hizo una presentación sobre lactancia natural y se creó un instrumento de vigilancia.</li> <li>• Se prepararon currículos para abordar las cuestiones psicosociales en los jóvenes.</li> <li>• Se adiestró a varios actores clave del campo de la rehabilitación comunitaria para dotarlos de sensibilidad.</li> </ul>
Enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se celebró una conferencia subregional sobre promoción de la salud y se apoyó la elaboración de indicadores de salud de la población.</li> <li>• Se inició una encuesta sobre modos de vida saludables entre estudiantes.</li> </ul>
Prevención y control de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evaluó la legislación sobre alimentos y se formularon recomendaciones.</li> <li>• Se editaron publicaciones sobre la infección por el VIH, el sida y las enfermedades de transmisión sexual, y se divulgó información sobre esos temas.</li> <li>• Se lanzó una campaña de educación sobre bancos de sangre.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se modificó el plan nacional de salud de los trabajadores y se presentó a las autoridades nacionales.</li> <li>• Se formuló un plan de desarrollo institucional de servicios de salud ambiental.</li> <li>• Se apoyó el adiestramiento para la realización de evaluaciones del efecto ambiental.</li> <li>• Se evaluó el programa de control y eliminación de <i>Aedes aegypti</i>.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar la investigación operativa en respaldo a la formulación de directrices.</li> <li>2. Examinar los proyectos relacionados con el alivio de la pobreza, la equidad y el desarrollo comunitario.</li> <li>3. Crear un proyecto piloto que incluya la colaboración intersectorial con el Ministerio de Desarrollo Social y Comunitario.</li> <li>4. Fortalecer el apoyo a la formulación de la política sobre la acreditación de las organizaciones de atención de salud.</li> <li>5. Seguir modificando el formulario de medicamentos y examinar las prácticas de utilización de los mismos.</li> <li>6. Efectuar investigaciones sobre el acceso de los adolescentes a los servicios de salud.</li> <li>7. Incluir la promoción de la salud en el plan de estudios de todo el personal de salud y de campos afines.</li> <li>8. Apoyar el adiestramiento permanente de inspectores de salud pública para fortalecer su capacidad de vigilar y evaluar los riesgos para la salud ambiental.</li> <li>9. Seguir evaluando el programa de control de <i>Aedes aegypti</i>.</li> <li>10. Evaluar el sistema de vigilancia de los alimentos.</li> <li>11. Terminar los planes para establecer la política sobre enfermedades crónicas, salud mental y salud bucodental.</li> <li>12. Elaborar un plan nacional sobre traumatismos, violencia y salud.</li> </ol>	



**Participantes:** Autoridades del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales Renovables; directores regionales de salud de dos estados y sus respectivos equipos técnicos; secretarios municipales de salud de varios municipios.

Los participantes llevaron a cabo cuatro actividades específicas para analizar la Cooperación Técnica de la OPS con Venezuela. Esas actividades consistieron en tres sesiones plenarias de trabajo y una reunión con las máximas autoridades de salud. Además, se realizó una reunión con el personal de la Representación de la OPS en el país para discutir el documento de evaluación gerencial, así como las implicaciones de las conclusiones y recomendaciones del ejercicio para el presupuesto anual correspondiente al año 1997 y el presupuesto bianual 1998-1999.

## VENEZUELA

**Período de estudio:**  
1994-1996

### Resultados de la reunión de evaluación conjunta

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
La salud en el desarrollo humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En agosto de 1994 se realizó el Taller de Análisis de la Situación de la Epidemiología en Venezuela, que permitió elaborar un plan de desarrollo de esta disciplina, base para la propuesta de renovación de la epidemiología a nivel nacional. Se prestó cooperación técnica a la Dirección General Sectorial de Epidemiología para redefinir su estructura y sus funciones, tomando en consideración los puntos acordados en el taller. Con el Ministerio y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT) se realizaron varios talleres sobre aspectos metodológicos del análisis de la situación de salud.</li> <li>• Se recopiló, analizó y publicó la legislación sanitaria y sobre seguridad social vigente. Continuó la colaboración con las comisiones de salud del Congreso, y se realizaron dos reuniones sobre legislación en materia de salud, una de ellas para promover la decisión política de dar cumplimiento a una resolución de la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1993) sobre salud de los pueblos indígenas.</li> <li>• Se apoyó la participación de profesionales en los cursos de la Maestría Andina en Epidemiología que se dicta en el Ecuador, en el Curso de Epidemiología Intermedia de Tampa, Florida (EUA), y en el Curso de Estadística de Chile.</li> <li>• Continuó el respaldo al CEVECE como Centro de Referencia para la Clasificación de Enfermedades en Español, se preparó el material de instrucción para el uso de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y se capacitaron codificadores en Caracas, México y Asunción. También se adiestró a técnicos del Ministerio de Sanidad en el manejo de sistemas de información sobre mortalidad.</li> <li>• Se celebró un taller nacional y otro subregional sobre bioética, cuyas conclusiones y recomendaciones fueron incluidas en el documento técnico presentado en la XIX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina que se celebró en Caracas en noviembre de 1995. También se creó el Centro Nacional de Bioética, que contó con la participación de la OPS, el Ministerio, la Universidad Central de Venezuela y el sector privado.</li> </ul>

Continúa

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
La salud en el desarrollo humano, cont.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se integró un grupo de epidemiólogos que, con el apoyo del Ministerio, la Dirección de Epidemiología y la OPS, realizaron actividades de capacitación en materia de epidemiología y reorganización de servicios de epidemiología distritales y estatales en cuatro estados del país. Se avanzó en el desarrollo conceptual, metodológico y operacional del análisis de la situación de salud y condiciones de vida, fundamentalmente en los estados de la frontera entre Colombia y Venezuela.</li> </ul>
Desarrollo de sistemas y servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prestó cooperación para actualizar el índice legislativo de medicamentos del Ministerio de Sanidad.</li> <li>• Se diseñó el marco de los cursos de gestión estratégica en salud, que posteriormente se dictaron en Caracas, Amazonas y Bolívar. En 1995 se realizó el Taller de Gestión para la Investigación y Desarrollo Tecnológico, con la participación de los investigadores y coordinadores de investigación de diferentes dependencias del Ministerio de Sanidad.</li> </ul>
Promoción y protección de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se creó la Red Venezolana de Municipios hacia la Salud y se realizaron actividades en 28 municipios de 19 entidades federales, con una metodología de planificación local participativa.</li> <li>• Se cooperó para implantar un sistema de vigilancia epidemiológica de la farmacodependencia en los Estados Zulia y Carabobo, y en el Área Metropolitana.</li> <li>• Se puso en marcha un programa de promoción de la salud mental en seis estados del país, cuyo objetivo es fomentar modos de vida saludables. En cuanto a la reestructuración de la atención psiquiátrica, se establecieron y fortalecieron alternativas de atención comunitaria en los Estados Mérida, Bolívar y Guárico.</li> <li>• Se fortaleció la capacidad de los estados y municipios para vigilar la mortalidad materna a través de la creación de comités de estudio de la mortalidad materna, y para dar curso a los proyectos de lactancia materna y a la iniciativa "Hospital amigo de los niños y de la madre".</li> <li>• Se descentralizó totalmente el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, y se promovió el uso de la información para orientar la ejecución de los programas nutricionales tanto del Instituto Nacional de Nutrición como de otras entidades sociales.</li> <li>• Se logró integrar al equipo de salud con la comunidad organizada para vigilar la yodación de la sal en los estados de la región andina, y se capacitó a pequeños y medianos productores del Estado Zulia en la técnica de yodación artesanal de la sal.</li> <li>• Se realizaron actividades de difusión de información y concienciación de la población contra el tabaquismo, utilizando los medios de comunicación más apropiados de proyección nacional.</li> </ul>
Protección y desarrollo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En coordinación con el Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales Renovables, y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se preparó el inventario de residuos sólidos municipales de las 15 ciudades principales del país, cuyo resultado fue presentado al Fondo de Inversión Social de Venezuela. También se actualizó el estudio sobre desechos municipales peligrosos en las 11 ciudades principales de Venezuela.</li> <li>• Se impartió capacitación en materia de salud ambiental y preparativos ante emergencias y desastres en tres estados, haciendo hincapié en el Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA).</li> </ul>

