

PROPERTY OF THE LIBRARY

En
busca
de la
EQUIDAD
Organización Panamericana de la Salud



Informe Anual del Director

1 9 9 5

Se publica también en inglés con el título:
The Search for Equity:
Annual Report of the Director, 1995
ISBN 92 75 172773

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud
En busca de la equidad:
Informe Anual del Director, 1995
Washington D.C.: OPS, ©1996
xiv, 114 p. — (Documento Oficial: 277)

ISBN 92 75 37277 2

I. Título II. (Serie) 1. OPS
2. Justicia Social 3. Promoción de la Salud—Políticas
4. Administración en Salud Pública 5. América
NLM WA540

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, 1996

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 tratado 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.

En
busca
de la
EQUIDAD
Organización Panamericana de la Salud

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



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 1995 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 1995*.



George A.O. Alleyne
Director

Fotos:

Digital Stock, Inc.: cubierta, segunda y quinta (de arriba a abajo).

© Carlos Gaggero/Organización Panamericana de la Salud: cubierta, primera, tercera y sexta (de arriba a abajo); página viii.

© Colección de la OPS: página 46.

© Armando Waak/Organización Panamericana de la Salud: cubierta, cuarta (de arriba a abajo); página xiv, 14, 16, 26, 34, 40 y 84.

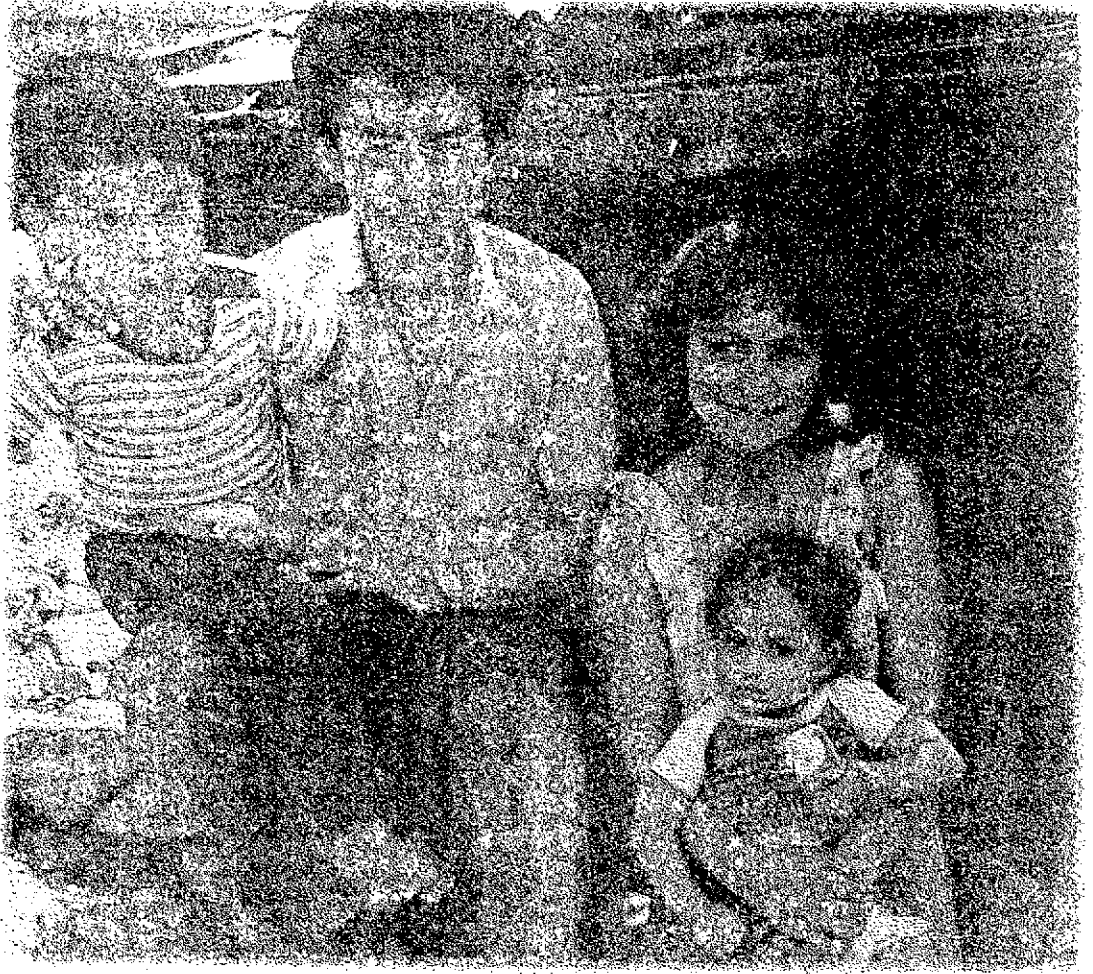
Organización Mundial de la Salud: página 58.

CONTENIDO

MENSAJE DEL DIRECTOR. EN BUSCA DE LA EQUIDAD	ix
CAPÍTULO I. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	1
CAPÍTULO II. ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS Y PROGRAMÁTICAS	15
La salud en el desarrollo humano	17
Reforma del sector salud	17
Iniciativas de integración regional	20
Reducción de la pobreza y política social	22
Bioética	23
Ciencia y tecnología	23
Desarrollo de sistemas y servicios de salud	27
Organización de los sistemas de salud como parte de la reforma del sector	27
Desarrollo de recursos humanos	29
Tecnología y medicamentos esenciales	30
Preparativos para desastres y mitigación de sus efectos	32
Salud bucodental	33
Promoción y protección de la salud	35
El movimiento de municipios por la salud	35
Iniciativa de escuelas promotoras de salud	36
Violencia y salud	36
Tabaco o salud	37
Salud familiar y población	38
Alimentación y nutrición	38
Protección y desarrollo ambiental	41
Agua y saneamiento	42
Residuos sólidos	44
Ambientes de trabajo saludables	44
Higiene de la vivienda	45
Prevención y control de enfermedades	47
Prevención y control de enfermedades infecciosas de la niñez	47
Enfermedades inmunoprevenibles	47

Enfermedades diarreicas	47
Infecciones respiratorias agudas	47
Helmintiasis intestinales	48
Enfermedades emergentes y reemergentes	48
Cólera	49
Peste	49
Leptospirosis	50
Encefalitis equina venezolana	50
Dengue	51
Fiebre amarilla	51
Sida y otras enfermedades de transmisión sexual	52
Tuberculosis	52
Malaria	53
Eliminación y erradicación de enfermedades	53
Poliomielitis	53
Sarampión	53
Enfermedad de Chagas	54
Rabia	55
Fiebre aftosa	55
Enfermedades no transmisibles	56
Cáncer del cuello uterino	56
Diabetes	57
CAPÍTULO III. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA	59
Bahamas	60
Bolivia	62
El Salvador	64
Guatemala	66
Haití	68
Panamá	70
Suriname	72
CAPÍTULO IV. GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN	75
CAPÍTULO V. PRINCIPALES LOGROS EN MATERIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA EN LOS PAÍSES	85
Antigua y Barbuda	86
Antillas Neerlandesas y Aruba	86
Argentina	87
Bahamas	88
Barbados	89

Belice	89
Bolivia	90
Brasil	90
Canadá	91
Chile	92
Colombia	93
Costa Rica	93
Cuba	94
Departamentos franceses en las Américas (Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica)	95
Dominica	95
Ecuador	96
El Salvador	97
Estados Unidos de América	98
Granada	98
Guatemala	99
Guyana	99
Haití	100
Honduras	100
Jamaica	101
México	101
Nicaragua	102
Panamá	103
Paraguay	104
Perú	104
Puerto Rico	105
República Dominicana	105
Saint Kitts y Nevis	106
San Vicente y las Granadinas	107
Santa Lucía	107
Suriname	108
Territorios dependientes del Reino Unido	
Anguila	108
Bermuda	109
Islas Caimán	109
Islas Turcas y Caicos	109
Islas Vírgenes Británicas	109
Montserrat	110
Trinidad y Tabago	110
Uruguay	111
Venezuela	111
Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos	112



MENSAJE DEL DIRECTOR

En
busca
de la

EQUIDAD

Debemos ser los campeones de la búsqueda de la equidad y justicia social que encuentra expresión en el tema de Salud para Todos.

Las fueron mis palabras el día que tomé posesión del cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1995. Desde entonces, he tenido tiempo y razones para reflexionar sobre el significado de esa equidad para nosotros en la Oficina y para los países de las Américas. La justicia social y la igualdad del ser humano no son conceptos nuevos: las constituciones nacionales se refieren a ellos y los filósofos de todas las épocas han señalado la conveniencia de encontrar formas de garantizar la igualdad de oportunidades. El preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice que, “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. Más recientemente, hemos observado que las personas e instituciones que asumen alguna responsabilidad por el desarrollo y adelanto general del ser humano han reorientado su atención de los medios al fin. Se ha hecho cada vez más difícil aceptar el crecimiento económico rápido sin una mejor distribución concomitante de la riqueza, y ya la equidad social se respeta como fin económico.

Vi que parte de mi responsabilidad sería relacionar muchos de los conceptos filosóficos de igualdad y equidad al trabajo de la Organización Panamericana de la Salud en el campo de la salud. Pero, en el momento de abordar esta tarea, se encuentra uno con el doble problema de definición y medida. Después de reflexionar sobre las diversas y, a menudo, complejas soluciones, confieso que he llegado a comprender la opinión de Karl Popper de que la interminable “discusión del significado de las palabras es no solo aburrida sino perjudicial. La idea de que debemos definir nuestras expresiones antes de poder tener una discusión útil es incoherente a todas luces. En esta forma de raciocinio, el conocimiento preciso no depende de la definición exacta”.

Pero he tenido que eludir esa idea porque obviamente los debates de política relacionados con equidad deben tener como base algún concepto y definición. En realidad, hemos visto servicios nacionales de salud, como el británico, que están contruidos en su totalidad sobre una ideología que determina lo que es equitativo y procuran enmendar la injusticia.

Prefero expresar la equidad con el sentido de imparcialidad, pero reconozco que se debe ir más allá y aceptar que esta caracterización carece de la sustancia necesaria para servir de modelo de observación empírica e indagación. En consecuencia, en una primera aproximación, acepto tres posibles interpretaciones que entrañan la conversión de equidad en manifestaciones de igualdad de acceso, igualdad de utilización o igualdad de resultados.

La igualdad de acceso implica que cualquier persona que necesite un servicio dado puede recibirlo sin que tenga que pagar más que otra. El acceso y la accesibilidad han sido tema de amplios debates y discusiones. Creo que la accesibilidad, que es realmente el acceso potencial, guarda relación con las características de los servicios que determinan si los clientes los usan o no y también con las características de la clientela propiamente dicha.

La igualdad de utilización garantizaría que todos los clientes que tengan necesidades idénticas puedan usar los servicios en la misma medida. No debería haber impedimentos de naturaleza social para esa utilización.

La igualdad de resultados significa que cualquier servicio prestado tendrá el mismo efecto o consecuencia para la salud. El gran debate sobre la desigualdad de los resultados, que persiste a pesar de la igualdad putativa de acceso, emanó tal vez del informe sobre las desigualdades en salud en el Reino Unido de Black. En ese trabajo se mostró que las diferencias de mortalidad por clase social se habían mantenido y aun empeorado, a pesar de que, en teoría, el servicio nacional de salud ofrecía a toda la población el mismo acceso. La conclusión del informe dio origen a mucha investigación y discusión sobre la permanencia del significado y la pertinencia de la clase social y señaló las limitaciones de los análisis basados en esta última para explicar la desigualdad de los resultados de salud. Es posible que haya correlaciones biológicas de índices sociales que creen diferentes posibilidades de enfermarse o de morir de una enfermedad particular. Gran parte de esta investigación ha llevado a formular una tesis que mantiene que la igualdad absoluta de resultados de salud, según se reflejan en la mortalidad, es casi imposible de lograr exclusivamente por medio de manipulación externa. No obstante, tal vez sea posible lograr igualdad de resultados en cuanto a satisfacer las necesidades sentidas, siempre y cuando los servicios tengan una estructura apropiada.

Hace poco, nuestros colegas de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa hicieron un gran esfuerzo por definir y medir la equidad, puesto que es un hilo entrelazado en muchas de las metas de salud que han fijado sus países. Su definición práctica de equidad en salud es que "idealmente, todos deben tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial y, en términos más pragmáticos, nadie debe estar en una situación desventajosa que impida lograr ese potencial, si puede evitarse".

Hay otro abordaje que distingue entre la equidad horizontal y vertical. La equidad horizontal entraña dar el mismo tratamiento a necesidades iguales, mientras que la equidad vertical daría tratamiento desigual a quienes son desiguales. Esto último es quizá lo más pertinente a nuestras sociedades que presentan diferencias notorias que se reflejan tanto en los diversos estratos sociales y económicos dentro de los países como en problemas tales como la discriminación por razones de género. Está claro que nadie apoya un concepto de equidad como atención igual para todos ni como atención determinada únicamente por la demanda.

La equidad como ideal se ha citado a menudo en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS y ha habido numerosas referencias al hecho de que la salud para todos comprende el compromiso moral de reducir la falta de equidad en salud como manifestación de injusticia social. El empeño actual en renovar el llamamiento a la salud para todos valida una vez más la perdurabilidad de los principios de equidad y justicia social. En *The World Health Report 1995*, el Director General de la Organización Mundial de la Salud expresó claramente su preocupación por las diferencias entre ricos y pobres y la consiguiente disparidad de los resultados de salud.

El empeño puesto en ayudar a los Países Miembros a lograr el máximo grado de equidad posible ha sido el centro de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS y se refleja también en la estructura y función de la Secretaría. Estas orientaciones, adoptadas por la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, indican claramente que el principal desafío que afronta el sector salud en el cuatrienio es superar la falta de equidad. En esta sección haré alusión a algunos de los principales abordajes de estas orientaciones; muchas de las actividades emanadas de ellas se relatarán en la parte principal del informe.

Las actividades relacionadas con salud y desarrollo humano tienen por objeto demostrar que la salud es un buen indicador del desarrollo humano y que está firmemente vinculada a otros elementos de ese desarrollo; actualmente se recogen pruebas empíricas al respecto. Ya sabemos que la salud de una población está relacionada con su situación económica. Pensamos que la inversión en salud puede no solo fomentar el crecimiento económico, sino también ayudar a allanar la desigualdad del ingreso. Asimismo hay información preliminar que muestra la relación entre los indicadores de salud y la desigualdad del ingreso. La mayor productividad de los pobres, que en definitiva reducirá la desigualdad, puede aumentarse con mejoras de la salud. Hoy en día ha quedado bien establecido que el potencial para reducir la desigualdad es mucho mayor en una economía en crecimiento.

El esfuerzo que se haga para reducir la falta de equidad en salud constituye una prioridad, y se busca información para averiguar hasta qué punto la desigualdad de acceso o de utilización de la atención está determinada por el género, la etnicidad y la raza. Mientras se atiendan mal las necesidades de salud de ciertos grupos de población y se acepta que los miembros de esos grupos se enferman con más frecuencia, la equidad vertical determinará que ellos reciban un tratamiento diferente.

Antes de poder formular acertadamente políticas que fomenten la equidad, es preciso medir la falta de equidad. Sin embargo, esta no puede cuantificarse con una sola evaluación. Más bien, debe demostrarse con la medida de la condición humana, la utilización o la necesidad de servicios, las diferencias en los resultados de salud, la mortalidad evitable y la carga diferencial de la morbilidad. Por eso he recalcado tanto la importancia de obtener datos para transformarlos en información y, en definitiva, en conocimientos.

La búsqueda de equidad es una de las fuerzas que guía la preocupación casi universal por la reforma del sector salud, y es evidente que gran parte del interés en la equidad en salud se ha centrado en los servicios de salud. Aunque ahora se sabe a ciencia cierta que los servicios de salud contribuyen apenas un mínimo a la salud de la población, la mayor parte de la reforma del sector se ha concentrado en esos servicios.

La reforma del sector salud se apoya en dos pilares principales: la reorganización y el financiamiento de los servicios de salud. Casi todos los países han adoptado una postura igualitaria con respecto a la organización de los servicios y han tratado de distribuir la atención de salud según las necesidades, con lo cual se asegura que haya equidad vertical y horizontal. El

abordaje principal del tema de financiamiento de los servicios afirma que para lograr equidad debe haber dos vías de financiamiento: los servicios que sean básicamente bienes públicos deben financiarse con fondos del Erario y los más individualizados con pocas externalidades, con fondos privados. Para mantener la equidad, el Estado también debe proporcionar un conjunto mínimo de servicios a todos los ciudadanos.

Si bien los servicios de salud han recibido la mayor parte de la atención en relación con la reforma, existen otros factores determinantes de la salud de la población que repercuten en la equidad. Por ejemplo, el comportamiento sano de las personas y las comunidades dependerá mucho de la disponibilidad y accesibilidad de información. La divulgación de información sobre la salud al mayor público posible podría representar un gran adelanto para emparejar la transacción inherentemente desigual entre el proveedor de atención de salud y el receptor típicos.

La Carta para la Promoción de la Salud promulgada en Ottawa en 1986, que constituye la primera codificación de conceptos y prácticas de promoción de la salud aceptada en el medio internacional, recalca que la justicia social y la equidad son requisitos fundamentales para la salud. El principal impulso a la promoción de la salud ha surgido y seguirá surgiendo de la creación de oportunidades favorables dentro de comunidades, ciudades, escuelas y fábricas en las cuales los ciudadanos puedan movilizarse para reducir las desigualdades que causan mala salud.

La desigualdad de las condiciones sociales y del ambiente físico son los mayores contribuyentes a la mala salud, y tal vez por haberse reducido tanto muchas de esas desigualdades, se puede dedicar ahora más atención a otros problemas de salud. Por supuesto, estos progresos son relativos; las condiciones ambientales aún varían mucho entre los países en desarrollo y dentro de cada uno de ellos. La relativa indiferencia a las condiciones del medio ambiente, demostrada palpable y recientemente con la reaparición del cólera, se debe en parte al alto costo de resolver los problemas ambientales y quizá también al hecho de que los servicios ambientales son bienes públicos y, como tales, no representan a ningún grupo dispuesto a presionar para mejorarlos.

Con todo, por mucho que se haya demostrado que la búsqueda de equidad es pertinente a la salud y la enfermedad, no se deben pasar por alto los aspectos morales y éticos fundamentales de nuestra búsqueda. Antes me referí a un concepto simplista de equidad que era apenas el equivalente de imparcialidad y guardaba relación con alguna idea de distribución más justa de los bienes del mundo. ¿Debería dejarse esta distribución más equitativa solo al altruismo desinteresado o hacerse mayor hincapié en las cuestiones de equidad? El enfoque altruista permitiría que las personas derivaran alguna utilidad al prestar servicios de salud a otras y la medida de ello dependería del costo que el individuo estuviera dispuesto a pagar. Pero este enfoque es una roca en que puede zozobrar la reforma de la atención de salud porque es básicamente un juego de suma cero. Habrá ganadores y perdedores. Por otra parte, las cuestiones de equidad en la distribución de la atención sanitaria se llevan más allá de la esfera de la preferencia individual e implican una preocupación por toda la sociedad.

Pero nunca debemos subestimar las dificultades políticas para lograr equidad en la distribución. Por lo general, los gobiernos eligen aquello que eleva al máximo sus posibilidades de supervivencia. Por tanto, no es casualidad que hasta hace poco tantas promesas de salud hechas durante las elecciones tuvieran que ver con la infraestructura física y la satisfacción de las necesidades sentidas de atención curativa individual.

A menudo me he referido a la necesidad que tenemos de trabajar por un mundo que reconozca las diferencias, pero huya de la alteridad, y he sugerido que no debería haber “otros” en salud. La búsqueda de equidad acepta las diferencias que son parte de nuestra existencia, pero busca instituir sistemas que reconozcan la humanidad esencial en todos nosotros y las necesidades de esa humanidad. La Organización Panamericana de la Salud puede ser un foro de discusión de esas ideas para que lleguemos, si no a un consenso, por lo menos a reconocer aquellos sistemas que mejorarán la condición humana. Pero, como se señala en este informe, nuestro trabajo en salud puede tener repercusiones prácticas para la búsqueda de justicia social y para el nuevo mundo a los ojos de Karl Popper, quien escribió que “el ser humano ha creado nuevos mundos —de idioma, música, poesía y ciencia— y el más importante de ellos es el mundo de la exigencia moral de igualdad, libertad y ayuda a los débiles”.



CAPÍTULO I

Análisis de la situación de salud

Los pobres y desposeídos aumentan, y se ensancha la brecha que separa a los que tienen más que nunca de los que se preguntan si algún día tendrán algo... Nuestra Organización debe llevar el principio de "salud para todos" al terreno operativo. Este es el trabajo, esta es la tarea: escuchar y atender a todos los que claman "queremos que nos den salud en nuestra era". Este es el rumbo que debemos seguir.

George A. O. Alleyne
Discurso inaugural
31 de enero de 1995

DOCUMENTACIÓN DE LA FALTA DE EQUIDAD

Los países de América Latina y el Caribe, además de los muchos problemas de salud que han tenido siempre, deben hacer frente ahora a las nuevas dificultades y riesgos para la salud que plantean la epidemia del sida, la intensificación de la violencia, los peligros para el medio ambiente, y las enfermedades nuevas y reemergentes. Estos cambios ocurren en el marco de reformas políticas y económicas, una descentralización creciente de los servicios de salud inherente al proceso de reforma del sector salud y un aumento continuo de los costos.

El estado de salud de toda sociedad guarda relación con las características biológicas y sociales individuales, la organización económica y política, la estructura social, los antecedentes culturales y los procesos demográficos y macroecológicos; todos estos factores deben tenerse en cuenta para determinar las tendencias a largo plazo del proceso de salud y enfermedad. El desarrollo de la capacidad para establecer sistemas de información fiables y medir y analizar el estado de salud facilitará la tarea de definir las prioridades sectoriales con más precisión, y mejorará la planificación, vigilancia y evaluación de los programas de salud.

En gran medida, la situación sanitaria de los países de la Región en 1995 fue el resultado de ajustes económicos y sociales complejos que ahondaron más en la pobreza a varios segmentos de la población. Esta situación, a su vez, se tradujo en grandes disparidades en las condiciones de salud de diferentes países y grupos de población: los países de América Latina

y el Caribe presentan una de las mayores tasas de desigualdad social del mundo. Estos cambios socioeconómicos han reducido marcadamente la capacidad de las instituciones sanitarias para distribuir, en la debida forma, servicios equitativos a los segmentos vulnerables de la población, lo que ha llevado al primer plano el problema de la falta de equidad y la búsqueda de su solución.

Para la Organización Panamericana de la Salud, la búsqueda de una fórmula que asegure equidad en la prestación de servicios de salud y el acceso a ellos representa una de las mayores dificultades en materia de cooperación técnica. Es indispensable señalar las deficiencias en materia de equidad y acceso para poder programar y ejecutar actividades eficaces dirigidas a las poblaciones más expuestas a riesgo. Reconociendo esta necesidad apremiante, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asignó alta prioridad a un plan de trabajo destinado a ampliar la capacidad de la Organización de describir, analizar e interpretar la situación de salud y sus tendencias en los países de la Región y fortalecer la aptitud de los propios países para analizar su situación de salud y enfocar sus intervenciones. Los datos acopiados y los estudios y análisis realizados darán información extremadamente valiosa para los procesos de planificación política y estratégica y su administración, así como para evaluar y reencauzar las actividades de cooperación técnica en los países. Esta información será también la base de las actividades de cooperación técnica cuyo fin es definir y formular proyectos de inversión o programas especiales y estrategias eficaces de prevención y control de enfermedades. Además, la información ayudará a movilizar recursos financieros, señalar prioridades de investigación y proporcionar datos para publicaciones periódicas sobre la vigilancia de la situación de salud y sus tendencias en la Región.

Con este fin, la Organización ha estado trabajando en la definición de un conjunto básico de datos que se pueda utilizar en el análisis de la situación de salud y sus tendencias. Ese conjunto de datos se complementará con importante información bibliográfica y otros antecedentes que contribuyan a entender mejor la situación sanitaria. Se ha hecho un esfuerzo particular por seleccionar indicadores básicos desagregados según las principales variables que contribuyen a la falta de equidad, como género, origen étnico, clase social, raza y distribución geográfica.

En este capítulo se analizará la situación de salud de los países de la Región de las Américas y se documentará la importancia de abordar las brechas existentes en cuanto a equidad en salud como parte de los procesos de reforma del sector sanitario. En esta revisión se utilizarán indicadores básicos de salud y política sanitaria proporcionados por los países al Sistema de Información Técnica de la OPS.

METODOLOGÍA

Se analizaron varios indicadores de las condiciones de salud, recursos, cobertura, mortalidad y morbilidad con el fin de subrayar las desigualdades existentes entre los países. Todos los datos utilizados en el análisis se obtuvieron de *Las condiciones de salud en las Américas*¹ y de "Indicadores básicos 1995"².

Por medio de un análisis discriminante, se clasificaron 42 países y otras unidades políticas en cinco grupos, según su producto nacional bruto (PNB) per cápita (cuadro I-1,

¹ *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1994. Publicación Científica No. 549. Organización Panamericana de la Salud.
² *Indicadores básicos 1995. Situación de salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud, OPS/HDP/HDA/95.03.

CUADRO I-1. Algunos países y otras unidades políticas de la Región de las Américas, clasificados según el PNB per cápita en US\$ (alrededor de 1993)

Grupo	País	PNB per cápita (US\$)
I	Islas Caimán	26.200
	Estados Unidos de América	24.740
	Canadá	20.555
	Bermuda	20.000
	Aruba	12.900
	Bahamas	11.420
	Islas Vírgenes Británicas	10.600
II	Antillas Neerlandesas	7.800
	Argentina	7.220
	Puerto Rico	7.000
	Antigua y Barbuda	6.540
	Barbados	6.230
	Anguila	5.930
	Islas Turcas y Caicos	5.700
III	Saint Kitts y Nevis	4.410
	Trinidad y Tabago	3.830
	Uruguay	3.830
	México	3.610
	Santa Lucía	3.380
	Chile	3.170
	Brasil	2.930
	Venezuela	2.840
	Dominica	2.720
	Panamá	2.600
	Belize	2.450
	Granada	2.380
	Costa Rica	2.150
San Vicente y las Granadinas	2.120	
IV	Paraguay	1.510
	Perú	1.490
	Jamaica	1.440
	Colombia	1.400
	El Salvador	1.320
	República Dominicana	1.230
	Ecuador	1.200
	Suriname	1.180
	Guatemala	1.100
V	Bolivia	760
	Honduras	600
	Guyana	350
	Nicaragua	340
	Haití	280

FIGURA I-1. Países y otras unidades políticas de la Región de las Américas, según producto nacional bruto (US\$), 1993

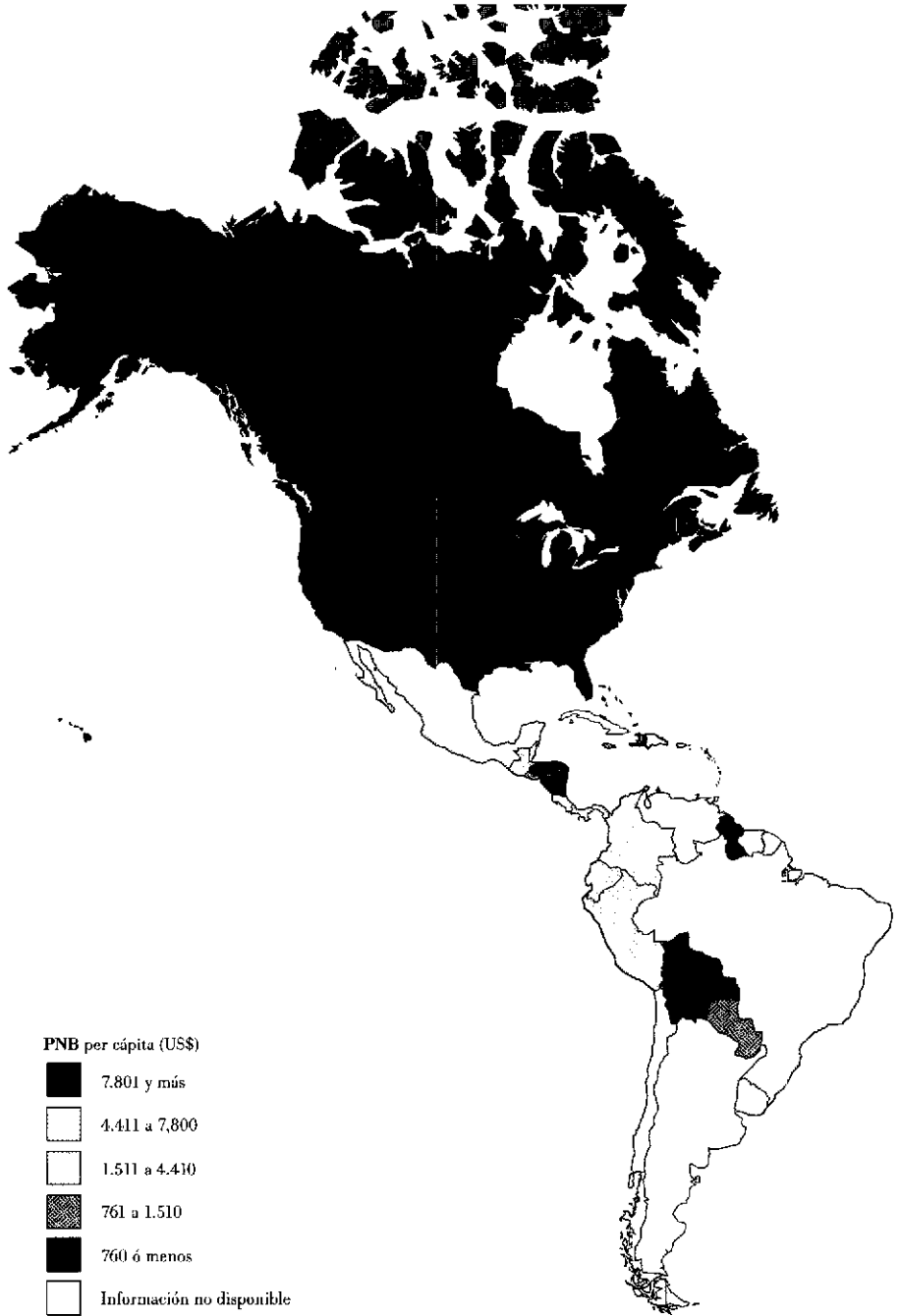


figura I-1). Este indicador representa una aproximación razonable de los recursos de que dispone cada país para atender las necesidades básicas de su población. Los valores mínimos y máximos dentro de cada intervalo del PNB per cápita corresponden a los valores mínimos y máximos notificados para cada grupo.

Los demás indicadores se analizaron comparando el valor de cada país dentro de un grupo con un promedio calculado para la distribución del grupo. En algunos casos no se dispuso de datos para todos los países de un grupo, como ocurrió con la razón entre los ingresos del 20% más rico de la población y los del 20% más pobre, sobre el que solo 23 de los 42 países tenían información. El porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a salud no debe analizarse independientemente del PIB de cada país. En cualquier análisis de los datos de mortalidad deben considerarse las limitaciones inherentes a este tipo de indicador, sobre todo, la disponibilidad y calidad de la información.

FALTA DE EQUIDAD EN LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN

La agrupación de países según el PNB fue el primer paso para evaluar la falta de equidad en salud; es el método inicial para obtener una idea aproximada de la cantidad de recursos disponibles para atender las necesidades de la población.

El cuadro I-2 muestra que 38,6% de la población de la Región de las Américas vive en los países clasificados en el grupo I, donde el promedio del PNB per cápita es 3,4 veces mayor que en los países del grupo II y 48,3 veces mayor que en los del grupo V.

Al examinar la razón entre los ingresos del 20% más rico de la población y los del 20% más pobre en cada país, se observa una tendencia sesgada, es decir, los países más pobres tienen las razones más altas y los más ricos, las más bajas (figura I-2).

Según los datos publicados en "Indicadores básicos 1995", en el Canadá, por ejemplo, el 20% más rico de la población tiene un ingreso que es siete veces mayor que el del 20% más pobre. En los Estados Unidos de América, esa razón es de 9 a 1. Más aún, en los grupos III y IV están países como Brasil con una razón de 32, Guatemala con 31, Panamá con 30,

CUADRO I-2. Población total (1995), e intervalo y promedio ponderado del PNB per cápita, en US\$ (alrededor de 1993), en la Región de las Américas, según grupo de países¹

Grupo	Población (en miles)	PNB per cápita (US\$)	
		Intervalo	Promedio ponderado
I	293.155	26.200 a 1.600	24.304
II	38.810	7.800 a 5.700	7.193
III	300.261	4.410 a 2.120	3.142
IV	102.383	1.510 a 1.100	1.355
V	25.516	760 a 280	503

¹ Grupos de países del cuadro I-1.

Honduras con 24 y Ecuador con 20. Por otra parte, cuando se comparan los valores promedio del ingreso del quintil más pobre de la población de los países más pobres con los del ingreso de sus congéneres de los países más ricos, el ingreso en países como Guatemala y Honduras es 60 veces menor que en países como los Estados Unidos de América y el Canadá.

Si se considera la fluctuación del PIB per cápita entre 1991 y 1993 (figura I-3), se observa el máximo crecimiento en los países de los grupos II y III: Argentina, 21,0%, Chile, 17,9% y Panamá, 17,4%; por otra parte, el crecimiento más bajo se da en el grupo IV, y la mayor reducción en el V (Haití, -24,4%, Nicaragua, -11,0% y Suriname, -10,8%); los dos últimos grupos de países tienen los PNB más bajos de la Región. Asimismo, cuando se comparan los promedios de los grupos, cuanto más pobre son los países que los componen menor es el índice de crecimiento (grupo II, 6,15%, grupo III, 7,57%, grupo IV, 0,86% y grupo V, -2,94%).

FALTA DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DE SALUD

Existen grandes diferencias entre los cinco grupos de países en lo que respecta a gastos por concepto de salud. Por ejemplo, los países del grupo I gastan 6,2 veces más que los del grupo II y 80 veces más que los del grupo V (figura I-4).

Se observa una tendencia inquietante cuando se analiza la proporción del PIB que se invierte en salud en los países de cada grupo, dado que en los más pobres tiende a invertirse un porcentaje menor del PIB en este rubro (figura I-5), tendencia que suele intensificar las desigualdades en materia de disponibilidad de atención de salud y accesibilidad a ella.

Para fines de este análisis, hemos utilizado la disponibilidad de médicos por habitantes como indicador sustitutivo de la disponibilidad de atención médica, y la proporción de la población que vive en zonas rurales como indicador de accesibilidad. La figura I-6 muestra el número de médicos por 10.000 habitantes y el porcentaje de población rural en cada uno de los cinco grupos de países.

Los datos muestran que la disponibilidad de atención médica es menor cuanto menor es el PNB per cápita del grupo de países, mientras que la proporción de la población que habita en zonas rurales es más alta en los grupos de países con PNB más bajo. En consecuencia, tanto la accesibilidad como la disponibilidad disminuyen al reducirse el PNB.

En los países más pobres hay menos dinero para atención de salud. Al mismo tiempo, se podría decir que el número de médicos per cápita es menor y los problemas relacionados con el acceso geográfico a los centros de salud son mayores.

FALTA DE EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

La desigualdad en el riesgo de enfermarse y morir prematuramente guarda relación con la falta de equidad en la distribución de los recursos. Este fenómeno se aprecia cuando se analizan las tasas de mortalidad infantil de los países de la Región, que oscilan entre 7 y 98 por 1.000 nacidos vivos. Este indicador aumenta de manera significativa a medida que los valores de los indicadores socioeconómicos importantes disminuyen (figura I-7).

Las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro y dentro de un país determinado. Por ejemplo, en el Perú, la ciudad de Lima tiene una tasa de mortalidad infantil de 50

FIGURA I-2.

Promedio de la razón de los ingresos (20% más rico de la población y 20% más pobre) en cada grupo de países,¹ alrededor de 1990

Razón de Ingresos

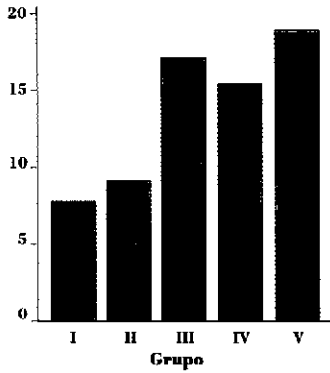


FIGURA I-4.

Gasto per cápita por concepto de salud en la Región de las Américas, según grupo de países¹ (US\$ de 1988), 1990

Gasto en salud (per cápita)

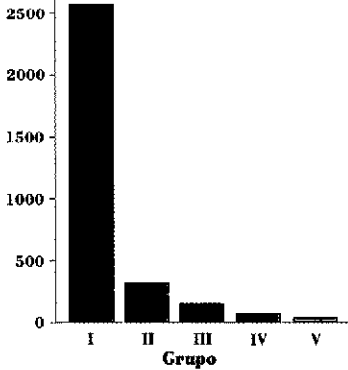


FIGURA I-6.

Número de médicos por 10.000 habitantes y porcentaje de población rural en la Región de las Américas, según grupo de países,¹ alrededor de 1992

Médicos por 10.000 habitantes

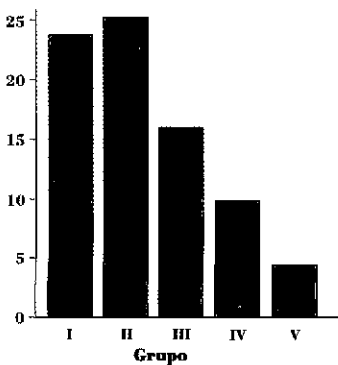


FIGURA I-3.

Cambio porcentual del producto interno bruto (PIB) per cápita en la Región de las Américas, entre 1991 y 1993, según grupo de países¹ (excepto el grupo I)

Cambio PIB (%)

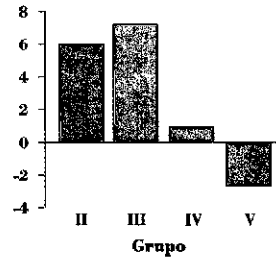
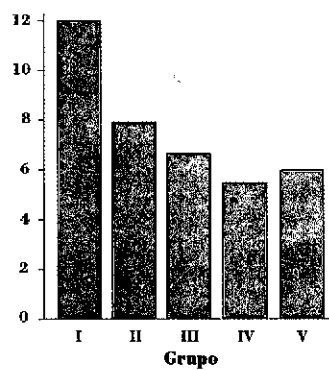


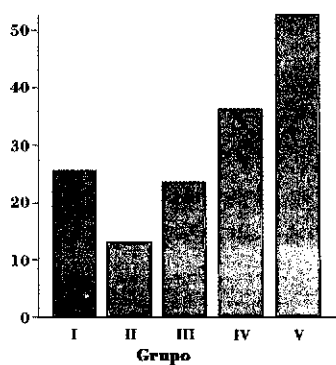
FIGURA I-5.

Porcentaje del producto interno bruto (PIB) asignado a salud en la Región de las Américas, por grupo de países,¹ 1990

PIB asignado a salud (%)



Población rural (%)



¹ Grupos de países del cuadro I-1.

por 1.000 nacidos vivos, pero en algunas de las zonas rurales del país la misma tasa llega a 140 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En Panamá, las posibilidades de un niño indígena de morir antes de 1 año de edad son 3,5 veces mayores que las de un niño no indígena. En la Ciudad de México, la tasa de mortalidad infantil oscila entre 13,4 y 109,8 por 1.000 nacidos vivos.

Por otra parte, la proporción de niños con bajo peso al nacer tiende a aumentar a medida que suben los niveles de pobreza (cuadro I-3). Ocurre una situación similar con la proporción de defunciones por enfermedades diarreicas agudas de niños menores de 5 años, las que por mucho tiempo se han considerado prevenibles, y aún cobran más vidas en los países donde el PNB es más bajo (figura I-8).

CUADRO I-3. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 g) del total de nacimientos en la Región de las Américas, según grupo de países,¹ 1990

Grupo	Recién nacidos con bajo peso (<2.500 g) ²
I	8,5
II	8,0
III	10,9
IV	12,0
V	13,2

¹ Grupos de países del cuadro I-1.

² Promedio de porcentajes de los países en cada grupo.

que se había eliminado casi por completo, y que volvió con fiereza a causar estragos entre los segmentos más pobres y desfavorecidos de la población. Como se indicara anteriormente, estas enfermedades infecciosas suelen presentarse con mayores tasas de incidencia, mortalidad y letalidad en los países con un PNB bajo.

En lo que respecta a tuberculosis, nueve países (en los que habita 20% de la población de la Región) presentan tasas de incidencia que reflejan una situación grave en relación con la tuberculosis pulmonar, mientras que en ocho países (con 67% de la población) la misma no es tan preocupante. También se observa un aumento del número de casos en esos países (figura I-11).

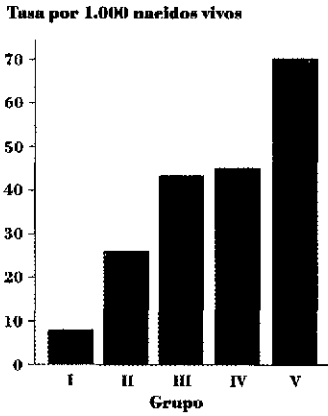
La Región de las Américas encierra grandes desigualdades en lo que respecta a quién está propenso a enfermarse o a morir prematuramente. La gente que vive en las zonas más pobres y carentes está expuesta a un riesgo mucho mayor que la que reside en países o regiones de ingresos más altos.

FALTA DE EQUIDAD EN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Si bien todos los países de la Región están bajo procesos de reforma y ajuste, hay diferencias de un país a otro en cuanto al grado de desarrollo de los sistemas de salud, especialmente en lo que respecta a accesibilidad a los recursos de atención de salud y a su disponibilidad.

FIGURA I-7.

Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) en la Región de las Américas, según grupo de países, 1994



¹ Grupos de países del cuadro I-1.

FIGURA I-8.

Porcentaje de las defunciones de niños menores de 5 años de edad atribuidas a diarreas agudas en la Región de las Américas, según grupo de países, año más reciente con información disponible entre 1988 y 1993

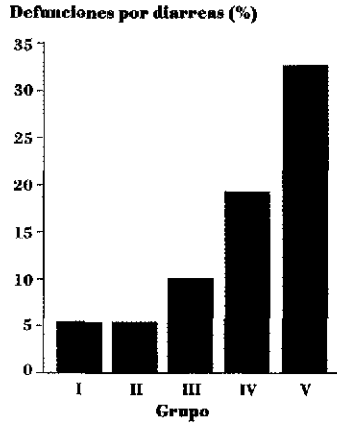


FIGURA I-9.

Tendencias de las tasas de morbilidad por malaria (incidencia parasitaria anual) en 21 países con transmisión en la Región de las Américas, 1970 a 1994

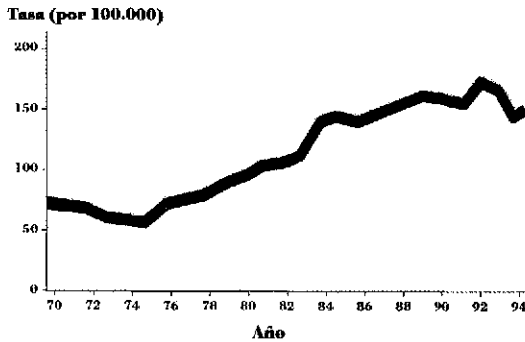
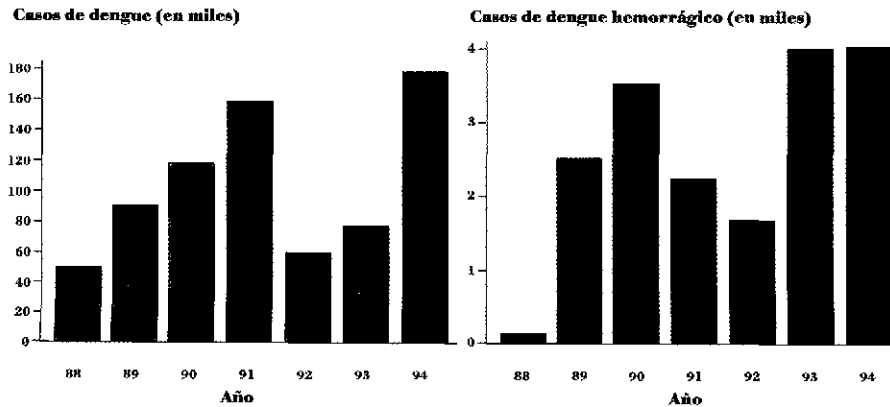


FIGURA I-10.

Número de casos notificados de dengue y dengue hemorrágico en la Región de las Américas, por año, 1988 a 1994



Para evaluar la accesibilidad de la población a los servicios de salud se utilizaron los siguientes indicadores: el porcentaje de mujeres embarazadas que recibió atención prenatal y el porcentaje del total de partos atendidos por personal adiestrado. Como se muestra en el cuadro I-4, la cobertura es menor en países con PNB más bajo. Cabe destacar las diferencias en ambos indicadores entre los países de los grupos IV y V. Al comparar el porcentaje de embarazos con atención prenatal en los países del grupo V, se observa que las proporciones oscilan entre 95% en Guyana y 38% en Bolivia. Asimismo, el porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado dentro del grupo IV varía de 23% en Guatemala a 90% en Suriname.

CÓMO SUBSANAR LA DEFICIENCIA

El análisis de la situación de salud en la Región de las Américas en 1995 documenta con claridad el efecto que han tenido los ajustes económicos relacionados con la modernización del Estado y el proceso de reforma de salud en los indicadores básicos de salud. Es así que muchos países han comenzado a reducir la estructura de su administración, y sus sistemas de salud están cambiando aceleradamente como consecuencia de las reformas del sector salud. También se han reducido los recursos disponibles para costear programas del sector social, incluso importantes actividades de salud. Como resultado, el sector salud se enfrenta con un enorme desafío para poder ejecutar las políticas sociales y sanitarias destinadas a reducir las desigualdades, sin que ello lleve a un sacrificio inaceptable de otras metas de política. En cada país, el proceso de reforma del sector salud tiene por objeto buscar la equidad, definida como accesibilidad a los servicios para quienes los necesitan, independientemente de la localización geográfica, la condición social o la clase de dolencia que los aqueje. Si bien la equidad no entraña igualdad absoluta, implica un sentido de justicia y, en definitiva, en todos los procesos de reforma del sector salud se lucha por lograr justicia en la prestación de los servicios.

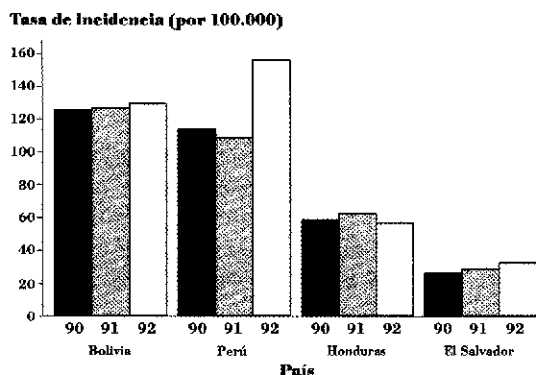
CUADRO I-4. Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal y porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado, promedio según grupo de países,¹ alrededor de 1990

Grupo	Atención prenatal (%)	Partos atendidos por personal adiestrado (%)
I	98,2	99,1
II	96,0	95,0
III	75,4	86,4
IV	56,8	45,4
V	58,4	40,5

¹ Grupos de países del cuadro I-1.

FIGURA I-11.

Tasas de incidencia anual de casos confirmados de tuberculosis pulmonar (por 100.000 habitantes) en Bolivia, El Salvador, Honduras y Perú, 1990, 1991 y 1992



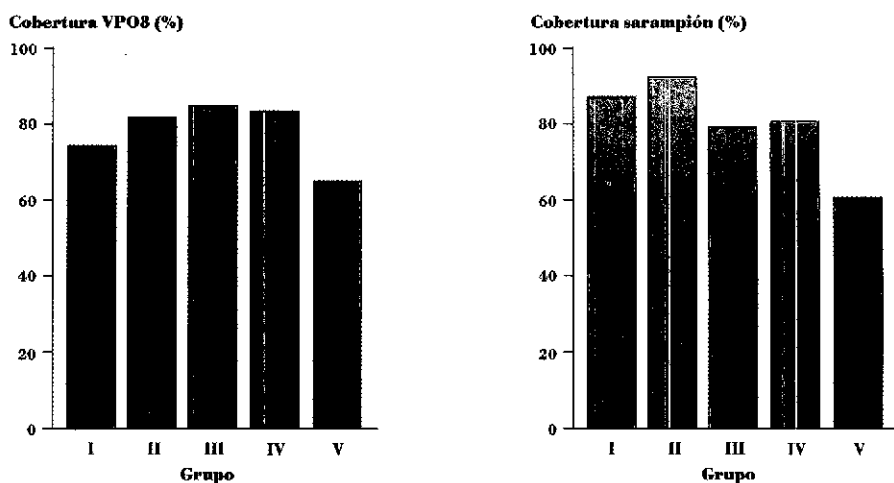
Como primer paso en la búsqueda de equidad, hay que seleccionar indicadores que permitan evaluar y ponderar las condiciones de salud de la población. Existe una necesidad creciente de mostrar el efecto del proceso de cooperación técnica internacional, y el principal criterio para evaluar los programas de cooperación técnica en salud debe ser su efecto en la salud de la población. Por lo tanto, los indicadores más importantes del efecto deben vincularse a los cambios en la equidad de la prestación de servicios de salud.

La cooperación técnica prestada por un organismo internacional especializado en salud como la OPS incluye una amplia gama de temas y proyectos determinados por las prioridades nacionales. Algunas iniciativas de salud arrojan resultados fácilmente cuantificables y el efecto de la cooperación técnica de la OPS puede demostrarse inequívocamente, por ejemplo, en los proyectos relacionados con la meta de erradicar la poliomielitis de la Región de las Américas. Sin duda alguna, se pueden lograr importantes mejoras en la salud de la población cuando las intervenciones de salud pública focalizadas, como estas, reciben apoyo político y técnico y se realizan con una meta común. La figura I-12 muestra que a pesar de las grandes diferencias en el estado de salud previamente analizadas en los cinco grupos de países, la cobertura de vacunación antisarampionosa y con VPO3 (antipoliomielítica), es relativamente estable y no varía mucho. Las bajas tasas de letalidad que se han mantenido durante la epidemia de cólera también demuestran la forma en que se pueden establecer medidas de control exitosas como resultado de actividades concertadas dirigidas hacia una buena gestión del medio ambiente y un tratamiento rápido y adecuado de los enfermos. Por otra parte, en el reciente brote de peste en el Perú se demostró la eficacia de las medidas de control por medio de una ordenación racional del medio ambiente.

Otras iniciativas de salud, sin embargo, están representadas por proyectos de cooperación técnica cuyo fin es influir en los procesos nacionales como la reforma del sector salud, la descentralización y el alivio de la pobreza. Estos espacios de cooperación técnica se carac-

FIGURA I-12.

Cobertura con la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (VPO3) de niños menores de 1 año y cobertura con la vacuna antisarampionosa de niños menores de 5 años en la Región de las Américas, según grupo de países,¹ 1994



¹ Grupos de países del cuadro I-1.

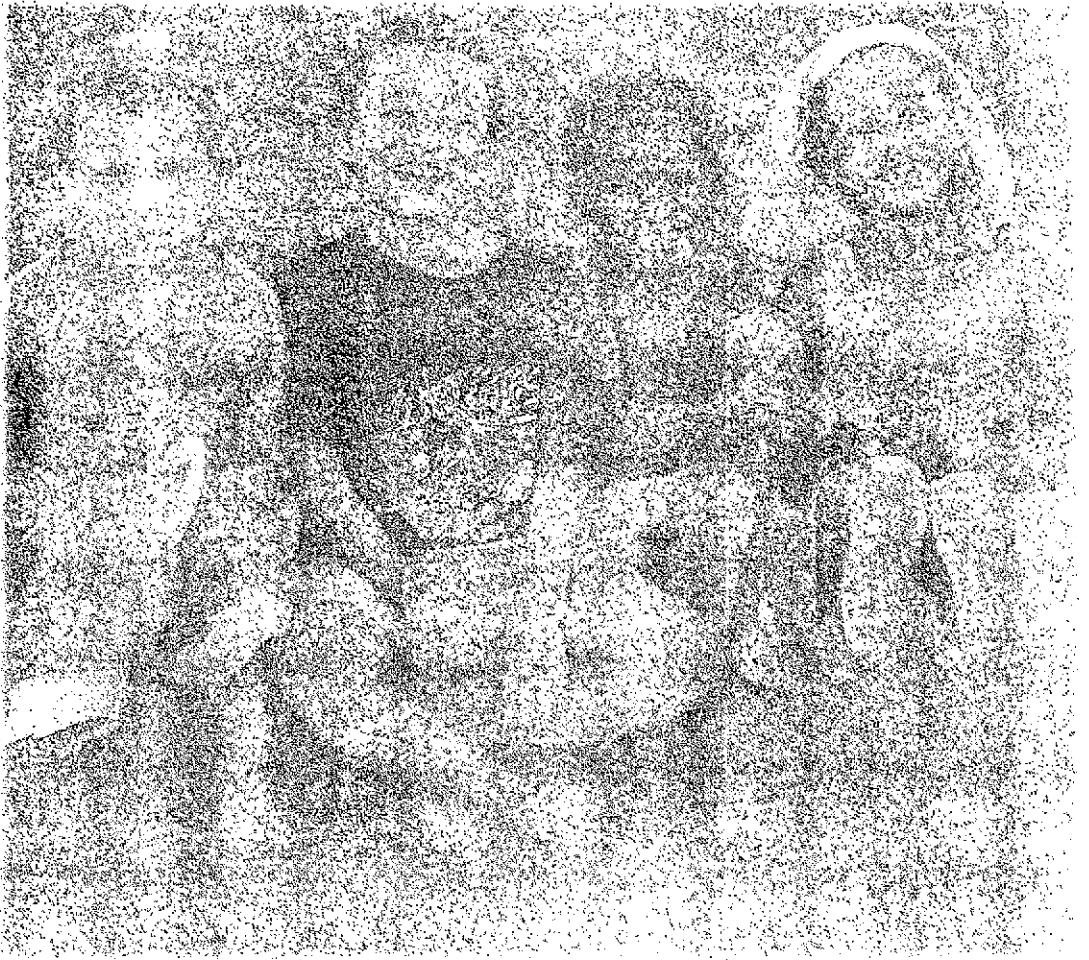
terizan por su naturaleza intersectorial (lo que significa que, a veces, aun el papel del sector salud necesita defenderse), por captar el interés de una amplia variedad de personajes y estar bajo su influencia y por ser sensibles a los procesos políticos. Estos proyectos, cuyo efecto es de carácter cualitativo, son los más difíciles de evaluar. Por una parte, no es fácil determinar con certeza la causalidad y su sentido; por otra, es difícil aislar los factores determinantes de los cambios, y atribuir los efectos a actores particulares.

Algunos ejemplos memorables de intervenciones eficientes y eficaces de esta naturaleza son las realizadas bajo la égida de la asistencia humanitaria, en respuesta a complejos desastres naturales o artificiales, y las dirigidas hacia la promoción de la salud, incluso un estilo de vida sano y el fomento de un medio ambiente saludable. Los ministros de salud de Centroamérica formularon el concepto de la salud como “puente para la paz” en los días en que esa zona era azotada por conflictos. Está bien documentado el hecho de que la capacidad de unirse para analizar y planear iniciativas de salud impulsó el proceso de paz y destacó los aspectos morales y éticos de la salud y la conservación de la vida. Se percibió claramente en esos momentos el interés mutuo que podría atenderse al adoptar métodos comunes para resolver problemas de salud. Además, la disposición del sector salud a establecer actividades conjuntas captó la imaginación de la comunidad internacional y logró canalizar una gran cantidad de recursos a ese campo. Ahora necesitamos movilizar la misma energía y construir un “puente para la equidad”.

Al usar los indicadores de este capítulo para describir y analizar la situación de salud de la Región, se ve el efecto de múltiples procesos socioeconómicos en el estado de salud de las poblaciones. Esta clase de análisis, que se origina en datos, facilita la identificación de diferencias y deficiencias importantes de salud existentes en la Región. También es de suma im-

portancia entender el efecto diferencial de varias intervenciones de los sectores público y privado en las condiciones de salud y de vida de la población. Aun así, las condiciones de salud existentes justifican sobradamente la necesidad de establecer políticas y programas que ayuden a subsanar la deficiencia de equidad en salud y, al mismo tiempo, permitan buscar mecanismos para ayudar a construir un sistema de atención de salud más equitativo y sostenible.

La Organización se ha comprometido a trabajar en la consolidación de los sistemas de información en los Países Miembros con el fin de que sirvan para documentar el efecto de las intervenciones de salud; la OPS también apoyará la formulación de políticas de salud que abran el camino hacia el desarrollo humano sostenible. Cuando los países trabajan en colaboración con organismos técnicos internacionales para abordar problemas de salud se puede lograr mucho para la población expuesta a riesgo.



CAPÍTULO II

Orientaciones estratégicas y programáticas


...emos que convertir las orientaciones estratégicas programáticas en un instrumento viviente y real de nuestro trabajo [...] Para nosotros, ellas constituyen el punto de referencia programático.

George A. O. Alleyne
Discurso inaugural
31 de enero de 1995

Ln este capítulo se rinde un informe sobre los logros más importantes de la cooperación técnica en relación con cada una de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas aprobadas por los Cuerpos Directivos para el período de 1995 a 1998.

Las orientaciones dirigen el trabajo que lleva a cabo la Organización para eliminar la inequidad en cuanto al acceso y cobertura de los servicios de salud y a las condiciones de salud a lo largo y ancho de la Región. Estas orientaciones reflejan no solo la planificación y programación de las labores de la Organización, sino también de la estructura de la Oficina. Asimismo, guían el trabajo de la Oficina a largo y mediano plazo, y señalan áreas de acción prioritarias a los Gobiernos Miembros. Por último, simultáneamente captan la realidad particular de la Región de las Américas y son el vínculo con los principios generales y direcciones del Noveno Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización se ha comprometido a evaluar su gestión a la luz de estas orientaciones, analizar la validez de las orientaciones mismas, y evaluar el avance hacia las metas que ellas establecen. El Informe Anual en su totalidad y en especial este capítulo se prepararon con miras a satisfacer estos compromisos.



La salud, el crecimiento económico, el medio ambiente y toda una gama de libertades personales están íntimamente vinculados en su aporte al desarrollo humano [...]

Los gastos en salud y educación son inversiones en el capital humano de una nación. [Sin embargo...] el alivio del sufrimiento y mejoramiento de la calidad de vida son objetivos primordiales por sí mismos.

Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998

LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

REFORMA DEL SECTOR SALUD

Las reformas del sector salud actualmente en marcha en las Américas reflejan los diferentes modelos y estrategias adoptados por los países para lograr cobertura universal con servicios de buena calidad y adaptados a las condiciones nacionales. La reforma del sector salud no puede seguir un plano único en toda la Región: es compleja y su ejecución entraña aspectos técnicos y administrativos y elementos políticos, económicos, sociales y culturales.

Independientemente de las variaciones de un país a otro, los procesos de reforma del sector salud en la Región deben compartir ciertos principios rectores que reflejen los de la reforma general del Estado: el Estado debe seguir siendo el órgano que establece las prioridades generales de salud, garantiza la atención de las necesidades esenciales de todos los ciudadanos y reasigna recursos escasos para corregir las desigualdades que sobrecargan a la mayoría de los sectores de la población desfavorecida.

El costo creciente de los servicios de atención de salud ha impulsado la mayor parte del interés en la reforma del sistema de atención de salud y el debate al respecto. En América Latina y el Caribe, alrededor de 6% del PIB se destina a la salud. En vista de ello, la cooperación técnica de la OPS en lo que respecta a la reforma del sector salud se ha basado en dos puntos: los servicios de salud propiamente dichos y el acceso equitativo a ellos. La igualdad de acceso implica que todos pagarán lo mismo por satisfacer necesidades de salud iguales. Para lograr esa equidad, la cooperación técnica de la Organización sigue dos amplios caminos: la organización y el financiamiento de los sistemas y servicios de salud.

La OPS ha recalcado particularmente el logro de la igualdad de género como parte del proceso de

reforma de la salud. Durante su vida, la mujer se enferma más que el hombre y las costumbres sociales le asignan el deber de cuidar a otros. Estos factores engendran necesidades particulares de salud de la mujer que es preciso puntualizar y abordar con el fin de distribuir equitativamente los recursos de salud a cada género.

La Región de las Américas parece ser la más activa de todas las Regiones de la OMS en la búsqueda de la reforma del sector salud. De hecho, a mediados de 1995 casi todos los países y territorios de la Región informaron que estaban emprendiendo reformas o considerando la posibilidad de alguna reforma de sus sistemas o políticas de salud o ambas cosas, según se indica en los informes presentados por los Gobiernos Miembros de la OPS a la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud celebrada en Washington, D.C., del 29 al 30 de septiembre de 1995. Además del papel central de la OPS, otros organismos como el BID, el Banco Mundial y la USAID también han participado activamente en este proceso.

Ya comienzan a verse los resultados concretos de aquellos procesos de reforma que se iniciaron hace algunos años; sin embargo todavía está por verse un cambio tangible como producto de los introducidos en época más reciente. Algunos países que ya han logrado tasas aceptables de cobertura de su población siguen emprendiendo reformas para lograr una mayor eficiencia sectorial y mantener el progreso alcanzado en materia de equidad. Con todo, para la mayoría de los países, el proceso de reforma representa una búsqueda para superar las desigualdades e ineficiencias profundamente arraigadas en sus respectivos sectores sanitarios.

A pesar de que hay una amplia variedad de sistemas nacionales de salud en los países, ciertos métodos de reforma aparecen una y otra vez. Por ejemplo, en la mitad de los países o territorios se

han tomado medidas de descentralización, se ha establecido o ampliado el sistema de seguro médico y se han adoptado planes de recuperación de costos en el sector público. Por otra parte, por lo menos un tercio de los países y territorios están considerando la posibilidad de adoptar un conjunto básico de servicios de salud, nuevas formas de contratación, descentralización presupuestaria, focalización del gasto público, autonomía de los hospitales y privatización selectiva. Un sexto de los países han adoptado nuevas políticas de fiscalización de medicamentos. La Organización debe entender y aprender a funcionar con esas diferencias y similitudes a medida que procura guiar los procesos de reforma en la Región hacia una mayor equidad, eficiencia y eficacia.

Por medio de sus representaciones, la OPS ha proporcionado apoyo directo a 26 procesos nacionales de reforma del sector salud en las Américas. Esta colaboración se ha dado de muchas formas, que comprenden defensa de intereses, asistencia técnica, seminarios y foros de formación de consenso, elaboración de modelos de atención de salud, diseño de sistemas e instrumentos de administración, adiestramiento de funcionarios nacionales, divulgación de información técnica e intercambio de información sobre experiencias nacionales de reforma. La cooperación de la OPS también ha tratado de que las instituciones de seguridad social participen de forma activa en el proceso. En 1995, este fue un objetivo en más de 10 países; asimismo, fue objeto de las actividades de cooperación subregionales, como las realizadas con el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social y el Convenio Andino sobre Seguridad Social.

Las representaciones han prestado la mayor parte de esta cooperación, complementada con apoyo de expertos de la Secretaría o contratados externamente. La presencia permanente de la Organización en los Países Miembros le da una cierta ventaja frente a otros organismos de cooperación, si bien también expone a la OPS a una demanda de colaboración casi constante.

Las misiones interprogramáticas de análisis y programación de los procesos de reforma represen-

taron una forma de apoyo especial a dichos procesos en 1995. Durante estas misiones, realizadas en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, los países del Caribe, la República Dominicana y Venezuela, los funcionarios de la Secretaría y las representaciones examinaron los procesos de reforma del sector salud con las respectivas autoridades y contrapartes nacionales. Como resultado de las misiones, se puntualizaron problemas y prepararon planes de acción conjuntos para resolverlos; esos planes delinearón la responsabilidad de cada parte en la ejecución de actividades. Se realizaron misiones ulteriores, con la participación de especialistas extranjeros de renombre internacional, a manera de seguimiento de los puntos acordados con las autoridades de los países participantes. En el Ecuador, se promovió también una reunión de los miembros del gabinete social y el Consejo Nacional de Salud que contó con la participación del Director de la OSP. Esa reunión permitió examinar con las altas esferas la función de la salud en el proceso de desarrollo del Ecuador, tema principal tratado también en una reunión del Director de la Oficina con el Presidente del Ecuador.

Se celebraron varios seminarios subregionales de alto nivel sobre reformas: en Costa Rica (en colaboración con el Banco Mundial y el BID), Jamaica (en colaboración con la Comunidad del Caribe [CARICOM]), Guatemala (copatrocinado por el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social), Washington, D.C. (copatrocinado por la OMS para los países más pobres de la Región) y Puerto Rico. También merecen citarse otras actividades nacionales, como los foros celebrados en Chile, Guatemala y la República Dominicana en los que hubo una amplia representación de todos los sectores políticos y sociales interesados.

Se llevaron a cabo otros talleres para promover el intercambio de experiencias de reforma entre las delegaciones de varios países. Se celebró una reunión en el Uruguay para compartir los conocimientos más pertinentes en la Región en cuanto a nuevas modalidades de organización y administración de servicios de salud y atención de salud administrada por terceros. Se publicó un libro

preparado por investigadores latinoamericanos sobre los sistemas de salud de los países industrializados en los que se realizan reformas. Para facilitar la divulgación de esta información en toda la Región se celebraron dos talleres en 1994, durante los cuales varios especialistas canadienses compartieron sus experiencias con sus homólogos de los ministerios de salud e instituciones de seguridad social de los países andinos (La Paz, Bolivia) y Centroamérica (Panamá). En 1995 se realizó un tercer ejercicio de esa clase en el que participaron una delegación del Canadá y un grupo de homólogos de Chile.

Es sorprendente que la reforma del sector salud reciba poca atención en los planes de estudio regulares de los programas de salud pública y administración sanitaria ofrecidos en toda la Región. Para corregir esa situación, se realizaron varias actividades orientadas particularmente hacia el adiestramiento de personal en varios campos relacionados con la reforma. Por medio de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFS) y con el apoyo del Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, la Administración de Desarrollo de Ultramar (ADU) del Reino Unido y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del Canadá, se celebraron más de 10 talleres de adiestramiento en este tema. Junto con el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), se celebró un taller para adiestrar asesores ministeriales y legisladores sobre los aspectos jurídicos de la reforma. En Chile se celebró una importante reunión sobre el futuro de los hospitales públicos en las Américas, que subrayó las tendencias recientes en cuanto a la autonomía de los hospitales. En Centroamérica se ofreció un taller sobre recursos humanos en la reforma del sector salud.

El trabajo de la REDEFS merece una cobertura especial dado que el adiestramiento que proporciona a participantes de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales es de gran alcance. Incluye unas 15 asociaciones o grupos económicos y financieros nacionales o subregionales, con un total de más de 500 personas afiliadas,

en su mayoría profesionales, administradores, investigadores y educadores interesados en economía y financiamiento de la salud o con experiencia en esos campos y que trabajan en instituciones públicas o privadas, nacionales o internacionales.

En los últimos años, esta red, apoyada por la OPS, el Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial y el CIESS, ha puesto en marcha con éxito un programa de trabajo mucho más intenso y diversificado que los programas realizados antes aisladamente por cada organismo. La REDEFS funciona actualmente con recursos del Banco Mundial, la OPS, la ADU, el CIID y otras fuentes nacionales, movilizados por sus afiliados. Si bien las asociaciones son cada vez más activas en la detección y atención de las necesidades nacionales de adiestramiento, los organismos están cambiando su papel y asumiendo una función subsidiaria en apoyo de las actividades de las asociaciones. Esta experiencia puede ser muy útil para el establecimiento y funcionamiento de la Red Interamericana de Reforma del Sector Salud, creada por mandato de la Cumbre de las Américas. Dada la escasez de recursos humanos debidamente capacitados, la red ha proporcionado un apoyo incalculable a los países en un campo en que la Región es particularmente vulnerable.

Se ha dedicado un esfuerzo concertado a buscar apoyo político para los procesos nacionales de reforma del sector salud. Seis países han establecido comisiones nacionales compuestas de representantes de los poderes ejecutivo y legislativo, el sector privado, universidades y organismos de cooperación, así como de proveedores y usuarios de servicios de salud. Esas comisiones sirven de foro donde los diversos grupos de interés pueden llegar a un consenso sobre la reforma, con lo que se facilita la preparación de propuestas y la formulación de proyectos de ley para presentar a los cuerpos legislativos correspondientes. También se han creado grupos de apoyo externo para los procesos nacionales, formados por representantes de los principales organismos de cooperación técnica y financiera que trabajan en los países.

El Comité Interagencial de Reforma del Sec-

tor Salud, constituido por representantes de la OPS, el Banco Mundial, el BID, la OEA, el UNICEF, la CEPAL, el FNUAP, la USAID y el Gobierno del Canadá, preparó y celebró la Reunión Especial sobre la Reforma del Sector Salud. Dicho Comité fue establecido a comienzos de 1995, después de una reunión del Director de la OPS, el Presidente del BID y el Vicepresidente del Banco Mundial para América Latina. La OPS es la Secretaria del Comité, que además, teniendo en cuenta las disposiciones de la Resolución 17 de la Cumbre de las Américas, incluye a participantes de otros organismos para ampliar su representatividad. De hecho, la preparación para la Cumbre propiamente dicha ha comprendido coordinación entre esos organismos con respecto a la reforma del sector salud.

El Comité Interagencial elaboró el documento de referencia, "Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud", que resume los factores determinantes de este proceso en las Américas y las situaciones en que el mismo se desarrolla; los marcos de referencia para la reforma; las dimensiones políticas y los problemas afrontados por los procesos nacionales, y la cooperación hemisférica para apoyar la reforma, que hace hincapié en la coordinación interinstitucional, el establecimiento de la Red Interamericana de Reforma del Sector Salud y la vigilancia de los procesos nacionales de reforma.

En la reunión especial hubo más de 400 representantes de gobiernos nacionales, parlamentos, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales, organismos de cooperación y centros de investigación. Dada la representación tan amplia de países y grupos de interés, es la actividad más importante de reforma del sector salud realizada hasta la fecha, y es ejemplo de coordinación interinstitucional fructífera en apoyo de la reforma. Durante la reunión, se identificó a los dirigentes y organizaciones interesados en la reforma regional y nacional, personas e instituciones que serán invaluable para las actividades de seguimiento en el futuro próximo.

La coordinación interinstitucional también permitió realizar otras actividades para desarrollar liderato para apoyar la reforma del sector salud. Entre ellas se destacan el seminario sobre competencia administrada promovido por el Banco Mundial (St. Michaels, Maryland), el seminario citado sobre reforma en América Central promovido por la OPS, el Banco Mundial y el BID (San José, Costa Rica) y la reunión de partes interesadas en el Estudio Regional sobre el Sector Salud del Caribe planeada por la OPS y el BID para enero de 1996 (Christ Church, Barbados). Las actividades previas de cooperación entre la OPS, el BID y el Banco Mundial habían llevado a celebrar la reunión sobre la reforma del sector salud de los países del Cono Sur y la Zona Andina (Buenos Aires, Argentina) en 1994.

Por último, la OPS y el BID, con el apoyo del Banco Mundial, el Banco de Desarrollo del Caribe y CARICOM, han venido realizando actividades relacionadas con el diseño y ejecución del Estudio Regional sobre el Sector Salud del Caribe. El estudio, que cuenta con apoyo de las autoridades de los países interesados, permitirá evaluar los problemas prioritarios del sector y los adelantos del proceso de reforma del sector nacional de salud. A su vez, esos conocimientos promoverán la formulación de criterios para adaptar las políticas nacionales y el apoyo externo.

INICIATIVAS DE INTEGRACIÓN REGIONAL

Las actividades de integración subregional y regional podrían acelerar mucho el progreso hacia el logro de los objetivos de reforma del sector salud. La OPS ha venido siguiendo los convenios del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA) y MERCOSUR, así como los procesos de integración de la Región Andina, Centroamérica y el Caribe, con especial atención a campos como la transferencia de tecnología, la reglamentación de alimentos y medicamentos, la comercialización de servicios, el ejercicio profesional, el acceso a la atención de salud, la salud y el medio ambiente, el turis-

mo y la salud ocupacional. A continuación se enumeran los puntos más destacados de las actividades promovidas en este sentido.

- En cooperación con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD), se realizó un estudio sobre el comercio internacional de la salud en América Latina y el Caribe.

- Se creó un grupo asesor interprogramático para abordar el efecto de la liberalización del comercio en asuntos relacionados con productos biológicos, dispositivos médicos, radiología, transferencia de tecnología, productos farmacéuticos, laboratorios e investigación. El grupo examinará sobre todo cómo se reglamenta la participación del sector privado y el efecto del Convenio sobre los Aspectos Comerciales de la Propiedad Intelectual surgido de la Ronda Uruguay del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT).

- Junto con el Centro de Estudio e Investigación sobre Derecho Sanitario de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, la Organización coordinó estudios destinados a investigar la función que podrían desempeñar organismos como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos de América en colaboración con la OPS para establecer un marco reglamentario para abordar los asuntos relacionados con la globalización de la economía.

- Se prestó apoyo técnico para poner en práctica el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

- Se examinó el proceso de integración europea con el fin de definir los parámetros comunes con las iniciativas de integración subregionales o regionales en marcha en las Américas.

En cuanto al MERCOSUR, la Organización, por medio de sus representaciones en Brasil, Paraguay y Uruguay ha trabajado en el análisis de normas aplicables a los productos farmacéuticos y médicos; también se colaboró en la formulación de planes y legislación sobre salud laboral.

La Organización ha venido cumpliendo activi-

dades relacionadas con el NAFTA desde 1992; especialmente con respecto a evaluar el efecto del Tratado en asuntos como las condiciones de salud de grupos de población especiales, incluso turistas, jubilados y trabajadores migratorios; la transferencia de tecnología; el desarrollo científico; el ejercicio profesional; la reforma del sector salud; y recursos humanos para la salud. Principalmente se ha tratado de asegurar que el Tratado de Libre Comercio y los demás procesos de integración regionales contemplen mantener la equidad y la dignidad humana a medida que establecen mecanismos de intercambio comercial.

La OPS se preocupa también por los asuntos relacionados con el medio ambiente y la conservación de un medio de trabajo sano. Como consecuencia, apoya iniciativas con arreglo al NAFTA destinadas a examinar el marco jurídico existente para garantizar condiciones laborales seguras, especialmente las que afectan la salud de la mujer y tienen que ver con asuntos de género.

Al trabajar por medio de la Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos, la Organización también ha participado en una iniciativa que unió a una red interdisciplinaria de investigadores y educadores en el consorcio de "Universidades por un Ambiente Fronterizo más Saludable". El grupo evaluará los cambios ocurridos y previstos a lo largo de las fronteras de los Estados Unidos, México y el Canadá como resultado del Tratado de Libre Comercio. De mayor preocupación es la posibilidad de que, como consecuencia del Tratado, aumente la contaminación y, por ende, se exacerben los problemas de salud de origen ecológico que surgen del rápido crecimiento económico y demográfico. Aunque en un principio la meta estaba dada por las condiciones imperantes a lo largo de las fronteras, actualmente también hay preocupación por la observancia de las leyes ambientales y ocupacionales de los países que mantienen relaciones comerciales entre sí y por que sus sistemas de atención de salud no se vean comprometidos; cualquier cambio proveniente del Tratado debe beneficiar a los tres países.

En agosto de 1995, la Organización y el Sis-

tema de Integración Centroamericano (SICA) firmaron un acuerdo de cooperación en virtud del cual se comprometieron a colaborar mutuamente y con otros organismos en actividades relacionadas con la Fuerza de Solidaridad Institucional Centroamericana, la segunda exhibición del SICA sobre Integración y Desarrollo Sostenible y el fortalecimiento de los sistemas de salud fronterizos. Este acuerdo consolida la fructífera asociación entre la OPS y el SICA, que desde 1993 ha permitido realizar actividades de cooperación técnica como el Programa de Nutrición y Seguridad Alimentaria en Centroamérica y otras actividades con arreglo al Plan de Fronteras Amistosas ejecutado dentro del marco de la Alianza para el Desarrollo Sostenible.

La cooperación con CARICOM representó un logro histórico para los Ministros de Salud de esa comunidad. La OPS preparó los documentos de trabajo de la reunión especial de Ministros de Salud de CARICOM para discutir la prestación de servicios de salud en el Caribe y se encargó de coordinarla. En una reunión celebrada en Montego Bay, Jamaica, en noviembre de 1995, se preparó la declaración de la perspectiva a largo plazo de la subregión en materia de atención de salud, y los Ministros decidieron tomar varias medidas de racionalización y uso compartido de servicios secundarios y terciarios; ya se han realizado varios proyectos.

Las reuniones de consulta sobre la reforma del sector salud facilitadas por la Oficina de Coordinación del Programa en el Caribe en varios países del Caribe Oriental fueron una actividad de suma importancia que culminaron con la reunión especial. Estas reuniones de consulta ayudaron a preparar a los países para la de Montego Bay y facilitaron la preparación de informes de país sobre la reforma del sector salud presentados en la sesión especial sobre ese tema durante la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo en 1995.

REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y POLÍTICA SOCIAL

Como se indicó en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1995-1998, la Organi-

zación ha tratado de fortalecer la capacidad de los países para analizar y formular políticas y planes de salud que sean parte de las estrategias nacionales de desarrollo humano y compatibles con ellas. Para alcanzar este objetivo, la OPS movilizó a varios actores que podrían influir en el logro de esas políticas en los ámbitos nacional y regional.

Muchos han señalado a la pobreza en particular como causa básica prevenible de enfermedad y muerte en la Región y aun en el mundo. La OPS ha buscado activamente y señalado estrategias de reducción de la pobreza. Con ese fin, patrocinó varios estudios de reducción de la pobreza en Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, México, República Dominicana, Venezuela y los países del Caribe Oriental. La OPS publicó varios trabajos sobre los resultados de los estudios. Estos se presentaron en el Seminario sobre la Reducción de la Pobreza y la Política Social en el Caribe: El Papel de la Salud y la Educación, celebrado en Trinidad y Tabago del 20 al 24 de marzo y patrocinado por la OPS, el BID, el PNUD, el Banco Mundial, el Banco de Desarrollo del Caribe y CARICOM.

El seminario cumplió con los compromisos contraídos en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, celebrado en ese mismo mes en Copenhague, Dinamarca, y también abordó el tema de la pobreza y la política social. Se examinó la relación entre costo y eficacia de las inversiones en recursos humanos, educación y salud por considerarse que estos elementos son fundamentales para un programa de reducción de la pobreza en las Américas. También se subrayó la necesidad de explorar las estrategias intersectoriales para reducir la pobreza.