Prioridades nacionales para la cooperación técnica de la OPS	Principales logros de la cooperación técnica
Prevención y control de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se perfeccionaron las actividades de vigilancia epidemiológica de los casos de diarreas en menores de 5 años, y de brotes en la población vulnerable.</li> <li>• Se diseñaron planes operativos conjuntos para el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas a nivel estatal y municipal, y se trabajó con universidades y otras instituciones de enseñanza para actualizar a los docentes en el campo de diagnóstico diferencial y esquemas de tratamiento de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.</li> <li>• Se realizó una exhaustiva evaluación de la vigilancia epidemiológica del sarampión en cuatro entidades federales del país, en la que participaron consultores internacionales del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS, junto con personal nacional y estatal del Ministerio de Sanidad. Los resultados fueron presentados a las autoridades respectivas.</li> <li>• Se llevó a cabo una evaluación de la situación del dengue en estados seleccionados con la colaboración de un grupo de expertos internacionales y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y se elaboraron las recomendaciones pertinentes.</li> <li>• Se asignó prioridad a la colaboración para hacer frente a varias epidemias, entre ellas las de dengue, dengue hemorrágico y encefalitis equina venezolana, que se presentaron en diferentes regiones del país.</li> <li>• Se ejecutó el proyecto de cooperación entre el Brasil y Venezuela para fortalecer la capacidad de diagnóstico en el laboratorio.</li> </ul>
<b>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfocar la cooperación técnica con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de acuerdo con el proceso de reforma del sector.</li> <li>2. Institucionalizar los acuerdos de cooperación técnica entre la OPS y el Ministerio mediante cuatro estrategias: asegurar la participación activa de todo el personal técnico del Ministerio en la formulación de los acuerdos con la OPS para establecer un compromiso en la ejecución de las actividades de cooperación; divulgar información relacionada con las líneas de cooperación a todos los niveles de competencia para mejorar la utilización de los recursos y aprovechar todas las oportunidades de cooperación; establecer las prioridades y necesidades de cooperación, y limitar su número por área, para garantizar la eficacia y el impacto de las acciones, y evaluar permanentemente la cooperación en forma conjunta.</li> <li>3. Revisar y reorientar el proyecto sobre la Red Venezolana de Municipios hacia la Salud para asegurar que responde a los lineamientos de los programas de salud y que contempla las prioridades establecidas por el Ministerio.</li> <li>4. Realizar reuniones periódicas para comprobar el cumplimiento de las actividades programadas, evaluar los resultados obtenidos y analizar la programación futura, a fin de asegurar la continuidad de los procesos.</li> </ol>	





# La Secretaría

**L**as Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para el período 1995-1998, adoptadas por la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, sirven de marco para la estructura de la Secretaría. Además, al determinar que la superación de la desigualdad es el principal desafío para el sector salud durante el cuatrienio, las OEP impulsan también los esfuerzos de la Organización para ayudar a los países miembros a lograr el mayor grado posible de equidad. La búsqueda de equidad y la aspiración al panamericanismo son los puntales del trabajo de la OPS y se reflejan en sus asignaciones presupuestarias.

La OPS ha realizado reformas tendientes a modificar sus operaciones y su estructura para hacerlas más eficientes y acordes con las necesidades de sus Gobiernos Miembros. Desde que la OMS comenzó el proceso de renovación de su compromiso de lograr la meta de "salud para todos", la Organización ha participado activamente en ese proceso y ha contribuido al mismo. Esta renovación, surgida del empeño en responder al cambio mundial y que culminará en la adopción de una nueva política mundial de salud, también entraña la reconsideración de varios asuntos que van desde la conceptualización de la salud propiamente dicha hasta las mejores formas de trabajo para la Organización.

En 1995 la OPS inició un proceso de renovación del compromiso propio y de los países miembros de lograr la meta de "salud para todos". Con ese fin se realizaron varias reuniones de consulta en la mayoría de los países, que enriquecieron mucho el marco de política general de salud para todos. Este marco se benefició también de la conferencia regional sobre tendencias futuras y salud para todos, celebrada en Montevideo en junio de 1996. Dicha conferencia se concentró en hacer que los países comprendieran mejor los nuevos desafíos que se presentarán en la búsqueda de la salud para todos.

---

*La búsqueda de la equidad y la aspiración al panamericanismo son los puntales del trabajo de la OPS y se reflejan en sus asignaciones presupuestarias.*

El Comité Ejecutivo discutió la renovación del llamamiento a la salud para todos en su 118 Reunión celebrada en junio, y el Consejo Directivo aprobó una resolución a esos efectos en su XXXIX Reunión que tuvo lugar en septiembre. Entre otras cosas, en la resolución se instó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a que apoyara a los países en sus esfuerzos en ese sentido y promoviera la movilización de recursos para respaldar el proceso de renovación. Los participantes recomendaron que se empleara el nuevo marco de la política de salud para todos para definir las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Organización correspondientes al período 1999-2002.

La OPS ha buscado activamente que los países participen en la evaluación de las actuales Orientaciones Estratégicas y Programáticas y en la formulación de otras. Varios países han formado grupos nacionales encargados de analizar la congruencia entre los planes nacionales y las OEP. Brasil, Colombia, Cuba, Haití, Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago han establecido indicadores para vigilar y seguir la ejecución de planes y políticas nacionales de salud. Otros países, como Canadá, Costa Rica y Estados Unidos, siguen sistemáticamente el cumplimiento de las metas y objetivos nacionales de salud, y la Secretaría participa activamente en esos procesos. De hecho, en los Estados Unidos la OPS trabaja con el Departamento de Salud y Servicios Sociales para evaluar el progreso hacia el logro de los objetivos y las metas de la iniciativa "Gente sana 2000" y preparar los de la nueva iniciativa "Gente sana 2010". Esta clase de trabajo con los países es indispensable para vincular la evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1995-1998 con el proceso de renovación de la "salud para todos". Así, las nuevas políticas integrarían ambos análisis en uno solo, sin dejar de reflejar las necesidades de los países.

Como parte de un proceso evolutivo que comenzó con una nueva enunciación de la misión de la Organización y un examen de su trabajo, la OPS lanzó la iniciativa de "Reconsideración de la cooperación técnica internacional en salud" para examinar los aspectos de cooperación técnica con miras a mejorar la eficacia. Las recomendaciones emanadas de las discusiones técnicas sobre el tema, celebradas entre funcionarios de la OPS en marzo de 1996, incluyeron el fortalecimiento del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), un examen de los recursos humanos de la Secretaría y una definición más clara de los niveles funcionales de cooperación técnica. Ya han comenzado a aplicarse algunas de estas recomendaciones.

Desde hace algún tiempo la OPS inició la búsqueda de nuevos colaboradores, incluso en el sector público y en otros sectores distintos del de la salud. En las discusiones técnicas celebradas en septiembre de 1996 se exploró el trabajo de la OPS con organizaciones no gubernamentales y su función en el fomento de las metas de salud. También se han establecido asociaciones dentro de la Organización, como el sistema integrado para mejorar las políticas de salud relacionadas con las enfermedades cardiovasculares (Conjunto de

---

***La OPS busca que los países participen en la evaluación de las actuales Orientaciones Estratégicas y Programáticas y en la formulación de otras.***

Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles, conocido como Proyecto CARMEN) y la diabetes; este trabajo conjunto llevó a proclamar la Declaración de las Américas. La Organización también ha seguido movilizando recursos de instituciones multilaterales de financiamiento y entablando relaciones más sólidas con ellas; la competencia técnica de la OPS y su presencia en todos los países de la Región es ventajosa para esas instituciones. Se han fortalecido las relaciones de la Organización con el sector privado y otros segmentos de la sociedad civil, como las instituciones religiosas organizadas y los sindicatos. El apoyo de muchos gobiernos e instituciones permitió mejorar la cooperación técnica de la OPS en 1996.

Se estudiaron las fuentes de financiamiento bilaterales con particular interés, dada la importancia de conseguir un nivel constante de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) para la OPS y los países de las Américas. Las actividades pertinentes se destinaron a crear más conciencia dentro de la Secretaría y en los países miembros respecto a los mecanismos de financiamiento externo necesarios para fortalecer más la relación con las fuentes de financiamiento bilaterales. Las actividades también se destinaron a fortalecer la capacidad de las dependencias de la OPS y los países miembros para promover y administrar la cooperación internacional. Por ejemplo, la Secretaría se propuso mejorar el sistema de formulación, ejecución y preparación de informes de proyectos, la comprensión que tienen las dependencias de la OPS y los Gobiernos Miembros de las tendencias de la AOD y la capacidad de movilizar recursos para la salud. Se señaló al personal de la Sede y de las Representaciones de la OPS/OMS en los países, así como a las autoridades nacionales, la importancia de entablar un amplio diálogo entre los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales en la planificación y ejecución de actividades de salud. También se trabajó para fomentar la colaboración intersectorial en los países y fortalecer las oficinas de relaciones internacionales dentro de los ministerios de salud.

La Organización participa en el seguimiento de las iniciativas 17, 18 y 23 de la Declaración de Principios de la Cumbre de las Américas de 1994, que ha dado a la OPS más visibilidad y le ha permitido movilizar recursos financieros para realizar las actividades señaladas en el plan de acción de la Cumbre.