Los 92 asistentes al seminario analizaron la forma de identificar a los pobres y de definir y evaluar la pobreza y sus causas. También propusieron prioridades de política para reducirla y encontraron formas en que podrían colaborar los organismos entre sí para lograrlo. Como producto de esta actividad la OPS ha planeado varios seminarios y sesiones de capacitación.

Algunas prioridades de política asignaron un significado especial a las políticas de salud y edu-

cación dentro de las estrategias de reducción de la pobreza; otras abordaron mejoras del proceso de adopción de decisiones, el fortalecimiento de la capacidad en las esferas central y local, la racionalización del acopio de datos, la participación de las organizaciones no gubernamentales y el sector privado en la planificación y puesta en práctica de actividades de reducción de la pobreza, la formulación del conjunto apropiado de políticas económicas y sociales para incrementar la equidad, y la incorporación en los procesos de formulación de política de las lecciones aprendidas de las estrategias de adaptación de los pobres. Se asignó a la OPS la responsabilidad de hacer el seguimiento de las actividades de difusión de información sobre las recomendaciones de análisis y política y de sensibilizar al público destinatario con respecto a opciones pertinentes para la reducción de la pobreza.

La OPS ha recurrido a varias estrategias para ejecutar sus actividades de cooperación técnica con los países. Algunas, como la cooperación técnica entre los países, se han usado de una u otra forma desde los primeros días de la Organización. Esta estrategia fomenta el establecimiento de redes entre los países para que puedan intercambiar experiencias en campos similares y compartir conocimientos técnicos para solucionar un problema dado.

Otro enfoque promueve iniciativas sub-regionales, como las de Cooperación Andina en Salud, la Cooperación para la Salud en el Caribe, la Iniciativa del Cono Sur y la Iniciativa de Salud de Centroamérica para intensificar la cooperación entre los países.

La OMS, por conducto de la OPS, también ha realizado un programa especial de cooperación intensificada con los países menos desarrollados. Por medio de esta iniciativa, la Oficina Regional apoya a las representaciones para que estas puedan canalizar su cooperación técnica hacia la solución del problema de la pobreza y sus consecuencias sanitarias. En este empeño se sigue un método que promueve un amplio fortalecimiento de la capacidad nacional adaptado a las necesidades de cada

país. En la Región de las Américas, Bolivia, Cuba, Guatemala, Guyana y Haití son parte de esta cooperación técnica intensificada.

BIOÉTICA

Hoy en día, la bioética abarca asuntos que van más allá de la medicina clínica y la investigación y ha llegado a comprender cuestiones como asignación de recursos, prestación de servicios de salud y uso de recursos ambientales. En lo que respecta a bioética, los Cuerpos Directivos de la OPS emitieron un mandato para que la Organización cooperara con los Gobiernos Miembros y sus entidades públicas y privadas en el desarrollo conceptual, normativo y aplicado de la disciplina en su relación con la salud.

Para cumplir con este mandato, la OPS se ha esforzado por divulgar los principios de bioética por medio de actividades educativas y de adiestramiento centrados en la ética relativa a asuntos clínicos, investigación y salud pública, así como por medio de una campaña de divulgación bien cimentada.

La Organización también publica un boletín informativo que se distribuye en toda la Región y ha establecido una colección bibliográfica que incluye listas de leyes sobre transplante de órganos, fecundación *in vitro*, el genoma humano y declaraciones y códigos de órganos internacionales. La OPS ha mantenido activamente intercambios con instituciones hermanas en toda la Región y el mundo, como el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO.

CIENCIA Y TECNOLOGÍA

La Organización ha procurado incorporar los adelantos científicos y tecnológicos relacionados con la salud en las actividades de desarrollo de la Región, integrar sus procesos de producción científica y distribución, y promover la investigación en campos que reflejen las orientaciones de política para el cuatrienio.

A medida que los países trabajen por cumplir con esos objetivos, se necesitarán líderes para inves-

tigar y documentar los problemas de salud de cada país y el contexto socioeconómico, político y cultural particular en que ocurren. A su vez, esta investigación puede emplearse para guiar a las autoridades en su empeño por mejorar las condiciones existentes en sus países.

En un estudio coordinado por la OPS se examinaron 10.974 proyectos de investigación realizados entre 1987 y 1989 en Argentina, Brasil, Cuba, México y Venezuela. El porcentaje de estos proyectos dedicado a la salud pública era bajo y se situaba entre 12 y 20% y, a todas luces, predominaban las investigaciones biomédicas y clínicas. Otros datos muestran que el número de trabajos de investigación sobre salud pública que llega a publicarse es aún menor. Lo mismo ocurre con los artículos sobre el tema que aparecen en publicaciones periódicas regulares de salud pública.

En reconocimiento de la importancia de ampliar la capacidad individual e institucional de investigación sobre salud pública, la OPS y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del Canadá han establecido un programa que ofrece subvenciones para adiestramiento en investigaciones sobre salud pública. En esa iniciativa se propone adiestrar líderes en investigación sobre salud pública ofreciendo a los donatarios la oportunidad de obtener una formación superior en ese campo y la posibilidad de recibir fondos suplementarios para realizar un proyecto de investigación. Dado su enfoque en investigación aplicada y el fortalecimiento de las instituciones e individuos dedicados a la investigación, la iniciativa se destina a mejorar el proceso de adopción de decisiones de los países de la Región y, con ello, la salud de la población. Por medio del programa, varios candidatos selectos reciben una subvención que les permite pasar un año en una importante institución académica o de investigación fuera de su país de origen y recibir asistencia técnica para preparar un protocolo de investigación.

Una actividad complementaria se destina a estimular la investigación sobre sistemas y servicios de salud, incluso estudios sobre el sistema

de salud propiamente dicho o cualquiera de sus elementos. Esta investigación tiene por fin generar conocimientos que puedan ayudar a reencauzar o reorganizar el sistema de salud con el fin de lograr equidad, eficiencia y eficacia lo más pronto posible.

La Organización también abrió un concurso de investigación al que invitó a varios historiadores a presentar proyectos de investigación original, en los que se analizaran las actividades de reforma del sistema de salud de la Región con una perspectiva histórica. Es de esperar que la investigación que emane de este concurso estimule un análisis más profundo de las diversas opciones políticas, técnicas y sociales que surgen del proceso de reforma de la salud.

Dada la importancia de la biotecnología para el desarrollo científico y tecnológico y la resolución de los problemas de salud en los países de la Región, la OPS, junto con el Centro Internacional John E. Fogarty para el Estudio Avanzado de las Ciencias de la Salud de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, concede subvenciones para capacitación en investigación sobre biotecnología. Este programa ofrece a investigadores de América Latina y el Caribe la oportunidad de adiestrarse en la aplicación de métodos y técnicas de biotecnología, así como apoyo financiero para realizar proyectos de investigación en determinados campos. Además, el programa tiene por objeto fortalecer las instituciones de investigación y estimular la cooperación técnica entre los países.

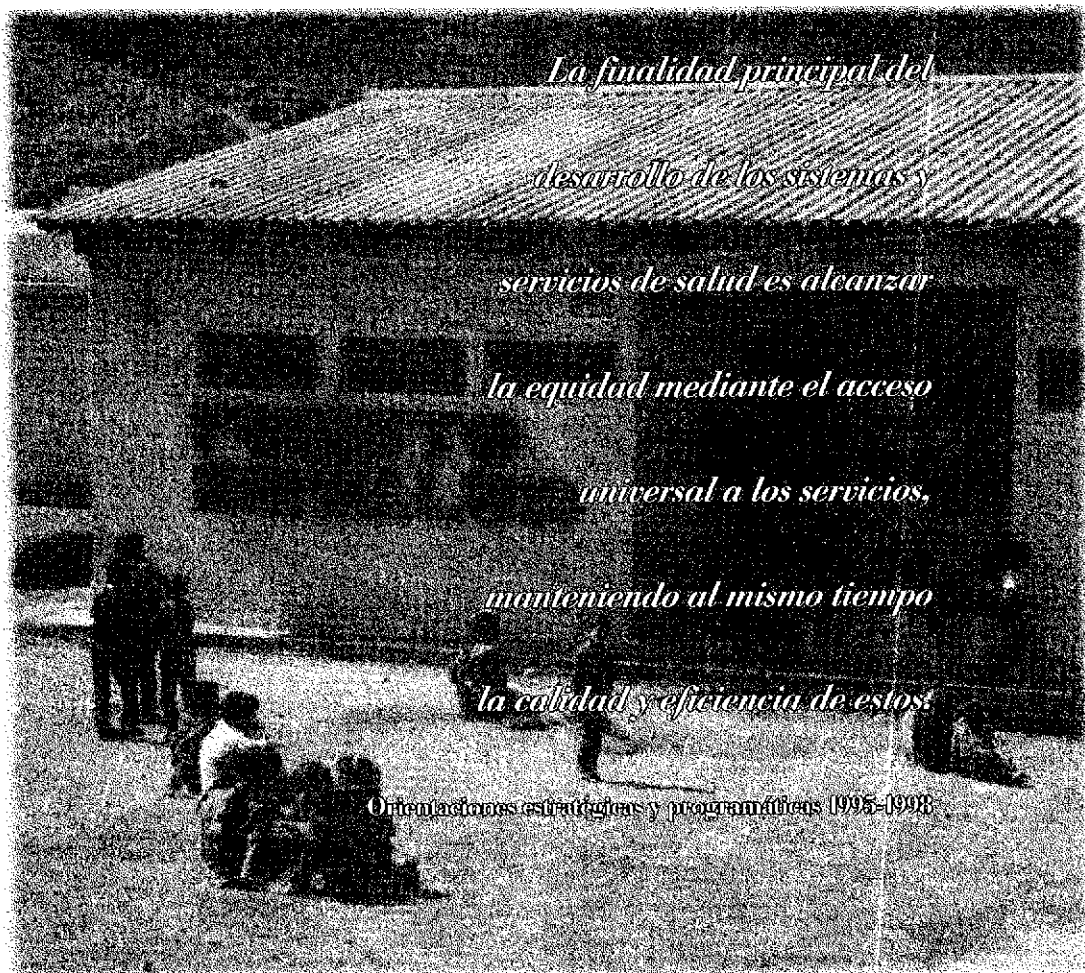
También se ha dado prioridad a ampliar la capacidad de los países para producir las vacunas y los productos biológicos necesarios para abordar los principales problemas de salud. En consecuencia, la OPS ha fortalecido la relación existente entre los gobiernos y los fabricantes de vacunas en las Américas, con el fin de garantizar la calidad de las vacunas empleadas por los Gobiernos Miembros en sus programas de inmunización regulares. Esta estrategia aborda la gran diversidad que se encuentra en la Región en cuanto a políticas y prácticas de producción de vacunas y sistemas de control de

calidad, y sirve de mecanismo suplementario para mejorar y armonizar el Sistema Regional de Vacunas (SIREVA). Si bien algunos países no tienen todavía autoridades nacionales de control bien definidas para asegurar que los fabricantes observen las normas establecidas, los países productores de vacunas ya han organizado laboratorios nacionales de control de la calidad.

Se ha hecho hincapié en la organización de administraciones nacionales de control de calidad en toda la Región y el establecimiento de laboratorios nacionales de control de la calidad en los países productores de vacunas, así como en la formación gradual de una Red Regional de Laboratorios Nacionales de Control de la Calidad de las Vacunas. Al establecer una red regional con los ocho países productores de vacunas donde hay laboratorios nacionales de control de la calidad, la OPS ayuda a unir a los países de las Américas para armonizar las actividades de reglamentación, los

procedimientos de control y diversas metodologías, y para preparar reactivos normales de referencia. Estas iniciativas han recibido apoyo de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y la USAID.

Se estableció un comité asesor técnico para vigilar las actividades de la red. Se ha dado importancia a la preparación y normalización de reactivos regionales de referencia, comenzando con los que se necesitan para el control de las vacunas actualmente incluidas en los programas nacionales de inmunización. La coordinación de estudios conjuntos para cada vacuna de referencia se ha asignado a un laboratorio particular de control de calidad. Se establecerá una red electrónica en apoyo a esos objetivos. La red vinculará a todos los laboratorios miembros y facilitará el intercambio de experiencias y resultados relacionados con el trabajo de investigación y desarrollo de los métodos de producción y control de calidad de las vacunas.



*La finalidad principal del
desarrollo de los sistemas y
servicios de salud es alcanzar
la equidad mediante el acceso
universal a los servicios,
manteniendo al mismo tiempo
la calidad y eficiencia de estos.*

Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998

DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

La cooperación de la Organización en la reforma del sector salud ha tenido dos ejes: el financiamiento del sector sanitario y la reorganización y transformación de los servicios de salud. El último punto, sobre el cual se ha centrado la reforma, es el objetivo de la cooperación técnica presentada en esta sección.

Como estrategia clave en la reforma del sector salud, los países han tratado de mantener y, en lo posible, adelantar varias medidas de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud. Por lo general, estas actividades han tenido por objeto ampliar la capacidad local para tomar decisiones al intensificar la participación de la comunidad por medio de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; también se emplea un enfoque intersectorial para respaldar la descentralización. Este enfoque ha entrañado el establecimiento de coordinación y de vínculos entre los sectores público y privado, ha fomentado una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y ha servido para entablar relaciones de trabajo con otros sectores cuyas políticas repercuten en la salud de las poblaciones, como los de abastecimiento de agua, saneamiento y educación.

Para tratar de los efectos de la descentralización, en la reforma del sector salud se aborda la necesidad de hacer que el nivel central, ya sea un ministerio o un departamento de salud, asuma la responsabilidad de dirigir el proceso. Los deberes del nivel central se han sometido a un examen cada vez más minucioso y se están modificando para garantizar que se mantenga la equidad y que se coordinen los sistemas de atención de salud con su pluralidad de funciones. Estas funciones incluyen formulación y desarrollo de políticas, inversión, reglamentación, normalización y control de actividades, identificación y selección de mecanismos de financiamiento, desarrollo de tecnología, suministro de medicamentos, desarrollo del personal y normas para el ejercicio profesional.

Si se desea lograr equidad en la prestación de servicios de salud, esta debe atender los problemas y necesidades particulares de varios subgrupos de población. Pocos disputarían la afirmación de que en la toma de decisiones clínicas influyen no solo el conocimiento científico, sino también factores como la clase social, el grado de escolaridad, la raza, la edad, el ingreso y el género, todos ellos particulares de la cultura.

Puesto que los servicios de salud se encargan de reducir al mínimo los impedimentos para atender las necesidades propias de diferentes subgrupos de la población, el asegurarse de lograr equidad a través de las líneas de género y origen étnico pasa a ser un aspecto pertinente de la investigación y gestión de la evaluación de la calidad. La OPS ha emprendido la tarea de determinar si los factores relacionados con el género afectan adversamente a la calidad de la atención y, en caso afirmativo, evaluar cómo se manifiesta su influencia y hasta qué punto llega.

ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD COMO PARTE DE LA REFORMA DEL SECTOR

Como objetivo central, la reorganización de los servicios de salud busca desarrollar una capacidad de decisión más amplia y mejor en la esfera local. Para lograrlo, es preciso mejorar la aptitud de gestión, organización y administración, así como ampliar la capacidad de respuesta técnica de cada servicio prestado.

Con miras a dar apoyo a los Gobiernos Miembros para hacer los cambios necesarios que lleven a lograr equidad en el acceso a servicios de salud eficientes y de buena calidad, la Organización ha cooperado para fortalecer el liderazgo que se requiere para realizar y conducir la transformación de los servicios de salud. Con ese fin, la OPS produjo y divulgó documentos técnicos sobre reforma y análisis

ción y mantener los adelantos logrados en la organización, el funcionamiento y el manejo de los servicios. Todas las propuestas de inversión y desarrollo institucional que apoyan los procesos de reforma tienen importantes elementos de desarrollo de recursos humanos.

En 1995 se actualizó y proporcionó a los países una metodología de educación continua. Varios funcionarios nacionales trabajaron en la redacción de la propuesta, que incorpora experiencias recientes y avances metodológicos que aprovechan los últimos adelantos en tecnología multimedios y de comunicaciones. También se realizaron actividades para fortalecer la capacidad nacional de ofrecer adiestramiento en servicio y educación continua al personal de salud y educación encargado de la capacitación, a manera de apoyo a los procesos de reforma. El Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP) formuló una propuesta para preparar, validar y realizar evaluaciones de desempeño del personal de los equipos locales de salud; dicha propuesta se utilizó bastante en América Central y la República Dominicana y se empleará en otros países. Las bases de datos dentro de la red de información bibliográfica sobre recursos humanos incorporaron temas críticos relacionados con la reforma sectorial; se inició un proyecto de educación a distancia en la Internet elaborado por el Programa de Recursos Humanos.

Desde 1990, la OPS ha estado analizando la teoría y la práctica de la salud pública en las Américas para definir un plan de cooperación con las instituciones educativas que ofrecen programas de salud pública en la Región. Este plan se presentó en la Reunión Interregional sobre la Nueva Salud Pública, celebrada por la OMS en Cinebra, Suiza, del 27 al 30 de noviembre de 1995, donde se consolidaron los aportes de las diferentes regiones.

También se desplegó un magno esfuerzo para establecer mecanismos de reglamentación y acreditación de facultades de enfermería o fortalecer los existentes con miras a apoyar los procesos de integración subregional, como la Comisión Tripartita Subregional sobre Acreditación (Canadá, Estados Unidos y México). Cabe destacar, además, que se

hizo un estudio de las características básicas de 48 programas de educación superior en enfermería en Brasil, Canadá, el Caribe de habla inglesa, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Panamá, Perú y Venezuela.

TECNOLOGÍA Y MEDICAMENTOS ESENCIALES

La Organización emprendió actividades relacionadas con sistemas de información, medicamentos, técnicas de diagnóstico por imagen y organización de bancos de sangre para fortalecer la tecnología e infraestructura de los servicios de salud.

Durante 1995 se estableció en la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud un programa que se encarga de promover, coordinar y apoyar los sistemas de información para administrar el sector salud y de ofrecer orientación sobre la tecnología relacionada con ese campo. Ese programa permite que la Secretaría dirija la cooperación técnica, en particular, hacia sistemas y tecnología que apuntalen el funcionamiento y gestión diarios de dispensarios, hospitales y servicios de apoyo a la atención directa, especialmente en lo que respecta a mejorar los sistemas de información para la operación y gestión de los servicios de salud locales y de distrito.

Los aspectos funcionales de los sistemas y la tecnología de información, que constituyen una estrategia fundamental en este empeño, se usan como instrumento para la operación y gerencia de los servicios de salud, incluso para los procesos de planificación, programación, ejecución y evaluación. También se consideran de importancia los mecanismos de mantenimiento de registros médicos e institucionales, los procesos informáticos y la normalización de las definiciones de datos. Como parte de esta estrategia se divulgan conocimientos sobre oportunidades en materia de sistemas y tecnología de información, y se fomenta el intercambio de experiencias, se da colaboración para seleccionar sistemas y tecnología de información apropiados y se apoya el establecimiento de sistemas de infor-

mación destinados al funcionamiento y gerencia de los servicios de salud.

Con el fin de ampliar la capacidad de los países para generar información útil a partir de los datos acopiados en los servicios de salud comunitarios, la Organización ha participado en un proyecto cuadrienal con Barbados y los países del Caribe Oriental para mejorar los sistemas de gestión de información en esos servicios. Se diseñaron, prepararon, ensayaron y pusieron en práctica varios programas computarizados; se realizaron actividades de educación y adiestramiento de usuarios en todos los niveles; y se establecieron unidades de información de salud en cada país participante. Varios organismos colaboraron también en la ejecución de este proyecto, incluidos el Instituto de Salud Ambiental del Caribe, la Comunidad del Caribe, la Organización de Estados del Caribe Oriental, la USAID, la Oficina de Cooperación Francesa y la Dirección de Desarrollo de Ultramar del Reino Unido.

La Organización contribuyó a la instalación del Sistema de Información Automatizado de Medicamentos (SIAMED) en Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela. Este programa computarizado se elaboró de forma que las instituciones y los organismos interesados en la reglamentación farmacéutica tuvieran acceso a un sistema de bajo costo, que pudiera adaptarse con facilidad a las condiciones locales, y sirviera para incrementar su eficiencia. Por otra parte, y dado que el sector farmacéutico ha sido directamente afectado por el marcado cambio de los países hacia economías de libre mercado, la cooperación de la OPS ha tratado de asegurar que las consideraciones de índole comercial no anulen los criterios de calidad, inocuidad, eficacia y disponibilidad de esos suministros farmacéuticos. El apoyo para armonizar la reglamentación de medicamentos que ha surgido de varias iniciativas subregionales de integración económica y comercial ha sido un aspecto importante de la cooperación en este campo.

Con la coordinación de la Comisión Asesora de

Medicamentos del Convenio Hipólito Unanue y por medio del trabajo de grupos técnicos formados expresamente para trabajar en este asunto, se llegó a un acuerdo sobre los requisitos comunes y un formulario estándar de solicitud de registro para fines de reglamentación de medicamentos. Se comenzaron a revisar las normas de diferentes grupos farmacológicos con el fin de normalizar y establecer una base común entre los países. Ese ejercicio ha servido para poner en marcha el Registro Andino de Medicamentos aprobado por los ministros de salud de la zona. Por otra parte, en América Central se recaló la importancia de definir y reconocer oficialmente las normas nacionales de las prácticas adecuadas de fabricación de fármacos para llegar a una base común que fuera compatible con las normas internacionales. También ha continuado el trabajo de preparación de normas comunes para el registro de medicamentos en América Central. Tanto en esta última subregión como en la Andina, el trabajo de la OPS entraña movilizar recursos nacionales, promover la cooperación entre países y apuntalar el trabajo de grupos técnicos. Durante el año, se hizo un gran esfuerzo por conseguir los recursos necesarios para continuar con estas actividades en el futuro. La OPS también ofrece cooperación técnica al programa para el adiestramiento de inspectores farmacéuticos en los países del MERCOSUR. Se preparó una publicación que indica la situación actual y los adelantos y limitaciones de la tarea de armonizar la reglamentación de medicamentos en cada subregión.

En lo que respecta a salud radiológica, el mayor efecto en los países se logró con la divulgación de las "Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra las radiaciones ionizantes y para la seguridad de las fuentes de radiación". Esta actividad comprendió examinar la legislación y los reglamentos nacionales sobre radiación, dar enseñanza sobre el tema en cursos de capacitación, congresos y conferencias, y modificar las publicaciones de la OPS actualmente en preparación para garantizar su coherencia con dichas Normas. Se enviaron las recomendaciones sobre adopción de las mismas a las autoridades

nacionales de Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Honduras, México, Nicaragua y República Dominicana, y como resultado, las secretarías de salud de México y de Honduras establecieron una unidad de salud radiológica.

Los principales logros en materia de servicios de salud fueron los estudios para elevar el nivel de prestación de los servicios de diagnóstico por imágenes en Haití y el Caribe Oriental y la iniciación de un proyecto conjunto con el Organismo Internacional de Energía Atómica para mejorar la radioterapia en 17 países latinoamericanos; este proyecto tiene por objeto complementar el programa de intercomparación postal de dosimetría, iniciado hace 30 años, que permite verificar la calibración de equipos de radioterapia. El proyecto se coordinará con los programas de cáncer para responder a una concepción integral de atención al paciente que abarque desde la detección hasta el tratamiento.

La capacidad que tienen los servicios de detectar agentes patógenos en la sangre donada reviste importancia crítica para prevenir las infecciones transmitidas por transfusiones sanguíneas y para el funcionamiento de los bancos y servicios de transfusión de sangre. En ese campo, la OPS ha prestado colaboración para ampliar la cobertura y mejorar la eficiencia de los análisis serológicos de la sangre empleada para transfusiones.

Con ese fin, la Organización estableció en 1995 una red regional de garantía de la calidad de la serología para prevenir las infecciones transmitidas por transfusión. El Hemocentro de São Paulo, Brasil, es el eje de la red. Allí se ha adiestrado personal de Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá en la preparación de paneles de vigilancia de suero con reactivos sanguíneos. Además, se realizó la primera encuesta de los resultados de la serología en los bancos nacionales de sangre de referencia en los ocho países. Todos los países han comenzado a establecer sistemas nacionales de garantía de la calidad de la serología de las infecciones transmitidas por transfusión sanguínea, por medio de los cuales los bancos nacionales de referencia adiestrarán a profesionales de cada localidad y realizarán evaluaciones

externas de los resultados de los análisis serológicos hechos en los bancos de sangre del país.

PREPARATIVOS PARA DESASTRES Y MITIGACIÓN DE SUS EFECTOS

Desde 1960, los desastres naturales ocurridos en América Latina y el Caribe han dejado un saldo de 180.000 muertos y causado daños a la propiedad por un valor aproximado de US\$ 54.000 millones. El sector salud ha sido particularmente vulnerable: los huracanes Gilbert (Jamaica, 1988) y Luis y Marilyn (Antigua y Barbuda, Saint Kitts y Nevis, San Martín y otras islas, septiembre de 1995) y los terremotos de México (1985), El Salvador (1986) y Costa Rica y Panamá (1991) devastaron hospitales y centros de salud precisamente en el momento en que más se necesitaban. La CEPAL estima que entre 1985 y 1988 el sector salud perdió unos \$1.900 millones como consecuencia de los desastres naturales.

En América Latina y el Caribe hay unos 15.000 hospitales, y hasta 50% podrían estar localizados en zonas de alto riesgo. Muchos de esos establecimientos no tienen planes de emergencia ni programas para mitigar los efectos de los desastres, como tampoco una estructura apropiada para resistir terremotos o huracanes fuertes. La Organización está profundamente preocupada por el peligro que presenta esa situación para la salud de las poblaciones y el bienestar económico de los países. Por ende, para salvar vidas y garantizar que los servicios de salud puedan seguir funcionando en situaciones de emergencia, la OPS ha trabajado con los Países Miembros y organizaciones internacionales, regionales y subregionales con miras a adoptar políticas regionales y nacionales para reducir la vulnerabilidad de los hospitales existentes o planeados a los huracanes, terremotos y otros peligros.

En 1991, la OPS ideó el Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA), un instrumento expresamente creado para ayudar a introducir orden y eficiencia en el inventario, la clasificación y la distribución de suministros de emergencia después de un desastre.

Hasta la fecha, se ha enseñado a unas 1.300 personas que trabajan en los sectores de salud, defensa civil, la Cruz Roja y otros a usar el SUMA en América Latina y el Caribe. En mayo de 1995, se hizo una demostración del SUMA como parte del ejercicio *Tradewinds*, actividad celebrada anualmente en el Caribe en que se simula un desastre con muchos peligros para fines de adiestramiento de las fuerzas de defensa y organismos de respuesta a emergencias de esa subregión. En septiembre, después del huracán Luis, se activó el SUMA en Antigua, Saint Kitts y Nevis, San Martín y Curazao, a pedido de los respectivos gobiernos.

La reputación y utilidad de la OPS en gestión de desastres ha traspasado las fronteras de la Región. En diciembre, se llevó a cabo una misión conjunta de la Oficina Regional de la OMS para Europa y la OPS en Bosnia-Herzegovina para evaluar el sistema de gestión de suministros de socorro empleado en la zona en ese momento; se propusieron mejoras y se exploró el uso de otras metodologías. Uno de los principales problemas señalados fue la dificultad de intercambio de información entre los muchos organismos de asistencia humanitaria, ya que sus sistemas de información no están normalizados.

Como la gestión de información es el núcleo de la administración de desastres, la OPS trabaja para abrir el mundo de la Internet y la World Wide Web a los administradores locales de desastres. Este acceso proporciona una forma rápida, económica y segura de comunicación de esos administradores con especialistas de diferentes instituciones o países y diversos sectores. Al hacerlo se introduce un mecanismo de intercambio de información y se crea un grupo de usuarios competentes y contribuyentes, que utilizarán las redes electrónicas de información sobre desastres para mejorar la administración local respectiva.


SALUD BUCODENTAL

En 1995 se puso en marcha el Plan Multianual de Fluoración para la Región. Este plan incorpora intervenciones de amplio alcance, rentables y con grandes posibilidades de autosostenibilidad a corto plazo, como los programas masivos de fluoración de la sal y el agua. Estas son las principales estrategias que se emplearán para alcanzar la meta regional de la OMS de un índice de menos de 3,0 dientes cariados, perdidos u obturados por persona en el año 2000.

Una evaluación del efecto del programa nacional de fluoración de la sal en Jamaica reveló una reducción general de la caries dental superior a 83%; asimismo, se encontró que 86% de los niños menores de 6 años estaban exentos de caries. Actualmente se realiza una evaluación similar en México.

Por su parte, Bolivia lanzó su programa nacional de fluoración de la sal y el Ecuador comenzó a producir sal fluorada. Se establecieron sistemas de vigilancia epidemiológica para programas de fluoración en cinco países y se hicieron encuestas nacionales de prevalencia de caries y enfermedad periodontal y cobertura de servicios en otros cinco. Concluyeron varios estudios básicos de la excreción de fluoruro en la orina y la concentración de fluoruro en el agua en dos países. La OPS colaboró en el diseño de los estudios y el acopio y análisis de los datos.

El adiestramiento de dentistas de las principales facultades de odontología de la Región Andina y Centroamérica también fue un adelanto importante en el campo de la salud bucodental. En la formación se incorporó destacadamente el tema del VIH y la hepatitis B al currículo universitario. En 1995 se adiestró a más de 2.000 profesionales en cuanto al VIH y se distribuyeron en toda la Región más de 8.500 ejemplares de una publicación sobre el efecto de esa infección en el ejercicio de la odontología.



Muchos de los factores asociados [con los problemas de salud] tienen que ver con estilos de vida, conceptos culturales y actitudes hacia la salud y la enfermedad. [Por lo tanto...] es necesario realizar esfuerzos para promover una cultura de salud a nivel local, aplicando estrategias tales como la promoción del concepto de ciudades o comunidades sanas, con miras a conseguir el más amplio apoyo posible para el logro de las metas de salud [...]

Los trastornos de la salud y las lesiones causados por la violencia o el abuso de sustancias nocivas [...] y comportamientos perjudiciales también forman parte del nuevo perfil epidemiológico de la Región [...]

En efecto, la violencia se ha convertido en uno de los problemas más urgentes que será necesario atacar en los años venideros.

PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Tal como se estableciera en la Carta de Ottawa, la Declaración de Santafé de Bogotá y la Carta del Caribe, la promoción de la salud busca aplicar políticas públicas saludables, actuar de manera multisectorial y reorientar el sector salud hacia un nuevo paradigma de la salud. Este paradigma debe satisfacer las necesidades básicas del desarrollo humano sostenible, es decir, las de alimentación, nutrición, educación, ingresos, vivienda, agua y saneamiento. Asimismo, debe impulsar la promoción de estilos de vida saludables y crear entornos propicios para la salud y el desarrollo humano.

La Resolución XIV del Consejo Directivo de septiembre de 1993, instó a los Países Miembros a elaborar políticas públicas dirigidas a fortalecer la promoción de la salud, particularmente, los aspectos de cooperación y coordinación intersectorial. También exhortó a los países a adoptar programas y servicios que mejoren las condiciones esenciales para una vida sana y un desarrollo humano sostenible, tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Se hizo hincapié en la necesidad de promover las iniciativas de municipios saludables.

La cooperación técnica de la OPS en este campo tiene como objetivos promover el desarrollo social con base en la equidad y los derechos del ciudadano a la salud y al bienestar; fortalecer el concepto de salud y el valor cultural de la salud sustentados sobre un ambiente saludable y por conductas y estilos de vida que favorezcan la salud. Un objetivo adicional es desarrollar la capacidad del sector salud para reconocer, apoyar y asumir el liderazgo de la promoción de la salud. El objeto de la cooperación técnica está dado por la promoción de la salud familiar y de la población, la salud mental, el control de la violencia y del uso de sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y las drogas. Asimismo, se fomentan las buenas prácticas de alimentación y nutrición. El ámbito de acción para las actividades de promoción estará constituido por los municipios, ciudades, comunidades, escuelas, servicios de salud, lugares de trabajo y la familia.

EL MOVIMIENTO DE MUNICIPIOS POR LA SALUD

La estrategia de municipios saludables se presenta al sector salud como una oportunidad para integrar sus esfuerzos con los de otros sectores sociales y económicos con miras a lograr una mayor equidad en salud. La estrategia también tiene el propósito de intervenir sobre los factores determinantes reales de la salud y transformar las condiciones de vida de las personas.

En América Latina, el movimiento de municipios saludables coincidió con el desarrollo de la promoción de la salud ligada, por una parte, a la equidad y, por otra, al proceso creciente de descentralización. Los sistemas locales de salud también favorecieron el proceso, ya que se prestan para articular la descentralización y la intersectorialidad con la participación social, y aportan metodologías e instrumentos valiosos, y contribuyen al fortalecimiento de la democracia.

Las experiencias de los municipios saludables han sido a la vez diversas y únicas, dadas las diferencias sociales, económicas, políticas y culturales que existen tanto de un país a otro como dentro de cada país. Sin embargo, la dinámica general del movimiento ha demostrado que las iniciativas se difunden rápidamente por sí mismas y, a la larga, comienzan a constituirse en redes. Por otra parte, el movimiento de municipios saludables ha servido para plasmar los problemas prioritarios de salud en la agenda política. En este sentido, colocan al sector salud en una posición privilegiada para colaborar eficazmente con otros sectores comprometidos a promover cambios sociales, e institucionales y políticas públicas saludables. Al mismo tiempo, el sector actúa como mediador entre instituciones y ciudadanos al aportar sus experiencias y recursos. Por último, los municipios saludables facilitan la coordinación y unión entre diferentes localidades, y hacen posible la difusión de

modelos eficaces y su multiplicación, lo cual a su vez identifica intereses comunes y situaciones que requieren apoyo mutuo o un enfoque conjunto.

Para 1995, la Región contaba con este tipo de movimientos en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, las Islas Caimán, México, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago y Venezuela. En el Capítulo V se presentan informes de los logros específicos de la cooperación técnica durante 1995, por país.

INICIATIVA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

Esta iniciativa tiene por objeto fomentar conocimientos, prácticas y estilos de vida saludables en la comunidad escolar, por medio de un proceso de enseñanza-aprendizaje participativo en ambientes saludables. Surgió en las Américas a raíz de una propuesta de 14 países que se aprobara en la Reunión de Consulta de Promoción y Educación en Salud realizada en la Universidad Nacional Heredia de Costa Rica en 1993. La estrategia regional de la OPS para desarrollar y fortalecer la promoción de la salud en el ámbito escolar abarca el establecimiento o perfeccionamiento de programas de educación para la salud, de ambientes y entornos saludables y de servicios de salud y alimentación en las escuelas, dentro del movimiento de municipios y comunidades por la salud. A su vez, este movimiento y la iniciativa escolar se benefician de forma recíproca, dado que el primero tiene la capacidad local para identificar y responder a las necesidades de la segunda y esta contribuye a disminuir factores de riesgo para la salud y el desarrollo humano, como son la deserción y repitencia escolar.

Ya hay varias experiencias positivas en las cuales se ha aplicado el concepto de promoción de la salud escolar de manera integral; entre ellas están el proyecto de escuelas generadoras de salud en Buenos Aires, Argentina; la iniciativa de escuelas promotoras de salud en el contexto de la reforma educativa, y el programa interactivo de aprendizaje por radio en Bolivia; la Comisión Mixta de Educación y Salud y el programa de universidad saludable de Costa Rica; el programa de salud escolar de México; y, el proyecto de

salud escolar y enseñanza de destrezas para vivir en Dominica, Saint Kitts y Nevis y las Islas Vírgenes Británicas. Por otra parte, se está llevando a cabo una encuesta sobre conductas de riesgo en escolares y adolescentes en Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Jamaica y México. Se espera aplicar la misma encuesta más adelante en otros países de la Región.

VIOLENCIA Y SALUD

Las muertes por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de vehículo de motor y otros accidentes) ocupan un lugar preponderante en muchos países de la Región, y su importancia parece ir en aumento. Al hacer un análisis de los componentes principales de la mortalidad por estas causas, se observa que las tasas de homicidio en la Región han aumentado en forma drástica desde el comienzo de la década de 1980.

Si bien el homicidio y el suicidio representan la forma más extrema de violencia, hay otros tipos de agresión contra la mujer, los ancianos y los niños que han sido muy poco estudiados. La violencia doméstica frecuentemente se respalda en modelos culturales muy arraigados en la Región; es así, por ejemplo, que el castigo corporal persiste dentro del sistema escolar, y es así que se levanta un muro de silencio alrededor de la agresión sexual, tanto contra las mujeres como contra los niños.

Con estos antecedentes, la OPS ha considerado que es extremadamente importante establecer recomendaciones claras y precisas para el registro de las muertes por causas externas. Con ese fin, y con la colaboración del Programa de Gestión Urbana de las Naciones Unidas, se llevó a cabo el Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios en Cali, Colombia, del 2 al 5 de mayo de 1995. Asistieron al taller representantes de nueve países, y se contó con la asesoría del Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones de los CDC. Como resultado de este taller se ha iniciado un registro detallado de la mortalidad por causas externas en Bogotá, Cali, Medellín y otras ciudades de Colombia, y en Rio de Janeiro y Campinas, en Brasil. En Caracas, Venezuela, se está montando un sistema similar y en Lima, Perú,

se llevó a cabo un seminario para difundir las recomendaciones del taller de Cali.

Por otra parte, la OPS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, Centro Colaborador de la OMS en Promoción de la Salud, Investigación y Desarrollo, han colaborado en el diseño de un estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales acerca de la violencia. El estudio permitirá relacionar dichas actitudes y normas con las tasas de violencia y crimen en varias ciudades. Asimismo, por primera vez, habrá datos comparables de varios países en cuanto a victimización y actitudes con respecto a las diversas formas de agresión doméstica. Actualmente las ciudades que participan en el estudio son Rio de Janeiro y Salvador en Brasil; Vancouver, Canadá; Santiago, Chile; Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, Colombia; San José, Costa Rica; La Habana, Cuba; San Salvador, El Salvador, estado de Texas, Estados Unidos de América; y Caracas y Maracaibo, Venezuela.

En Centroamérica y algunos países del Área Andina se están haciendo también estudios piloto de varios modelos de intervención y prevención de la violencia intrafamiliar contra las mujeres. Estos modelos se aplican principalmente en la comunidad. Además, se están difundiendo protocolos estandarizados para medir, en los hospitales, la prevalencia del maltrato infantil y se han comenzado estudios para determinar la magnitud del problema de la violencia doméstica.

Se han puesto en marcha varias iniciativas de comunidades seguras con el propósito de reducir la violencia de todo tipo; a la fecha, las más avanzadas se encuentran en Argentina y han comenzado a extenderse a otros países del Cono Sur. Por otra parte, en el municipio de Cali, Colombia, se ha realizado una labor pionera de fomento de la participación comunitaria. Como ejemplo se puede citar el proyecto integral Desarrollo, Seguridad y Paz (DESEPAZ) que, entre otras acciones, procura rehabilitar a jóvenes pandilleros con el fin de apartarlos de la violencia y ofrecerles incentivos para trabajar por el desarrollo, la seguridad y la paz.

En diciembre de 1995, se realizó en Caracas, Venezuela, con el apoyo del BID, un taller cuyo objetivo principal fue desarrollar un instrumento único

para medir los diferentes costos de la violencia. Los datos que se recojan con dicho instrumento serán de importancia fundamental para mostrar a los ministerios de finanzas y planificación la importancia de que los gobiernos inviertan recursos para prevenir la violencia.