También, a manera de seguimiento de la Cumbre citada y de la Conferencia sobre la Reforma del Sector Salud de 1995, la Organización ha seguido trabajando en la administración del proceso de reforma del sector salud y en los campos de organización y financiamiento de los servicios de salud. En reuniones con Jefes de Estado, miembros de gabinetes presidenciales y parlamentarios, la Secretaría ha abogado por la salud en los más altos niveles políticos de los países. Varias Primeras Damas participaron en la observancia del Día de la Salud Mental en septiembre de 1996.

La Secretaría ayudó también a organizar la Reunión de Primeras Damas celebrada en La Paz en diciembre de 1996, coordinando actividades entre los países y movilizando recursos financieros para apoyar el compromiso de eli-

---

*La Organización ha  
seguido movilizando  
recursos de instituciones  
multilaterales de  
financiamiento y  
entablando relaciones  
más sólidas con ellas.*

minar el sarampión, reducir la mortalidad materna e incorporar la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia.

El empeño puesto por la Organización en fomentar una colaboración más estrecha entre las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos de la Región produjo resultados tangibles en 1996. En marzo, la OPS organizó un seminario regional en Washington, DC, para discutir esa colaboración durante los cuatro años de la iniciativa.

En el transcurso del año, la OPS trabajó estrechamente con el Centro Norte-Sur de la Universidad de Miami (Florida, EUA) en el diseño y ejecución de un proyecto de investigación con el fin de examinar las experiencias conjuntas en salud y desarrollo de las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos de la Región de las Américas. Además, se está analizando gran parte de la documentación surgida del proyecto financiado por el Gobierno de los Países Bajos en Chile, Ecuador, Guatemala y Haití, y en 1997 se espera publicar un documento en el que se detallen las lecciones aprendidas durante el trabajo en este proyecto. Con ejemplos concretos tomados del proyecto citado, la Oficina de Relaciones Externas de la Secretaría prestó apoyo a los Ministerios de Salud de Colombia, México, Panamá, Perú y Venezuela; en cada país se han hecho planes de trabajo específicos para 1997. Los temas prioritarios para las actividades de colaboración intersectorial han variado desde municipios saludables y el medio urbano hasta salud reproductiva y comunicación social, trabajo para ayudar a los niños de la calle, prevención del uso de drogas, prevención y control de la diabetes, descentralización y empresas solidarias de salud.

En respuesta al interés expresado por muchos Gobiernos Miembros y organizaciones no gubernamentales respecto a la importancia de establecer un marco jurídico adecuado para el trabajo conjunto, la OPS realizó un estudio continental de la legislación reglamentaria sobre el reconocimiento, la constitución y la reglamentación de las organizaciones no gubernamentales. La Secretaría preparó una legislación modelo que se entregará a las respectivas Representaciones para su examen y comentarios.

En junio de 1996 los representantes que asistieron a la 118ª Reunión del Comité Ejecutivo admitieron a los consejos regionales para América del Norte, Central y del Sur de la Federación Internacional de Diabetes; la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (Consumers International), y la Coalición Nacional de Organizaciones que Prestan Servicios de Salud y Sociales a los Hispanos (EUA) como organismos que mantienen relaciones oficiales con la OPS. La Organización estableció una asociación de trabajo con dos organizaciones no gubernamentales de los Estados Unidos, a saber, la Junta de la Misión Médica Católica y Catholic Relief Services, con el fin de distribuir mebendazol para combatir las enfermedades parasitarias intestinales que afectan a 350 000 niños en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, correspondientemente. La OPS trató también de entablar relaciones más

**Gran parte de las actividades se destinaron a movilizar recursos financieros para apoyar el compromiso de eliminar el sarampión, reducir la mortalidad materna e incorporar la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia.**

estrechas con las siguientes organizaciones no gubernamentales: Interaction, Amigos de las Américas, Global Links, International Medical Services for Health, United States Pharmacopeial Convention, Inc., Plan International y el Proyecto Hope.

A medida que surgen actividades de integración subregional, la OPS está presente en las discusiones pertinentes. La salud es ahora parte del programa de temas de discusión del MERCOSUR. La cooperación técnica de la Organización en América Central se intensificó por medio del Sistema de Integración Centroamericano y su Comisión de Integración Social. La OPS coopera también con los países andinos por medio del Convenio Hipólito Unanue. Además, sigue manteniendo excelentes relaciones de trabajo con CARICOM y la Asociación de Estados del Caribe, recién formada.

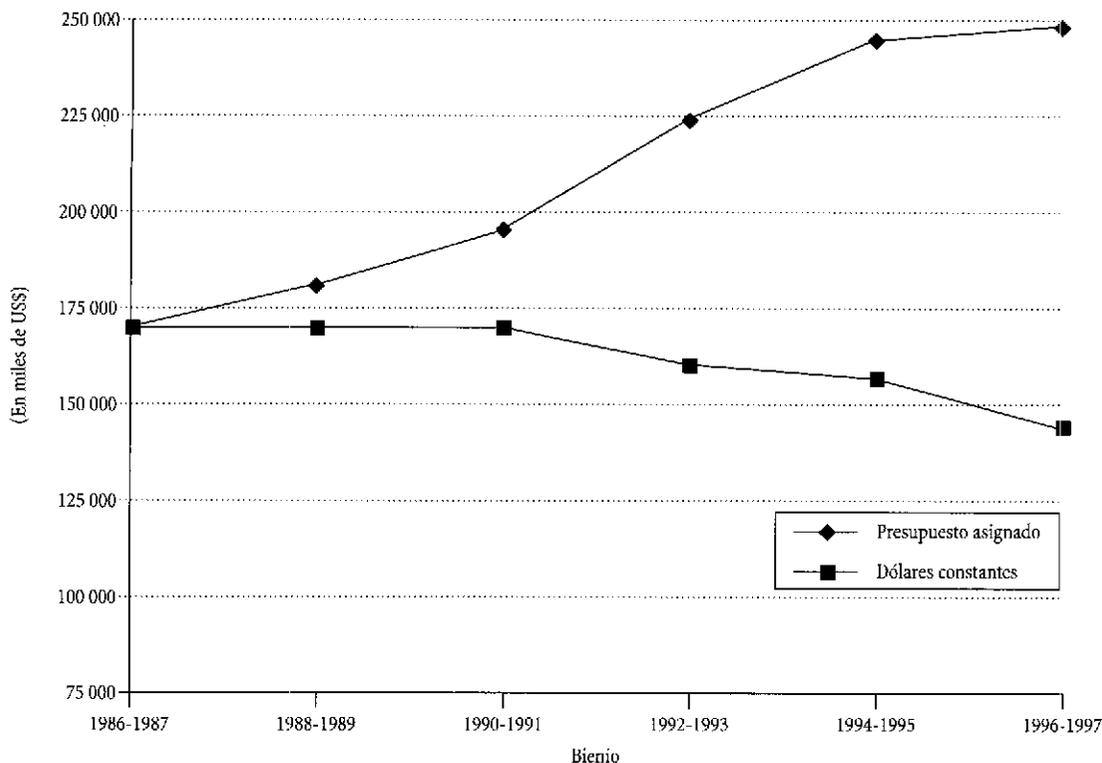
La OPS también trabajó con el fin de presentar a los ministros de salud los argumentos necesarios para apoyar la idea de que la investigación en salud puede ayudar a activar el crecimiento económico. El BID y la CEPAL se han unido a la Organización para realizar un estudio destinado a demostrar la relación existente entre la inversión en salud y el crecimiento económico, así como la forma en que la inversión en salud puede ayudar a reducir la desigualdad del ingreso. Los resultados preliminares muestran una correlación entre la desigualdad del ingreso y los indicadores de salud tradicionales como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil.

La preocupación de la Organización por la equidad seguirá expresándose en su trabajo en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo. La cooperación técnica en esa materia aborda algunos de los principales problemas de salud de la mujer derivados de la discriminación por razones de género, como la violencia contra la mujer. Se siguió manifestando gran interés por los asuntos de género en toda la cooperación técnica de la Organización, se intensificó durante el año el esfuerzo para crear conciencia sobre los aspectos de género y se realizaron talleres para el personal de la Sede y de las Representaciones, así como para el personal nacional de contraparte.