TABACO O SALUD

La OPS ha dado mucha importancia a la amenaza que representa el tabaquismo para la salud y, si bien se lo reconoce como un trastorno complejo de naturaleza adictiva, también se admite que se puede controlar con medidas preventivas estratégicamente planteadas. Para ello, será necesario mantener un liderazgo compartido de una red cada vez mayor de recursos humanos e institucionales que se hayan destacado en la lucha contra el tabaquismo. Estos recursos están vinculados a varios sectores y disciplinas, incluso el poder legislativo, los sectores de salud y educación, las sociedades científicas, y los medios de comunicación.

En 1995 se estableció el Plan Regional Interagencial de la OPS en Tabaco y Salud que contempla de manera especial la concertación de instituciones de los Estados Unidos de América que trabajan en la lucha contra el tabaquismo, como el Instituto Nacional del Cáncer de los NIH, los CDC, y la Sociedad Estadounidense del Cáncer. Asimismo, participan el Gobierno canadiense (Health Canada), la Unión Internacional Contra el Cáncer y el Comité Latinoamericano Coordinador de la Lucha Contra el Tabaco.

Las organizaciones mencionadas han apoyado un plan de acción cuya coordinación y secretaría ejecutiva se han asignado a la OPS. El plan tiene como metas de acción fomentar y fortalecer las alianzas antitabaco en los países; desarrollar el conocimiento; diseminar selectivamente información impresa y electrónica; movilizar recursos; elaborar estrategias educativas y de promoción de salud para prevención y tratamiento del tabaquismo, y finalmente, utilizar de manera óptima la comunicación social para estimular una opinión pública propicia a los estilos de vida sin tabaco. La cooperación técnica de la OPS a los países se ha intensificado con el fin de estudiar la

situación epidemiológica del tabaquismo. También se han asignado recursos para apoyar las iniciativas locales en prevención y control de este hábito.

SALUD FAMILIAR Y POBLACIÓN

El nuevo enfoque de salud familiar y población permite a la Organización la oportunidad, y le otorga la capacidad, de responder a un sinnúmero de aspectos y líneas de acción planteadas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Por otra parte, y en respuesta al creciente interés que despierta la salud del adolescente, la OPS estableció en 1995 un cargo regional para el tema de adolescencia con la responsabilidad de coordinar las acciones regionales en este campo y darles mayor prioridad. La nueva estructura de la Organización también refleja el cambio importante que se ha dado a nivel internacional con miras a ampliar el concepto de salud reproductiva. Este concepto enmarca los componentes de sexualidad; planificación familiar; atención del embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido; enfermedades de transmisión sexual, incluso VIH y sida; y prevención del cáncer ginecológico y de la violencia sexual y familiar. La evolución de cada componente se ajustará a los recursos y al grado de desarrollo de los servicios de cada país.

En 1995, la OPS participó en uno de los acontecimientos políticos más importantes de la Región en relación con los temas de salud familiar y población, vale decir, la 5a Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas realizada en Asunción, Paraguay. En esta reunión se dio prioridad a la reducción de la mortalidad materna y se asignó a la OPS la responsabilidad de coordinar la cooperación técnica sobre el tema con los países. En preparación para la Conferencia, se reunió el grupo asesor en los CDC para llevar a cabo una evaluación y preparar un informe sobre el grado de avance del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Durante el período de este informe también se llevó a cabo la Reunión Regional de la Organización Iberoamericana de la Juventud en la cual se delegó a la OPS la responsabilidad de apoyar y dar orientación

técnica a los aspectos relacionados con la salud del adolescente y del adulto joven.

Una de las contribuciones más importantes de la OPS en 1995 con respecto a la evaluación de las metas establecidas para mediados del decenio en la Cumbre en Favor de la Infancia fue la preparación del estado de avance de los países de la Región. El informe resultante se presentó en la reunión convocada por el UNICEF y realizada en Antigua, Guatemala, con la participación de la FAO, el FNUAP, la OIT, el PNUD, la UNESCO, el Banco Mundial, el BID y la USAID.

Se desarrolló otra iniciativa interagencial importante relacionada con la salud mental y el desarrollo psicosocial durante la niñez. En esta colaboran la OEA, el UNICEF, la UNESCO, la CEPAL, el Instituto Interamericano del Niño, la Organización Mundial de Educación Preescolar y la Asociación Latinoamericana de Pediatría. Este grupo elaboró un plan de acción interagencial y convocó a los países del Área Andina y de América Central a una reunión intersectorial sobre el tema, con la participación de los sectores de salud y educación, además del jurídico.

Durante 1995 se movilizaron recursos financieros para llevar a cabo actividades de siete proyectos interagenciales sobre salud familiar y población. Con el apoyo del UNFPA se trabajó en proyectos para fortalecer la gerencia de los servicios de salud reproductiva; mejorar la calidad de la atención de la salud maternoinfantil, y de la atención reproductiva general y del adolescente; reducir la morbilidad y mortalidad materna regional, y perfeccionar la enseñanza de temas relacionados con la salud reproductiva en las escuelas de ciencias de la salud. Además, con la Fundación Kellogg se llevó adelante un proyecto de salud integral del adolescente, y con el apoyo del Gobierno de Holanda otro para fortalecer la atención materna en servicios locales de salud en Centroamérica.

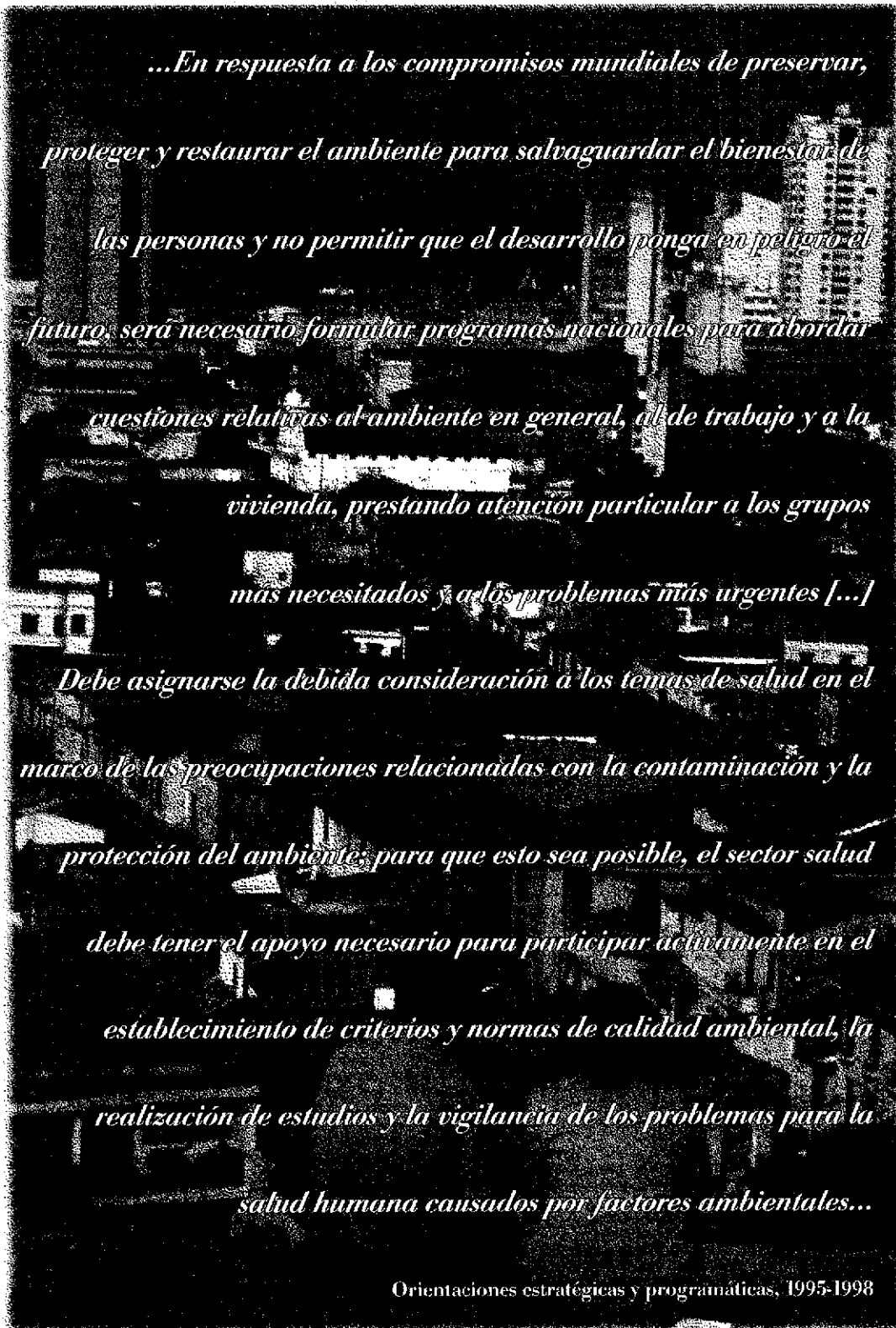
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Un buen estado de nutrición y el acceso a los alimentos son un derecho universal. Este es el principio que guía el trabajo de la Organización y sustenta al Plan Regional de Acción en Alimentación y Nutri-

ción. En el decenio actual, este principio cobra mayor importancia, dado que una elevada proporción de la población de los países en desarrollo aún tiene limitado su acceso a una buena alimentación. Asimismo, amplios sectores humanos tienen una nutrición deficiente como consecuencia de las condiciones inadecuadas de disponibilidad alimentaria, del cuidado de la mujer y del niño y de la falta de acceso adecuado a los servicios de salud, que a su vez resultan de la condición de pobreza en que viven. El plan de acción utiliza la estrategia de la promoción de la salud para combatir los problemas relacionados con la mala nutrición y para promover una alimentación saludable a lo largo de todo el ciclo vital. Se adopta un enfoque integral para solucionar los problemas nutricionales por medio de intervenciones dirigidas a las causas inmediatas y subyacentes, con el fin de mejorar las condiciones de escasez de alimentos y mala nutrición. Con este propósito, la Organización trabaja en aspectos relacionados con la disponibilidad alimentaria y la prevención y atención de los problemas que resultan de una mala nutrición, en especial la desnutrición proteico-energética, la deficiencia de micronutrientes y la obesidad en la pobreza. También se colabora para fortalecer la vigilancia alimentaria y nutricional y la educación y comunicación social, considerados ejes articuladores de las acciones.

Durante 1995, se formuló la estrategia y el plan de acción regional para el control de la anemia por deficiencia de micronutrientes, en particular, de hierro, que forma parte del Plan Regional sobre el Control y la Eliminación de la Deficiencia de Micronutrientes. Se colaboró con Argentina, Belice, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Perú y Venezuela en la formulación e implementación de los planes nacionales de nutrición, control de la deficiencia de micronutrientes, vigilancia nutricional, y en la elaboración de las guías de alimentación para el niño menor de 6 años de edad y la evaluación de los problemas de obesidad en la pobreza.

Con el propósito de establecer alianzas estratégicas que sirvan de apoyo a los programas de alimentación y nutrición en los países, se estrecharon los vínculos con la Universidad de Cornell (EUA), USAID, CIDA-Canadá (para el control de la anemia y deficiencia de hierro), Oportunidades para Intervención en cuanto a Micronutrientes (Opportunities for Micronutrient Intervention, OMNI), Iniciativa de Micronutrientes (participan el Banco Mundial, IDRC, CIDA y otros), el Banco Mundial, y el Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (International Life Science Institute, ILSI).



...En respuesta a los compromisos mundiales de preservar, proteger y restaurar el ambiente para salvaguardar el bienestar de las personas y no permitir que el desarrollo ponga en peligro el futuro, será necesario formular programas nacionales para abordar cuestiones relativas al ambiente en general, al de trabajo y a la vivienda, prestando atención particular a los grupos más necesitados y a los problemas más urgentes [...]

Debe asignarse la debida consideración a los temas de salud en el marco de las preocupaciones relacionadas con la contaminación y la protección del ambiente; para que esto sea posible, el sector salud debe tener el apoyo necesario para participar activamente en el establecimiento de criterios y normas de calidad ambiental, la realización de estudios y la vigilancia de los problemas para la salud humana causados por factores ambientales...

PROTECCIÓN Y DESARROLLO AMBIENTAL

Los países de América Latina y el Caribe están experimentando un desarrollo acelerado, a menudo ligado a una rápida urbanización y consecuente deterioro del ambiente, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Por su parte, el daño al medio y sus repercusiones potenciales en la salud de las personas está llegando a ser un tema de primordial importancia en los programas de gobierno.

La salud y el desarrollo tienen una relación directa, al punto de que puede afirmarse que no es posible lograr un desarrollo equilibrado sin una población saludable. Como todos los seres vivientes, el ser humano depende del medio ambiente que lo rodea para satisfacer sus necesidades de salud y de supervivencia. Es más, cuando el ambiente ya no satisface las necesidades humanas de cantidad y calidad de agua, alimentos y albergue, ya sea porque los recursos son inadecuados o por su mala distribución, la salud se resiente. Cuando a estas deficiencias se suman la exposición a agentes ambientales hostiles y la presencia de numerosos riesgos, los efectos sobre la salud son peores aún.

Para lograr cambios positivos en la relación entre salud y ambiente se requiere un esfuerzo intersectorial. Es imprescindible vincular las mejoras de carácter sanitario, ambiental y socioeconómico para llevar a cabo actividades intersectoriales que garanticen el desarrollo sostenible de la población en sus propias comunidades.

Los países y los organismos internacionales han reconocido la urgencia de poner en práctica la Declaración de Principios y el Programa 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) de 1992, así como los mandatos emanados de las cumbres iberoamericanas y de las reuniones subregionales de jefes de estado y de gobierno y del plan de acción acordado en la Cumbre de las Américas en 1994. En este último se propone "garantizar el desarrollo sostenible y conservar los recursos del medio ambiente natural para las futuras

generaciones". Con el fin de facilitar a los países el cumplimiento de los compromisos adquiridos en los foros mencionados, la OPS convocó la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, que se realizó en la Sede de la Organización del 1 al 3 de octubre de 1995, con el apoyo de otros organismos internacionales como el Banco Mundial, el BID, la OEA, el PNUD y el PNUMA. Participaron en esta reunión 73 ministros y viceministros de salud, de ambiente y de economía de los gobiernos de la Región. Por ser un evento abierto, se contó además con la presencia de representantes de otros poderes del estado, de entidades académicas, empresariales y sindicales, de organizaciones no gubernamentales y voluntarias, y de organismos de base local.

La Conferencia se concibió principalmente como un evento político, con el fin de que los temas de salud y ambiente, así como los aspectos sociales en general, se comprendieran en toda su magnitud, incluso en cuanto a su interacción recíproca y a su contribución a un desarrollo humano y sostenible. La Conferencia constituyó así un instrumento idóneo para fortalecer y propiciar discusiones nacionales a partir de un diálogo continental, como parte del proceso que se inició a raíz de la CNUMAD. Se espera que dicho proceso continúe hasta alcanzar los objetivos planteados por los compromisos políticos de la Declaración de Río de Janeiro y la Agenda 21 de la Cumbre del mismo nombre. La reunión, además, trató de fortalecer y consolidar la participación y el liderazgo de sectores e instituciones de salud y de ambiente en la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas nacionales de desarrollo. En este sentido constituyó una oportunidad extraordinaria para reforzar y allanar la coordinación de la cooperación externa en apoyo a los procesos nacionales.

La Conferencia culminó con la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, declaración continental que expresa

una voluntad común de avanzar en una determinada dirección dentro de un marco de equidad, solidaridad, justicia social y preservación del ambiente. También se elaboró un plan regional de acción que, considerando las nuevas tendencias en planificación, sirve de guía estratégica para poner en práctica la Carta Panamericana adaptada a cada realidad nacional. Asimismo, se preparó el documento Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible: Una Oportunidad para el Cambio y un Llamado a la Acción. Este se elaboró en base a las recomendaciones y planteamientos que resultaron de los debates de la Conferencia. Se considera, sin embargo, que el producto más importante de la Conferencia fue haber contribuido a reafirmar, allanar y consolidar los procesos nacionales que buscan incorporar los aspectos de salud y ambiente en las políticas y planes nacionales de desarrollo, con el fin de que este sea humano y sostenible.

En 1993 la Organización estableció el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS) con el propósito de generar inversiones para rehabilitar y ampliar los servicios y la infraestructura necesarios para la higiene del medio. El PIAS, en consecuencia, tenía como objetivo mejorar la capacidad nacional de llevar a cabo análisis sectoriales para definir las necesidades de inversión en ambiente y salud, y de desarrollar proyectos de inversión. Durante 1995, se realizaron análisis de los sectores de agua potable y saneamiento y de residuos sólidos. Como resultado se formularon proyectos de diagnóstico y caracterización de aspectos críticos para el desarrollo sectorial; se propusieron políticas sectoriales; y se prepararon perfiles de proyectos prioritarios y propuestas de programas de inversión. El cuadro 11-1 presenta un resumen de estas actividades.

AGUA Y SANEAMIENTO

La descarga de aguas residuales no tratadas plantea un problema grave en todos los países, principalmente en las grandes ciudades. Se calcula que menos de 10% de las aguas servidas son tratadas, y aun así, solo parcialmente. Las descargas municipales e industriales son la causa principal de contaminación de las aguas superficiales.

En 1993, con motivo del Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), esa Asociación, la OPS y la Asociación Caribeña de Agua y Aguas Residuales firmaron una declaración por medio de la cual se estableció el primer sábado de octubre como Día Interamericano del Agua. A partir de dicha declaración se ha utilizado la oportunidad de ese día para promover en la comunidad la importancia del agua en relación con la salud; la función de los ciudadanos en la preservación y protección de los recursos hídricos; y la necesidad de impulsar la lucha contra la contaminación del agua para disminuir las enfermedades que por ella se transmiten. Asimismo se aprovecha para destacar ante la comunidad que el abastecimiento de agua adecuado es un vehículo para actividades conjuntas de los diversos sectores involucrados.

En 1995, 25 países participaron en la celebración del Día Interamericano del Agua. Bajo el lema "Agua: un patrimonio para preservar", millones de personas, especialmente escolares, recibieron información preparada por la OPS y por organismos relacionados con agua y salud en la Región. En el nivel político, miembros de gabinete y otros funcionarios de alta jerarquía tuvieron actividades públicas o en los medios de comunicación con el fin de diseminar las políticas y programas de agua. Otras actividades con motivo de la celebración incluyeron concursos escolares, visitas a plantas de tratamiento de agua y publicidad en los medios de comunicación. La última sirvió para alcanzar al público y aumentar su conocimiento acerca de los beneficios del abastecimiento de agua inocua para la salud, y la importancia de conservarla y protegerla para el futuro.

La epidemia del cólera que se desató en América Latina en 1991 puso de manifiesto serias deficiencias en la calidad del agua y el saneamiento en la Región. Dadas estas deficiencias, la OPS ha apoyado diversos proyectos. Cabe destacar una experiencia piloto que se desarrolló durante 1995 en algunos poblados de Bolivia, donde se combinó la desinfección del agua con su almacenamiento seguro en el hogar. Es así que, considerando la necesidad de aplicar medidas preventivas eficaces, de bajo costo y fáciles de implan-

Cuadro II-1. Resultados de los análisis sectoriales sobre agua potable y saneamiento y residuos sólidos coordinados por el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), por país, 1995

AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO		
PAÍS	AGENCIAS PARTICIPANTES	RESULTADOS
México	OPS, BID, UNICEF, Comisión Nacional del Agua, Instituto Estatal de Aguas (Querétaro), Secretaría de Salud del Estado.	El análisis sectorial realizado en el estado de Oaxaca, dio origen a la actual estructuración del Plan de Desarrollo del Sector Agua Potable y Saneamiento
Belice	OPS, BID, USAID, UNICEF	Se elaboró un plan de inversiones que guiará las acciones en el área de agua potable y saneamiento.
Cuba	OPS	Se realizó una reunión internacional con donantes potenciales para captar recursos financieros para ejecutar los proyectos de inversión, rehabilitación, extensión y desarrollo operacional en el sector, que resultaron del estudio sectorial.
RESIDUOS SÓLIDOS		
Guatemala	OPS, Banco Mundial, BID, UNICEF, USAID	El estudio dio origen a la reestructuración de un préstamo con el Banco Mundial que cubre 22 ciudades intermedias y otro con el BID que tiene como objetivo mejorar el sistema de aseo urbano de la capital.
Colombia	OPS, Banco Mundial	En base a los resultados del estudio, se preparó el Plan Maestro de Inversiones para el sector de residuos sólidos y el reordenamiento institucional del mismo. Como consecuencia, las autoridades han solicitado un estudio sectorial sobre agua potable y saneamiento para 1996.
Uruguay	OPS, GTZ, PNUD	Se preparó el primer programa de inversiones para el desarrollo del sector.

tar y difundir, la OPS, con la colaboración de los CDC, el Proyecto de Salud para el Niño y la organización Comunidad (organismo no gubernamental afiliado a la Secretaría Boliviana de Salud) elaboró un modelo constituido por tres elementos básicos:

- un recipiente plástico de cuello estrecho, con tapa y grifo, con capacidad para almacenar 20 L de agua; fabricado en Bolivia;
- una solución desinfectante preparada localmente con un generador eléctrico, accionado por una batería portátil, a partir de sal y de agua. Esta solución se distribuyó a cada vivienda en envases plásticos de 250 mL. Era necesario agregar 2 mL de solución desin-

fectante o una medida de la tapa del envase al agua potable almacenada en el recipiente de 20 L; y

- educación de la comunidad sobre las causas de la diarrea, la importancia de prevenirla y cómo emplear el recipiente de agua y la solución desinfectante. Se hizo hincapié en que el agua almacenada tratada debía utilizarse para beber, cocinar, lavarse las manos, lavar las verduras y los utensilios de comer y de cocina.

Este modelo se repitió con éxito en varias localidades de Bolivia, inclusive en una comunidad Aymara de El Alto cuyo abastecimiento de agua proviene de pozos contaminados de poca profundidad. La metodología aplicada demostró ser muy aceptable

para esta población, y ha producido una mejora notable en la calidad del agua de consumo. Otra prueba realizada en la comunidad rural de Huaricana demostró que los residentes podían producir solución de hipoclorito de sodio en su propio medio. Un tercer ensayo sobre el terreno, realizado en Montero, Bolivia, probó la eficacia de este experimento para reducir las enfermedades diarreicas. Los resultados preliminares mostraron que las familias que participaron del proyecto disminuyeron en más de 40% el número de casos de diarrea, en comparación con las familias no participantes.

En vista del éxito obtenido en las pruebas piloto, se espera diseminar y poner en práctica el modelo en otras comunidades. Asimismo, la experiencia puede servir para que otras organizaciones o grupos de población interesados en mejorar la calidad del agua y el saneamiento utilicen estos enfoques. De hecho, podrían ser de gran utilidad para comunidades semejantes de otros países en desarrollo y tener beneficios importantes para la salud, en especial, de los niños.

RESIDUOS SÓLIDOS

Se estima que los 370 millones de habitantes urbanos de América Latina y el Caribe producen 264.000 toneladas diarias de basura y otros desechos sólidos, de las cuales se recogen alrededor de 75%. Además, preocupa el aumento de sustancias químicas tóxicas, cancerígenas, mutagénicas y teratogénicas en los residuos sólidos urbanos.

Con respecto al manejo de los residuos sólidos municipales, la OPS continuó prestando asesoría técnica sobre diseño y operación de rellenos sanitarios, y para mejorar la gestión de las instituciones que prestan este servicio. También se publicó un manual para el manejo de los residuos hospitalarios, y se desarrollaron diversas actividades de capacitación, de entre las que destaca un curso de rellenos sanitarios que se realizó conjuntamente con la Asociación Internacional de Residuos Sólidos (International Solid Waste Association, ISWA). Este curso se realizó en la sede del CEPIS, con 12 profesores expertos de nivel mundial que forman

el grupo de trabajo de rellenos sanitarios de la ISWA. Participaron 60 personas de toda América Latina que representaban a empresas públicas y privadas. Por primera vez en un evento de salud y ambiente auspiciado por la OPS se cobró una cuota de inscripción con la cual se financió el curso.

AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES

La población económicamente activa representa entre 38 y 66% de la población general en la Región. Dada la contribución esencial del trabajador al crecimiento económico de los países y al desarrollo humano sostenible, su salud es una prioridad.

Se han hecho estimaciones que indican que de 20 a 30% del producto nacional bruto de los países de la Región se destina a sufragar los costos sociales y de salud relacionados con la mortalidad, morbilidad e incapacidad permanente de la fuerza laboral.

La cooperación técnica de la OPS en este campo se dedicó a apoyar actividades y proyectos innovativos para identificar y reducir los riesgos y condiciones de trabajo dañinas para la salud. En colaboración con el Centro de Ecología Humana y Salud se desarrolló el componente PLAGSALUD del Programa de Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano. Por este medio, y con una mayor participación de los niveles locales de salud, se ha logrado reforzar la capacidad nacional para hacer la vigilancia epidemiológica, prevención y atención de las intoxicaciones por pesticidas. Se destaca también el proyecto con la Empresa Colombiana de Petróleos, cuya investigación sobre los posibles efectos de la exposición a hidrocarburos aromáticos sobre la salud de los trabajadores ha permitido establecer una alianza político-técnica entre trabajadores, empleadores y gobierno, lo cual sienta un buen precedente. Este tipo de cooperación técnica está sirviendo de modelo para otras acciones nacionales.

Por otra parte, se colaboró con un proyecto interinstitucional en Argentina con los ministerios de economía, trabajo y seguridad social, y se elabo-

raron instrumentos adecuados para la modernización del Estado en lo que respecta a seguridad del trabajo y prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales. Además, con el fin de dar apoyo a la integración económica de la Región (NAFTA, Pacto Andino, CARICOM, MERCOSUR), se están auspiciando procesos nacionales y subregionales con enfoques multisectoriales y multidisciplinarios para abordar los problemas relacionados con la salud de los trabajadores.

En Ecuador y Venezuela sigue adelante la creación de sistemas piloto de información en salud ocupacional para el sector informal, que se están implantando en los servicios locales de salud. Asimismo, se están aplicando programas innovativos de vigilancia epidemiológica ocupacional en la industria del acero y manufacturera en Venezuela y en los servicios de salud en Chile. También se inauguró el Servicio de Prevención de Riesgos del Parque Industrial de Bolivia. En 19 países del Caribe de habla inglesa se organizaron grupos de trabajo con el propósito de preparar planes nacionales de salud de los trabajadores para poner en práctica en los próximos cinco años. De estos grupos algunos son multipartitos y cuentan con la colaboración de los ministerios de salud, trabajo, ambiente y seguridad social y con la de las cámaras de comercio, sindicatos, universidades y otros entes.

HIGIENE DE LA VIVIENDA

Los asentamientos humanos y las condiciones habitacionales precarias de las áreas rurales y las marginales urbanas contribuyen a la prevalencia de ciertas enfermedades transmitidas por vectores biológicos, además de ser causa de problemas sociales. Las condiciones habitacionales tienen además una gran influencia en la degradación de la calidad de vida.

Durante 1995 se lograron importantes avances en las actividades que la OPS realiza para promover la salud en relación con la vivienda. Primero, cabe destacar el trabajo interprogramático e interdisciplinario que se está realizando dentro de la OPS, principalmente en la División de Prevención y Control de Enfermedades (HCP) y la de Salud y Ambiente (HEP); estas coordinan sus actividades regionales y de país, en especial, en cuanto al control de la enfermedad de Chagas. Segundo, se ha creado una red de centros de salud en la vivienda con el apoyo de la Universidad Estatal de Nueva York en Buffalo (Centro Colaborador de la OMS). Asimismo, se ha nominado un Segundo Centro Colaborador en Cuba que también es parte de la red mencionada. Finalmente, cabe destacar que en octubre se llevó a cabo en México la primera Reunión de Coordinadores de Centros de Salud en la Vivienda con la participación de representantes de ocho países. Este evento fue organizado conjuntamente por las divisiones de HCP y HEP.

Todos los países de la Región de las Américas están experimentando cambios en las características de sus poblaciones y en los tipos de

problemas de salud a los que deben hacer frente. En todos ha disminui-

do la mortalidad infantil y la de los niños, y ha aumentado la esperan-

za de vida al nacer, lo cual es resultado principalmente del control de

las enfermedades infecciosas en los primeros años de vida. A medida

que la población envejece y se concentra en las zonas urbanas grandes,

las enfermedades crónicas y degenerativas, en particular las enfer-

medades cardiovasculares y el cáncer, se convierten en causas más im-

portantes de morbilidad y mortalidad [...]. Sin embargo, aun los países

que han logrado reducir las enfermedades infecciosas deben mantener

programas adecuados para impedir su reaparición y tratar nuevos pro-

blemas, como la infección por el VIH y el sida, las fiebres hemorrágicas

y las infecciones por hantavirus.

Orientaciones estratégicas y programáticas, 1995-1998

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA NIÑEZ

La Organización ha lanzado, junto con el UNICEF, una estrategia de tratamiento integrado de las principales enfermedades de la niñez. Este método promete ser la intervención más eficaz realizada hasta la fecha para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad de los niños menores de 5 años de edad en los países en desarrollo.

Enfermedades inmunoprevenibles

Gracias al sistema de vigilancia que se instaurara para seguir la trayectoria de los casos de parálisis flácida aguda, como parte del esfuerzo por erradicar la poliomielitis, la Región de las Américas recibe informes semanales de la incidencia de tétanos neonatal y de casos sospechosos de sarampión provenientes de más de 22.000 unidades de notificación. Las actividades relacionadas con la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión se describen en la sección sobre eliminación y erradicación de enfermedades.

La Región ha alcanzado la meta fijada en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública, otro hecho trascendental cumplido por medio de los programas de inmunización de la OPS. Se sigue concentrando el trabajo en la identificación de zonas de alto riesgo y la vacunación de todas las mujeres en edad de procrear con por lo menos dos dosis de toxoide tetánico.

Se han seguido manteniendo y mejorando los aspectos logísticos de los programas de inmunización con el apoyo de los gobiernos nacionales, los organismos bilaterales y multilaterales, como el UNICEF, la USAID y el Organismo de Cooperación

Internacional del Japón, y los Gobiernos de Bélgica, España, Francia y Luxemburgo.

Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas siguen clasificándose entre las cinco primeras causas de defunción de los niños menores de 1 año y son la principal causa de enfermedad de la población de 1 a 4 años de edad en muchos países. En 1995, se calculó que el número promedio anual de episodios de diarrea de los niños menores de 5 años de edad en 33 países era 3,0 por niño.

Con miras a combatir las enfermedades diarreicas, la OPS ha venido trabajando con los países para fortalecer los programas y actividades nacionales y establecer las estrategias necesarias para alcanzar las metas fijadas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. En 1995, la cooperación técnica tuvo por objeto poner en práctica en las facultades de medicina metodologías de capacitación para la atención de casos, ensayar un nuevo curso de adiestramiento en educación a distancia sobre cólera y enfermedades diarreicas, y fortalecer las unidades de capacitación en enfermedades diarreicas. También se estrecharon las relaciones de trabajo y la coordinación con el UNICEF, la USAID y las organizaciones no gubernamentales y nacionales como forma de promover y apoyar las actividades pertinentes.

Infecciones respiratorias agudas

Junto con las enfermedades diarreicas y la malnutrición, las infecciones respiratorias agudas (IRA) están entre las tres causas principales de defunción de los niños menores de 5 años de edad en los países en desarrollo. La neumonía, que causa la mayor proporción de defunciones por IRA, está entre las

cinco causas principales de defunción de los niños menores de 5 años de edad, y entre las tres causas principales de defunción de los de 1 a 4 años en la mayoría de los países en desarrollo de las Américas. Los estudios efectuados en la comunidad indican que cada niño tiene de cuatro a seis episodios anuales de neumonía, lo que representa de 40 a 60% del total de consultas y de 20 a 40% del total de hospitalizaciones de menores de 5 años de edad.

La OPS ha desempeñado una función importante para dar cumplimiento al compromiso contraído por los países de la Región en cuanto a las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de reducir en 30% las defunciones por neumonía en el año 2000. Para determinar el avance a la fecha, la Organización ha establecido una base regional de datos de mortalidad por neumonía y otras IRA. La cooperación técnica se ha concentrado en apoyar a los países para que establezcan unidades de adiestramiento para mejorar la atención de los casos en los servicios de salud y la comunidad. En la actualidad, hay aproximadamente 120 unidades de este tipo en funcionamiento.

HelminCIAS intestinales

Se estima que las helmintiasis (ascaridiasis, tricuriasis, anquilostomiasis, enterobiasis, estrongiloidiasis y teniasis) afectan de 20 a 30% de la población de América Latina en general, con tasas de prevalencia hasta de 60 a 80% en las zonas muy endémicas. Por años se ha tratado de controlar esas infecciones en la Región, pero los avances han sido pasajeros y, al cesar las intervenciones, las tasas de reinfección por parásitos han vuelto a sus valores iniciales. También se ha calculado el costo de las infecciones por parásitos intestinales en términos de los nutrientes desperdiciados como alimento sin absorber. Las helmintiasis intestinales se pueden controlar bien con programas de tratamiento periódico de los niños, ya que reducen su intensidad a un grado que causa poca o no ocasiona morbilidad, y disminuyen mucho también el riesgo de reinfección. Sería necesario realizar estudios parasitológicos cuantitativos para determinar la carga parasitaria en las poblaciones, para más adelante

poder llevar a cabo estudios de seguimiento que evalúen el efecto de las actividades de reducción de los parásitos en la comunidad.

Con objeto de reducir la morbilidad causada por geohelminchos, la Organización ha promovido que se ponga en práctica un protocolo estandarizado para la eliminación de parásitos intestinales en niños en cuatro países centroamericanos. El protocolo contempla intervenciones como quimioterapia focalizada junto con prácticas mejoradas de educación sanitaria y comunicación social, así como la promoción del saneamiento ambiental. El efecto de cada intervención se determina principalmente por la concentración de huevos por gramo de heces eliminado en una población centinela después de cada tratamiento con mebendazol/albendazol. Entre octubre de 1993 y febrero de 1995 se administraron cinco tratamientos de cuatro meses a 12 millones de niños de edad preescolar y escolar en México, después de los cuales se observó una reducción de más de 90% de la carga parasitaria.

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

Las epidemias producidas por los virus Ebola en Zaire y Hantaan en Argentina, Chile y Paraguay pusieron de manifiesto tanto la vulnerabilidad de los países a los agentes etiológicos poco comunes como la necesidad de llevar a cabo acciones rápidas y coordinadas.

Con el fin de responder a las necesidades planteadas por estas epidemias, la OPS convocó, en junio de 1995, a un grupo de expertos internacionales a una reunión que tuvo como objetivo analizar las estrategias para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas nuevas o emergentes y las reemergentes. Como resultado de esta reunión se elaboró un plan regional de acción que serviría de base para establecer estrategias regionales y subregionales, y que podría guiar a los Estados Miembros a definir la forma de abordar sus problemas concretos. El plan elaborado propone cuatro metas, a saber: a) fortalecer las redes regionales de vigilancia de enfermedades infecciosas en las Américas; b) establecer la infraestructura nacional y regional necesaria para

instaurar sistemas de advertencia temprana sobre la amenaza de enfermedades infecciosas y de respuesta rápida a las mismas, por medio del fortalecimiento de los laboratorios y de programas de capacitación multidisciplinarios; c) impulsar la investigación aplicada en los campos de diagnóstico rápido, epidemiología y prevención de enfermedades; d) fortalecer la capacidad regional para poner en práctica estrategias de prevención y control eficaces.

El Consejo Directivo, durante su XXXVIII reunión en septiembre de 1995, analizó, evaluó y aprobó este plan.

La OPS ha demostrado una gran capacidad para coordinar de forma rápida y apropiada los recursos intersectoriales, así como de promover que la comunidad participe en el control oportuno de las epidemias de enfermedades emergentes y reemergentes.

Cólera

Desde su comienzo explosivo en el Perú en enero de 1991, la epidemia del cólera ha marchado a lo largo y ancho de América Central y del Sur y ha afectado a todos los países de esa región, con excepción del Uruguay. Puesto que el cólera se subnotifica y la definición de caso difiere de un país a otro, las cifras que otorga la vigilancia de la enfermedad representan solo una fracción del número real de personas infectadas. De 1991 a 1995, los países latinoamericanos notificaron más de 1 millón de casos de cólera y sobre 11.000 defunciones por la enfermedad. En 1995 se redujo el total de notificaciones de casos de cólera, con lo que se mantuvo la tendencia observada cada año a partir de 1991. Asimismo, la tasa de letalidad general por cólera en América Latina, que se ha mantenido constante en 1% o menos desde 1991, se mantuvo igual en 1995. Estos datos indican que la atención de los casos de cólera sigue siendo eficaz.

Las tasas de incidencia anual de cólera en los países afectados en las Américas se han reducido de un máximo de 89 casos por 100.000 habitantes en 1991 a 19 casos por 100.000 en 1995. Los países con tasas de incidencia acumulada de cólera superiores a 20 por 100.000 habitantes se concentran en una faja

que se extiende desde México hasta la frontera septentrional de los países del Cono Sur. Los países andinos en América del Sur y Guatemala y Nicaragua en América Central tuvieron las tasas máximas de incidencia acumulada entre los años mencionados. Las mínimas se registraron en Chile, los Estados Unidos y el Paraguay.

Las medidas de control que adoptara la Organización en coordinación con los países y la comunidad internacional han redundado en una tendencia descendente muy alentadora. Desde el comienzo de la epidemia, la Organización ha intensificado las actividades de prevención y control en aspectos esenciales, a saber: adiestramiento para la atención de los casos, vigilancia epidemiológica, mejora de la capacidad de diagnóstico de los laboratorios, abastecimiento de agua y saneamiento ambiental, higiene personal y doméstica, educación sanitaria, inocuidad de los alimentos, movilización social e información pública. Hasta 1995, el programa de cooperación técnica de la OPS con el BID había apoyado varios proyectos en 15 países por un monto superior a US\$ 3,8 millones. A pesar de las medidas preventivas y el apoyo internacional, es posible que la enfermedad persista en muchos países con una modalidad estacional endémica, a menos que se logre hacer y mantener grandes mejoras en la distribución de agua, los sistemas de tratamiento de aguas negras y en la enseñanza de higiene e inocuidad de los alimentos.

Peste

Durante 1995, la OPS movilizó recursos financieros del Departamento de la Comunidad Europea para la Ayuda Humanitaria (ECHO) por un total de US\$ 680.000 con el objeto de reforzar las acciones de prevención y control de la peste en el Perú. Como consecuencia de dichas acciones se logró reducir significativamente el número de casos notificados de la enfermedad. Es así que en 1994 se presentaron 1.211 casos de peste en cuatro departamentos (Cajamarca, La Libertad, Lambayeque y Piura), con una tasa de letalidad de 4,5%. Sin embargo, en 1995 se notificaron 97 casos y 2 defunciones (tasa de letalidad de 2,1%).

Con el doble propósito de prevenir el ingreso de roedores a las viviendas y de mejorar el ingreso económico de los pequeños productores, se construyeron 567 silos con una capacidad de 200 kilos cada uno. La entrega de los silos fue precedida de cursos sobre su utilización y mantenimiento.

Otra de las medidas tomadas para controlar la pulga vector consistió en tratar 15.470 viviendas con insecticidas, con lo cual se protegió a una población de 269.466 personas en los cuatro departamentos antes mencionados. Además, se realizaron estudios de caracterización de riesgos de peste en los puertos de Chimbote, Salaverry y Santa Rosa y en las ciudades de Trujillo, Chiclayo, Cajamarca y Lima. En las últimas ciudades se iniciaron también acciones para prevenir la peste mediante el control de roedores y vectores.