El bienio 1994-1995 cerró con el mayor déficit financiero en la historia de la Organización: más de US\$ 12 000 000. Varios Gobiernos Miembros han iniciado programas de reducción del presupuesto; como consecuencia, si bien muchos países pagaron sus cuotas oportuna y totalmente en 1996, los cuantiosos déficit provocados por los pagos en mora de dos importantes contribuyentes ocasionaron reducciones en los programas incluidos en el presupuesto de la OPS aprobado para el bienio 1996-1997 por un monto de US\$ 168 578 000. Aunque ese presupuesto representa un aumento de 2,5% respecto al aprobado para 1994-1995, su monto es inferior al de este último cuando se considera en términos reales. La figura 8 muestra que el presupuesto de la OPS/OMS, medido en dólares constantes, se ha reducido en términos reales cada bienio desde el de 1990-1991. El déficit citado y una reducción de 2,5% de la parte que asigna la OMS al presupuesto de la OPS han obligado a la Organización a limitar sus gastos para poder funcionar con los

---

*La preocupación de la Organización por la equidad seguirá expresándose también en su trabajo en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo.*

**Figura 8.** Antecedentes del presupuesto ordinario de la OPS/OMS.

recursos disponibles. Como parte de esa reducción se eliminaron 43 puestos (4,7% del personal permanente de la OPS) y disminuyeron las asignaciones no relacionadas con puestos.

Se logró llegar a estas medidas de reforma por medio de un proceso de participación de toda la Organización, en el que todas las unidades analizaron sus funciones y objetivos de trabajo esenciales para proponer cambios y reducciones. Dentro de la Oficina de Administración se unieron los Departamentos de Presupuesto y Finanzas, y se consolidaron las Oficinas de Conferencias y Servicios Generales y de Compras en una sola unidad. Los principales cambios en los programas técnicos comprendieron la supresión del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS) y la incorporación de sus funciones a las Divisiones de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y de Salud y Ambiente. El proceso en marcha de reforma de la Organización se somete a revisión constante, y la OPS se esfuerza por equilibrar la estabilidad con las necesidades de innovación y mejoras y su capacidad de cumplir con su finalidad básica.

Con objeto de prestar cooperación técnica con un método que permita incorporar más plenamente las esferas regionales y nacionales, algunos Representantes de la OPS/OMS en los países han asistido a varias reuniones

de los Órganos Deliberantes de la OMS. Junto con el Centro de Liderazgo en Salud, Consorcio Occidental para la Salud Pública, se celebró un seminario de cooperación técnica y fomento del liderazgo en salud para administradores superiores de la Organización. En este seminario, la segunda de una serie de actividades destinadas a capacitar al personal directivo para comprender y administrar mejor la cooperación técnica, se trataron tres temas: liderazgo en la OPS, liderazgo para la transformación y estrategias de liderazgo en un medio cambiante. En la reunión de administradores celebrada en octubre se discutió el desarrollo de recursos humanos y la forma de dotar debidamente de personal a la Organización para que pueda afrontar los desafíos del siglo XXI.

El Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) también comenzó a simplificarse en busca de mejoras y, al mismo tiempo, de la forma de mantener las novedades y prácticas de introducción reciente para adoptar el marco lógico de administración de proyectos en la OPS; en la simplificación del AMPES también se abordó la frecuencia de los ejercicios de programación y evaluación realizados dentro de la Secretaría. Los administradores tienen hoy más flexibilidad para adaptar sus planes de trabajo y responder con mayor eficiencia y eficacia a las necesidades de cooperación técnica de los países. Por último, el producto del AMPES se ha diseñado ahora de forma que sea más útil para el personal directivo superior a la hora de adoptar decisiones sobre la distribución de los recursos.

La evaluación se considera un aspecto esencial de la labor administrativa de la Organización e incluye la evaluación de la cooperación técnica de la OPS en todos los niveles y la búsqueda constante de la mejor forma posible de hacer participar a los países en el análisis, evaluación y revisión de los programas de la Organización. Además, las operaciones financieras se examinan a fondo para asegurarse de la transparencia del funcionamiento de la Organización y para demostrar responsabilidad fiscal. El nuevo sistema de evaluación del desempeño del personal establecido por un grupo de trabajo interno, que deberá someterse a prueba en 1997, es otro ejemplo del empeño puesto por la Organización en mejorar sus mecanismos de evaluación.

En 1996 la Organización publicó varios títulos importantes en sus series de Publicaciones Científicas, Documentos Oficiales, Cuadernos Técnicos y Comunicación para la Salud (véase el cuadro 16). El *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, mensual, y el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, trimestral, siguieron publicando información sometida a arbitraje, emanada de investigaciones científicas realizadas en toda la Región, sobre una amplia gama de temas de salud pública, como por ejemplo un doble número especial sobre el cáncer del cuello uterino; se han hecho arreglos para unir ambas publicaciones en una sola revista mensual multilingüe titulada *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, a partir de comienzos de 1997. El doble objetivo de racionalizar la distribución gratuita de las publicaciones de la OPS para asegurar la debida cobertura de

---

*La evaluación, un aspecto esencial de la labor administrativa de la Organización, incluye la evaluación de la cooperación técnica de la OPS y la búsqueda de la forma de que los países participen en el análisis y la revisión de los programas de la Organización.*

**Cuadro 16. Publicaciones del Servicio Editorial de la OPS en 1996.**

Número de serie	Título
<b>Publicaciones Científicas</b>	
554	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (Vol 2)
554	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (Vol 3)
555	Malnutrición proteico-energética
557	Promoción de la salud: una antología
557	Health Promotion: An Anthology
558	Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Segunda edición
559	Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society
560	Biodiversidad, biotecnología y desarrollo sostenible en salud y agricultura: conexiones emergentes
560	Biodiversity, Biotechnology, and Sustainable Development in Health and Agriculture: Emerging Connections
562	Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología. Tercera edición
563	Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos
<b>Documentos Oficiales</b>	
276	Informes finales. 115ª y 116ª Reuniones del Comité Ejecutivo. XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. XLVII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas/Final Reports. 115th and 116th Meetings of the PAHO Executive Committee. XXXVII Meeting of the Directing Council of PAHO. XLVII Meeting, WHO Regional Committee for the Americas
277	En busca de la equidad. Informe Anual del Director, 1995
277	The Search for Equity. Annual Report of the Director, 1995
<b>Cuadernos Técnicos</b>	
44	Epidemiología y control de la leishmaniasis en las Américas, por país o territorio
<b>Comunicación para la Salud</b>	
9	Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia
10	La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX
<b>Publicaciones periódicas</b>	
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (mensual)	
Bulletin of the Pan American Sanitary Bureau (trimestral)	
<b>Publicaciones electrónicas</b>	
Estadísticas de salud de las Américas, edición de 1995	
Health Statistics from the Americas, 1995 edition	

la clientela principal de la Organización y de venderlas a un público más numeroso llevó a ampliar la red de Centros de Publicaciones de la OPS a 17 países, a la comercialización en línea de productos y servicios editoriales y a un aumento de 30% en el ingreso de ventas a pesar de una reducción de 50% de los recursos de comercialización. La página de presentación de la OPS en la World Wide Web de la Internet (<http://www.paho.org>) le permitió a la Organización divulgar más información a menor costo a un número de lectores mucho mayor del que había tenido hasta ahora.

En junio, la OPS lanzó *Perspectivas en salud*, una revista semestral de 32 páginas a cuatro colores destinada a la comunidad internacional, con ediciones separadas en español e inglés. La nueva publicación promueve el concepto de "salud con rostro humano" e insta a establecer asociaciones institucionales para resolver los problemas de salud pública. Los artículos subrayan los beneficios de la participación comunitaria y presentan historias del éxito de diferentes personas y lugares para recalcar la importancia de la promoción de la salud y la educación sanitaria.

Para promover más la imagen de la Organización, se ha comenzado a divulgar anuncios de servicio público y a transmitir un reportaje semanal en la televisión por cable.

<b>SIGLAS</b>	ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
	<b>Y ORGANISMOS</b>	AECI
<b>O PROGRAMAS</b>	AFMES	Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud
<b>CORRESPONDIENTES</b>	AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental
	AMPES	Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (OPS)
	ASDI	Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional
	BID	Banco Interamericano de Desarrollo
	BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (OPS)
	BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)
	CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe (OPS)
	CARICAD	Centro para el Desarrollo Administrativo del Caribe
	CARICOM	Comunidad del Caribe
	CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA)
	CEE	Comunidad Económica Europea
	CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (NU)
	CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (OPS)
	CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (OPS)
	CICAD	Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas
	CIDA	Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional
	CIDES	Centro de Investigaciones sobre el Desarrollo Económico y Social (OEA)
	CIID	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá)
	CLACSO	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
	CLAD	Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo

CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS)
COSALFA	Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa
DANIDA	Cooperación Danesa para el Desarrollo Internacional
ECO	Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (OPS)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIFARMA	Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica
FINNIDA	Departamento de Cooperación para el Desarrollo del Ministerio de Relaciones Exteriores de Finlandia
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FNUFUID	Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
IDE	Instituto de Desarrollo Económico (Banco Mundial)
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
ILPES	Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS)
INPPAZ	Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (OPS)
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
LACRIP	Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (OPS)
MASICA	Proyecto Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (OPS)
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
NIH	Institutos Nacionales de Salud (EUA)
NORAD	Autoridad Noruega para el Desarrollo Internacional
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos

OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIRSA	Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida
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 (OPS)
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
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
RORIAN	Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición
SELA	Sistema Económico Latinoamericano
SIREVA	Sistema Regional de Vacunas (OPS)
SMALP	Proyecto Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza (OPS)
SUMA	Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (OPS)
TLC	Tratado de Libre Comercio
UNDCP	Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
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
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (EUA)

# COPS





**“Algunos podrían haber dicho que era un sueño imposible, pero hoy vivimos en un hemisferio donde ya no hay más poliomielitis ni viruela”.**

**Sir George Alleyne,  
Director de la OPS.**



### El rincón de la información:

Expectativa de vida: 1950- 57 años; Ahora- 70 años • Casos de viruela- 0  
• Casos de polio- 0

- La OPS produce publicaciones periódicas y libros científicos y técnicos y ofrece información sobre su trabajo vía Internet.
- La OPS trabaja para combatir los problemas de salud vinculados al desarrollo y a la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el tabaquismo, la toxicomanía y el alcoholismo.
- La OPS apoya las actividades de control de la malaria, el cólera, la tuberculosis, la rabia urbana, y otras enfermedades que afectan a la población de las Américas.
- La OPS respalda las actividades conducentes a políticas sanas y comunidades sanas.
- La OPS encara los problemas ambientales por medio de programas que promueven el uso de agua potable, el saneamiento adecuado y formas sanas de abordar las cuestiones relacionadas con la disposición de desechos, los residuos peligrosos y la contaminación ambiental.
- La OPS colabora con los gobiernos y varias instituciones privadas para abordar los principales problemas de nutrición, tales como malnutrición proteinoenergética y carencias de yodo y vitamina A.
- La OPS apoya la reorganización de los sistemas de salud para lograr un mayor nivel de equidad, calidad y eficiencia en el uso de escasos recursos.
- La OPS vigila el compromiso de salud contraído por los presidentes de los países de la Región en la Cumbre de las Américas, incluso la reducción de la mortalidad infantil en proporción de un tercio y la mortalidad materna por mitad, en relación con las tasas registradas en 1990.





La OPS es un organismo internacional de salud pública fundado en 1902 con el fin de promover la cooperación entre los pueblos de las Américas— desde la Bahía de Baffin en el Canadá hasta la Tierra del Fuego en el extremo meridional de la América del Sur—para avanzar hacia un desarrollo humano sostenible conducente al logro de la meta de salud para todos y por todos.

La OPS es la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas y el organismo del sistema interamericano especializado en salud.

La OPS y sus 38 Gobiernos Miembros trabajan juntos con la comunidad para promover y proteger la salud. Tiene expertos científicos y técnicos asignados a oficinas y centros en casi todos los países de las Américas.

La OPS colabora con la comunidad internacional, los ministerios de salud, las entidades de seguro social, diversas instituciones gubernamentales, ONG, universidades, grupos comunitarios y otros para fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud y mejorar la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas.



# Organización Panamericana de la Salud

La OPS encabeza los esfuerzos desplegados para erradicar enfermedades, haciendo historia al eliminar la viruela y la poliomielitis del hemisferio y desplazándose con éxito hacia la erradicación del sarampión en el año 2000.

La OPS ayuda a luchar contra la propagación del SIDA apoyando los programas de prevención y educación y fomentando la cooperación multisectorial.

La OPS presta cooperación técnica en una amplia gama de campos, como los de salud de la mujer, preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre, salud maternoinfantil, y nutrición.



**Para mayor información dirijase a la**

Oficina de Información Pública

Organización Panamericana de la Salud

525 23rd Street N.W.,

Washington D.C. 20037, EUA

Tel: (202) 974 3458

Fax: (202) 974 3143

Dirección Internet: <http://www.paho.org>



Organización Panamericana de la Salud  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud





**INDICADORES**  
*SITUACIÓN*  
**BÁSICOS**  
*DE SALUD EN*  
**1996**  
*LAS AMÉRICAS*



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Programa Análisis de Situación de Salud  
División de Salud y Desarrollo Humano

# ***Prefacio***

La selección, análisis e interpretación de la información relacionada con la situación de salud de los Estados Miembros son parte de las responsabilidades constitucionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para el fortalecimiento de esta tarea, la Organización colabora activamente con los sistemas de información en salud de los países y cuando se requiere, coopera técnicamente para su fortalecimiento.

Esta publicación brinda información actualizada hasta 1996, sobre el perfil de salud de los países de las Américas, que puede utilizarse en la formulación de políticas, así como en la selección de las prioridades y la planificación en salud.

Los indicadores se han agrupado en dos secciones. La primera contiene 53 indicadores y presenta los datos por países y territorios, que se han agrupado en cuatro categorías de datos: demográficos, socioeconómicos, mortalidad y morbilidad, y recursos, acceso y cobertura. La segunda contiene 33 indicadores y presenta valores subregionales. Los indicadores fueron seleccionados debido a su importancia para la salud pública y su disponibilidad para la mayoría de los países de la Región de las Américas.

La elaboración de este material estuvo a cargo del Programa de Análisis de Situación de Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano y contiene información recogida y elaborada por otros programas técnicos de la Organización, así como por las Representaciones de la OPS en los países.

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

# Indicadores seleccionados por subregiones

## POBLACIÓN

## RECURSOS, ACCESO Y COBERTURA

Subregiones	Tasa bruta anual de natalidad (por 1.000 hab.)		No. anual promedio estimado de nacimientos (miles)		Tasa bruta anual de mortalidad (por 1.000 hab.)		No. anual promedio estimado de defunciones (miles)		Tasa de crecimiento anual promedio de la población (%)		Tasa global de fecundidad		Población urbana (%)		Esperanza de vida al nacer (total)		Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nv)		Tasa de mortalidad menores 5 años (por 1.000 nv)		Médicos (miles)		Enfermeros profesionales (miles)		Odontólogos (miles)		Camas hospitalarias (miles)		Abastecimiento de agua potable		Atcantarillado y evacuación de excretas		Cobertura de vacunas < 1 año							
	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	1980	1995	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	1979	1992	1979	1992	1980	1992	1980	1992	1980	1992	1980	1992	1985	1995	1985	1995	1985	1995		
	% de población con acceso a servicios																																							
<b>Total América</b>	24.8	22.0	15.770	16.410	7.9	6.9	5.010	5.100	1.63	1.52	3.14	2.82	68.7	75.1	68.7	71.1	47	33	59	41	807	1.364	1.419	2.827	159.6	439.8	2.577	2.267	78	88	73	79	68.0	85.4	53.8	86.8	58.7	86.1	57.1	95.7
<i>América del Norte</i>	15.6	15.8	4.050	4.500	7.8	6.8	2.020	1.940	0.93	1.05	1.80	2.06	73.9	76.4	74.5	76.1	11	8	13	10	481	680	1.269	2.487	140.0	173.0	1.573	1.126	98	99	96	99	52.0(a)	84.5	52.0(a)	93.9	52.0(a)	89.9	-	-
<i>América Latina y el Caribe</i>	30.9	25.9	11.720	11.910	7.9	6.9	2.990	3.160	2.10	1.80	3.84	3.09	65.1	74.3	65.0	68.0	59	43	75	53	326	684	151	340	119.6	266.8	1.004	1.141	68	80	57	67	68.0	85.5	53.8	84.0	58.7	84.6	57.1	95.7
<i>América Latina</i>	31.0	26.0	11.550	11.750	7.9	6.9	2.940	3.110	2.12	1.82	3.86	3.11	65.3	74.5	64.9	67.9	59	43	75	53	323	679	140	328	119.1	266.0	985	1.120	68	80	57	67	68.0	85.5	53.6	83.9	58.8	84.6	57.0	95.7
<i>México</i>	31.9	27.0	2.300	2.350	6.4	5.2	460	450	2.21	1.82	4.24	3.12	66.3	75.3	67.6	70.8	49	30	62	37	69	149	39	81	24.0	63.0	57	84	73	83	56	66	67.0	91.9	40.1	91.5	64.0	90.0	15.9	97.9
<i>Centroamérica</i>	39.2	35.2	950	1.100	9.2	6.7	220	210	2.48	2.78	5.34	4.52	41.6	48.4	62.0	67.8	65	43	88	56	9	26	8	15	2.5	6.0	43	48	54	66	36	68	49.3	88.8	42.8	87.2	48.5	86.1	55.9	91.4
<i>Caribe Latino</i>	25.6	24.6	650	700	8.5	7.8	210	220	1.41	1.39	3.19	2.93	53.8	62.4	66.2	68.8	64	51	80	62	22	65	23	91	4.6	11.0	86	94	67	74	44	62	45.5	65.1	47.3	67.7	50.3	66.0	82.5	71.9
<i>Brasil</i>	29.8	24.6	3.800	3.800	8.3	7.5	1.070	1.160	2.15	1.72	3.65	2.88	66.2	78.7	63.3	66.3	71	57	86	67	87	209	23	57	56.0	119.0	446	523	72	92	67	73	85.6	82.9	64.1	82.7	65.0	88.0	61.1	100.0
<i>Area Andina</i>	35.4	27.1	2.700	2.600	7.8	6.6	600	630	2.34	2.00	4.13	3.22	64.9	74.0	63.3	66.8	58	42	80	55	51	112	23	57	20.0	35.0	143	162	70	72	47	52	51.6	89.9	49.7	84.2	49.5	80.0	67.0	94.6
<i>Cono Sur</i>	23.9	21.7	1.150	1.200	8.1	8.0	380	440	1.62	1.42	3.13	2.86	78.4	84.0	69.6	71.1	32	24	39	29	85	118	23	27	12.0	32.0	210	209	63	67	78	82	76.9	79.1	68.1	76.7	62.2	80.7	90.5	95.2
<i>Caribe</i>	26.0	22.4	170	160	7.1	6.6	50	50	1.33	1.00	3.13	2.47	52.7	55.6	69.7	72.3	23	21	30	26	3	5	11	12	0.5	0.8	19	21	66	78	47	67	68.8	88.5	69.4	88.8	50.6	87.1	67.1	95.9