Asimismo, y con el fin de lograr la participación de la comunidad en la prevención de la peste en el Perú, se dio adiestramiento a 1.923 vigías comunales sobre aspectos relacionados con la transmisión de la peste, el control de roedores y vectores, la cría de cuyes fuera de las viviendas, el almacenamiento adecuado de granos, y la notificación y el tratamiento de casos humanos de la enfermedad. La disminución de la incidencia y de la mortalidad por peste se debe en gran parte a la participación comunitaria, que sirvió para estructurar un sistema de vigilancia epidemiológica basado en la comunidad y para fortalecer el tratamiento oportuno en los servicios de atención primaria de salud. También se logró la coordinación interinstitucional e intersectorial que contribuyó en gran medida al éxito de las actividades de control de la peste.

Leptospirosis

Hacia fines de 1995 hubo en Nicaragua un brote de enfermedad febril que afectó a 1.900 personas, con 200 hospitalizaciones y por lo menos 30 defunciones. Inicialmente, se sospechó que podría ser un brote de dengue o dengue hemorrágico, o una enfermedad causada por un agente viral asociado con roedores. Equipos de clínicos y epidemiólogos de Cuba, Nicaragua, la OPS y los CDC trabajaron arduamente

por alrededor de tres semanas para identificar el agente infeccioso causal del cuadro clínico. Después de múltiples análisis, se aislaron leptospiras de las muestras tomadas de los pacientes y en noviembre se confirmó que había un brote de leptospirosis. Este se concentró en la zona de Achuapa y comunidades vecinas, a unas 65 millas de Managua.

Deben destacarse los esfuerzos realizados por el personal de salud de las zonas afectadas, ya que se logró controlar la letalidad del brote por medio de una atención oportuna y eficaz a los pacientes. También se contó con la intervención eficaz, responsable y solidaria de los ministerios de salud de El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá que, una vez confirmado el diagnóstico, establecieron líneas de acción para enfrentar la epidemia y poner a la población sobre aviso.

A modo de seguimiento, el Ministerio de Salud de Nicaragua, con la colaboración de la OPS, formuló estrategias para el control de roedores, puso en efecto campañas de educación pública e inició un régimen semanal de quimioprofilaxis con doxicilina para toda la población en riesgo.

Encefalitis equina venezolana

En mayo de 1995 surgió un brote de encefalitis equina venezolana (EEV) en el estado de Falcón, en el norte de Venezuela; desde allí se propagó hacia el oeste y sur del país hasta los estados de Carabobo, Cojedes, Guaricó, Lara, Yaracuy y Zulia, donde se notificó la mayoría de casos. En octubre del mismo año, se habían notificado 11.390 casos humanos de enfermedad febril compatible con EEV, y 16 defunciones por esta causa. Del total de casos, 185 fueron confirmados mediante aislamiento del virus o por prueba de inhibición de la hemaglutinación.

En septiembre se notificaron casos de EEV en las localidades de Mayapo, Manaure y El Pájaro del departamento de la Guajira, Colombia, desde donde el brote se propagó hacia el suroeste hasta el borde del litoral atlántico del mismo departamento. El brote se contuvo en la Guajira gracias a las acciones oportunas de control. Aún así, se notificaron 14.156 casos humanos de enfermedad compatible con la

EEV, con 1.258 hospitalizaciones y 26 muertes. Actualmente se están haciendo estudios sobre secuelas teratogénicas en recién nacidos de madres infectadas durante la epidemia.

Los brotes que se presentaron en Venezuela y Colombia coincidieron con un aumento de la precipitación pluvial y el consecuente incremento de la población de vectores. Las acciones de control fueron similares en ambos países: en Venezuela se vacunó a 69,3% de la población equina estimada (caballos, mulares y burros) en las zonas de brote (27,4% del total del país), y en Colombia, en la zona afectada, a 96% o 59,6% de la población equina del país. Asimismo, se estableció una cuarentena en los estados afectados y se aplicaron insecticidas para el control de los vectores.

La Organización colaboró en el control de la epidemia y en la divulgación de información a otros países poniéndolos sobre aviso de la situación. En particular, se colaboró con Colombia, conjuntamente con el Instituto de Investigación Médica de Enfermedades Infecciosas del Ejército de los Estados Unidos de América (United States Army Medical Research Institute of Infectious Diseases, USAMRIID), para establecer un laboratorio de diagnóstico en el Centro de Investigaciones en Salud Animal del Instituto Colombiano Agropecuario; organizar el plan de emergencia para el control y la vigilancia epidemiológica, y desarrollar estudios epidemiológicos de los factores asociados.

Dengue

Durante la reunión del Consejo Directivo de 1995, uno de los temas de mayor preocupación fue el relacionado con el dengue y el dengue hemorrágico, ya que durante el año se notificaron más casos de estas enfermedades que en ningún año a partir de 1981. Los datos provisionales indican que el total de casos de dengue habría pasado de 244.000, de los cuales 6.666 correspondieron a la forma hemorrágica de la enfermedad. El total de defunciones fue 106. Los brotes más importantes ocurrieron en Brasil, Venezuela, y en varios países del Istmo Centroamericano y del Caribe. Brasil no-

tificó alrededor de la mitad de los casos y primaron en ese país los serotipos 1 y 2. En Venezuela, por su parte, se notificaron 80% del total de casos de dengue hemorrágico, y predominaron los serotipos 1, 2 y 4; en Centroamérica primaron los serotipos 1 y 3. La tasa de letalidad de los casos de dengue hemorrágico fue de 1,6%.

En respuesta al grave problema que se presentaba en Centroamérica, la OPS preparó un plan de emergencia para el control de las epidemias de dengue y dengue hemorrágico en esa subregión. El plan se presentó a varios donantes, y se obtuvieron recursos financieros de Noruega y el Reino Unido. Con esos fondos se compraron insecticidas y equipo de fumigación, reactivos y materiales de laboratorio. Esos recursos también sirvieron para realizar talleres de capacitación en diagnóstico, tratamiento, uso de insecticidas, mantenimiento de equipos y evaluación entomológica. La OPS, a través de Laboratorios San Juan, los CDC, y el Instituto Evandro Chagas de Brasil, promovió el fortalecimiento del control de calidad en 35 laboratorios de 19 países, y la capacitación en técnicas de diagnóstico. También se brindó apoyo al Curso Internacional de Dengue organizado por el Instituto Pedro Kouri de La Habana, Cuba, en el cual participaron 49 personas de 12 países. El curso utilizó los lineamientos de la OPS publicados en *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control*.

Fiebre amarilla

Hasta la semana epidemiológica número 50 de 1995 se habían notificado en el Perú 492 casos de fiebre amarilla con 192 defunciones (tasa de letalidad de casi 40%). Esto representa el mayor registro de casos de fiebre amarilla en la historia del país. Este resurgimiento de la enfermedad afectó, por lo menos, a siete departamentos. Varios enfermos fueron hospitalizados en ciudades infestadas por el *Aedes aegypti*, lo cual representa un serio riesgo de urbanización del arbovirus. El apoyo de la Organización se otorgó en la forma de asesoría técnica de la Oficina de la Representación en el país, asesoría externa, aporte de reactivos de laboratorio y compra de vacunas.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual

A pesar de algunos indicios de éxito relativo en la campaña por frenar la diseminación de la epidemia del sida, las tasas de infección y defunción siguen aumentando en todo el mundo. Se calcula que diariamente se infectan entre 6.000 y 10.000 personas por el VIH y que de 60 a 70% de las nuevas infecciones se dan en los países en desarrollo. Además, el sida y el VIH afectan cada vez más a las mujeres y a los jóvenes, especialmente en las comunidades rurales y los sectores más pobres de las comunidades urbanas. En los últimos cinco años, el sida se convirtió en una de las cinco causas principales de defunción de las personas de 25 a 44 años de edad en varios países.

En 1995, la OPS contribuyó a fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica del sida y el VIH mediante adiestramiento de profesionales de cada país en metodologías de vigilancia centinela y análisis de datos. Esto ha llevado a que los Países Miembros notifiquen a la OPS regularmente los casos de sida y los resultados de los estudios centinela de infección por VIH. Los datos se usan para producir un boletín trimestral ampliamente divulgado y son un instrumento para planificar actividades interpaíses y subregionales y movilizar recursos.

Mejóro la capacidad gerencial y administrativa en los programas nacionales por medio de talleres subregionales a los que asistieron participantes de cada país de la Región. Otros sectores y organizaciones no gubernamentales también fueron parte de esa capacitación, con lo que se aseguró una participación intersectorial en la planificación y evaluación de actividades. Varios países como Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Suriname y Uruguay han adaptado ya los cursos de capacitación en gerencia para uso en las esferas nacional y local.

La transición hacia el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA) exigió atención especial durante la mayor parte de 1995. Las actividades regionales llevaron a establecer "grupos temáticos" interinstitucionales sobre el sida en cada país; en los grupos están representados los organismos copatrocinadores del sistema de las Naciones Unidas.

Dados sus 12 años de cooperación técnica ininterrumpida en sida, las representaciones de la OPS están en condiciones excepcionales para lanzar el ONUSIDA con éxito en las Américas en 1996.

Tuberculosis

Se notificaron aproximadamente 250.000 casos de tuberculosis en la Región en 1994, aunque se estima que quedaron sin diagnosticar ni notificar otros 150.000. Se cree que más de 75.000 personas mueren por la enfermedad cada año. Por otra parte, la mayoría de los casos y defunciones ocurren entre la población de edad más productiva. En las zonas donde la epidemia del VIH se propaga rápidamente, las tasas de notificación de casos de tuberculosis han aumentado mucho en los últimos años; así sucede en ciertas partes del Brasil y la Argentina. Otros países, como Haití, Honduras y la República Dominicana, confrontan una creciente carga de casos de tuberculosis atribuibles a coinfección por el VIH, pero las deficiencias de sus sistemas de notificación obstaculizan la confirmación de las tendencias. Además, muchos países tienen condiciones que favorecen la aparición de cepas farmacorresistentes, como ha ocurrido en los Estados Unidos en el último decenio. Esas condiciones incluyen, por ejemplo, el hecho de que muchos pacientes no reciben terapia directamente observada; que otros, pueden recibir regímenes insuficientes o perjudiciales; que las tasas de incumplimiento del tratamiento son elevadas, y que hay demoras en el diagnóstico, las cuales pueden llevar a transmisión innecesaria de la enfermedad. Ahora se realizan encuestas nacionales de resistencia a los medicamentos antituberculosos en siete países para determinar la naturaleza actual del problema. Con objeto de mejorar las tasas de curación y la búsqueda de casos, la OPS presta cooperación técnica en todos los países con tasas altas de incidencia para fomentar más inversiones en control, incluso mejores normas programáticas, administración de terapia directamente observada, redes de laboratorios y vigilancia de programas. El Perú está entre los países donde ya se han documentado resultados impresionantes y favorables.

Malaria

En 1994 se estimó que alrededor de 231 millones de habitantes (30,3%) de la Región vivían en áreas propicias a la transmisión de la malaria. La exposición al riesgo de enfermarse de malaria en las Américas varía según zonas geográficas y, en general, se ve favorecida por ciertas condiciones ecológicas, por la intensa migración nacional e internacional, y por la explotación de nuevos territorios. Como consecuencia de estos cambios, el riesgo del paludismo y la tasa de morbilidad de la enfermedad han aumentado en la Región. Entre 1993 y 1994, esta tasa subió de 132,9 por 100.000 habitantes a 145,9 por 100.000. En 1994, Brasil era el país de las Américas con el mayor número absoluto de casos, los cuales representaban 50,6% del total de la Región. En segundo lugar se encontraban los países del Área Andina con 29,4% del total. No obstante, el mayor riesgo de transmisión se observa en la Guayana Francesa, Guyana y Suriname.

Se ha hecho la estratificación epidemiológica y se han integrado progresivamente las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento inmediato a los servicios locales de salud. Además, como parte de la Estrategia Mundial para el Control de la Malaria, se está extendiendo la cobertura de los servicios para dar atención a la mayoría de la población que habita en zonas de alto riesgo. Los servicios harán hincapié en el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato y completo.

ELIMINACIÓN Y ERRADICACIÓN DE ENFERMEDADES

Poliomielitis

Después de que la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis certificara en 1994 que se había erradicado la enfermedad de las Américas, la Región ha seguido manteniendo un riguroso sistema de vigilancia de casos de parálisis flácida aguda. Han transcurrido cuatro años desde que se detectó el último caso de infección por poliovirus salvaje confirmado por laboratorio en

las Américas; desde ese último caso confirmado en el Perú en 1991, se han examinado más de 16.000 especímenes de materia fecal de 9.000 casos de parálisis flácida aguda de niños menores de 15 años de edad y sus contactos.

El éxito de la estrategia de erradicación de la poliomiélitis y el desempeño importante de la Organización en el fortalecimiento de la infraestructura general de salud en las Américas se documentaron extensamente en el Estudio de la Comisión Taylor de 1995. La campaña de erradicación se llevó a cabo con estrategias existentes aplicadas novedosamente, lo cual no solo permitió alcanzar los objetivos fijados, sino también generar subproductos que ampliaron la capacidad del sector salud para responder a enfermedades infecciosas nuevas y emergentes. El éxito de la iniciativa contra la poliomiélitis animó a otros programas a adoptar estrategias de cooperación interinstitucional e intersectorial, de utilización de los medios de comunicación, de sistemas de información y de vigilancia epidemiológica y de métodos de evaluación. Además, fomentó una cultura de prevención entre los políticos, trabajadores de la salud y miembros de la comunidad. El compromiso de autoridades de alto rango estimuló una mayor participación de funcionarios públicos, organizaciones no gubernamentales y grupos de voluntarios. Los aportes nacionales al Programa Ampliado de Inmunización han aumentado constantemente, con lo que se asegura aún más la sostenibilidad de los programas de inmunización dentro de la prestación de servicios de salud regulares. De igual importancia, las campañas de vacunación contra la poliomiélitis, extensamente empleadas en todas las actividades de erradicación de la enfermedad, proporcionaron un acceso sumamente necesario a programas de vacunación a los grupos de población difíciles de alcanzar.

Sarampión

Durante la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en septiembre de 1994, los ministros de salud adoptaron una resolución sobre el Programa Ampliado de Inmunización en virtud de la cual se estableció el año 2000 como la meta regional

para eliminar el sarampión. La eliminación del sarampión también fue respaldada por las primeras damas de los países de la Región en la 5a Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, celebrada en Paraguay, en 1995. En esa reunión, las primeras damas se comprometieron a trabajar con los ministros de salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras organizaciones internacionales en la campaña para eliminar la transmisión del sarampión de las Américas para el año 2000 y fortalecer la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles.

El Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión se aprobó en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1995. El Plan propone alcanzar y mantener una cobertura de 95% con la vacuna antisarampionosa en todos los municipios o distritos de cada país de la Región, y emplear campañas de vacunación complementarias para prevenir la acumulación de niños susceptibles entre los preescolares. Los países de las Américas, en su mayoría, han adoptado la estrategia recomendada por la OPS de realizar una campaña única de inmunización en masa destinada a todos los niños de 9 meses a 14 años de edad, conocida también como campaña de recuperación de cobertura.

En el transcurso de 1995, se notificaron aproximadamente 4.500 casos confirmados en los países de las Américas, en comparación con 23.583 en 1994, con una tasa provisional de incidencia anual de 0,48 por 100.000 habitantes. Estas cifras representan una reducción de 99% en relación con la tasa de incidencia notificada en 1980. Además, no ha habido ni un solo caso de sarampión confirmado e importado de América Latina y el Caribe a los Estados Unidos en más de 12 meses, otra indicación importante del control de la enfermedad en esas regiones. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe ya han puesto en práctica la estrategia de la campaña de recuperación de cobertura, con excelentes resultados. Las actividades en marcha se concentran en mejorar la vigilancia del sarampión y el diagnóstico de laboratorio.

Han transcurrido más de cuatro años desde que los países de habla inglesa del Caribe notificaron un

caso de sarampión confirmado en el laboratorio. Esto se ha logrado después de que esa subregión se comprometió a realizar campañas de inmunización en masa que cubren a más de 90% de todos los niños de 9 meses a 14 años de edad y estableció sistemas de vigilancia sensibles. Asimismo, ni Chile ni Cuba han notificado casos de sarampión en los últimos tres años.

Con objeto de fortalecer más las actividades nacionales y regionales de vigilancia para eliminar el sarampión, se han comenzado a revisar los procedimientos actuales de clasificación e investigación de casos. La OPS colabora también en el adiestramiento de un grupo de virólogos que trabajan en laboratorios que participan en la Red de Laboratorios de Referencia del Sarampión en varios países. Esos laboratorios trabajarán con laboratorios nacionales asignados y se espera que desempeñen una función importante para apuntalar a los países en las investigaciones de casos y en otros aspectos de vigilancia del sarampión.

Enfermedad de Chagas

La Reunión Anual de la Comisión Intergubernamental para la Enfermedad de Chagas se llevó a cabo en Asunción, Paraguay, auspiciada por la Organización. El objetivo principal de la reunión fue analizar las acciones realizadas durante 1995. Se informó que las estrategias utilizadas para el control de la enfermedad habían incluido el rociado con insecticidas de acción residual, el mejoramiento de viviendas y la educación de la comunidad. Además, todos los países miembros de la Comisión han acordado uniformar las estrategias y acciones de control, y el sistema de información que se utiliza para observar la ejecución de las acciones. Asimismo, se establecieron indicadores comunes para evaluar el proceso de eliminación del vector.

Según la información disponible, durante 1995 se rociaron 382.334 viviendas en operaciones de ataque. La aplicación sostenida de las estrategias de control en Argentina, Brasil y Chile ha disminuido significativamente el área geográfica infestada y las densidades vectoriales en amplias zonas. En Uruguay

ya se puede considerar que la transmisión vectorial de *T. cruzi* está interrumpida. La inversión conjunta durante 1995 fue de más de US\$ 40 millones.

Las actividades de eliminación son evaluadas periódicamente en los distintos países por expertos de los otros países de la Comisión. La OPS apoyó las actividades de evaluación de la IV Región en Chile y de los estados de São Paulo y Minas Gerais en Brasil. Asimismo, la Organización dio su apoyo para la evaluación de la calidad de la serología que se realiza en los centros nacionales de referencia de tripanosomiasis americana.

Rabia

Durante 1995, Costa Rica, Guyana, Panamá, Suriname, Uruguay y los países del Caribe de habla inglesa continuaron libres de la rabia transmitida por el perro. En Chile se completaron dos años sin notificar casos humanos ni caninos; en Ecuador se logró reducir en más de 50% el número de casos animales, y en El Salvador sigue disminuyendo el número de casos humanos y caninos. Sin embargo, en Colombia y Guatemala aumentó el número de casos de ambos tipos debido a que disminuyó la atención prestada a la vigilancia epidemiológica y a las coberturas de vacunación de los perros. Asimismo, en Belice se notificaron 15 casos de rabia canina en la frontera con Guatemala, situación que expuso al riesgo de la enfermedad a 21 personas; gracias a que se dio tratamiento antirrábico oportuno no hubo defunciones. La gran mayoría de las ciudades capitales no notificaron casos de rabia, con excepción de la Ciudad de Guatemala, La Paz y San Salvador donde se presentaron casos humanos y caninos.

La rabia silvestre, especialmente la transmitida por los murciélagos vampiros, está aumentando en las Américas. De los casos humanos registrados en la Región durante 1995, 7,7% fueron causados por mordeduras de murciélagos vampiros. Las poblaciones indígenas y los mineros, los exploradores y otras personas que incursionan los ecosistemas silvestres (como turistas), son actualmente los grupos de mayor riesgo.

Como parte de la estrategia para la eliminación de la rabia, la OPS continuó promoviendo y apoyando la vacunación masiva de perros, actividad que se llevó a cabo en 16 países. Durante 1995 los países informaron haber aplicado 13,9 millones de dosis de vacuna antirrábica canina, lo cual corresponde a una cobertura del 58% de la población canina estimada en las zonas de riesgo. Estas coberturas varían de país a país.

También se continuó tratando de mejorar la atención a las personas expuestas al riesgo de la rabia. Con ese objetivo se realizaron 29 talleres para 1.915 funcionarios de los centros de salud de ocho países (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú y Paraguay). Esta capacitación se respaldó con la distribución de las guías sobre la atención de personas expuestas, y ha redundado en una reducción significativa de los casos de rabia humana.

El sistema de vigilancia epidemiológica de la rabia se extendió para incorporar la rabia silvestre. Se colaboró con cinco países —Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú y Trinidad y Tabago— para elaborar estudios de caracterización de las zonas de riesgo de rabia transmitida por vampiros. Además, el INPPAZ continuó procesando y analizando la información del sistema regional de vigilancia epidemiológica de la rabia, que se publicó en 52 informes semanales y en el boletín sobre vigilancia epidemiológica de la rabia del año 1994.

Fiebre aftosa

El 24 de abril de 1995, e inmediatamente antes de la Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA), se llevó a cabo la V Reunión del Comité Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa con participación de ministros y representantes de los productores cárnicos de la Región. El presidente de la república del Paraguay, Dr. Juan Carlos Wasmosi, presidió la reunión. El Comité analizó los avances del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) e hizo recomendaciones para llevarlo adelante de acuerdo con los objetivos y metas establecidas. Para fines de 1995, se cuenta entre los logros de los países o regiones cu-

biertas por el PHEFA el reconocimiento de Uruguay como país libre de aftosa, con vacunación en 1993 y sin vacunación desde 1995; este país ya completó cinco años sin la enfermedad. En la Argentina, la mesopotamia cumplió tres años sin fiebre aftosa, y todo el país lleva más de dos años sin focos. Asimismo, en Brasil, los estados de Rio Grande do Sul y Santa Catarina completaron dos años sin fiebre aftosa, y la República de Paraguay, un año. Además se mantuvieron libres de fiebre aftosa el Istmo Centroamericano y América del Norte, la Guayana Francesa, Guyana y Suriname, el Caribe y la región fronteriza entre Colombia y Panamá.

Esta nueva situación libre de aftosa se ha traducido en la apertura de mercados internacionales para los productos cárnicos provenientes de países que hasta hace poco se consideraban endémicos. Los estudios del nivel de riesgo de introducción de la enfermedad en los países importadores han sido utilizados como justificación técnica para abrir estos mercados.

La OPS, a través de PANAFTOSA, ha tenido una función destacada en los avances logrados a la fecha. Ha sido la institución de referencia que en forma continua y sistemática ha desarrollado metodologías e instrumentos adecuados a las necesidades de cada etapa y país y para todos los aspectos relacionados con la erradicación de la fiebre aftosa.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En los últimos decenios, las enfermedades no transmisibles y los traumatismos han comenzado a presentarse entre las causas principales de mortalidad y discapacidad en toda la Región. Ya han desplazado a las enfermedades transmisibles y las causas maternas y perinatales en varias regiones del mundo. En las Américas, las afecciones no transmisibles son causa principal de mortalidad en todos los grupos de edad a partir de los 15 años. Más aún, se prevé que en el año 2000, la mortalidad general (para todos los grupos de edad) será el triple de la causada por enfermedades infecciosas, y cinco veces más alta que estas en el 2015.

Además de seguir trabajando en las iniciativas de promoción de la salud ya en marcha, en 1995 la Organización lanzó un nuevo programa para dar apoyo al establecimiento de programas de enfermedades no transmisibles en la Región, con hincapié en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer del cuello uterino, la diabetes y los traumatismos.

Con el estímulo del éxito de iniciativas similares de Europa y el Canadá, se colaboró con un programa integral de control de enfermedades no transmisibles, conocido como Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles, en Valparaíso, Chile (Proyecto CARMEN); actualmente se exploran proyectos similares en otros países. Estas acciones, si bien acentúan la prevención de enfermedades cardiovasculares, también sirven para integrar otras actividades relacionadas con las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer del cuello uterino y la prevención de traumatismos. Se está considerando la posibilidad de crear una red regional de proyectos sobre esas enfermedades.

Cáncer del cuello uterino

El tumor maligno del cuello uterino es el principal tipo de cáncer de la mujer de América Latina y el Caribe y causa más de 25.000 muertes prematuras al año. La edad promedio de iniciación del cáncer invasivo del cuello uterino es de 38 años, hecho que representa una carga excesiva para las familias y comunidades; hasta 90% de esos casos podrían prevenirse con programas de detección precoz y tratamiento. La meta en todos los países debe ser poner en marcha programas eficaces en función del costo y con base en la población, que presten atención a la calidad de la detección en todos sus aspectos. Para beneficio de todas las mujeres expuestas a riesgo de cáncer cervicouterino, la Organización está proporcionando apoyo para mejorar técnicas que van desde la toma de frotis, hasta el desempeño de los laboratorios y el aumento del acceso a los servicios por medio de sistemas de atención primaria de salud.

Es particularmente notable el trabajo de la Coordinación de Programas en el Caribe en cooperación

con los países de habla inglesa de esa subregión para establecer programas de control del cáncer del cuello uterino. Por una parte, con base en los resultados de la encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas realizada en dos países, se diseñó y produjo un amplio conjunto de materiales de educación sanitaria y pública. Se produjeron y divulgaron cuatro anuncios de servicio público por radioemisora y dos por la televisión y se prepararon carteles, folletos y volantes para distribución gratuita. Todos estos materiales recalcan la prevención y detección precoz del cáncer cervicouterino. El proyecto, que tiene un enfoque de promoción de la salud, busca mejorar y empoderar a la mujer por medio de una estrategia que abarque a la población destinataria. Si bien los países tienen una infraestructura para lanzar iniciativas nacionales, se prestó cooperación para desarrollar sistemas de información en este campo. Esta colaboración incluyó la provisión de instrumentos de recolección de datos, el programa computarizado para el sistema de registro de la citología del cuello uterino elaborado en la oficina de Coordinación del Programa en el Caribe y la compra de computadoras para determinados países.

Diabetes

Las estimaciones correspondientes a la Región indican que el número actual de personas con diabetes se acerca a 28 millones. Se prevé que esa cifra habrá aumentado más de 60% en el año 2010, y la carga económica de la enfermedad será paralela al aumento de la carga de casos. Por las graves consecuencias de la enfermedad, como ceguera, amputaciones e insuficiencia renal, los diabéticos son grandes consumidores de recursos de atención de salud. Sin embargo, ahora se pueden tomar medidas para reducir el efecto y contener los costos de una mayor carga de morbilidad en el futuro. Algunas de estas medidas incluyen la reducción de los factores de riesgo (por ejemplo, control del peso), mejor tratamiento clínico (por ejemplo, vigilancia de la concentración sanguínea de glucosa), uso más eficiente de los servicios de salud (como atención ambulatoria) y educación de los pacientes para mejorar el autocuidado. La Organización trabaja con la Federación Internacional de Diabetes para lanzar en 1996 una Declaración de las Américas, documento que preparará el terreno para mejoras programáticas a futuro.



CAPÍTULO III

Evaluación de la cooperación técnica

Al cabo del día, cuando contemplemos el trabajo de la Organización, tendremos que aceptar que el aporte de la Secretaría será pequeño comparado con lo que los propios países habrán hecho, con nuestra ayuda.

George A. O. Alleyne
Reunión General del Personal
6 de octubre de 1995

La OPS tiene cuatro grados formales de evaluación de la cooperación técnica: la evaluación de las estrategias para alcanzar las metas mundiales y regionales de “salud para todos”, que exige que los Gobiernos Miembros evalúen su ejecución cada seis años; la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas establecidas por los países y la Secretaría cada cuatro años, que exige un análisis de la ejecución de políticas y planes de salud en el ámbito nacional y el logro de las metas definidas por cada país; la evaluación de la ejecución de los presupuestos anuales y bienales por programas cada uno y dos años, respectivamente; y, por último, la evaluación conjunta de la cooperación técnica realizada en los países por las autoridades nacionales y el personal de la Secretaría. Estas reuniones de evaluación conjunta, donde convergen ambos enfoques de análisis operativo, constituyen el interés central de este capítulo.

Tras adoptar la estrategia administrativa para el uso óptimo de los recursos de la OPS, los Gobiernos Miembros respaldaron la propuesta de que la Secretaría debería establecer un proceso en virtud del cual sus funcionarios y las autoridades nacionales evaluaran conjuntamente la cooperación técnica de la Organización en los países. Los Gobiernos Miembros indicaron además que estas evaluaciones conjuntas deberían servir para ampliar la revisión anual de la cooperación técnica hecha por el país y la OPS, con objeto de preparar los presupuestos anuales y bienales por programas, y convertirse en otro elemento del diálogo sostenido por los representantes de la OPS/OMS con las autoridades nacionales como parte de la ejecución del programa de cooperación técnica.

La OPS ha diseñado su propio instrumento de planificación, que es el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), para trazar el curso de su trabajo. El ejercicio de planificación es la piedra angular del sistema. Tomando como punto de partida las prioridades nacionales de salud señaladas, se identifican

las prioridades nacionales de cooperación técnica; a partir de estas, se establecen las prioridades nacionales de la cooperación técnica de la OPS. Sobre la base de estas últimas se formulan proyectos de cooperación técnica. Cada proyecto se ha diseñado para obtener resultados que permitan atender necesidades concretas. Luego, esos resultados previstos y sus indicadores se convierten en los parámetros empleados para evaluar la prestación de servicios de cooperación técnica dentro de cada proyecto. El AMPES es decisivo para el proceso de evaluación conjunta porque documenta la manera en que se presta cooperación técnica.

Al analizar el trabajo de la OPS en los países, el proceso de evaluación conjunta se concentra en la eficiencia, la eficacia y el efecto de la cooperación técnica de la Organización. Las autoridades nacionales, junto con el personal de la OPS, examinan el programa de cooperación técnica de los dos bienios precedentes y la situación actual del país para, sobre esa base, establecer los parámetros de las futuras actividades en ese campo. Por tanto, la evaluación conjunta sirve para adaptar el programa de cooperación técnica de la OPS a las necesidades de salud que son prioridad en cada país.

La evaluación conjunta debe concentrarse en determinar cómo ha ayudado la cooperación técnica a cambiar los indicadores de salud, la cobertura de la atención sanitaria a grupos vulnerables, la infraestructura de los servicios de salud y el proceso administrativo para el desarrollo nacional de salud. Asimismo debe ofrecer a la Representación un foro para informar a las autoridades nacionales sobre las políticas, las estrategias, la estructura y los procesos administrativos de la OPS. La evaluación también debe dar a los Representantes de la OPS/OMS una oportunidad de fortalecer las relaciones intersectoriales, analizar el ambiente de cooperación externa, mejorar la cooperación técnica internacional en salud, adaptar las estrategias de cooperación técnica a las realidades políticas y sociales y evaluar los adelantos hacia la meta de salud para todos. Al finalizar las reuniones de evaluación conjunta, los Representantes de la OPS/OMS deberán haberse armado de suficiente información para adaptar la cooperación técnica en salud, de modo que permita dar una mejor atención a las necesidades de los países. Por último, las reuniones de evaluación conjunta deben buscar la participación del máximo número posible de funcionarios de alto rango del sector salud y de sectores afines. Esta amplia participación permite coordinar y armonizar mejor el trabajo y racionalizar los recursos con más eficiencia.

En promedio, se celebran reuniones conjuntas cada cuatro años, de preferencia al comienzo de un ciclo político nacional. Dentro de la Organización se presentan informes sobre las reuniones de evaluación conjunta en algunos países en cada reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. En 1995 se celebraron reuniones de evaluación conjunta en las Bahamas, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Panamá y Suriname. A continuación se presentan los informes de cada una de esas siete reuniones.

BAHAMAS

PERÍODO DE ESTUDIO: 1991-1995

PARTICIPANTES: Altos funcionarios de campos programáticos beneficiarios de la cooperación técnica de la OPS y de la sede del Ministerio de Salud y funcionarios de la OPS y de la oficina de Coordinación del Programa en el Caribe (57 participantes).

Los participantes discutieron un plan para separar la administración de los hospitales del control central del Ministerio con el fin de mejorar la eficiencia y contener los costos. El Ministro de Salud declaró que el ejercicio de revisión conjunta había ayudado al país a definir mejor y a adoptar un conjunto de medidas sanitarias para el cuidado de la familia.

Como resultado del ejercicio, los funcionarios de salud de los rangos superior e intermedio pudieron entender mejor los programas del Ministerio fuera de su esfera de responsabilidad y señalaron varios campos de coordinación interprogramática. La reunión también llevó a que estos funcionarios tuvieran una mayor participación en el establecimiento y la comprensión del ciclo de programación para 1996.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
Desarrollo de la infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de factibilidad para determinar la viabilidad de los sistemas locales de salud en algunas de las Islas Family (1993). • Se instaló el Sistema de Información para la Administración.
Fortalecimiento de la capacidad operativa de la División de Servicios de Salud Ambiental (DEHS)	<ul style="list-style-type: none"> • Se proporcionó adiestramiento en servicio en administración a los supervisores de la evacuación de desechos sólidos, con apoyo del BID. • Se preparó una propuesta para analizar cloro residual y contaminación bacteriana en el sistema público de abastecimiento de agua de Nueva Providencia. • Se puso en marcha un programa de vigilancia de la contaminación en el Puerto de Nassau.
Establecimiento de la Sociedad de Evacuación de Desechos Sólidos (WASC)	<ul style="list-style-type: none"> • Se terminó el estudio de clasificación de desechos en el relleno sanitario de Harrold Road. • Se realizó un estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos. • Se sentó la base jurídica para privatizar la recolección de desechos sólidos.
Salud materno-infantil (reducir la mortalidad materna e infantil; apoyar al PAI)	<ul style="list-style-type: none"> • Se fortaleció el proyecto de reducción de la mortalidad infantil. • Se intensificaron las actividades de erradicación de la poliomielitis.
Desarrollo del Programa de Salud de los Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Se introdujo el Programa de Salud de los Adolescentes. • Los adolescentes recibieron capacitación sobre orientación entre compañeros y adaptación a la sexualidad de ese grupo de edad.
Promoción de cambios del estilo de vida diabetes, la hipertensión y la obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Se distribuyeron pautas para el tratamiento del pie diabético.
Formulación de una política de nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Se preparó el Plan Nacional de Acción en Nutrición y se aprobó un cronograma.
Preparativos para casos de desastre y gestión correspondiente	<ul style="list-style-type: none"> • Se adiestró a varios funcionarios nacionales en la metodología del SUMA.
Prevención y control del SIDA (programas educativos, vigilancia y servicios de laboratorio)	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó un estudio nacional de seroprevalencia. • Se compraron estuches para la prueba ELISA y se entregaron a los hospitales Rand Memorial y Princess Margaret para mantener existencias regulares de reactivos de análisis del VIH; también se suministró equipo de diagnóstico de infecciones oportunistas y gonorrea. • Se realizó una campaña en los medios de información para promover el uso de condones y reducir el número de parejas sexuales. • Varios técnicos de laboratorio recibieron adiestramiento en técnicas de confirmación del VIH.

Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro

1. Continuar el estudio de factibilidad para determinar la viabilidad de los sistemas locales de salud en algunas de las Islas Family.
2. Continuar el estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos.
3. Continuar el estudio de clasificación de desechos en el relleno sanitario de Harrold Road.
4. Continuar el estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos.
5. Continuar el estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos.
6. Continuar el estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos.
7. Continuar el estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos.
8. Continuar el estudio de la contaminación del agua subterránea y de evaluación de riesgos.

BOLIVIA

PERÍODO DE ESTUDIO: 1989-1995

PARTICIPANTES: Representantes de las cuatro secretarías del Ministerio de Desarrollo Humano (a saber, Políticas e Inversión Social, Educación, Deportes y Cultura, y Salud); funcionarios superiores de las secretarías que se ocupan de asuntos relacionados con agroindustria, género, origen étnico y diversas generaciones; el Vicepresidente; miembros del Congreso y representantes de la OPS/OMS (66 participantes).

La reunión de evaluación conjunta permitió fortalecer los vínculos dentro del Ministerio de Desarrollo Humano y proporcionó un nuevo marco estratégico para la fase siguiente del programa de Cooperación Intensificada de la OMS. La estrategia de cooperación técnica se ha concentrado en el desarrollo de los sistemas locales de salud y el financiamiento de la salud. El primer punto ya ha pasado a ser política y se incluye tanto en el Plan Nacional de Salud como en la Ley de Participación Popular.

La reunión de evaluación conjunta se concentró en el análisis del marco político del país: se determinó que las orientaciones programáticas de la OPS eran compatibles con los principales asuntos de la política nacional. Los participantes llegaron a la conclusión de que se debe mejorar la función coordinadora del Ministerio de Desarrollo Humano, en vista de la necesidad de vigilar varios aspectos como la eficacia de la descentralización, el funcionamiento de un sistema de administración conjunta, incluso el control comunitario de la asignación de recursos. Por otra parte, se destacó la importancia que reviste la cooperación de la OPS para la Escuela Nacional de Salud Pública.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
Desarrollo de recursos humanos para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Progresó la integración del adiestramiento en servicio. • Se establecieron la Red Boliviana de Información sobre Ciencias de la Salud y el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología de la Salud.
Desarrollo de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Se impulsó la ejecución de programas de atención primaria de salud. • Se amplió la cobertura. • Se avanzó con respecto a la descentralización, regionalización y participación comunitaria.
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Se lograron adelantos en el Programa Ampliado de Inmunización y el control de la rabia y la fiebre aftosa. • Se organizaron comités interagenciales para obtener y usar recursos nacionales y de cooperación externa con más eficiencia. • Avanzó la organización del Sistema Nacional de Información de Salud y del Depósito Central de Suministros Esenciales.
Salud maternoinfantil	<p>El cambio de enfoque de la salud materna a uno integral de salud de la mujer, el mayor número de intervenciones en crecimiento y desarrollo infantil y la incorporación de una estrategia de salud reproductiva han llevado a reducir la tasa de mortalidad infantil; aumentar la cobertura prenatal y de inmunización; reducir los trastornos causados por carencia de yodo; y eliminar la poliomielitis.</p>
Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar el apoyo a la integración del adiestramiento en servicio. 2. Continuar el apoyo a la Red Boliviana de Información sobre Ciencias de la Salud y al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología de la Salud. 3. Continuar el apoyo a la ejecución de programas de atención primaria de salud, a la ampliación de la cobertura y a la descentralización, regionalización y participación comunitaria. 4. Continuar el apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y al control de la rabia y la fiebre aftosa. 5. Continuar el apoyo a la organización del Sistema Nacional de Información de Salud y del Depósito Central de Suministros Esenciales. 6. Continuar el apoyo a la incorporación de una estrategia de salud reproductiva. 7. Continuar el apoyo a la reducción de los trastornos causados por carencia de yodo y a la eliminación de la poliomielitis. 	

EL SALVADOR

PERÍODO DE ESTUDIO: 1992-1995

PARTICIPANTES: Representantes de 29 organismos del gobierno central, los municipios, instituciones descentralizadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, la OPS y otros organismos de cooperación internacional (150 participantes).