Nota: La subregión del Caribe excluye los países del Caribe Latino (Cuba, Haití, Puerto Rico y República Dominicana).  
(a) Excluye Canadá y Estados Unidos.

## MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Subregiones	Sarampión (promedio anual)		Defunciones registradas por enfermedades inmunoprevenibles (promedio anual)		Defunciones registradas (promedio anual)				Casos notificados de malaria		Casos notificados de SIDA		% defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda < 5 años		% defunciones registradas por infección respiratoria aguda < 5 años		Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000 hab.)(c)																	
	Casos notificados		Defunciones registradas		Homicidios		Accidentes tránsito vehículos de motor		1985	1994	1990	1994	80-84	89-93	80-84	89-93	Tumores malignos		Enfermedades del aparato circulatorio		Enfermedades transmisibles		Causas externas											
	82-85	92-95	82-85	92-95	79-82	89-92	1980	1991	1980	1991	1985	1994	80-84	89-93	80-84	89-93	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres										
<b>Total América</b>	693.785	188.878	28.138	1.147	25.415	8.133	69.700	121.950	116.450	113.000	884.394(b)	1.114.250	65.136	91.936	16.5	9.8	13.1	10.2	109	114	107	111	273	221	271	216	156	89	129	79	116	113	35	33
<i>América del Norte</i>	17.502	9.633	15	-	49	50	24.800	27.150	57.350	46.050	...	700	49.485	65.537	1.9	0.4	3.3	2.4	136	141	111	118	305	204	248	161	27	27	22	26	85	76	30	26
<i>América Latina y el Caribe</i>	676.283	179.245	28.123	1.147	25.366	8.083	44.900	94.800	59.100	66.950	882.862	1.113.550	15.651	26.399	21.6	13.4	16.5	13.2	92	98	104	106	250	231	287	250	246	129	204	111	138	137	38	38
<i>América Latina</i>	650.834	179.205	28.122	1.147	25.226	8.049	44.700	94.550	58.450	66.400	869.836	1.065.000	14.886	24.926	21.6	13.4	16.6	13.2	92	98	104	106	250	231	287	250	249	130	206	112	139	138	39	38
<i>México</i>	38.716	1.077	2.944	-	4.935	2.419	12.250	16.600	15.400	13.950	116.016	12.900	2.592	4.048	25.5	11.4	21.6	14.5	60	74	78	84	168	176	202	165	243	78	172	71	178	150	41	33
<i>Centroamérica</i>	50.402	7.238	9.421	249	5.769	3.488	7.900	8.100	3.350	3.950	149.249	133.550	901	1.738	26.7	22.0	14.2	11.3	67	86	107	104	189	171	224	207	507	269	492	264	237	180	45	42
<i>Caribe Latino</i>	54.086	13.112	445	43	294	121	950	1.900	2.450	3.200	13.447	24.850	1.500	447	19.2	10.5	14.2	8.1	94	98	101	102	242	230	250	228	141	88	129	79	88	98	37	36
<i>Brasil</i>	254.497	14.567	6.948	-	4.445	992	13.900	32.000	19.850	28.850	401.904	564.400	7.553	13.595	20.7	15.1	15.0	12.4	98	97	107	107	299	269	371	316	255	149	196	112	124	133	42	43
<i>Area Andina</i>	158.428	113.392	7.857	733	8.998	787	8.100	33.700	12.250	11.500	183.878	327.750	1.619	2.690	24.0	14.4	17.8	16.7	95	101	117	121	237	216	266	239	286	150	261	142	146	160	36	38
<i>Cono Sur</i>	94.705	29.774	507	122	785	242	1.600	2.250	6.150	4.950	5.342	1.550	721	2.408	8.7	4.6	12.4	9.0	130	137	111	117	293	268	270	250	114	70	95	64	92	91	30	30
<i>Caribe</i>	25.449	40	1	-	140	34	200	250	650	550	13.026	48.550	765	1.473	15.7	14.7	10.8	10.0	96	93	99	100	284	270	328	291	99	50	89	43	56	53	16	17

(b) Incluye países donde la malaria había sido erradicada.  
(c) Datos no disponibles para Bolivia y Haití.

# Indicadores demográficos (a)

País	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
										T	M	F
Anguila	8	24,0	0,2	8,0	0,1	1,32	3,1	...	...	74,0	71,0	77,0
Antillas Neerlandesas	199	18,2	4,0	6,5	1,0	0,89	2,1	70	49	73,1	70,6	75,6
Antigua y Barbuda	66	17,0	1,0	5,0	0,3	0,51	1,7	36	...	73,0	71,0	75,0
Argentina	34.768	20,4	684,0	8,2	276,0	1,22	2,6	88	62	72,1	68,6	75,7
Aruba	70	15,0	1,0	6,0	0,5	0,91	1,8	...	...	76,0	73,0	80,0
Bahamas	276	18,9	5,0	5,2	1,0	1,90	2,1	84	52	73,0	68,7	77,9
Barbados	262	16,0	4,0	9,1	2,0	0,35	1,8	47	55	75,6	72,9	77,9
Belize	217	34,7	7,0	4,8	1,0	2,64	4,2	51	87	73,6	72,4	75,0
Bermuda	63	15,0	1,0	7,0	0,4	0,71	1,8	100	...	76,0	73,0	80,0
Bolivia	7.414	35,7	249,0	17,0	118,3	2,41	4,8	61	80	59,4	57,7	61,0
Brasil	161.790	24,6	3.800,0	7,5	1.157,0	1,72	2,9	78	60	66,3	64,0	68,7
Canadá	29.463	15,1	432,0	7,6	218,0	1,17	1,9	77	49	77,4	74,2	80,7
Chile	14.262	21,9	298,0	5,7	76,0	1,62	2,5	84	57	72,0	68,5	75,6
Colombia	35.101	24,0	808,0	6,0	200,0	1,66	2,7	71	60	69,3	66,4	72,3
Costa Rica	3.424	26,3	85,0	3,7	12,0	2,41	3,1	50	66	76,3	74,0	78,6
Cuba	10.978	14,8	160,8	7,0	75,7	2,10	1,5	74	47	75,3	73,5	77,3
Dominica	71	20,0	1,0	5,0	0,4	-0,13	2,0	...	...	77,0	74,0	80,0
Ecuador	11.460	28,3	307,0	6,3	68,0	2,11	3,5	61	69	68,8	66,4	71,4
El Salvador	5.768	33,5	183,0	7,1	39,0	2,18	4,0	45	81	66,4	63,9	68,8
Estados Unidos de América	263.250	15,9	4.079,0	8,7	2.232,0	1,04	2,1	76	53	76,0	72,5	79,3
Granada	92	30,0	3,0	6,0	0,6	0,31	3,9	...	...	70,0	68,0	73,0
Guadalupe	428	20,7	8,0	6,7	3,0	1,82	2,3	99	52	74,6	71,1	78,0
Guatemala	10.621	38,7	383,0	7,4	73,0	2,88	5,4	39	92	64,8	62,4	67,3
Guayana Francesa	147	26,0	4,0	5,0	0,7	4,53	3,5	77	...	75,0	72,0	79,0
Guyana	835	25,1	20,0	7,2	5,8	0,94	2,6	36	57	65,2	62,4	68,0
Haití	7.180	35,3	241,0	12,0	81,0	2,03	4,8	33	79	56,6	54,9	58,3
Honduras	5.616	34,6	181,7	6,5	34,1	2,67	4,7	44	88	67,7	65,4	70,1
Islas Caimán	31	15,0	0,5	5,0	0,2	3,50	1,4	100	...	77,0	75,0	79,0
Islas Turcas y Caicos	14	14,0	0,2	5,0	0,1	3,85	2,3	45	...	75,0	73,0	77,0
Islas Vírgenes (EUA)	105	...	...	...	...	0,59	2,4	45	...	75,0	74,0	77,0
Islas Vírgenes (RU)	19	19,0	0,4	5,0	0,1	2,88	2,3	...	...	73,0	71,0	75,0
Jamaica	2.447	21,7	52,0	6,2	15,0	0,68	2,4	54	60	73,6	71,4	75,8
Martinica	379	17,1	6,0	7,1	3,0	1,00	1,9	93	52	76,2	72,9	79,4
México	91.145	27,0	2.357,0	5,2	451,0	1,82	3,1	75	67	71,5	68,5	74,5
Montserrat	11	16,0	0,2	10,0	0,1	-0,34	2,0	14	...	76,0	74,0	78,0
Nicaragua	4.139	40,5	164,0	6,8	28,0	3,74	5,0	63	96	66,7	64,8	68,5
Panamá	2.631	25,0	63,0	5,3	13,0	1,86	2,9	53	63	72,8	70,9	75,0
Paraguay	4.960	33,0	153,0	5,5	25,0	2,78	4,3	53	79	70,0	68,1	71,9
Perú	23.780	27,6	622,0	6,9	157,0	1,93	3,4	72	65	66,0	64,1	67,9
Puerto Rico	3.674	17,8	64,0	7,5	27,0	0,80	2,2	73	54	75,3	71,4	79,3
República Dominicana	7.823	27,0	202,0	5,5	40,3	1,91	3,1	65	64	69,6	67,6	71,7
Saint Kitts y Nevis	41	24,0	1,0	10,0	0,4	-0,30	2,6	42	...	66,0	63,0	69,0
San Vicente y las Granadinas	112	20,0	2,0	5,0	0,6	0,88	2,0	47	...	72,0	71,0	74,0
Santa Lucía	142	23,0	3,0	6,0	0,9	1,35	2,4	48	...	69,0	67,0	72,0
Suriname	423	25,3	10,0	5,5	2,0	1,10	2,7	50	66	70,3	67,8	72,8
Trinidad y Tabago	1.306	20,9	27,0	5,8	7,0	1,10	2,4	72	61	71,6	69,3	74,0
Uruguay	3.186	17,1	54,0	10,4	32,0	0,58	2,3	90	58	72,5	69,3	75,7
Venezuela	21.844	27,4	566,0	4,7	98,0	2,27	3,3	85	68	71,7	68,9	74,7

## (a) Estimaciones

1. Población total (1995) (miles)
2. Tasa bruta anual de natalidad (1990-1995) (por 1.000 habitantes)
3. Número anual promedio de nacimientos (1990-1995) (miles)
4. Tasa bruta anual de mortalidad (1990-1995) (por 1.000 habitantes)
5. Número anual promedio de defunciones (1990-1995) (miles)
6. Tasa de crecimiento anual promedio de la población (1990-1995) (%)

7. Tasa global de fecundidad (1990-1995)
8. Porcentaje de población urbana (1995)
9. Razón de dependencia (1995) (%)
10. Esperanza de vida al nacer (años): Total-Hombres-Mujeres (1990-1995)

# Indicadores socioeconómicos

País	11		12	13		14		15	16	17	18
	% M	% F		% Urbano	% Rural	% Urbano	% Rural				
Anguila	95	95	...	...	...	...	...	5.930(a)	...	...	...
Antillas Neerlandesas	94	93	2.587	...	...	...	...	7.800(a)	...	...	...
Antigua y Barbuda	90	88	4.258	...	...	...	...	6.970	9,6	...	...
Argentina	96	96	2.880	73	17	100	29	8.060	32,8	10(b)	8
Aruba	95	95	...	...	...	...	...	12.900(a)	...	...	...
Bahamas	99	98	2.624	97	98	98	98	11.790	0,1	...	17
Barbados	98	97	3.207	100	100	100	100	6.530	-5,0	...	6
Belize	91	91	2.662	100	69	59	22	2.550	18,1	...	...
Bermuda	98	99	...	...	...	...	...	20.000(a)	...	...	...
Bolivia	91	76	2.094	82	21	64	18	770	16,5	70(c)	12
Brasil	83	83	2.824	95	67	87	44	3.370	8,2	43	19
Canadá	99	99	...	100	100	99	99	19.570	...	...	7
Chile	95	95	2.582	95	73	73	13	3.560	27,8	29	10
Colombia	87	88	2.677	95	77	90	57	1.620	16,2	36	12
Costa Rica	95	95	2.711	100	68	100	24	2.380	21,5	25	8
Cuba	96	95	3.129	100	91	100	68	...	-41,9	...	...
Dominica	94	94	2.911	...	...	100	98	2.830	7,1	...	...
Ecuador	92	88	2.399	79	39	70	31	1.310	15,2	63	20
El Salvador	74	70	2.414	95	16	91	53	1.480	19,6	58(c)	...
Estados Unidos de América	99	99	...	99	99	99	99	25.860	...	...	9
Granada	98	98	2.400	...	...	...	...	2.620	6,8	...	...
Guadalupe	89	90	2.702	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	72	57	2.254	87	49	72	52	...	16,8	80(c)	31
Guayana Francesa	84	82	...	...	...	...	...	1.190	...	...	...
Guyana	99	98	2.495	100	75	87	59	...	32,5	...	10
Haití	33	32	2.005	35	39	42	16	530	-28,9	80	...
Honduras	78	73	2.210	91	66	95	71	220	14,1	73	12
Islas Caimán	98	98	...	...	...	...	...	580	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	99	98	...	...	...	...	...	26.200(a)	...	...	...
Islas Vírgenes (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	5.700(a)	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	98	99	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	81	89	2.558	92	48	89	59	10.600(a)	4,4	20	8
Martinica	92	93	...	...	...	...	...	1.420	...	...	...
México	92	87	3.062	95	57	91	41	...	10,5	36	8
Montserrat	97	97	...	...	...	...	...	4.010	...	...	...
Nicaragua	65	67	2.556	86	28	88	28	...	1,9	50	14
Panamá	91	90	2.269	96	84	96	84	...	31,1	36	13
Paraguay	94	91	2.684	58	11	60	8	2.670	11,4	41	8
Perú	93	82	2.037	81	31	59	23	1.570	18,5	50	12
Puerto Rico	90	89	...	98	98	50	50	1.890	...	...	...
República Dominicana	81	83	2.310	92	58	93	71	7.000(a)	14,3	40	14
Saint Kitts y Nevis	98	98	2.435	100	100	98	98	1.320	11,8	...	...
San Vicente y las Granadinas	96	96	2.460	100	85	100	100	4.760	...	...	...
Santa Lucía	81	82	2.424	100	...	...	...	2.120	13,0	...	...
Suriname	95	91	2.436	78	54	63	34	3.450	4,5	...	...
Trinidad y Tabago	99	97	2.770	83	80	60	50	870	0,3	23	...
Uruguay	97	98	2.668	93	...	92	...	3.740	17,9	7	5
Venezuela	92	90	2.443	68	67	55	59	4.650	11,5	53	8

## (a) PGB per cápita corresponde a 1993 (b) Sólo incluye zonas urbanas (c) Se usa una metodología diferente a la medición de líneas de pobreza (CEPAL)

11. Porcentaje de alfabetismo: masculino - femenino (último año disponible entre 1992 y 1994)
12. Disponibilidad de calorías diarias per cápita (1992)
13. Porcentaje de población con servicios de abastecimiento de agua potable: urbano - rural (último año disponible entre 1992 y 1995)
14. Porcentaje de población con servicios de alcantarillado y evacuación de excretas: urbano - rural (último año disponible entre 1992 y 1995)
15. Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita (US\$) (1994)
16. Porcentaje de crecimiento acumulado del Producto Interno Bruto (PIB) (período 1991 - 1994)
17. Porcentaje de hogares en situación de pobreza (último año disponible entre 1990 y 1994)
18. Razón de ingreso 20 % superior / 20 % inferior (alrededor de 1990)