La cooperación técnica proporcionada durante el período de evaluación cambió con el tiempo en lo que respecta a enfoques y decisiones de política. Hasta el primer trimestre de 1994, los recursos se destinaban a programas relacionados con las actividades nacionales en favor de la paz, el fortalecimiento de los programas de salud destinados a los segmentos más vulnerables de la población y la creación de mecanismos para mejorar la administración de los servicios de salud (por ejemplo, presupuesto, administración de personal y sistemas de información para la administración). De ahí en adelante, en la cooperación se accentuaron las actividades de amplio alcance para apoyar el desarrollo institucional de las tres organizaciones principales del sector: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados. En lo que se refiere a las actividades subregionales, la Organización prestó especial atención a la Iniciativa de Salud de Centroamérica y a las actividades destinadas a crear mejores condiciones de vida para la población y a fortalecer la posición competitiva de América Central en la economía mundial.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
<p>Apoyo al proceso de planificación de la salud</p> <p>Fortalecimiento de la capacidad de análisis epidemiológico</p> <p>Coordinación de las actividades de cooperación externa del PIAS, el Plan de Desarrollo Económico y Social, el Plan Nacional de Salud y el Proceso Centroamericano de Integración</p> <p>Coordinación de actividades para cumplir con las resoluciones de reuniones cumbre y seguimiento de su trayectoria con otros países y dentro de las iniciativas subregionales</p> <p>Promoción de cambios de comportamiento orientados hacia un estilo de vida sano dentro del marco del desarrollo de los sistemas locales de salud</p> <p>Ampliación de la cobertura y control de la calidad de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico</p> <p>Prevención y control de enfermedades transmisibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades de desarrollo institucional cumplidas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social hicieron progresar el proceso de reforma del sector salud. • Los equipos epidemiológicos interinstitucionales establecidos nacional y localmente están ahora listos para realizar actividades de investigación y control de brotes. • Se movilizaron recursos extrapresupuestarios para ejecutar actividades de cooperación técnica. • Se realizaron actividades legislativas y otras relacionadas con la manipulación segura de la sangre, registros de medicamentos y reglamentación del ejercicio de la medicina. • Progresaron las iniciativas de municipios y escuelas saludables. • Se estableció un marco legislativo para crear una institución nacional que organice y administre el sistema de abastecimiento de agua y alcantarillado. • Se fortaleció la capacidad institucional para abordar los problemas de saneamiento básico, se amplió la cobertura con abastecimiento de agua pura y mejoró la capacidad de manejar debidamente los desechos sólidos. • Se amplió la cobertura de la vacunación contra las enfermedades del PAI; el trabajo de erradicación del poliovirus salvaje entró en su fase de consolidación. • Se lograron adelantos en las actividades de eliminación del sarampión, tétanos neonatal, transmisión de <i>T. cruzi</i> por medio de transfusiones sanguíneas, y lepra.

Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

GUATEMALA

PERÍODO DE ESTUDIO: 1993-1995

PARTICIPANTES: Representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; universidades, gobiernos municipales, organizaciones no gubernamentales, organismos del medio ambiente, nutrición y agricultura y los sectores de abastecimiento de agua y saneamiento (en los ámbitos central, departamental y local); y representantes de la OPS y la OMS (144 participantes).

El Gobierno asignó prioridad a la reforma del sector salud, que consistió sobre todo en descentralizar y modernizar el Estado; también se ha dado prioridad a la reducción de la pobreza y a las actividades de apoyo al proceso de paz. Guatemala reúne los requisitos para recibir Cooperación Intensificada de la OMS; en ese sentido, la importancia que se ha dado al alivio de la pobreza ha llevado a descentralizar la Representación de la OPS/OMS hacia algunas de las zonas más pobres del país. En general, se ha prestado cooperación técnica coherente con las prioridades nacionales. Se ha entablado un diálogo permanente con las autoridades nacionales de salud, otros organismos de cooperación técnica, organizaciones no gubernamentales y representantes civiles, que ha resultado en una cooperación en el ámbito nacional que se caracteriza por ser multisectorial e innovadora.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
<p>Fortalecimiento de los procesos de descentralización para ampliar la cobertura de los servicios básicos, reducir los factores de riesgo, transformar el modelo de salud y desarrollar recursos humanos para apoyar la descentralización y el sector salud</p> <p>Fortalecimiento de la programación local, con particular hincapié en la coordinación interinstitucional e intersectorial</p> <p>Fortalecimiento de la función directiva y coordinadora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en las esferas nacional y local</p> <p>Ampliación del alcance de los programas y actividades de prevención y promoción</p> <p>Fortalecimiento de la capacidad de análisis de la situación de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se suscribió un acuerdo entre el Gobierno de Guatemala y la OPS para apoyar la descentralización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y fortalecer los sistemas locales de salud. • Se descentralizó la cooperación técnica de la OPS: se establecieron oficinas en las regiones de salud de Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz y Escuintla y, junto con la División de Cooperación Intensificada de la OMS, la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional, el BID y la Unión Europea, se movilizaron recursos para apoyar la descentralización. • Se establecieron comités municipales de prevención y control del cólera y se formularon normas de vigilancia revisadas. • Se preparó una propuesta para reorganizar el sistema de atención de salud en apoyo de la reforma del sector. • Se fortaleció la capacidad de realizar planificación estratégica y vigilancia epidemiológica en organizaciones no gubernamentales de Huehuetenango. • Se creó una base de datos de legislación sanitaria. • Se introdujeron programas de vigilancia de la calidad del agua en San Marcos, Retalhuleu, Sololá, Suchitepéquez, Quetzaltenango y Huehuetenango. • Se inició la instauración de la Comisión Epidemiológica Nacional. • Se estableció una canasta de alimentos básicos. • Se puso en práctica un programa de vigilancia de los servicios de agua potable. • Se realizaron investigaciones sobre la fuerza laboral migrante. • Se efectuaron investigaciones sobre la salud de la mujer en ocho campos prioritarios. • Se analizó la situación nutricional de las comunidades de Chiquimula, Quetzaltenango y Huehuetenango.
<p>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar el proceso de descentralización de la cooperación técnica de la OPS, fortaleciendo la capacidad de las oficinas descentralizadas para apoyar la reforma del sector salud. 2. Continuar el proceso de descentralización de la cooperación técnica de la OPS, fortaleciendo la capacidad de las oficinas descentralizadas para apoyar la reforma del sector salud. 3. Continuar el proceso de descentralización de la cooperación técnica de la OPS, fortaleciendo la capacidad de las oficinas descentralizadas para apoyar la reforma del sector salud. 4. Continuar el proceso de descentralización de la cooperación técnica de la OPS, fortaleciendo la capacidad de las oficinas descentralizadas para apoyar la reforma del sector salud. 5. Continuar el proceso de descentralización de la cooperación técnica de la OPS, fortaleciendo la capacidad de las oficinas descentralizadas para apoyar la reforma del sector salud. 	

HAITÍ

PERÍODO DE ESTUDIO: 1991-1995

PARTICIPANTES: Personal del Ministerio de Población y Salud Pública, OPS, OMS, organizaciones no gubernamentales, la Asociación de Obras Sanitarias Privadas, el Instituto Haitiano de la Niñez, el Instituto Haitiano de Salud Comunitaria, la Asociación Nacional de Enfermeras, la Central Autónoma Metropolitana de Agua Potable y el Servicio Nacional de Agua Potable (62 participantes).

La evaluación conjunta representó la primera reunión formal en tres años entre la OPS y las autoridades del Ministerio de Salud de Haití. Aunque no se había entablado un diálogo entre la OPS y el gobierno de facto, la Organización prestó asistencia humanitaria activamente por medio de las organizaciones no gubernamentales. El ejercicio de evaluación sirvió para informar al Gobierno Constitucional respecto de actividades pasadas y, dado que no se habían realizado acciones conjuntas durante tres años, se ratificaron como válidas las principales recomendaciones y conclusiones de la evaluación de 1991. La reunión también fue el primer encuentro formal en que el personal del Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales analizaron conjuntamente varios programas y proyectos. También participaron algunos funcionarios del Programa de Cooperación Intensificada de la OMS con el fin de evaluar la posibilidad de sumar recursos de dicho programa a los de la OPS. La Organización está en proceso de cambiar su cooperación técnica en el país de un enfoque humanitario a uno que apunte el desarrollo del sistema de salud pública.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
<p>Salud maternoinfantil</p> <p>Prevención y control de enfermedades transmisibles y epidemias</p> <p>Servicios de abastecimiento de agua y saneamiento a pueblos y zonas rurales</p> <p>Coordinación de actividades de salud con ONG y otros organismos de cooperación</p> <p>Administración del sistema de suministro de combustible con fines humanitarios</p> <p>Establecimiento de un sistema de suministro de medicamentos esenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se estableció un método de tratamiento integrado del niño. • Se ofreció capacitación en el tratamiento del cólera y otras enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas; en diagnóstico y tratamiento de malaria, y epidemiología práctica. • Se estableció un sistema simplificado de vigilancia epidemiológica. • Como parte de las actividades de asistencia humanitaria se mantuvieron sistemas de abastecimiento de agua para poblados y zonas rurales; esto exigió la instalación de sistemas de distribución de agua potable. • Se identificaron varias ONG e instituciones de salud como colaboradoras en actividades de asistencia humanitaria. • Confiando en los mecanismos de coordinación establecidos con varios colaboradores y con el Comité Interinstitucional de Salud y sus Comités Técnicos y por medio del diálogo constante establecido con el Gobierno Constitucional en septiembre de 1993, se ha sentado la base para establecer unidades de salud comunitaria que funcionarán como la red local de sistemas de salud. • Se creó un programa de suministro de combustible con fines humanitarios (PAC-Humanitaire). • Se creó un sistema de suministro de medicamentos esenciales (PROMESS).
<p>Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar el diálogo constante con el Gobierno Constitucional y con los organismos de salud comunitaria para establecer unidades de salud comunitaria que funcionarán como la red local de sistemas de salud. 2. Continuar el diálogo constante con el Gobierno Constitucional y con los organismos de salud comunitaria para establecer unidades de salud comunitaria que funcionarán como la red local de sistemas de salud. 3. Continuar el diálogo constante con el Gobierno Constitucional y con los organismos de salud comunitaria para establecer unidades de salud comunitaria que funcionarán como la red local de sistemas de salud. 4. Continuar el diálogo constante con el Gobierno Constitucional y con los organismos de salud comunitaria para establecer unidades de salud comunitaria que funcionarán como la red local de sistemas de salud. 5. Continuar el diálogo constante con el Gobierno Constitucional y con los organismos de salud comunitaria para establecer unidades de salud comunitaria que funcionarán como la red local de sistemas de salud. 	

PANAMÁ

PERÍODO DE ESTUDIO: 1994-1995

PARTICIPANTES: Representantes del Ministerio de Salud Pública, la Caja de Seguro Social, el Ministerio de Educación, la Universidad de Panamá, la Universidad de Santa María la Antigua, el Ministerio de Planificación y Política Económica, el Fondo de Emergencia Social, la Oficina de la Primera Dama, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y el Instituto de Recursos Naturales Renovables, así como representantes de la OPS, del BID y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, incluso el PNUD, el UNICEF y el FNUAP (50 participantes).

La programación se concentró en la formulación de mecanismos para mejorar la cooperación técnica mediante la asignación de recursos a asuntos prioritarios. Otros organismos internacionales y de las Naciones Unidas participaron en la evaluación y se organizó una reunión especial entre ellos y funcionarios del Ministerio de Salud Pública para coordinar mejor la respuesta internacional a las necesidades de Panamá.

Además del impresionante grado de movilización intersectorial logrado durante esta reunión, se redefinieron las metas de cooperación y se asignaron prioridades al desarrollo local y a la reforma y modernización del sector salud. Uno de los principales resultados del proceso fue el consenso logrado respecto de la necesidad de hacer planes de inversión a mediano y largo plazos.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
Problemas sociales como la violencia, el maltrato de los niños, la violencia contra la mujer, accidentes y lesiones, alcoholismo y toxicomanía y problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró un modelo para denunciar, prevenir y combatir la violencia familiar; este proyecto es una empresa conjunta de las siete naciones centroamericanas y tiene un elemento legislativo. • Siguió progresando la reestructuración de los servicios de salud mental; se observaron la semana y el día de la salud mental y se realizaron varias actividades de adiestramiento y de mejora de los servicios de salud mental. • Se realizaron actividades para prevenir y reducir el consumo de tabaco y la toxicomanía.
Mortalidad y morbilidad perinatales	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoraron los recursos y el equipo físico de los servicios de atención infantil. • Se dio adiestramiento al personal en el tratamiento de infecciones respiratorias agudas.
Embarazo de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron actividades educativas centradas en los estudiantes de secundaria y la comunidad en general con la colaboración del FNUAP. El trabajo se orientó hacia las adolescentes embarazadas y la prevención del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el sida, la toxicomanía y los accidentes en la adolescencia.
ETS y sida	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron actividades para precaver y educar al público con respecto al sida y mejorar la vigilancia epidemiológica y la atención.

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
Malnutrición	<ul style="list-style-type: none"> Se prepararon un plan quinquenal de alimentación y nutrición, y planes de acción a mediano plazo para reducir la carencia de yodo, vitamina A y hierro. El trabajo se encauza hacia el suministro universal de yodo. Se trabajó por adoptar la yodación y fluoración de la sal con carácter universal. Se prepararon pautas nutricionales y se realizó y analizó un censo nacional de crecimiento.
Enfermedades tropicales (dengue y leishmaniasis)	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades de control de la malaria mejoraron por medio del proyecto subregional pertinente. Durante la epidemia de dengue se prestó asistencia en diagnóstico, suministro de productos biológicos, medidas de control de vectores y adiestramiento.
Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> Se formularon nuevas políticas, planes y normas y se fortalecieron los vigentes. Se evaluó el programa nacional de tuberculosis.
Salud bucodental	<ul style="list-style-type: none"> Se adoptaron medidas de fluoración de la sal y fabricación de enjuagues de fluoruro sódico para la prevención de la caries.
Salud ambiental, especialmente contaminación del aire y el agua y evacuación de desechos sólidos	<ul style="list-style-type: none"> Al trabajar por medio de MASICA, se fortalecieron las actividades de prevención del cólera, se fomentó el uso de pesticidas inocuos por medio de PLAGSALUD, se proporcionó saneamiento básico a las zonas rurales más pobres, se adelantó en lo relativo a la iniciativa de salud ambiental en la frontera entre Panamá y Costa Rica, se preparó una extensa bibliografía sobre actividades relacionadas con la calidad del agua y PROAGUA, se estudiaron los efectos de determinados contaminantes, se cumplieron actividades orientadas hacia el desarrollo de recursos humanos en la zona y se apoyó la promulgación de varias leyes.
Organización de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Se preparó una propuesta para modernizar el sector salud y se complementó con el proyecto de desarrollo social llamado "Municipios Siglo XXI". El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social definieron conjuntamente los principios básicos de un sistema nacional de salud. Se fortaleció la capacidad de planificación, gestión y operación del mantenimiento del equipo; el Gobierno de los Países Bajos y el BID proporcionaron recursos financieros externos.
Desarrollo de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Como parte del proyecto de fomento de la educación en salud en Centroamérica, se fortaleció la capacidad para adiestrar personal de salud pública y formular una política de investigación.
Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con el estudio de la materia de la salud pública en el área de la salud pública y la nutrición en el marco del Proyecto de Salud Pública y Nutrición. 2. Aprovechando la experiencia por sectores de salud pública y nutrición, se debe continuar con el estudio de la salud pública y la nutrición en el marco del Proyecto de Salud Pública y Nutrición, así como en el marco del Proyecto de Salud Pública y Nutrición, así como en el marco del Proyecto de Salud Pública y Nutrición. 3. Continuar con el estudio de la materia de la salud pública en el área de la salud pública y la nutrición en el marco del Proyecto de Salud Pública y Nutrición. 	

SURINAME

PERÍODO DE ESTUDIO: 1992-1995

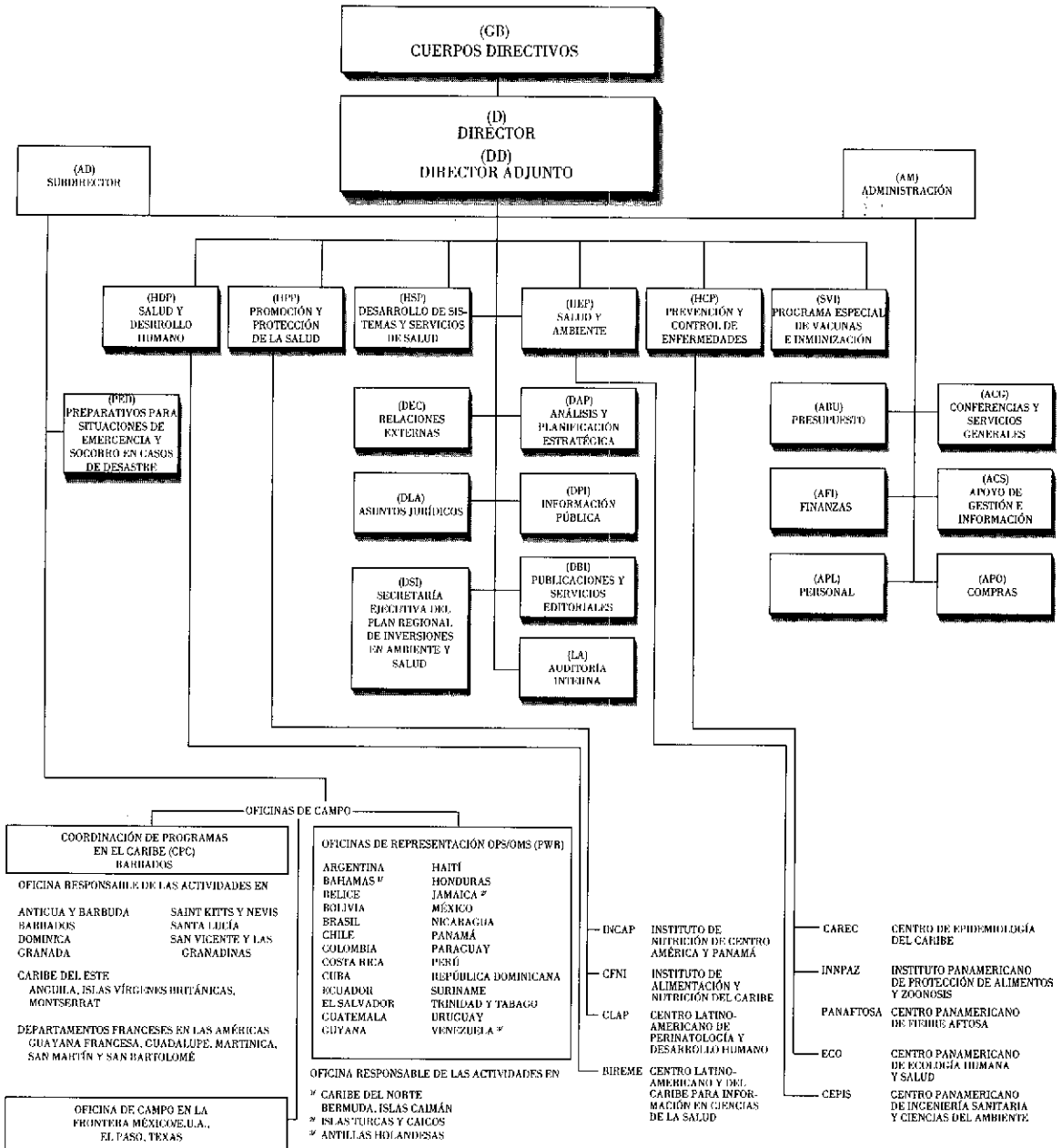
PARTICIPANTES: Personal de la Oficina de Salud Pública, los servicios regionales de salud, las misiones médicas, la Escuela Central de Enfermeras y Profesiones Afines, la Empresa de Agua de Suriname, los ministerios de Recursos Naturales, Trabajo y Obras Públicas y la OPS (33 participantes).

Dado que habían transcurrido siete años desde la última reunión de evaluación conjunta, la mayoría de los funcionarios nacionales participaban por primera vez en este ejercicio. La reunión se concentró en fortalecer los vínculos con el proceso de programación de la cooperación técnica con la OPS, incluido el establecimiento de prioridades para futura cooperación. Los participantes expresaron la necesidad tangible de crear un órgano de coordinación central y fortalecer la administración e infraestructura de la Oficina de Salud Pública para que esta pueda mejorar sus servicios de salud.

Resultados de la reunión de evaluación conjunta

PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	PRINCIPALES LOGROS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA
<p>Análisis de la situación de salud</p> <p>Salud ambiental y saneamiento</p> <p>Salud materno-infantil</p> <p>Prevención y control de enfermedades transmisibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se fortaleció la capacidad que tiene la Oficina de Salud Pública para analizar y divulgar información, mejoró la infraestructura de vigilancia de las enfermedades infecciosas y el programa nacional de control de infecciones nosocomiales. • Se realizaron actividades fronterizas de salud ambiental con Cuyana. • Se controló el brote de cólera al cabo de un año por medio del programa de comunicación social y el de desinfección del agua introducido después del brote de 1991. • Se efectuaron actividades relacionadas con abastecimiento de agua y saneamiento comunitarios, gestión de desechos sólidos, control de la contaminación y salud de los trabajadores. • En 1991 se estableció la vigilancia epidemiológica activa de las enfermedades del PAI; gracias a ese programa, no se notificaron casos confirmados de las seis enfermedades inmunoprevenibles durante el período de estudio. • El Programa Nacional del Sida amplió la accesibilidad a las pruebas de detección del VIH en diferentes sitios; esto sirvió para que un mayor número de personas se sometieran a análisis más pronto, lo que resulta en detección precoz.
Recomendaciones para la cooperación técnica de la OPS en el futuro	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar fortaleciendo la capacidad de la Oficina de Salud Pública para analizar y divulgar información. 2. Continuar mejorando la infraestructura de vigilancia de las enfermedades infecciosas. 3. Continuar mejorando el programa nacional de control de infecciones nosocomiales. 4. Continuar mejorando el programa de comunicación social. 5. Continuar mejorando el programa de desinfección del agua. 6. Continuar mejorando el programa de abastecimiento de agua y saneamiento comunitarios. 7. Continuar mejorando el programa de gestión de desechos sólidos. 	

Organigrama de la OPS



CAPÍTULO IV

Gestión y Administración

En esta nueva era de solidaridad continental, la Oficina Sanitaria Panamericana tiene la capacidad y el deseo de desempeñar su papel y está dispuesta a hacerlo, tal como siempre lo ha hecho. Su presencia en nuestros países, la idoneidad de sus recursos humanos, su organización [y] la naturaleza de sus principios básicos la dotan de una capacidad única para contribuir a la creación de una nueva América.

George A. O. Alleyne
Discurso inaugural
31 de enero de 1995

L Dr. George A. O. Alleyne, nuevo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), tomó posesión de su cargo en febrero de 1995. El elemento primordial de sus metas administrativas consistió en asegurarse de que todos los componentes de la Organización, tanto el central como los periféricos, trabajen juntos de modo que pueda incorporarse diversidad y, al mismo tiempo, mantenerse la congruencia y uniformidad; con ese fin, se establecieron varios mecanismos para seguir el proceso debido. Los principales elementos de ese proceso incluyen un profundo conocimiento de las condiciones locales, la comunicación bidireccional eficaz, la participación de los representantes de la OPS en la formulación de políticas y la adopción de decisiones, y la creación de medios eficaces para coordinar los programas, tanto en el punto de la cooperación técnica con los países como entre las esferas superiores de la Organización.

Como primera medida, el Director solicitó al personal que hiciera un ejercicio participatorio para redefinir la misión de la Organización. Ese ejercicio demostró lo que puede lograrse con la participación y cuánto más fructíferos son los resultados así obtenidos que los provenientes de una sola persona. La nueva misión de la Oficina Sanitaria Panamericana recalca la importancia de la cooperación técnica con los Países Miembros y del fomento de la cooperación entre ellos con el fin de que los pueblos de las Américas puedan lograr la salud para todos y por todos, mientras se mantiene un medio sano y se traza una ruta hacia el desarrollo humano sostenible.

En 1995, la OPS/OMS inició un proceso de consulta en los ámbitos regional y nacional para renovar el compromiso de lograr la meta de “salud para todos”, en vista de las posibles repercusiones de las tendencias mundiales que afectan y afectarán a la salud de la población de las Américas. Este esfuerzo tiene por objeto crear una nueva visión de la salud basada en la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad, y en la renovación del valor de la salud como elemento indispensable del desarrollo humano. La respuesta se propone apoyar las acciones nacionales y regionales para hacer frente a las dificultades en materia de salud en el siglo venidero. El tema de la renovación de la meta de “salud para todos” se ha discutido en foros nacionales, reuniones subregionales y discusiones técnicas dentro de la propia Organización. A mediados de 1996 se ha programado celebrar una conferencia regional, “Tendencias futuras y renovación del llamamiento a la salud para todos”, patrocinada por el Ministerio de Salud del Uruguay, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Red Internacional de Futuros de Salud (International Health Futures Network). La idea propulsora tras este empeño ha sido ocuparse de reformular y validar la meta, proceso conocido como “Renovación del llamamiento a la salud para todos”.

También se ha tratado de redefinir el concepto de cooperación técnica en salud. Con ese fin, la Organización ha participado en una evaluación de los principios de cooperación técnica y la experiencia en ese campo, con la esperanza de que el conocimiento compartido fortalezca la eficacia de la OPS para cumplir con la función que se le ha delegado por mandato constitucional. Este mandato exige que la OPS preste cooperación técnica en salud como función y producto principales, al mismo tiempo que desempeña el papel de autoridad en asuntos de salud internacional.

La evolución histórica ha cuestionado la singularidad de esa función en los últimos 50 años. La asistencia técnica tradicional se concentró en los instrumentos proporcionados (consultas, suministros y equipo, becas, cursos, seminarios, subvenciones, etc.); en cambio, la nueva modalidad de cooperación técnica introduce un conjunto más dinámico de asuntos relacionados con objetivos o funciones específicas. Esta orientación se basa en las necesidades de cada país, el potencial autóctono y la corriente de conocimientos técnicos y recursos que llevarán a obtener resultados más adaptados a la situación local.

Por otra parte, la evolución de la salud internacional dentro de un complejo marco de factores sociopolíticos y económicos, el desarrollo de los propios países y la proliferación de organizaciones y entidades que trabajan en cooperación técnica en salud plantearon la necesidad de reanalizar la forma en que se puede apoyar mejor el desarrollo de la salud en la Región. Con apoyo financiero de la Corporación Carnegie, la OPS/OMS convocó el seminario Reconsideración de la Cooperación Técnica Internacional en Salud, en que distinguidos participantes, incluso un selecto grupo de Estados Miembros de otras Regiones de la OMS y organizaciones colaboradoras oficiales y no gubernamentales, compartieron sus experiencias de cooperación técnica en salud.

Las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para 1995-1998, aprobadas durante la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, proporcionan el marco de las actividades de salud de la Organización en las Américas durante el cuatrienio y representan un ajuste del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS con respecto a la situación

particular de la Región. Definen como principales desafíos para la Organización durante el período la desigualdad persistente en el acceso de la población a los servicios de salud y la respuesta a las condiciones de salud derivadas de esas desigualdades sociales. Puesto que las OEP deben ser la base para la acción, la Secretaría ha iniciado un proceso de evaluación de la respuesta de los países. Ocho países participaron en la definición de indicadores y metodología para evaluar las orientaciones en 1995.

Puesto que la estructura debe seguir a la función y mejorar la capacidad de gestión y la entrega de productos, y en vista de las OEP y de la Lista Clasificada de Programas y del Noveno Programa General de Trabajo de la OMS, se modificó la estructura orgánica de la Secretaría a partir del 1 de marzo de 1995. La Secretaría comprende cinco divisiones técnicas (Salud y Desarrollo Humano, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Promoción y Protección de la Salud, Salud y Ambiente y Prevención y Control de Enfermedades). Además cuenta con la Oficina de Administración que presta apoyo administrativo a las representaciones y a la Sede; la Oficina del Director, que incluye la Oficina del Director Adjunto, a su vez, con seis oficinas (Análisis y Planificación Estratégica, Relaciones Externas, Asuntos Jurídicos, Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Información Pública, y Publicaciones y Servicios Editoriales); y la Oficina del Subdirector, que se encarga de la coordinación operativa de las representaciones de la OPS/OMS, la Coordinación del Programa en el Caribe y la Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos, así como de supervisar el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre. También se estableció un Programa Especial de Vacunas e Inmunización para promover las actividades de prevención de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y de preparación de nuevas vacunas. Cada división coordina las actividades de los centros panamericanos cuyo trabajo está dentro de su campo de acción. (Véase organigrama en la página 74)

Se ha hecho un esfuerzo particular para “aplanar” la Organización, ampliar la transparencia del proceso de adopción de decisiones y mejorar la participación del personal por medio de varios mecanismos que fomentan el intercambio de información, como discusiones técnicas, creación de redes sobre temas concretos y carteleras electrónicas. Para su óptimo funcionamiento, los diversos mecanismos dependen de información: un sistema de programación eficaz y un flujo adecuado. La OPS necesita información para cumplir con sus funciones internas, es decir, atender sus necesidades corporativas, y realizar actividades de cooperación técnica. La eficacia de la gestión y uso de la información es indispensable para las funciones y operaciones de la OPS, incluso las de la Secretaría y los Estados Miembros. La reestructuración de la Secretaría tiene el fin de acentuar el uso de información y de mejorar la gestión de la información de la OPS. Se necesitan información y sistemas apropiados para manejarla tanto en las funciones internas como externas.

Los sistemas corporativos de administración respaldan las operaciones relacionadas con presupuesto y finanzas, adquisiciones y personal. Para efectos de la cooperación técnica, la OPS ha establecido un conjunto de datos básicos sobre los países que se maneja en el ámbito nacional. La Organización también se ha concentrado en cooperar con los países en la producción de la información necesaria para administrar los servicios de salud. Por último, se ha prestado atención a las necesidades de información relacionadas con la ima-

Cuadro IV-1. Publicaciones del servicio editorial de la OPS en 1995

Número de serie	Título
Publicaciones científicas	
548	Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control
552	La salud del adolescente y del joven
554	Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (tres volúmenes)
556	Health Statistics from the Americas. 1995 Edition
556	Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1995
Documentos oficiales	
269	Strategic and Programmatic Orientations 1995-1998
269	Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998
271	Annual Report of the Director, 1994
271	Informe Anual del Director, 1994
Cuadernos técnicos	
40	Guía práctica para la erradicación de la poliomielitis. Segunda edición
42	Biology, Disease Relationship, and Control of <i>Aedes albopictus</i>
42	Biología, relaciones con enfermedades y control de <i>Aedes albopictus</i>
43	Biology and Ecology of <i>Anopheles albimanus</i> Wiedmann in Central America
Comunicación para la salud	
6	La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro
7	La salud de los niños en las Américas: un compromiso con nuestro futuro
8	Salud sexual y reproductiva
Periódicas	
	Bulletin of the Pan American Health Organization (trimestral)
	Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (mensual)
	Educación médica y salud (trimestral)

gen de la Organización ante varias clases de público por medio de sus publicaciones, la "autopista de información", y los medios de difusión.

Como ya es tradición de la Organización desde principios de la década de 1920, durante 1995 la OPS editó varios libros sobre diversos temas de importancia para los países de la Región; la lista completa de publicaciones se presenta en el cuadro IV-1. En el transcurso del año también se siguieron publicando artículos originales sobre salud y desarrollo de recursos humanos en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (mensual), y el *Bulletin of the Pan American Health Organization y Educación Médica y Salud* (trimestrales). Asimismo, y en respuesta al interés creciente del público en los medios de publicación electrónica, la OPS emitió su primer disco compacto, "Condiciones de salud en las Américas".

Con el fin de garantizar que sus publicaciones tengan el mayor alcance posible, la Organización estableció los primeros 56 centros de publicaciones en nueve países. Estos centros, en su mayoría integrados a bibliotecas y centros de documentación ya existentes, ponen las revistas y libros de la OPS a la disposición de un público que, de otro modo, quizás no tendría acceso a ellos. Para que la información llegue a una clientela aún mayor, la OPS está sacando debido provecho de la Internet. Mejoró sus servicios de ficheros de texto en Gopher e inauguró su servicio en World Wide Web, que ofrece información de manera interactiva acerca de la Organización, sus productos y sus servicios, incluso los recursos técnicos y científicos, desastres naturales y situaciones de emergencias, y perfiles de salud de los países. A mediados de diciembre, se habían registrado más de 14.000 sesiones para usuarios en el sitio de la Sede de la OPS en esa red de información.

Varias representaciones de país y centros de la Organización también desempeñaron una función activa en Internet, y establecieron sus propios Gophers y sitios en la red. Como resultado, la OPS avanzó hacia su objetivo de construir una red de área extendida con base en Internet con el fin de fortalecer las comunicaciones internas y agilizar la corriente de información, y ofrecer un instrumento interactivo de divulgación a los países de la Región. Por otra parte, la Organización logró reducir los costos de las comunicaciones por correo electrónico al reemplazar las llamadas telefónicas internacionales con transmisiones por medio de la Internet, con lo que se obtuvo el máximo beneficio financiero del sistema.

De conformidad con las políticas establecidas por los Cuerpos Directivos, la OPS colabora con sus 38 Gobiernos Miembros en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de cooperación técnica por medio de las representaciones de la OPS/OMS, el Coordinador del Programa en el Caribe y la Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos. Las representaciones cumplen funciones políticas, administrativas y técnicas. Las dos primeras recaen sobre todo en los gerentes de las representaciones, que son los representantes de la OPS/OMS, pero la última indica cómo se dirige la cooperación técnica para satisfacer las necesidades según las prioridades nacionales de salud. Esas necesidades de cooperación técnica con la OPS/OMS se han seleccionado de un conjunto más amplio existente en el país.

Las diversas partes de la Secretaría funcionan según principios básicos que orientan su funcionamiento general. Esos principios son coherentes con la misión de la Organización e incluyen los campos de trabajo básicos, definidos por los Cuerpos Directivos de la OPS y la

OMS. Estos Cuerpos Directivos o, mejor dicho, los países mismos determinan colectiva o individualmente los campos a los que debe dirigir la Organización su cooperación técnica. Hay solo un programa de cooperación técnica de la Secretaría; no hay ninguna parte de la Organización que controle la adquisición de información o la generación de conocimientos.

La Secretaría presta cooperación técnica por medio de las representaciones y los programas regionales. La representación es la vía común por la que llega a su destino final toda la cooperación técnica dedicada a atender las prioridades de colaboración después de identificar las prioridades nacionales de salud, las necesidades de cooperación técnica para abordar esas prioridades, y de estas últimas, las que puede atender la OPS. Los programas regionales representan el conjunto de recursos de la Sede, los centros panamericanos, y el personal destinado a los países. Traducen los mandatos de los Cuerpos Directivos en programas de cooperación técnica que ofrece la Secretaría, promueven la cooperación técnica para tratar los problemas que los países pueden abordar mejor en forma colectiva y apuntalan a los países para realizar esas actividades dentro de los campos considerados importantes. El Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) es el mecanismo de gestión central que emplea la Organización para planear, programar, vigilar y evaluar la cooperación técnica a corto, mediano y largo plazo.

El AMPES cumple funciones administrativas y técnicas en la gestión de información sobre el programa de cooperación técnica. Hubo grandes avances en la eficiencia y eficacia de la programación y evaluación por medio del uso del AMPES. También se logró fortalecer el vínculo entre la formulación de proyectos y las orientaciones de política de la Organización y en lo relativo a las prioridades nacionales de los Gobiernos Miembros. Se aprobó una metodología modificada para la programación del AMPES con el fin de garantizar su integración armónica con las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas y con el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS.

Para poder atender mejor las necesidades de los Gobiernos Miembros en la prestación de cooperación técnica, se han mejorado los procesos administrativos que refuerzan la coordinación y comunicación entre la Sede y las representaciones. Para lograrlo se estableció un punto focal en la Oficina de Administración con miras a intensificar el apoyo a las actividades cumplidas en las representaciones. El punto focal ofrece orientación en la preparación de planes de desarrollo administrativos de las representaciones de la OPS/OMS, examina los requisitos fijados, contesta preguntas sobre asuntos administrativos, promueve políticas administrativas eficaces, pone en práctica varios procedimientos y establece controles de gestión. Con el fin de proporcionar la mejor asistencia posible a las operaciones realizadas sobre el terreno, se abordaron las necesidades concretas de algunas representaciones con objeto de señalar las deficiencias de las actividades y de recomendar correcciones y soluciones donde hubiera problemas. Se prestó particular atención a los requisitos para contratar personal adecuado e idóneo en las representaciones, a la debida separación de deberes y a la definición de las responsabilidades asignadas.

La Secretaría tomó varias medidas para garantizar la incorporación de una perspectiva de género en el trabajo y la vida de la Organización. Por una parte, planeó y realizó

talleres en la Sede y las representaciones para ayudar a los profesionales a ver cómo se beneficiarían las iniciativas de salud y desarrollo con la incorporación de la perspectiva de género en su sistema de planificación. (Véase la figura IV-1 que presenta la distribución de las mujeres profesionales de la OSP, según grado en el escalafón.)

En los últimos años, la OPS/OMS se ha empeñado en establecer un sistema de evaluación del desempeño que incorpore responsabilidad institucional e individual para valorar la pertinencia, eficacia, eficiencia y efecto de las actividades de la Organización dentro del marco de las políticas establecidas por los Cuerpos Directivos. En 1995 se elaboró un nuevo instrumento de evaluación del desempeño, que será analizado por el personal y puesto a prueba. Este ejercicio tiene por fin crear, con la máxima participación posible, un instrumento administrativo que permita mejorar el desempeño del personal basándose en los objetivos laborales.

La OPS tiene un instrumento de información único en su género en su programa de traducción mecánica de marca registrada. La Organización ha venido usando los sistemas SPANAM^{MR} (del español al inglés) y ENGSPAN^{MR} (del inglés al español) para traducir documentos oficiales y manuscritos científicos y técnicos desde 1989. Ese programa ha aumentado la eficiencia de la unidad de traducción entre 30 y 50% y ha disminuido enormemente los costos. Se ha instalado en la red de área local en la Sede, a la cual tiene acceso el personal de otras 20 unidades técnicas y administrativas. Los diccionarios del sistema incluyen la terminología de la OPS y la OMS tomada de más de 22 millones de palabras traducidas por medio del sistema.

El sistema de traducción mecánica está a disposición de los centros y representaciones que tienen un gran volumen de traducción. Hasta ahora, el programa se ha instalado en el CEPIS, el INCAP, el ECO, la Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos y la Representación de la OPS/OMS en el Paraguay. Se han firmado convenios de autorización con el Ministerio de Salud de Costa Rica y con el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba. Desde 1987 a la fecha se ha autorizado el uso del sistema, mediante pago, a cinco organizaciones públicas y sin fines de lucro en los Estados Unidos de América, América Latina y Europa. El costo de la licencia incluye adiestramiento básico y apoyo técnico y los ingresos recibidos se destinan a sufragar parcialmente los costos de desarrollo. Este producto es ampliamente conocido y considerado como el mejor sistema operativo de traducciones tanto de español a inglés como de inglés a español.

Por otra parte, la OPS ofrece un programa de compras reembolsables a los Gobiernos Miembros, en virtud de la Resolución XXIX de la V Reunión del Consejo Directivo celebrada en 1951. Con este programa, el Departamento de Compras de la Organización facilita a los Gobiernos Miembros sus servicios de compra de artículos para programas de salud, imposibles o difíciles de obtener en sus respectivos países. Esos servicios también se facilitan a cualquier organismo o institución sin fines de lucro bajo la jurisdicción del ministro o director de salud de un País Miembro o cuyo programa sea sancionado por el ministro o director de salud.

Del total de adquisiciones hechas por el Departamento de Compras en la Sede de la OPS, que ascendió a US\$ 40,6 millones en 1995, unos \$6,6 millones fueron parte del

programa de compras reembolsables; además, se compraron más de \$20 millones de vacunas y jeringas con arreglo al fondo rotatorio establecido para el Programa Ampliado de Inmunización. Ese fondo es básicamente un sistema de compras reembolsables que funciona con un mecanismo algo diferente. Además de vacunas y jeringas, se compraron sobre todo productos farmacéuticos, reactivos de laboratorio y sustancias biológicas, además de equipo y suministros de hospital y laboratorio. También se compraron algunos computadores, equipo de oficina y vehículos en apoyo a los programas de salud realizados en los Países Miembros.

En septiembre de 1995 el Consejo Directivo de la OPS celebró su XXXVIII reunión durante la cual aprobó 14 Resoluciones. Entre ellas sobresalen las destinadas a adoptar los nuevos principios que rigen las relaciones oficiales entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales nacionales e interamericanas (CD38.R5), eliminar el sarampión en las Américas para el año 2000 (CD38.R6), aprobar el Plan de Acción para Eliminar la Sífilis Congénita en la Región para ese mismo año (CD38.R8), reiterar el compromiso de colaborar con el nuevo Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA) y seguir cooperando con los países para prevenir y controlar la epidemia de sida (CD39.R10), poner en práctica las metas y objetivos del Plan de Acción Regional para el Control y la Prevención de Enfermedades Nuevas, Emergentes y Reemergentes (CD38.R12) y seguir apoyando el proceso de reforma del sector salud en la Región de las Américas (CD38.R14).

Durante la reunión, el Consejo aprobó también el presupuesto para el bienio de 1996-1997, con el desacuerdo de un solo Gobierno Miembro. La aprobación del presupuesto indica que los Gobiernos Miembros apoyan el trabajo de la Organización y se comprometen a velar por su continuo crecimiento. De hecho, a pesar de las dificultades financieras y políticas experimentadas por casi todos los países de la Región, 1995 fue un año sin precedentes en cuanto al número de países que pagaron sus cuotas. Por ejemplo, Haití, a pesar de sus enormes problemas económicos, está al día en el pago de sus contribuciones a la Organización. El Gobierno del Paraguay llegó a aprobar una resolución en el Congreso, en virtud de la cual se incrementó el monto de su aporte a la OPS. No obstante, la Organización afronta todavía graves déficit por reducciones de facto de los pagos de algunos de sus principales contribuyentes y de la parte del presupuesto de la OPS proveniente de la OMS. (Véase la figura IV-2).

Figura IV-1.
Distribución porcentual de las posiciones profesionales de la Oficina Sanitaria Panamericana ocupadas por mujeres, grados P1 y superiores, por grado, 1985 y 1995

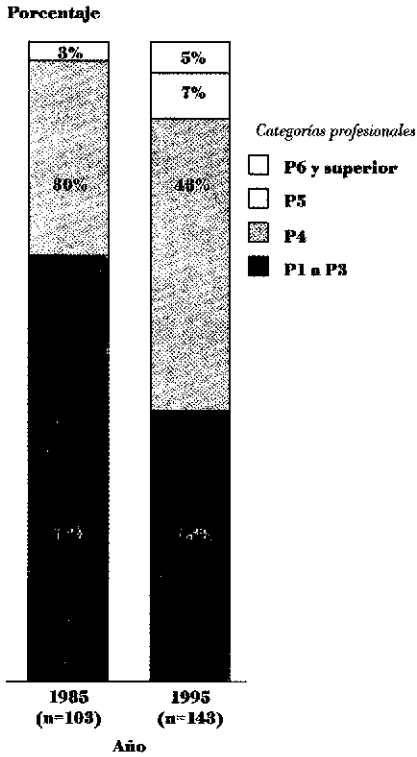
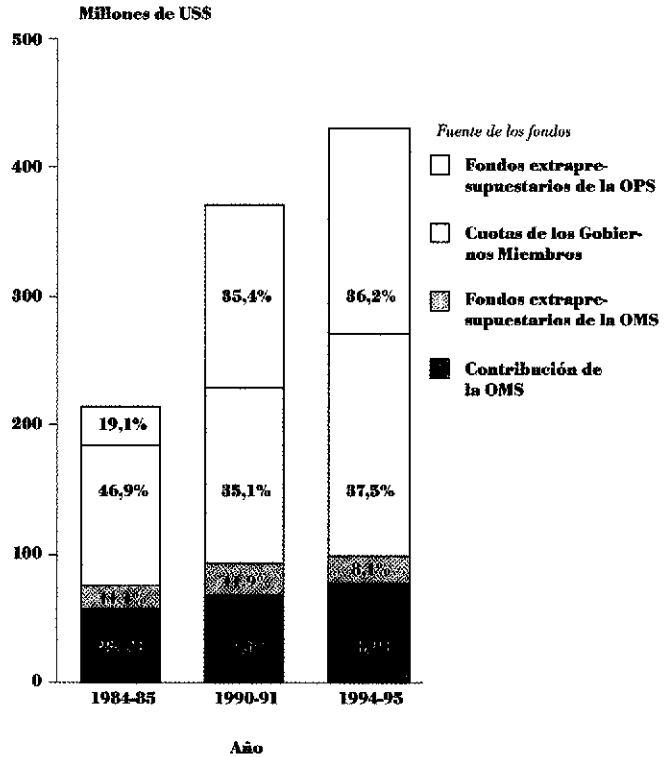


Figura IV-2.
Presupuesto operativo bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 1984-1985, 1990-1991 y 1994-1995, según fuente de los fondos





CAPÍTULO V

Principales logros en materia de cooperación técnica en los países

Nuestra estructura, nuestra presencia en todos los países y el acceso que tenemos a muchos sectores influyentes en nuestras naciones constituyen nuestras mayores ventajas.

George A. O. Alleyne
Reunión de Gerentes
9 de diciembre de 1995

Este capítulo resume los logros más importantes de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país durante 1995. Vistos de manera integral, estos ejemplos reflejan la realidad del alcance de las actividades de cooperación técnica que la Organización otorga a los Países Miembros. Los avances que se incluirían en este informe fueron seleccionados por los funcionarios de la Representación en el país correspondiente. Los criterios de selección resultaron notablemente uniformes de país a país y, a grandes rasgos, los logros que aquí se presentan podrían clasificarse en seis amplias categorías:

- Aquellos que podían demostrar con éxito los beneficios de la cooperación intersectorial, interprogramática, interinstitucional, interregional o entre países;
- Aquellos que redundaron en beneficio evidente para la salud de la población o los sistemas de atención de la salud;
- Los que contribuyeron al desarrollo institucional nacional por medio de la difusión de conocimientos o el fortalecimiento de la capacidad nacional;
- Las actividades que repercutieron en las políticas nacionales de salud, incluso las relacionadas con la reforma del sector salud en los países;
- Los alcances 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.

ANTIGUA Y BARBUDA

• El Equipo de Respuesta a Desastres en el Caribe de la OPS, cuya sede se encuentra en la oficina del Coordinador del Programa en el Caribe en Barbados, efectuó la primera evaluación de los daños que sufrieron los establecimientos de atención de salud de Antigua y Barbuda como consecuencia de los huracanes Luis y Marilyn. El equipo del Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA) de la Organización inició sus operaciones; simultáneamente se dio capacitación a ocho ciudadanos de Antigua sobre su utilización. La OPS movilizó fondos del Departamento de la Comunidad Europea para la Ayuda Humanitaria con el fin de reparar los tres hospitales públicos y proporcionar materiales para tratamiento de agua de emergencia y equipo de control de vectores. El trabajo del Gobierno, la OPS y la Comunidad Europea, realizado en estrecha colaboración, dio como resultado un proyecto de reconstrucción eficaz y oportuno que permitió restablecer sin demora los servicios de salud que habían sido afectados gravemente.

• Se celebró un retiro de dos días para altos funcionarios de los distintos sectores del Ministerio de Salud y Asuntos Internos como preparativo para el análisis de la cooperación técnica de la Organización en el país que llevarían a cabo conjuntamente el Gobierno de Antigua y la OPS. El retiro ofreció al personal una oportunidad de puntualizar diversos elementos de la política de salud de Antigua, llegar a un consenso sobre los programas de salud prioritarios, analizar problemas de infraestructura y recomendar mejoras programáticas para abordarlos. También permitió que el personal del Ministerio de Salud y Asuntos Internos se reuniera como equipo por primera vez en varios años con el fin de revisar los programas y realizar una planificación conjunta.

• Se llevó a cabo un taller intersectorial sobre agua potable, que incluyó los temas de evaluación del riesgo de contaminación y vigilancia de la calidad del agua al cual asistieron representantes de los Ministerios de Salud y Agricultura y el Departamento de Abastecimiento de Agua. Los participantes accedieron a trabajar juntos en un proyecto multisecto-

rial para estudiar las posibles amenazas a la calidad del agua de las principales fuentes públicas, establecer un programa de vigilancia de los recursos de agua dulce y potable y recomendar formas de disminuir los riesgos de contaminación de esos recursos. Este enfoque integrado permitirá que todos los sectores participantes en la administración de las reservas de agua, cada uno con un papel distinto y separado, trabajen juntos de una forma fructífera para mantener las reservas y la calidad de este recurso en el país.

• Se dio capacitación a 27 médicos y enfermeras en el uso del pantógrafo para atender el trabajo de parto y el nacimiento en embarazos de alto riesgo. Al adiestrar tanto a médicos como enfermeras en el uso de esta tecnología se fortalecerá la atención obstétrica de los embarazos de alto riesgo, lo que llevará a mejorar los servicios prestados en general. Esto, a su vez, contribuirá a reducir la mortalidad y morbilidad perinatales.

• Un inspector de salud pública recibió adiestramiento en inspección de carne de res y de aves en un curso de un mes ofrecido en la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica. El curso se diseñó con el objeto de tratar asuntos particulares del Caribe y, como consecuencia, se pudo comprobar que esta opción es mucho más rentable que otros cursos similares dictados fuera de la subregión. Este adiestramiento ayudará a establecer el programa integrado de protección de los alimentos y a aplicar mejor el sistema de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control.

ANTILLAS NEERLANDESAS Y ARUBA

• Se concluyó el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de Curazao y se dio apoyo para establecer un programa nacional de investigación esencial en salud para las Antillas Neerlandesas, con el fin de elaborar políticas y planes de salud y la propuesta de intervención para reducir inequidades y mejorar la situación sanitaria. Con el mismo propósito se apuntaló el desarrollo de la Unidad de Epidemiología de Aruba.

• En ocasión del huracán Luis, la OPS se constituyó en el primer organismo de cooperación técnica

que participara en la mitigación de las consecuencias de ese desastre natural. La Organización también colaboró para restablecer las comunicaciones y promover la ayuda del Gobierno de Venezuela en apoyo a la isla de San Martín.

- El Centro Latinoamericano de Perinatología está apoyando el establecimiento del sistema de información perinatal; ya se han analizado alrededor de 2.000 registros que cubren la atención prenatal y posnatal.

- En Aruba y Curazao se realizaron talleres de trabajo con personal directivo de los medios de comunicación y periodistas. Esta actividad tuvo por objeto iniciar un programa de promoción de la salud coordinado por los servicios de salud, con la contribución de comunicadores y de la sociedad civil organizada. Participaron en los talleres los programas de Sida, Recursos Humanos y Maternoinfantil, además de todas las organizaciones no gubernamentales que trabajan en aspectos de salud, ambiente, trabajo y educación.

- Se logró constituir y poner en marcha la Comisión Intrainstitucional de Acreditación de Servicios que servirá de base para la propuesta sobre la reforma sanitaria.

ARGENTINA

- Con la conformación de la Comisión Nacional Asesora en Epidemiología, se elaboró una guía metodológica para llevar a cabo el análisis de la situación de salud según grupos de población y zonas de riesgo. Actualmente esta metodología se ha puesto en práctica en las provincias. También se han establecido prioridades para la formación de recursos humanos en epidemiología, lo cual ha revitalizado las relaciones entre la Organización, los centros formadores y los institutos nacionales de epidemiología. Se ha hecho hincapié en la capacitación de epidemiólogos con responsabilidades de conducción de programas o docencia.

- Como parte del desarrollo de la red de telecomunicaciones e información en salud se estableció el enlace del sistema de cómputos de la Representación de la OPS/OMS en el país con Internet. Esta acción

permitió poner a disposición de la comunidad nacional e internacional el primer servicio de Protocolo de Transferencia de Archivos (File Transfer Protocol, FTP), Gopher y World Wide Web especializado en ciencias de la salud en la Argentina, y el acceso directo a las bases de datos bibliográficos. Actualmente están conectadas al sistema, directamente, 120 instituciones e, indirectamente, 230 (a través de nodos distribuidores).

- El Gobierno decidió actualizar el marco institucional que dicta las condiciones de funcionamiento de los mercados de trabajo en salud, los cuales son cada vez más competitivos, además de que están sometidos a una permanente innovación tecnológica. Las características del trabajo realizado en este campo demuestran que la Organización contribuyó a la elaboración de políticas sectoriales y de documentos básicos. Este material se ofreció al país como base para la discusión del Comité Consultivo Permanente de la Ley de Riesgos del Trabajo, con el fin de instaurar una nueva legislación. Las actividades fueron multidisciplinarias, multisectoriales (salud, trabajo y economía) e interagenciales, ya que en ellas participó también la Organización Internacional del Trabajo.

- En el ámbito del Plan Regional de Manejo de Residuos Peligrosos, se estableció la Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos (REPAMAR). Para conformar la Red Argentina del mismo nombre (REMAR), se involucró a los sectores privado, gubernamental, comunitario y universitario. Técnicamente, tanto REPAMAR como REMAR trabajan con conceptos modernos para reducir al mínimo los residuos y la relación contaminante por recurso. Asimismo, se está elaborando la propuesta de organización de la bolsa de residuos. Se contó con el apoyo financiero y técnico del Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (CTZ), que también permitió utilizar al máximo iniciativas anteriores, como es el caso de la Red Panamericana de Información en Salud Ambiental (REPIDISCA), e inaugurar un centro de atención al usuario que unió recursos de REMAR y REPIDISCA en la sede de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental.

- Con miras a establecer un conjunto de datos que sirvan para planificar la reforma sectorial, el Mi-

nisterio de Salud, con el apoyo de la OPS, ha dado prioridad al levantamiento de un catastro nacional de instituciones de salud. Debido a que el último censo de esta naturaleza se había realizado en 1980, durante 1995 se llevó a cabo una encuesta sistemática de relevamiento de las instituciones públicas, privadas y de obras sociales en todo el país. Para este efecto se incorporó tecnología informática moderna que permite recuperar y evaluar la información desde diversos ángulos. El nuevo censo se ha organizado y analizado de modo tal que no solo agrega los datos nacionales, sino también los provinciales. Por lo tanto, el país cuenta ahora con una base de datos actualizada y moderna de los recursos físicos en salud, que sirve de fuente para la planificación sectorial y extrasectorial.

BAHAMAS

- Dos proyectos se destacan como ejemplos de los beneficios que puede reportar la cooperación intersectorial y de la forma en que una estructura administrativa puede ampliar las posibilidades de éxito de un proyecto. El primero fue el proyecto de rehabilitación comunitaria financiado por el Gobierno de Italia por medio de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. El proyecto proporcionó adiestramiento a 19 enfermeras, maestros, trabajadores sociales y miembros de la comunidad de voluntarios de Long Island. Estos voluntarios, junto con capacitadores y otros funcionarios de los ministerios de Salud y Medio Ambiente, Educación y Servicios Sociales, y con fondos suplementarios de la organización no gubernamental Comité de Niños Lisiados, trabajaron para mejorar la vida de varios niños y adultos discapacitados en esa isla. Esta actividad tuvo tanto éxito que ya hay planes en marcha para repetir la iniciativa en otra parte.

El adiestramiento que recibiera la coordinadora de enfermeras del programa de salud de los adolescentes fortaleció mucho el programa. Además, esta profesional desempeñó una función esencial en la organización de un taller que tuvo por objeto analizar varias estrategias relacionadas con los problemas de los adolescentes identificados por la Comisión de la

Juventud. Ese taller reunió a representantes de los Ministerios de Salud, Educación y Servicios Sociales, la Comisión de la Juventud, la Policía, la Iglesia, una organización no gubernamental de planificación familiar y otras organizaciones no gubernamentales, así como un grupo de adolescentes. El taller sirvió de catalizador y llevó a algunas instituciones a reimpulsar sus actividades, y a otras, incluso a algunas escuelas, a iniciar programas para abordar los problemas de salud de los adolescentes. Como consecuencia de esas actividades ahora se tiene una mejor idea de los recursos disponibles en los diversos organismos y ya se ha comenzado a usar y compartir esos recursos con más eficiencia.

Se dio capacitación al personal de educación sanitaria en la formulación de estrategias de promoción de la salud para apoyar programas de salud; en el adiestramiento se recaló que los programas no deben realizar la promoción de la salud en forma desintegrada de otros aspectos de su trabajo. Además, cerca de 20 trabajadores de salud y otros 3 de los medios de información recibieron adiestramiento en comunicación pública para la salud. Estas actividades complementan la iniciativa lanzada por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente para dar a conocer más al público los asuntos prioritarios de salud con el uso de los medios electrónicos.

- La cooperación de la OPS en la reforma del sector salud se realizó por tres canales: en primer lugar, se ofreció pericia técnica para planear el proceso de delegación de poderes a los hospitales y buscar una estructura orgánica adecuada para la empresa que constituya el hospital al que se deleguen poderes. En segundo lugar, se prestó ayuda al Ministerio de Salud y Medio Ambiente para la transición hacia un gobierno descentralizado, dando a conocer a algunas comunidades el concepto de sistemas locales de salud. El tercer canal consistió en facilitar la realización del estudio del sector salud y dar a las autoridades políticas y altos funcionarios públicos la oportunidad de participar en reuniones regionales y subregionales sobre la reforma del sector salud.

BARBADOS

- La cooperación técnica de la OPS para el desarrollo de los servicios de salud se dirigió a mejorar el sistema de facturación y el manejo del plan de ayuda médica. Se estableció una unidad de información sobre salud para apoyar al sistema automático de gestión financiera y la automatización de todos los sistemas de información. Simultáneamente se proporcionaron computadoras para el servicio de radiología, donde ahora hay un sistema de información en funcionamiento.

- Se concedieron 10 becas de estudio de manejo de materiales peligrosos, microbiología, administración de salud pública, trabajo social psiquiátrico, enfermería de salud pública, administración superior de enfermería y radiografía.

- Como parte del programa general de perfeccionamiento de la administración del Ministerio de Salud, la OPS colaboró con el Ministerio para introducir un nuevo método de gestión al hospital psiquiátrico. También ayudó a diseñar y realizar el censo de pacientes internados en ese hospital, instrumento que ha permitido determinar con más claridad las necesidades del hospital y de los servicios de salud mental de la comunidad. Se recomendaron estrategias para integrar la salud mental a la atención primaria de salud y se señalaron las necesidades administrativas del hospital psiquiátrico y de los servicios de salud mental de la comunidad. El Ministerio de Salud está listo ahora para realizar un proyecto tendiente a mejorar la administración del hospital psiquiátrico y fortalecer los vínculos con el programa comunitario de salud mental.

- La OPS intensificó su cooperación para ayudar a revitalizar el Comité Nacional del Sida. Se lanzó una amplia campaña por medios múltiples con la participación de estaciones de radio y televisión y la prensa escrita. Asimismo, se realizó en el Colegio Pedagógico de Erdiston, un taller sobre el sida en el lugar de trabajo, para unos 75 directores de escuelas primarias y secundarias. Además, la OPS, en colaboración con el Programa Nacional de Sida, preparó y llevó a cabo un seminario sobre sida en el lugar de trabajo para representantes de alto rango de compañías del sector

privado. Estos participantes, que incluyeron miembros de los medios de información y un sindicato, así como personal de administración y desarrollo de recursos humanos de empresas privadas, se adiestraron para facilitar el establecimiento de programas de prevención del sida y apoyo a los afectados por la enfermedad en sus respectivos lugares de trabajo.

BELICE

- Durante 1995, la OPS brindó cooperación técnica para elaborar el Plan Nacional de Salud correspondiente al período 1996-2000, que fuera aprobado, en principio, por el Gabinete y se pondría en efecto en 1996. El proceso de elaboración del plan fue multisectorial y con participación del sector privado, siempre bajo el liderazgo del Ministerio de Salud. El plan sirvió para dar dirección a la reforma del sector sanitario, ya que en él se definieron metas y se contemplaron cambios a futuro, como la reorganización del Ministerio de Salud. Además, sirvió para fijar las bases de una política de salud que no existía en el país. Los grandes cambios propuestos en el plan conllevan pasar de un enfoque curativo a uno preventivo y de promoción de la salud, y de un modelo centralizado y vertical a uno descentralizado y participativo.

Con el fin de facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud y de mejorar la capacidad de gestión del Ministerio de Salud, la Organización dio su colaboración para establecer una unidad de planificación. Durante 1995 se definieron las funciones y la organización de la unidad y se adquirió el equipo necesario para empezar a funcionar en 1996.

- La OPS dio su apoyo para actividades de control de enfermedades transmisibles, especialmente la rabia y el sarampión. En agosto de 1995 se presentó en Belice una epidemia de rabia, la primera desde 1989, en las localidades de Benque Viejo, en la frontera con Guatemala, y Corozal, en la frontera con México. Hubo un total de 48 personas expuestas, pero dada la rápida intervención, se controló la epidemia sin que llegara a haber muertes de seres humanos. Se inició una vacunación nacional masiva de perros y gatos que continuará en 1996.

En octubre de 1995, se llevó a cabo simultáneamente en Belice y otros países de habla inglesa del Caribe, una campaña nacional para eliminar el sarampión. Esta actividad contó con el apoyo de otros organismos especializados de Naciones Unidas como parte de la celebración del quincuagésimo aniversario de esa institución.

- Con el apoyo del PIAS, la Representación de la OPS/OMS en el país coordinó un estudio diagnóstico nacional de agua y saneamiento, para el cual se obtuvo una participación nacional multisectorial y la colaboración adicional del UNICEF, el BID y la USAID. Como resultado se elaboró un plan de inversiones para guiar las acciones del sector, que entrará en vigencia en 1996.

- El Ministerio de Salud y la Organización firmaron un acuerdo bajo el cual unificaron sus centros de documentación y establecieron la Biblioteca Nacional de Salud en el local del nuevo Hospital de Ciudad Belice. Si bien la unificación de ambos centros se dio en 1995 la inauguración se hará en 1996. La nueva institución pondrá sus recursos a disposición de la población y contribuirá a mejorar la difusión del conocimiento no solo en la capital, sino en todo el país.

- En cuanto a la cooperación técnica entre países, durante 1995 Belice fortaleció su participación tanto en la Iniciativa de Salud de Centroamérica como en la Cooperación del Caribe para la Salud, y en la trinacional de salud con Guatemala y México. Se presentaron y ejecutaron varios proyectos de cooperación técnica entre países en el marco de estas iniciativas, principalmente con apoyo de Cuba, Guatemala y México.

BOLIVIA

- Las condiciones de salud han mejorado perceptiblemente como resultado de una reducción importante de la mortalidad infantil vinculada esencialmente a la eliminación o disminución de las enfermedades inmunoprevenibles. A este logro han contribuido la participación popular, un apoyo político fuerte y continuo, y la coordinación interagencial.

- Al entrar en vigencia la ley de participación popular se asegura la redistribución de los recursos del tesoro general de la nación en favor de todos los municipios del país. Esto contribuye al desarrollo social y entrega a las organizaciones de base el control de la utilización de estos recursos. Por lo tanto, se espera que haya un avance significativo hacia la equidad, a la vez que crece la inversión local en salud; asimismo, esta nueva modalidad representa un fuerte impulso a la planificación participativa en el país. En respuesta a la crisis ocasionada por la deuda externa y las medidas de ajuste estructural, se estableció el Ministerio de Desarrollo Humano, que permitió incorporar un abordaje intersectorial basado en la conceptualización de la salud con base en procesos históricos, políticos y socioeconómicos complejos.

- Ha habido un crecimiento importante de la disponibilidad de servicios de atención primaria. Además se han implantado mecanismos de desconcentración y regionalización de servicios con base en los sistemas locales de salud, y se estableció un programa de medicamentos esenciales. Gracias al fortalecimiento de los sistemas de información, así como a los resultados de encuestas e investigaciones específicas, se conoce mejor la realidad sanitaria del país. También ha contribuido a la difusión y administración del conocimiento la descentralización de la información mediante la formación de redes de control de documentación en salud y la utilización de tecnologías modernas de comunicación.

BRASIL

- La Organización, conjuntamente con el Ministerio de Salud, formuló una propuesta para organizar un sistema de información sobre la situación de salud en el Brasil que, bajo la forma de una red integrada de datos básicos y de estudios de situación, tendría dos ejes principales: la elaboración de un conjunto de indicadores básicos seleccionados y la preparación de informes de situación coyunturales y prospectivos. Con base en este sistema se llevará a cabo también el análisis de aspectos pertinentes a la elaboración y evaluación de políticas y acciones públicas de interés para la salud.

- La OPS también colaboró en el desarrollo de instrumentos metodológicos para establecer políticas gubernamentales con miras a organizar y promover la atención primaria de la salud a través de un programa de salud de la familia. Los instrumentos propuestos son la territorialización; los métodos para realizar estimaciones rápidas; los sistemas geográficos de información; la participación local en la planificación y programación, y los estudios de costos.

- Como parte de la iniciativa sobre municipios y ciudades saludables se destacan Campinas y otros municipios de los estados de Paraná, Ceará, y Bahía, donde se han puesto en práctica los principios de la promoción de la salud y de municipios saludables. Además se han desarrollado metodologías propias para la planificación participativa, el fomento a la labor intersectorial y el establecimiento de indicadores de calidad de vida; también se instauró un componente de atención integral al niño y al adolescente.

- La organización de la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible permitió que en el Brasil, por primera vez, hubiera coordinación entre los diversos sectores involucrados en temas de salud y ambiente. El objetivo del trabajo conjunto era elaborar una propuesta de acción en este campo. Como resultado de estas actividades el Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de coordinar el proceso nacional y de poner en marcha el plan de acción aprobado. En todo este proceso hubo participación destacada de las instituciones gubernamentales de salud, educación, relaciones exteriores, trabajo, saneamiento, minería y energía, y de la sociedad civil representada por organizaciones no gubernamentales.

- La OPS dio apoyo al país para elaborar políticas de recursos humanos como parte del Plan Plurianual de Acción del Ministerio de Salud. Esto desencadenó el proceso de formulación de una agenda de prioridades para los gestores del Sistema Único de Salud en lo que respecta a recursos humanos. También se consolidó el programa nacional de capacitación gerencial en salud, entró en efecto el programa de desarrollo institucional de escuelas técnicas de formación de nivel medio, y se consolidó el programa nacional de formación de especialistas en recursos humanos.

CANADÁ

- La Organización trabajó estrechamente con el Departamento de Salud del Canadá para facilitar la obtención de especialistas en salud de ese Departamento y de otros profesionales del sector salud canadiense, incluso de los ministerios de salud provinciales y las organizaciones no gubernamentales. El Departamento de Salud proporcionó especialistas a los programas de la OPS para trabajar en temas relacionados con la lucha antituberculosa, la salud de los pueblos indígenas y la vigilancia epidemiológica.

- El Departamento de Salud ayudó a preparar y llevar a cabo la Conferencia sobre la Reforma del Sector Salud celebrada por la OPS. Ambas organizaciones también trabajaron juntas en la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible y en la preparación de la Carta Panamericana sobre el tema, que incluyó la presentación de un trabajo sobre colaboración entre las esferas federal y provincial en asuntos ambientales (Acuerdo Nacional sobre Salud y el Ambiente Donde Vivimos, Trabajamos y Jugamos).

- La mayor parte de la cooperación de la OPS en el país comprendió 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 subrayan el trabajo de la CSIH en nombre de los programas de la Organización en las Américas:

En noviembre, la Sociedad organizó una importante conferencia, Reforma de Salud Alrededor del Mundo: Hacia la Equidad y Sostenibilidad, en la que se trató una de las prioridades de la OPS, y en la cual el Director de la OPS pronunció el discurso de clausura. La CSIH también patrocinó un foro de un día para explorar el potencial para fortalecer la cooperación en salud entre el Canadá y las organizaciones no gubernamentales de América Latina y el Caribe.

La Sociedad hizo arreglos para visitas de delegaciones latinoamericanas, en particular, de un grupo de Chile que viajó a varias ciudades del Canadá. También sirvió de huésped a los

residentes de la OPS en salud internacional durante su estadía en Ottawa, promovió el programa de residentes y administró el programa de becas de la OPS en el Canadá. Participó en el foro sobre la reforma del sector salud celebrado en Puerto Rico y proporcionó información sobre el sistema de salud canadiense en talleres celebrados en toda la Región.

Se promovieron las publicaciones de la OPS ofreciendo descuentos especiales a los miembros de la Sociedad y ampliando la visibilidad de la Organización por medio de presentaciones de información y foros a lo largo y ancho del país. Se creó una página de presentación en la World Wide Web para fomentar los vínculos entre los grupos de salud y desarrollo del Canadá y los de América Latina y el Caribe. La Sociedad siguió trabajando por dar a conocer mejor el Día Mundial de la Salud, el Día Mundial Sin Tabaco y el Día Mundial del Sida en el Canadá y buscar la participación de grupos apropiados en esas actividades.

- La cooperación de la OPS apoyó el establecimiento de servicios de enfermería en varios países latinoamericanos y las Bahamas en colaboración con el hospital Mount Sinai de Toronto. La Organización facilitó también la colaboración del hospital Douglas de la Universidad de McGill (Montreal) para dar capacitación a trabajadores de salud en Guyana en programas comunitarios de salud mental.

CHILE

- A comienzos de 1995 se llevó a cabo la evaluación del programa nacional de eliminación domiciliaria de *Triatoma infestans*, en particular, de su funcionamiento en la IV Región. La evaluación culminó con la elaboración de un documento que servirá de marco para la campaña de eliminación del vector, que durará cinco años.

Durante el segundo semestre del año se inició la elaboración del perfil epidemiológico básico del país. Asimismo, se realizó un seminario nacional de evaluación del programa de eliminación del sarampión, en cuyo ámbito se debatieron las estrategias para man-

tener al país libre de casos de esta enfermedad. Se tomó la decisión de revacunar masivamente durante abril de 1996, para mantener el país sin población susceptible. Con ese fin se llevó a cabo un censo serológico con una muestra representativa nacional de la población de menores de 1 año de edad, escolares y mujeres en edad fértil, en base a cuyos resultados se decidió vacunar solo con vacuna antisarampionosa, ya que las altas tasas de inmunidad en mujeres en edad fértil no justificaron el empleo de la vacuna contra la rubéola.

- La Organización ha participado plenamente en el proceso de innovación que se está dando en los servicios, y ha cooperado en la producción científica del país. La OPS también colaboró en el proyecto Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles, en la elaboración de un proyecto integrado de comunicación social, y en otro de investigación de atención clínica de la diabetes. También se formuló una propuesta de estrategia de enfermería, que logró articular de manera muy equilibrada las contribuciones del Ministerio de Salud, del Colegio de Enfermeras y de la Asociación Chilena de Escuelas de Enfermería.

- Con el fin de consolidar la presencia de Chile en la salud pública internacional, se organizó un foro-panel titulado "La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno". La actividad en sí no estuvo destinada solo a fomentar el diálogo democrático interno sobre temas de alta pertinencia en relación con la reforma del sector, sino también a mostrar la evolución histórica de la salud pública en Chile, desde la creación del Servicio Nacional de Salud y la reforma de los años 1980, hasta el presente.

- Se firmó un convenio entre la OPS y el Gobierno, representado por los Ministerios de Salud y Planificación, para desarrollar el Proyecto de Saneamiento Rural, que tiene por objeto realizar un análisis de preinversión que propondrá una metodología para identificar y evaluar proyectos de saneamiento rural para población dispersa. También permitirá incorporar al sector salud en el proceso nacional de inversiones que, a su vez, daría la posibilidad de dotar de servicios de saneamiento a más de 1 millón de chilenos de bajos recursos.

- Con éxito culminaron las negociaciones con el Ministerio de Obras Públicas para llevar a cabo actividades directas con los servicios de salud para mejorar los servicios mismos, y para fortalecer las áreas de epidemiología y ambiente. También se dio apoyo al servicio de salud de Antofagasta para implantar un sistema computarizado de vigilancia del arsénico, que es un contaminante natural de la zona.

COLOMBIA

- En apoyo a la reforma del sector salud, se ha hecho hincapié en la aplicación de los principios de universalización y ampliación de la cobertura y acceso equitativo a los servicios, mejoramiento de la calidad de la atención, y eficiencia en el uso de los recursos institucionales, humanos y tecnológicos del sector. La Organización colaboró con el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales, y otras entidades del sector para formular y ejecutar un amplio programa nacional de desarrollo de la medicina familiar, que constituye la estrategia fundamental para reorganizar y racionalizar el primer nivel de atención. Se inició una colaboración con fines de analizar la cooperación externa, técnica y financiera, para apoyar la reforma.

- La OPS también brindó su apoyo a las acciones para enfrentar la epidemia de encefalitis equina; se colaboró en la confirmación del diagnóstico, el envío de muestras de sueros humanos y de equinos, y mosquitos, la provisión de vacunas para inmunizar al personal de laboratorio y de campo, la provisión de reactivos para diagnóstico, el análisis de las cepas vacunales (genómico y antigénico) y la vigilancia epidemiológica. También se financió un estudio entomológico realizado en el departamento de la Guajira, y se participó en la negociación y trámites de ingreso al país de las 400.000 dosis de vacuna contra la enfermedad, donadas por los Estados Unidos de América.

- Como parte del Proyecto de Salud Ocupacional en la Industria del Petróleo se finalizó un convenio específico de cooperación técnica, en coordinación con la Unión Sindical Obrera y la Empresa Colombiana de Petróleos, para llevar a cabo un estudio sobre salud ocupacional en las plantas de hidrocarburos aromáticos del Complejo Industrial de Barranca Bermeja.

- La Organización colaboró también en el establecimiento del programa de doctorado de salud pública con énfasis en epidemiología para lo cual se revisaron y actualizaron los contenidos curriculares de los programas de maestría y se identificaron temas de investigación prioritarios. Asimismo, se fortaleció la capacidad nacional de analizar la situación de salud del país, de profundizar el conocimiento de sus factores condicionantes y de la magnitud de los problemas sanitarios más frecuentes por medio de la investigación.

- El programa especial de inmunizaciones intensificó la vacunación con vacuna triple viral durante los meses de octubre a diciembre de 1995. En este período se vacunó a 1.686.448 niños de 1 a 3 años de edad (74% de cobertura). Además, el éxito de la campaña de erradicación de la poliomielitis, aunado a la coordinación interagencial e intersectorial establecida y a la reducción de 99% de la transmisión del sarampión entre 1984 y 1995, ha motivado la instauración de otras metas en cuanto a enfermedades prevenibles en el país. Es así que se ha propuesto la eliminación del sarampión para el año 2000, el control de la hepatitis B y de la rubéola congénita, y la intensificación de la vigilancia de las meningitis bacterianas. La última tiene por objeto evaluar la posibilidad de introducir nuevas vacunas al programa.

- En 1995, el Ministerio de Salud retomó la estrategia de municipios saludables con miras a operacionalizar la promoción de la salud a nivel local. El marco de trabajo fue dado por el intercambio de experiencias y la difusión de información de los municipios que tienen ya una trayectoria en participación social e intersectorialidad. Dado que el marco legal del país favorece la descentralización, se contempla para el futuro el establecimiento de redes de municipios saludables en los departamentos, cuyo objetivo será compartir con mayor facilidad la información de los proyectos ligados a la estrategia.

COSTA RICA

- El Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados están ejecutando el Proyecto de Saneamiento Básico Rural de

Costa Rica con recursos exclusivamente nacionales canalizados a través de la OPS. Con este proyecto se espera saldar la deuda de saneamiento básico al proporcionar agua potable y eliminación sanitaria de excretas a la población. Se están aplicando novedosas soluciones tecnológicas que podrían servir de referencia a otros proyectos similares en la subregión.

El proyecto PLACSALUD, que es un componente del Programa Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano (MASICA), tiene como propósitos básicos mejorar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, particularmente el de intoxicaciones por plaguicidas, y llevar a cabo actividades de educación y otras intervenciones para reducir el riesgo de intoxicaciones. Las acciones más relevantes se han desempeñado con respecto al uso y manejo de plaguicidas que, en Costa Rica, se importan en grandes cantidades y repercuten en la salud del trabajador. También se pretende reducir al mínimo el alto subregistro de intoxicaciones agudas por plaguicidas y capacitar al personal médico y paramédico en su tratamiento.

- Con respecto al desarrollo de servicios de salud y dentro de la reforma del sector se destaca el Proyecto de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), organismo que ha implantado un nuevo modelo de atención. Este proceso ha recibido el apoyo de la Organización para definir las funciones y normas del primer nivel de atención o equipos básicos de atención integral en salud y equipos de apoyo de áreas. Asimismo se ha colaborado para conformar y analizar el funcionamiento de las primeras 20 áreas establecidas como producto del trabajo conjunto del Ministerio de Salud y de la CCSS. La Organización también apoyó un estudio que permitió a la CCSS conocer la situación real de las prestaciones de segundo y tercer nivel, ya que ellas corresponden a más de 50% del gasto de la institución. El estudio sirvió además para seleccionar la mejor opción para dirigir el desarrollo del sector, mejorar la calidad de los servicios y orientar la inversión en infraestructura, equipos y recursos humanos.

- Costa Rica logró reducir de manera significativa la transmisión del dengue, de casi 14.000 casos notificados en 1994 a poco más de 5.000 en 1995.

Solo se registró un caso de dengue hemorrágico y no hubo defunciones por dengue. Estos resultados se obtuvieron por el esfuerzo coordinado del Ministerio de Salud y la CCSS, y otros sectores gubernamentales, municipalidades, escuelas y organizaciones comunitarias, sumados a una amplia participación social. Para esta labor se utilizaron recursos nacionales y se movilizó la cooperación externa, en especial, los recursos del proyecto de control de vectores provistos por Suecia y administrados por la OPS.

- Con el fin de mejorar la salud de los adolescentes, se incorporó este grupo de población como objeto del nuevo modelo de atención. Para ello se definieron las responsabilidades de los funcionarios del primer nivel de atención y se elaboraron y publicaron normas de atención del adolescente. Asimismo, a través de la Comisión Nacional de Atención al Adolescente y con fondos nacionales, se logró elaborar y aprobar los proyectos dirigidos a jóvenes residentes en zonas marginales urbanas. Se publicaron y distribuyeron cuatro libros sobre diversos aspectos relacionados con la adolescencia y la juventud.

- Otro proyecto de interés especial es el de cantones saludables. Su objetivo y el de la Red de Cantones Saludables es promover un mayor bienestar y grado de desarrollo para la población. En este sentido se ha apuntalado al Ministerio de Salud en el desempeño de sus tareas de promoción de la salud, las que se han integrado a la estrategia nacional de desarrollo sostenible, y se ha logrado el compromiso de las autoridades sanitarias nacionales para incorporar el proyecto entre sus prioridades. Se han iniciado experiencias de cantones saludables en diferentes regiones del país.