Pais	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Anguila	26	34	...	...	...	...	...	4	(b)	7	...	...
Antillas Neerlandesas	15	18	...	2.0	...	...	...	56	6(c)	5	...	...
Antigua y Barbuda	19	23	...	...	...	188	858	...	7,130	7	655	...
Argentina	22	25	39	2.2	5	...	...	37	...	...	...	...
Aruba	8	10	...	...	...	...	...	1	52	...	...	...
Bahamas	19	21	21	2.0	8	...	...	...	...	...	...	...
Barbados	16	19	20	...	5	...	...	976	6(c)	8	...	...
Belize	36	46	147	10.6	8	19	9,414	107	59	6	4	...
Bermuda	13	15	...	...	...	...	...	...	...	7	...	...
Bolivia	74	100	390	20.0	15	2,293	34,552	...	9,431	9	76	...
Brasil	57	67	140	15.1	12	15,915	478,815	124,887	75,759	8	561	...
Canadá	7	8	3	0.1	2	...	...	...	2012(c)	6	2,357	...
Chile	12	17	34	1.5	15	...	...	...	4,138	5	...	...
Colombia	28	36	78	11.4	13	1,989	187,082	19,131	8,827	17	284	...
Costa Rica	12	14	40	3.7	8	5	2,780	5,134	575	6	37	...
Cuba	10	13	27	5.4	4	...	...	293	1,681	8	1	...
Dominica	14	18	...	...	...	...	...	...	12	...	...	...
Ecuador	44	62	120	20.0	17	2,197	16,797	6,607	5,675	17	919	...
El Salvador	43	56	140	16.2	7	6,447	2,782	9,658	2,241	11	...	...
Estados Unidos de América	8	10	8	0.4	3	19	...	...	24,361	7	301	...
Granada	20	25	...	...	10	...	...	74	3	9	3	...
Guadalupe	11	13	...	9.0	2	...	...	156	31(c)	...	...	...
Guatemala	51	81	102	22.0	15	6,825	23,608	3,980	1,731	8	23	...
Guayana Francesa	20	23	...	...	...	...	4,248	896	91(c)	...	...	...
Guyana	46	62	180	...	10	...	...	...	266	18	...	...
Haití	74	131	456	...	...	...	23,140(d)	...	10,237(c)	15	...	...
Honduras	44	73	220	36.0	9	4,748	63,994	27,575	4,984	9	...	...
Islas Caimán	8	10	8	...	...	...	...	1	2(c)	10	4	...
Islas Turcas y Caicos	19	22	...	...	...	...	...	...	(c)	...	...	...
Islas Vírgenes (EUA)	13	15	...	...	...	...	...	...	4(c)	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	20	23	...	7.0	...	...	...	9	...	...	...	...
Jamaica	17	23	115	25.0	11	...	...	1,884	109	11	15	...
Marínica	10	12	...	...	...	...	...	519	33(c)	...	...	...
México	30	37	45	11.4	15	16,430	5,969	17,088	11,098	7	244	...
Montserrat	12	16	...	...	...	...	...	75	...	...	...	...
Nicaragua	58	64	130	28.0	15	8,684	63,086	19,260	2,842	8	5	...
Panamá	21	27	46	5.2	10	...	730	3,063	1,009	9	19	...
Paraguay	42	56	235	17.9	16	...	998	...	898	5	73	...
Perú	59	67	261	14.0	29	23,033	190,521	2,732	48,074	8	353	...
Puerto Rico	12	14	...	...	3	...	...	6,765	257(c)	9	11	...
República Dominicana	42	62	180	19.0	9	...	1,808	249	4,063	14	...	...
Saint Kitts y Nevis	27	32	...	11.0	8	...	...	27	2	12	1	...
San Vicente y los Granadinas	18	23	6	10.0	6	...	...	224	...	...	...	...
Santa Lucía	19	23	...	5.0	7	...	...	52	24	9	2	...
Suriname	18	22	13	11.7	9	...	...	610	71	14	...	...
Trinidad y Tobago	14	18	76	2.9	12	...	...	312	129	13	...	...
Uruguay	19	22	38	3.0	8	...	...	...	666	8	5	...
Venezuela	26	31	63	14.0	8	...	19,636	32,280	4,596	12	172	...

(a) Datos de 1991 (b) Datos de 1992 (c) Datos de 1993 (d) Datos de 1994

19. Tasa de mortalidad infantil (último dato disponible entre 1994 y 1995)

20. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (último dato disponible entre 1994 y 1995) (por 1,000 nacidos vivos)

21. Tasa de mortalidad materna (último año disponible entre 1987-1995) (por 100,000 nacidos vivos)

22. Porcentaje de defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años (último año disponible entre 1988-1994)

23. Porcentaje de defunciones registradas por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años (último año disponible entre 1988-1994)

24. Casos notificados de cólera (1995)

25. Casos notificados de malaria (1995)

26. Casos notificados de dengue (1995)

27. Casos notificados de tuberculosis (último año disponible entre 1994 y 1995)

28. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2,500 gr) (último año disponible entre 1990-1995)

29. Casos de sarampión (1995)

30. Defunciones registradas por sarampión (1995)

## Comentarios sobre algunos indicadores:

**Tasa global de fecundidad:** número promedio de niños nacidos vivos por cada mujer durante el período de procreación, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalentes para cada grupo de edad.

**Tasa de dependencia:** número de personas que serían formalmente dependientes (menores de 15 años y los de 65 años y más), con respecto al número de personas que también estarían formalmente en una posición productiva (grupo de 15 a 64 años).

**Razón de ingreso 20% superior/20% inferior:** razón del ingreso del quintil más alto de los hogares, con respecto al ingreso del quintil más bajo.

**Porcentaje de defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda (EDA) y por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los menores de 5 años:** defunciones registradas para cada uno de estos grupos de causas entre los menores de 5 años como proporción de las defunciones totales registradas por causas definidas en ese grupo de edad.

**Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por enfermedades transmisibles, tumores, enfermedades del aparato circulatorio y causas externas, según sexo:** la población de referencia para el ajuste por edad ha sido la población estandar mundial por sexo referida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el *World Health Statistics Annual*, 1992.

**Tasas de mortalidad infantil y tasas de mortalidad en menores de 5 años:** los valores del período 1980-1985 para los valores subregionales de la tasa de mortalidad infantil, fueron calculados a partir de *World Population Prospects: The 1994 Revision*; los valores restantes son estimaciones de la OPS.

**Observaciones generales**

**Datos subregionales:** para la estimación de los porcentajes, razones y tasas se realizó una ponderación con la población correspondiente, para cada subregión.

La suma de los valores de los cuadros no equivale necesariamente al total, debido a redondeo.

**Explicación de símbolos:**

... Datos no disponibles — Magnitud cero

Los indicadores para la presente publicación han sido preparados por la División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Análisis de Situación de Salud de la OPS, utilizando las siguientes publicaciones:

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, Ediciones de 1977-1980, 1981-1984, 1990 y 1994*. Washington, DC: OPS; (Publicaciones científicas 427, 500, 524 y 549 respectivamente).

2. Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas, Ediciones de 1991, 1992 y 1995*. Washington, DC: OPS; (Publicaciones científicas 537, 542 y 556 respectivamente).

3. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos y atención primaria de la salud en la Región de las Américas. Informe de vigilancia de las estrategias*, 1994. Washington, DC: OPS; 1994. (CSP24/21)

4. Informes de las Divisiones y Programas de la OPS y de las Representaciones de la OPS en los países, 1994, 1995.

5. United Nations. *World Population Prospects: The 1994 Revision*. New York: UN; 1994. (Población total; tasa bruta anual de natalidad; tasa bruta anual de mortalidad; tasa de crecimiento anual promedio de la población; tasa global de fecundidad; porcentaje de población urbana; razón de dependencia; esperanza de vida al nacer).

6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Social Panorama in Latin America: 1994. Preliminary Overview of the Economy of Latin America and the Caribbean y Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, Edición 1995*. Santiago, Chile: CEPAL; 1994, 1995. (Porcentaje de crecimiento promedio anual del producto interno bruto (PIB); porcentaje de población en pobreza; razón de ingreso 20% superior/ 20% inferior; disponibilidad de calorías diarias per cápita).

7. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *World Education Report, 1993*. Paris, Francia; 1993. (Porcentaje de alfabetismo).

8. World Bank. *Social Indicators of Development*. Washington, DC: The World Bank, 1996. (Producto nacional bruto (PNB) per cápita US\$).

9. US Department of Commerce. *World Population Profile, 1994*. Washington, DC: Bureau of the Census; 1994. (Porcentaje de uso de anticonceptivos).

Para mayor información dirigirse a:

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Análisis de Situación de Salud, HD/PHDA

525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

<http://www.patho.org>



Organización Panamericana de la Salud  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

493 611 P 1273  
JUL 13 1998  
03/12/98 196784  
RECORRIDA  
INFORMACION