CUBA

- En 1995 se finalizó el Estudio Sectorial de Agua Potable y Saneamiento, del cual surgió la estimación de que alrededor de 30% de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento necesitan rehabilitación. A continuación se realizó una reunión internacional con donantes potenciales para plantear el financiamiento de proyectos de inversión, rehabilitación, extensión y desarrollo operacional del sector

de agua, sobre la base de las conclusiones del estudio. Como resultado de la reunión y de los esfuerzos de movilización internacional, a la fecha se han concretado proyectos con varios países y agencias de cooperación, entre ellos los comités de UNICEF en Holanda, España y el Reino Unido y, las agencias de cooperación italiana y española, a través de la OPS. El monto total de recursos financieros movilizados hasta el momento alcanza a US\$ 2,6 millones.

- Durante el período de este informe se conformó la red cubana de municipios por la salud con 27 entidades participantes, con base en la Declaración de Red de Municipios por la Salud suscrita en Cienfuegos en diciembre de 1994. La OPS hizo un aporte científico, técnico, metodológico y financiero que se aunó a los de los gobiernos municipales, del Ministerio de Salud Pública, de la Comisión de Salud, Ambiente y Deporte del Parlamento y de la comunidad organizada. La Red Cubana incluye en su estrategia las políticas públicas saludables, la comunicación social, la capacitación de líderes, la entrega de información, el desarrollo de acciones intersectoriales, la movilización de recursos y el intercambio de experiencias.

- La movilización de recursos y la cooperación técnica entre países tuvieron un auge durante 1995. El crecimiento fue particularmente importante en las donaciones de la organización no gubernamental Global Links que hizo aportes de medicamentos, equipos médicos y otros insumos para el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, el Club Rotario Internacional contribuyó con las vacunas imprescindibles para garantizar las campañas nacionales de inmunización. Además, durante el período se formuló y negoció la contribución de Italia para la provincia de Guantánamo que se iniciaría a principios de 1996.

- En noviembre de 1995 se llevó a cabo la Reunión Interagencial del Sistema de Naciones Unidas en el marco del V Seminario de Atención Primaria de Salud. Esta reunión fue organizada por el Ministerio de Salud Pública en coordinación con los de Relaciones Exteriores, Inversión Extranjera y Cooperación, Economía y Planificación y Finanzas y Precios. De los organismos internacionales que

participaron (el PNUD, la OPS y la OMS, el UNICEF y el FNUAP), algunos fueron representados por sus más altos funcionarios. Durante la reunión se presentó el Informe de Avance del Análisis Sectorial que es la base de la actual reforma sectorial que se está dando en el país.

DEPARTAMENTOS FRANCESES

Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica

- La cooperación de la OPS ha ayudado a incrementar y mejorar la cooperación entre el Caribe francófono y el anglófono. La Organización se concentró en el proyecto para establecer programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. El patólogo del hospital La Meynard siguió siendo un importante recurso de adiestramiento en citotecnología, y dos expertos participaron en dos talleres que llevaron a formular pautas para establecer registros de cáncer.

DOMINICA

- Por medio de una actividad conjunta de las autoridades nacionales y la OPS, se celebró una reunión de alto rango para preparar un documento básico y un plan de acción nacional que se presentó en la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, celebrada en Washington, D.C. Participaron el Ministro de Salud y varias autoridades encargadas de formular política de entidades gubernamentales como las de turismo, hacienda y planificación para la salud y el medio ambiente en el desarrollo sostenible.

- Para mejorar la gestión de los desechos sólidos, se adiestró a 20 funcionarios nacionales en preparación de abono orgánico en el medio rural; luego, con el apoyo de la Organización, se inició un proyecto piloto de preparación básica de abono orgánico en cinco escuelas. En la ejecución de este proyecto se ha seguido un método intersectorial, que es buen augurio de su éxito. El proyecto se empleará como modelo para iniciativas similares que puedan ejecutarse en otros países del Caribe.

- Se concedieron 91 meses-beca para estudios de pediatría posbásica, técnicas quirúrgicas, vigilancia de la calidad del agua, educación superior de enfermería, gestión del sector público y fisioterapia. Las becas de la OPS son fundamentales para reforzar el empeño que hace Dominica en mejorar la eficiencia de su sistema de atención primaria y sus servicios técnicos.

- Con la colaboración de la OPS y CAREC, Dominica pudo controlar con éxito la epidemia de dengue en 1995. CAREC compró larvicidas y ayudó a mejorar la vigilancia epidemiológica.

- La OPS colaboró con el Ministerio de Salud para mejorar los servicios de salud infantil. Asimismo, ayudó a preparar un programa de detección precoz del retraso del desarrollo. Además, se adiestró al personal de salud y educación en la utilización de un manual que señala los acontecimientos más importantes del desarrollo infantil, y esboza procedimientos administrativos y mecanismos de remisión. Se espera que este método conjunto amplíe la detección precoz y mejore el resultado de los trastornos causados por el retraso del desarrollo.

ECUADOR

- Durante el año se dio impulso y se articuló el proceso de reforma del sector salud con miras a fortalecer el Consejo Nacional de Salud. Con ese fin, la Organización asesoró a las principales instituciones sanitarias del país, bajo el liderazgo del Ministro de Salud Pública. Por su parte, el Consejo Nacional de Salud trabajó para lograr consenso y avanzó significativamente en la preparación de lineamientos y del plan de acción de un proyecto consolidado e integrado de reforma sectorial. El documento resultante se presentó en la sesión especial sobre la reforma del sector salud que celebrara el XXXVIII Consejo Directivo de la OPS. La Organización ha dado asesoramiento permanente al Consejo Nacional de Salud y ha coordinado la labor de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma que se conformó en septiembre integrada inicialmente por el BID, el Banco Mundial, la USAID y la Organización; posteriormente se incorporaron el UNICEF y el FNUAP.

- Se logró en 1995 abrir nuevos espacios para la abogacía de la salud en diversos ámbitos sociales e institucionales, tanto de los sectores público y privado, como nacional e internacional. En efecto, el mayor logro se obtuvo a partir de la visita oficial al país del Director de la OSP, quien tuvo la oportunidad de analizar la ubicación de la salud en el contexto político, económico y social, tanto con el presidente de la República como con el Vicepresidente y los miembros del gabinete económico y social. Así se consolidaron las relaciones entre el Ministerio de Salud Pública y de Bienestar Social y el Congreso Nacional, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y con diversas instituciones y servicios de salud. También se fortaleció el contacto y la confianza con algunos empresarios, y con diversas organizaciones no gubernamentales e indígenas.

- Conjuntamente con el Ministerio de Salud y el Banco Mundial, se replanteó completamente la participación de la OPS en el proyecto de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos en salud (FASBASE). Este es un proyecto estratégico que entre ahora y el año 2000, cuenta con el financiamiento más alto y con mayores proyecciones para el desarrollo de los servicios de salud locales. Se elaboraron programaciones conjuntas y se abrieron espacios de cooperación técnica en las áreas de nutrición; control del dengue, la malaria y el cólera; desarrollo de la capacidad gerencial local; mejoramiento y acreditación de la calidad de los servicios; medicamentos; fluoración de la sal; y desarrollo institucional, con hincapié en los sistemas de información automatizados.

- Se ratificó el compromiso político para la erradicación de la fiebre aftosa; se fortaleció la vigilancia epidemiológica con el establecimiento del programa de maestría en epidemiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. También se dio capacitación para instalar puestos centinelas de vigilancia epidemiológica del VIH y mejorar los sistemas de información, y sobre técnicas alternativas para el control de las enfermedades transmisibles. Se reforzó la participación en los comités de emergencia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública con la elaboración de planes de acción específicos para el control del cólera, la fiebre amarilla y la encefalitis equina

venezolana. Se fortaleció la integración de la red de laboratorios en los programas de control, especialmente de VIH, cólera, tuberculosis, leishmaniasis y dengue. Se hizo otra contribución importante con las propuestas binacionales de Salud, Puente para la Paz y Fronteras Saludables cuyo fin ha sido trabajar por la paz entre los pueblos del Perú y el Ecuador, que tuvieron enfrentamientos militares a inicios del año.

- Para el programa integrado de control de las deficiencias de micronutrientes y en apoyo al Ministerio de Salud Pública, la OPS obtuvo financiamiento para preparar una propuesta integrada para el control de las deficiencias de hierro y vitamina A. El proceso de negociación y la convocatoria relacionada con esta propuesta han tenido un éxito significativo, ya que se logró que participaran, además de los anteriores, varias instituciones gubernamentales como el Ministerio de Agricultura, el de Comercio e Industria, y representantes de la empresa privada (molineros de trigo y azucareros). También se obtuvo el interés y participación financiera de varias agencias internacionales, entre ellas, el UNICEF, Oportunidades para Intervención en cuanto a Micronutrientes (Opportunities for Micronutrient Intervention, OMNI) USAID, el Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (International Life Science Institute, ILSI), el Banco Mundial y la Cooperación Belga.

EL SALVADOR

- Durante el período de conflicto armado, la comunidad internacional brindó un apoyo económico sustantivo a El Salvador. En años subsiguientes, ese apoyo se redujo en forma apreciable, a pesar de que la cooperación técnica y económica siguen siendo necesarias, especialmente en los sectores sociales. Consecuentemente, la movilización de recursos externos ha sido una prioridad de la cooperación técnica de la OPS.

- El país por su parte, con el respaldo de la Organización, ha promovido y apoyado los esfuerzos para aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos, que a su vez se sustenta en la generación de nuevos patrones de gerencia, en el manejo estratégico de la información y en el análisis y desarrollo institu-

cional. Hay pruebas objetivas que destacan el efecto real y potencial de la movilización interna de recursos, vale decir, la eficiencia, para mejorar el acceso de los servicios a los sectores sociales más postergados y la calidad de los mismos.

- La presente gestión de gobierno ha dado prioridad a la modernización del estado y a la reforma del sector salud. Tanto el BID como el Banco Mundial acompañan el proceso, para el cual se esperaba un financiamiento superior a los US\$ 100 millones. La Organización mantuvo una estrategia de apoyo basada en los siguientes elementos: orientaciones de cambio y coordinación interagencial; procesos sostenidos de desarrollo local descentralizado, y trabajo articulado con las tres instituciones principales del sector: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), ANDA (la institución nacional encargada de la provisión de agua) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Como ejemplo de esta modalidad de cooperación, se destaca la colaboración con el ISSS, que ha logrado aumentar aceleradamente su número de beneficiarios, lo cual redundará favorablemente en la equidad de la cobertura y del financiamiento. Asimismo, el ISSS ha adoptado un nuevo enfoque social para prestar sus servicios y ha creado una canasta básica que se brinda a toda la población del área de influencia, utilizando las clínicas ubicadas en comunidades urbanas de alto riesgo. El ISSS también se está proyectando hacia el medio rural a través de acuerdos con cooperativas agroindustriales, y ha entablado relaciones con las principales empresas del país para llevar la salud integral al medio laboral. Además, se trabaja en aspectos de desarrollo institucional.

- La cooperación prestada en el terreno de las enfermedades transmisibles ha contribuido a implantar un enfoque moderno en la estrategia de control, que contempla, particularmente, el impulso a la participación intersectorial y a la descentralización técnica y operativa de las acciones de vigilancia y control. Las actividades de control de la epidemia de dengue y dengue hemorrágico son un ejemplo concreto de esta colaboración entre el país y la Organización. Si bien la epidemia se presentó con 126 casos de dengue hemorrágico y cuatro defunciones, los índices entomológicos se redujeron de más de 80 a 19%. La acción

internacional promovida por la OPS para lograr el financiamiento de aspectos fundamentales de las medidas de control garantizó su continuidad.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

- La promoción de las iniciativas de salud a lo largo de la frontera de los Estados Unidos con México fue el punto más destacado en la cooperación técnica en 1995. El trabajo de los consejos binacionales de salud fronterizos fue apoyado por medio de subvenciones, y a través de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud; hubo otras acciones destinadas a fortalecer actividades de salud ambiental en las que participaron organismos de los Estados Unidos y México.

- La cooperación de la OPS con los Estados Unidos también facilitó las actividades de apoyo técnico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos al Instituto Peruano de Seguridad Social. Asimismo, con el apoyo de la Organización, expertos de los Institutos Nacionales de Salud y la Administración de Alimentos y Medicamentos, ambas de los Estados Unidos, prestaron colaboración a Chile en aspectos de legislación sobre enfermería.

- La Organización facilitó el intercambio de experiencias entre organizaciones no gubernamentales de la zona de Boston e instituciones homólogas de Jamaica. Los residentes de Boston que participaron en la iniciativa de "Boston saludable" estudiaron la experiencia de Jamaica en materia de prevención del embarazo de adolescentes y de la violencia, y de desarrollo de microempresas. El grupo de Boston espera emplear parte de la información obtenida de la experiencia de Jamaica en iniciativas destinadas a algunos de sus barrios y comunidades.

- En total, se adjudicaron 11 becas a ciudadanos estadounidenses para estudiar métodos que puedan afectar la entrega de la atención de la salud y la investigación en los Estados Unidos. Entre los temas estudiados estaban toxicología, pediatría, salud ocupacional, partería, planificación de salud pública, y salud pública dental.

GRANADA

- El nuevo Gobierno ha escogido la reforma del sector salud como una de sus principales prioridades y ha declarado su intención de modificar la administración del hospital. Para apoyar esa actividad, la OPS facilitó la participación de un equipo nacional en la reunión sobre la reforma del sector salud celebrada en Jamaica en noviembre.

- Se concedió un total de 31,5 meses-beca para estudios de gestión de servicios de salud, educación superior de enfermería, inspección de carne de res y de otros alimentos y prevención y control del alcoholismo.

- En una consulta sobre salud y el medio ambiente hubo una amplia representación de funcionarios de alto nivel del sector salud y otros. Se preparó un documento básico y un plan de acción. Este último se presentó en la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible celebrada en Washington, D.C., y ahora constituye un documento de política aprobado por el Gabinete.

- Las mujeres de Granada siguen acudiendo tarde a los programas de atención prenatal. En respuesta a ello, la OPS trabajó con personal de salud y un grupo focal para preparar una estrategia de comunicación en la que se emplearan la promoción de la salud y los medios de información. Como complemento, se planeó un programa para incrementar el número de mujeres que buscan atención de salud en el primer trimestre de embarazo. Este método de promoción de la salud, que comprende los medios de información como estrategia de salud materno-infantil, se evaluará para ver si se puede replicar en otros países.

- La promoción de la salud sigue considerándose una prioridad. En marzo se celebró una conferencia multisectorial sobre promoción de la salud, de dos días de duración, para conocer y comprender mejor los principios, estrategias y repercusiones generales señalados en la Carta del Caribe sobre Promoción de la Salud. Asistieron a la reunión 20 participantes de los sectores de salud, hacienda, educación y desarrollo comunitario, así como de las organizaciones no gubernamentales más importantes.

Los participantes emplearon pautas preparadas de promoción de la salud para compartir diversos puntos de vista sobre iniciativas y asuntos en curso y señalar posibles enfoques para cumplir con las disposiciones de la Carta. Esta es una importante fase a medida que el país trata de reorientar sus recursos hacia la promoción de la salud.

GUATEMALA

- Como parte del proceso de reforma del sector salud, el país firmó tres proyectos que movilizan US\$ 57,5 millones en préstamos del BID y donaciones de la Unión Europea y de la Autoridad Succa para el Desarrollo Internacional (ASDI). Estos recursos permitirán fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de salud, elevar el gasto sanitario público, mejorar la eficiencia de la gestión y gerencia de los servicios, e incidir tanto en la demanda como en algunos de los factores condicionantes y de riesgo asociados con la misma. La OPS, además de haber prestado asesoramiento para el proceso en su conjunto, es la agencia ejecutora del proyecto financiado por la ASDI cuyo objetivo es mejorar la vigilancia y planificación de la salud, con hincapié en la población de trabajadores migratorios y en la mujer indígena.

- Se concretó una propuesta inicial para reordenar el subsector de agua y saneamiento, con el propósito de ampliar la cobertura y de mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios. La Organización tuvo una función catalizadora en la formulación de la propuesta, que involucró también al BID, al UNICEF y a la USAID.

- En el ámbito de la reforma del sector salud se concretó una propuesta inicial para la formación de recursos humanos; esta abarca personal comunitario, auxiliar, técnico y profesional, y estudios de posgrado. La Universidad de San Carlos estableció un programa de maestría en salud pública.

- También ha progresado la descentralización de las acciones de salud. Por ejemplo, se fortalecieron 21 SILOS al establecer y poner en marcha cuatro oficinas de cooperación técnica descentralizada en Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz y Escuintla.

- En cuanto al sistema de información para la gestión local de salud se finalizó el primer módulo del programa computarizado que ya se utiliza en todas las áreas de salud del país y en algunos hospitales. Este sistema es el producto del trabajo compartido y de la movilización de recursos por parte del Ministerio de Salud, la USAID y la OPS.

GUYANA

- Se acabó de preparar un nuevo currículo comunitario para la Facultad de Medicina de la Universidad de Guyana en una actividad común en la que participaron funcionarios profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Ministerio de Salud y otros especialistas locales y extranjeros. Como resultado, se elaboraron los objetivos generales, un plan de estudios y el esbozo de los cursos. El programa se ha diseñado para atender varias necesidades concretas del país. Aunque por muchos años Guyana formó a sus propios médicos, dadas las condiciones imperantes en el país muchos de ellos emigraron y, con el tiempo, se deterioró la calidad de la atención. Para corregir esa situación, la Organización ha canalizado esfuerzos hacia el desarrollo de programas locales sostenibles.

- La OPS desempeñó un papel decisivo en la realización de investigaciones para la campaña de dos años que culminó con la promulgación de la Ley sobre Interrupción Médica del Embarazo, aprobada por la Asamblea Nacional en mayo. Esta es la segunda ley de ese tipo en la Región y la primera en América del Sur. Entre sus características singulares está el compromiso de mantener la dignidad y santidad de la vida mediante la reducción del número de abortos; también se busca la participación de las parejas del sexo masculino en la orientación antes y después del aborto.

- El número de especialistas en salud ambiental debidamente adiestrados es muy bajo. Para engrosar sus filas, se ha adiestrado a 14 auxiliares de salud ambiental que ahora dan apoyo a los oficiales de los programas de salud ambiental en regiones y municipios del país. Estos últimos visitan regularmente las viviendas dentro de sus distritos para observar su estado en relación con la salud ambiental e

informar al respecto; también conversan con los ocupantes sobre las condiciones insatisfactorias de la vivienda y vigilan las mejoras.

- Se mejoró la atención que ofrecen los servicios de atención perinatal en el centro de referencia, el Hospital Público de Georgetown y otros hospitales nacionales y regionales con el ánimo de reducir la tasa de morbilidad y mortalidad relacionada con esos servicios. En particular, se fortalecieron los conocimientos teóricos y prácticos de atención perinatal de los médicos y enfermeras. También se prestó asistencia técnica para mejorar las instalaciones y la gestión de los servicios de atención perinatal en el Hospital Público de Georgetown.

- Se llevaron a cabo varias actividades de alimentación y nutrición para fortalecer la capacidad del país de vigilar la calidad de los alimentos y mejorar los conocimientos del público sobre su inocuidad. Entre las acciones se destacaron la realización de programas de adiestramiento para mejorar la capacidad analítica en los campos de microbiología y química de los alimentos en el laboratorio público de análisis, la iniciación del proceso de consulta para preparar un plan nacional de seguridad alimentaria y la sensibilización de los gerentes de las fábricas de alimentos respecto de su función en el mantenimiento de normas de inocuidad.

HAITÍ

- La Organización contribuyó a formular una nueva política nacional de salud basada en equidad, descentralización y participación de la comunidad. La OPS también ayudó a coordinar los esfuerzos de los donantes en el sector salud durante la ejecución del programa de recuperación económica de emergencia. La OPS sirvió de Secretaría del Comité de Coordinación y se encargó de hacer el seguimiento y notificación de parte del Ministerio de Salud.

- La OPS, en colaboración con varias organizaciones no gubernamentales y el Ministerio de Salud, preparó un nuevo curso de adiestramiento para parteras tradicionales. Entre mayo y diciembre, se dio formación a 523 capacitadores; esta actividad reportará beneficios bien definidos para el país, ya que

80% de los nacimientos son atendidos por parteras tradicionales en el hogar.

- La Organización preparó materiales de adiestramiento para médicos, enfermeras y auxiliares de salud sobre el uso de medicamentos esenciales. El material formará parte de los nuevos currículos académicos en las facultades de enfermería y medicina y también se usará para programas de educación continua.

- Con el aporte de la Organización se lanzó un proyecto de restauración del pabellón de maternidad del Hospital de la Universidad del Estado.

HONDURAS

- El Ministerio de Salud Pública está fortaleciendo la gestión descentralizada en los niveles locales. La participación de la sociedad civil se manifiesta a través de los gobiernos locales, los municipios y sus comités de desarrollo.

- Se ha establecido más claramente el proceso de trabajo institucional en salud por medio del proyecto de acceso, que lleva a una mayor equidad en la prestación de servicios a la población; a la reestructuración interna del Ministerio de Salud; y a una mayor eficacia y eficiencia en la planificación de servicios y acciones de salud, mediante la inclusión de los análisis de la situación de salud.

- Por otra parte, se ha avanzado paulatinamente en la comprensión y aplicación del enfoque de género en la atención en salud. Asimismo, se ha logrado un incremento notorio de la participación comunitaria en apoyo a las acciones de salud que se realizan localmente a favor de proyectos específicos como el Programa Ampliado de Inmunización, el de cólera y de dengue.

- La Iniciativa Centroamericana en Salud se ha prestado para establecer una coordinación interagencial e internacional excelentes.

- En lo que respecta a recursos humanos, la cooperación de la Organización ha sido continua y se ha manifestado a través del apoyo al programa de maestría de salud pública. También se ha contribuido a constituir la comunidad científica en el campo de la salud por medio de la publicación de trabajos científicos, de la red de centros de documentación, del correo electrónico y de la difusión de revistas y boletines.

JAMAICA

- Como parte de la campaña para prevenir y controlar la epidemia de dengue, la Organización proporcionó asistencia técnica, suministros y equipo y colaboró en la realización de investigaciones para evaluar la eficacia de los servicios de fumigación aérea. Se terminó la construcción de 100 letrinas, dos instalaciones sanitarias públicas en St. Mary y otras tres en Kingston con apoyo del proyecto financiado por el Gobierno de Italia.

- La OPS, el Ministerio de Salud y la empresa privada Alkali Ltd. realizaron un programa de fluoración de la sal cuyo efecto se evaluó por medio de una encuesta que mostró que Jamaica tenía la menor prevalencia e incidencia de caries dental de cualquier país de la Región.

- Dieciocho ingenieros de Cuba ayudaron a examinar el programa de mantenimiento del equipo biomédico, evaluaron el equipo disponible e hicieron algunas reparaciones.

- En lo que respecta al Programa Ampliado de Inmunización, la OPS apoyó el lanzamiento de una campaña en los medios de información para recalcar la necesidad de inmunización contra el sarampión. La campaña incluyó mensajes televisados y la distribución de materiales educativos; las altas tasas de cobertura de inmunización pueden atribuirse al éxito de dicha campaña.

- Se ofrecieron seminarios, talleres y becas de estudio de información de salud, epidemiología, comunicación pública y administración de servicios de salud.

MÉXICO

- Con el apoyo de la Organización y recursos nacionales, se capacitó a 30 instructores mexicanos, centroamericanos y caribeños en el uso de la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). México se benefició con la participación de 10 personas, de las cuales varias ya dictaron un primer curso nacional donde se formaron 50 codificadores. La disponibilidad de personal capacitado en la CIE-10 está contribuyendo significativamente a la homo-

geneidad interinstitucional, a la calidad y oportunidad de la información de mortalidad y morbilidad, y a enriquecer el análisis de la situación de salud.

- En cuanto al desarrollo de los sistemas y servicios de salud, el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud tuvo gran actividad en México. En consecuencia, se consolidó el estudio del sector y el plan de inversiones en salud de Chihuahua y se realizó el análisis del sector de agua potable y saneamiento de Oaxaca. También se llevó a cabo un análisis rápido de la situación de los residuos sólidos urbanos y peligrosos y del programa de inversiones, y se reforzó el Instituto Nacional de Ecología.

Como aporte a la estrategia de extensión de la cobertura de los servicios, se facilitó la difusión del paquete de servicios básicos de salud y de un debate en torno al mismo en todas las jurisdicciones sanitarias del país.

Se consolidó un sistema de enseñanza de la salud pública que abarca a todos los programas de educación de esa disciplina. A través del sistema se acuerdan, por consenso, la organización, perfeccionamiento y evaluación de la calidad de la enseñanza y de los recursos formados.

- En el campo de la promoción y protección de la salud se ha incorporado el concepto integral de salud reproductiva que se acordara en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. En este marco se concretaron los programas de salud perinatal, planificación familiar, atención integral a la salud de los adolescentes, prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama, atención a la infertilidad, climaterio y menopausia, y prevención del sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, dentro del acuerdo trinacional de salud (Belice, Guatemala y México) se incluyó el tema de salud integral de la mujer en las acciones conjuntas que llevan a cabo los tres países en sus zonas fronterizas comunes.

En 1995, se logró también la consolidación nacional del Movimiento de Municipios por la Salud. La OPS ha tenido una función determinante en la incorporación de aproximadamente 100 municipios a una red nacional. Estos municipios se han comprometido (Compromiso de Monterrey) a elaborar proyectos multisectoriales y a establecer políticas públi-

cas saludables en el nivel local.

- Se fortaleció la cooperación entre los sectores salud y ambiente, de lo cual surgió la creación del Comité Técnico Nacional para el Desarrollo Sostenible y la Salud, que tiene como propósito establecer un proceso continuo, de consenso, para incluir la variable salud y ambiente en todos los planes y programas de desarrollo. Esta labor coordinada se sustenta en un convenio de cooperación firmado entre las secretarías de Salud y Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca.

En cuanto a la prevención y al control de enfermedades, se redujo la morbilidad por malaria a menos de 10.000 casos. Por otra parte, se dio tratamiento con ivermectina a 98% de los casos de oncocercosis. En ambos casos la cooperación técnica se orientó a mantener la capacidad operativa de los programas en las jurisdicciones sanitarias. En el tema de VIH y sida, CONASIDA completó el diseño y la validación de una intervención para educadores especializados en prevención de la infección. Se incluye entre los educadores a maestros, trabajadores de la salud, profesionales de organizaciones no gubernamentales y otros. Esta es la primera intervención estructurada de este tipo para la prevención del VIH en México, y se prevé que el trabajo con educadores posibilite la multiplicación de la información. Además, se establecieron las bases para intervenciones más sistemáticas en el campo de la educación formal e informal.

NICARAGUA

- En 1995 se logró eliminar el tétanos neonatal como un problema de salud pública en el país. Esta enfermedad, que había sido una de las principales causas de muerte perinatal, actualmente tiene una tasa de incidencia de menos de 1 por 1.000 nacidos vivos. El éxito logrado a la fecha ha permitido al país alcanzar una de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. La estrategia de vacunar a las mujeres en edad fértil es parte de las actividades sistemáticas y de las jornadas nacionales de salud, cuyos resultados se reflejan tanto en el alto número de dosis aplicadas, como en la reducción de los casos y las muertes por tétanos neonatal. Por lo demás, la ini-

ciativa de eliminar esta enfermedad ha contribuido al desarrollo global del programa de inmunizaciones y al fortalecimiento de los servicios locales de salud.

- Con el fin de fortalecer y desarrollar la capacidad del Ministerio de Salud para formular políticas, normas y planes en el marco de la descentralización y la reforma del sector, se ha llevado a cabo un conjunto de actividades que mejorarán la eficiencia y elevarán la calidad de los servicios que presta la institución. Al entrar en vigencia la política de salud se ha permitido la descentralización del sistema, el desarrollo de la red de atención primaria y hospitalaria, el mejoramiento de calidad de la atención, y el fortalecimiento institucional y de gestión. Los elementos fundamentales ya logrados como parte del desarrollo del sector incluyen la formulación, aprobación y publicación de manuales y normas, la formulación y aprobación del Programa Nacional de Garantía de Calidad y la propuesta de una política nacional de medicamentos esenciales.

- Se conformó el nodo de Internet para el sector salud en Nicaragua, que tiene como propósito principal establecer una red de datos y comunicaciones entre las instituciones de los niveles central y local. En la actualidad se encuentran conectados al sistema 11 de los 17 sistemas locales de atención integral de la salud (SILAIS) del país. Las áreas programáticas que más se han beneficiado de esta tecnología son vigilancia epidemiológica, sistema de información, bibliotecas, sistemas administrativos y docencia e investigación. Las autoridades nacionales han identificado el uso de este instrumento como una forma de resolver antiguos problemas de comunicación, de oportunidad y validez de la información, de costos de operación, y para elaborar programas de capacitación a distancia.

- Se colaboró en la formulación de una propuesta metodológica al Ministerio de Salud para diferenciar la morbilidad por sexo, e incorporar este aspecto al análisis de situación de salud mediante un proyecto de investigación. Dicho estudio, llamado Análisis de Situación de Salud según Condiciones de Vida y que tiene un enfoque de género a nivel local, se llevó a cabo en el municipio de Diriamba, SILAIS de Carazo, y fue de carácter descriptivo y transversal.

Se realizó en dos fases: la primera, de naturaleza retrospectiva, constó de la revisión de expedientes; en la segunda, se obtuvo información por medio de una encuesta con entrevista estructurada. La investigación y análisis se realizaron en forma interdisciplinaria, con la participación de personal de salud y comunitario de los barrios.

- Los logros más importantes alcanzados por el proyecto de apoyo a la descentralización del sector en seis SILAIS están relacionados con la ampliación de la cobertura de las unidades de salud existentes en el territorio. Los mecanismos para este efecto han sido el suministro de insumos básicos y las visitas sistemáticas de brigadas móviles de atención y capacitación comunitaria, que permanentemente brindan servicios en las comunidades de acceso más difícil.

PANAMÁ

- La Organización colaboró significativamente con las autoridades de salud y el despacho de la Primera Dama para organizar y consolidar la primera fase de la Iniciativa Municipios Siglo XXI: Por un Desarrollo Humano Sostenible. La OPS brindó su asistencia para las reuniones de sensibilización y lanzamiento de 13 de los municipios bajo esta Iniciativa. También contribuyó a la sistematización de la cartera de proyectos de los municipios utilizando la metodología del marco lógico, y a la disseminación de información en el país y en el exterior sobre la Iniciativa. Al contribuir a la obtención de fondos adicionales para el desarrollo del programa en el país, se ha fortalecido la coordinación intersectorial, la integración interprogramática y el desarrollo de los sistemas integrales de salud locales que acompañarán y apuntalarán el desarrollo de los Municipios Siglo XXI.

- En el marco de la política general del Gobierno identificada con el desarrollo social y el crecimiento económico, existen aspectos definidos para la modernización del Estado, incluso en lo que atañe al sector salud. La OPS movilizó recursos adicionales como parte de un proyecto particular con el fin de canalizar una asesoría técnica específica y generar un movimiento intrainstitucional. Este último culminó con la elaboración de un documento que plantea la

posición del Ministerio de Salud sobre la reforma. Con base en ese documento se definieron los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, cuya propuesta de funciones para el sector incluiría la rectoría y conducción, la prestación de servicios y el financiamiento.

- Desde 1994 la OPS en Panamá coopera para mejorar la eficiencia de los servicios de salud tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social. Con ese objetivo se ha buscado construir un nuevo paradigma que lleve a cambiar fundamentalmente la forma en que se otorgan los servicios de salud y que se basa en la plataforma tecnológica del Sistema de Información para la Gerencia Local (SIGLO). El proceso es innovador y ha permitido a la OPS ocupar un espacio importante en la entrega de la cooperación técnica, ya que ha generado un cambio en los valores culturales del personal de salud y una mayor apropiación de los recursos gerenciales y tecnológicos. De esta manera el proceso de reforma y modernización en el sector salud se ha llevado al nivel operativo.

- En cuanto a la salud ambiental se logró iniciar una línea de acción para la evaluación de la exposición a sustancias tóxicas como parte del proyecto PLAGSALUD de la iniciativa Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano. También se ha puesto en funcionamiento un sistema de vigilancia epidemiológica local en el distrito de Bugaba, Chiriquí, para las intoxicaciones agudas por plaguicidas y se instauró un grupo consultivo nacional interdisciplinario sobre el tema. Además se ha desarrollado una base de datos con la bibliografía nacional sobre esas intoxicaciones y se ha emprendido el diagnóstico nacional del uso de los plaguicidas y sus consecuencias para la salud. A través del grupo consultivo nacional se ha formulado la propuesta de la fase II del proyecto PLAGSALUD, para la cual se han aprobado, en forma preliminar, US\$ 791.000 para los próximos cuatro años.

- Por primera vez en Panamá se llevó a cabo una reunión de evaluación conjunta de la cooperación técnica. En ese ámbito se destacó la movilización intersectorial lograda. También se redifinió las líneas de cooperación que dan prioridad

al desarrollo local como elemento esencial del programa nacional. Por otra parte, se acordó que era de primordial importancia generar una reforma y modernización del sector salud, así como de otras instituciones y organizaciones relacionadas con el sector, como son las universidades y la misma OPS. Para complementar los aspectos anteriores se precisó la necesidad de elaborar un plan de inversiones a mediano y largo plazo que incluya los aspectos financieros y de recursos humanos y científico-técnicos.

PARAGUAY

- En el tema de erradicación y eliminación de enfermedades, en septiembre de 1995 se cumplió un año sin haber registrado casos clínicos de fiebre aftosa en el país, situación que aún se mantiene. Las autoridades nacionales reconocen que el éxito obtenido a la fecha y el avance acelerado hacia la erradicación que ha logrado el programa de fiebre aftosa se debe a que en 1992 el Paraguay se incorporó al Convenio para la Erradicación de la Fiebre Aftosa de la Cuenca del Río de la Plata. Ese convenio ha sido coordinado por la OPS, a través de PANAFTOSA. Por lo demás, en 1995 fue sancionada una ley para la erradicación de esta enfermedad en el Paraguay.

- Este año, por primera vez, se puso en marcha el programa de eliminación del *Triatoma infestans* en el Paraguay, con lo cual se superaron las metas de cobertura del rociamiento de domicilios para el año. El programa surgió en respuesta a las altas tasas de prevalencia de infección y de infestación domiciliaria en el país. Su continuidad está asegurada en razón del presupuesto de US\$ 2 millones aprobado para 1996. Este programa, que se desarrolla en el marco de la Iniciativa de Salud del Cono Sur (INCOSUR) se inició en julio de 1991 con la creación de la Comisión Intergubernamental para la Enfermedad de Chagas, de la cual la OPS es la Secretaría.

- En cuanto a la INCOSUR, el Paraguay ejerció la Secretaría pro t mpore durante el periodo de 1993 a 1995, que se caracterizó por una dinámica cooperación entre países, en especial en cuanto al tema de salud de las fronteras. La Representación de la OPS en Paraguay apoyó directamente la INCOSUR,

al coordinar actividades entre los países, editar seis números del Boletín del INCOSUR, y compilar y editar los documentos básicos de la Iniciativa desde su creación en 1986. Esta colaboración culminó con el apoyo a la V Reunión de Ministros de Salud del Cono Sur, que se realizara con éxito en Asunción en noviembre de 1995.

- En 1995, el Instituto Nacional de Salud con la cooperación de la OPS desarrolló un curso de especialización en salud pública de un año de duración, y de él se graduaron 26 profesionales de salud.

- Por otra parte y como fruto de las actividades de promoción y cooperación técnica directa iniciadas en junio de 1994, durante 1995 se elaboró una propuesta de ley nacional de medicamentos, que en estos momentos se encuentra ante la Comisión de Salud del Senado Nacional.

- El Paraguay tomó la decisión de realizar y ejecutar un Plan Nacional de Saneamiento Ambiental (PLANASAM), en el marco del desarrollo sostenible según se expresara en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992. Para tal propósito, la OPS brindó asesoría técnica y apoyó la coordinación de las actividades preparatorias del PLANASAM. El trabajo realizado sirvió de preparativo para la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, organizada por la OPS, que se llevara a cabo en la Sede de la Organización en octubre de 1995.

PERÚ

- Durante 1995 se elaboró y publicó el documento "Lineamientos de política de salud para el quinquenio 1995-2000", como consecuencia de un proceso político de construcción de consenso. Para dicho proceso se elaboraron documentos y se llevaron a cabo diversas reuniones y foros con amplia participación de representantes de todas las instituciones del sector salud. En este marco se ubican también algunos avances importantes registrados en relación con la reforma sectorial. En tal sentido cabe destacar la cooperación para preparar estudios y documentos diversos y seminarios y talleres, con el fin de establecer las bases para la reforma del sector salud en el país.

- La Organización prestó colaboración para mantener la vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas, con lo cual se ha logrado mantener información con respecto a los cinco indicadores que exige la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Además se brindó apoyo para realizar el barrido nacional con el fin de vacunar, casa por casa, a los menores de 5 años de edad en todo el país contra el sarampión; esta actividad alcanzó una cobertura nacional de más de 90%.

- Se ha conseguido que las autoridades regionales de salud trabajen en forma coordinada con la comunidad para prevenir y controlar la peste; en consecuencia, se logró reducir los casos notificados de 1.122 en 1994 a 97 en 1995. Además, se mejoraron los servicios de salud con la constitución de una red de laboratorios de diagnóstico, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información, la extensión de la cobertura a zonas más alejadas y el fortalecimiento de la decisión política. La participación social también ha sido fundamental, al igual que el mejoramiento económico y social de las comunidades como consecuencia de las ventas de las cosechas almacenadas en los silos artesanales.

- Se ha logrado mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, a lo cual contribuyó la elaboración del "Manual de acreditación de hospitales" y de la "Guía metodológica para el estudio de la vulnerabilidad hospitalaria". Está por concluirse un nuevo reglamento de hospitales para el sector salud. Estos instrumentos contribuyen a garantizar la calidad de los servicios hospitalarios, e incrementan la capacidad técnica para llevar adelante la descentralización de los mismos.

- La OPS colaboró en el análisis y la formulación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, que tiene carácter multisectorial, ya que da participación a los sectores agrícola, pesquero, de educación, economía y salud. Asimismo, se dio apoyo para fortalecer los consejos regionales de alimentación y nutrición de Arequipa, San Martín, La Libertad, Puno, Chavín y Tacna, todos considerados espacios multisectoriales, descentralizados y embarcados en la formulación de planes regionales de nutrición.

PUERTO RICO

- Con respecto al desarrollo de los sistemas de salud, la OPS colaboró con las autoridades de Puerto Rico para organizar el Foro sobre Liderazgo en los Procesos de Reforma del Sector Salud, celebrado en San Juan, en junio de 1995. Al evento concurrieron autoridades y profesionales del sector salud de 25 países de las Américas, incluso 9 ministros y 3 vicesministros de salud, 3 directores de seguridad social y 1 representante del Gobierno español. El Foro representó una oportunidad para intercambiar experiencias y produjo la Declaración de San Juan, Puerto Rico, sobre la Reforma del Sector Salud, que hace hincapié en el concepto de equidad como la meta principal de todo esfuerzo de reforma del sector.

- El Departamento de Salud y el Recinto de Ciencias Médicas también recibieron colaboración de la OPS para reorientar la capacitación del personal del Departamento en temas de protección y promoción de la salud, y para implantar nuevos instrumentos de gerencia a utilizar en la reforma del sector. Asimismo, la Organización colaboró en diversas actividades de investigación en salud llevadas a cabo por el Recinto. Este último participó también en actividades de cooperación técnica entre países, al colaborar con las autoridades de Haití para desarrollar un proyecto de capacitación en enfermería. La cooperación entre Puerto Rico y Haití fue coordinada por la OPS.

- Por su parte, el programa de cooperación técnica de la OPS apoyó diversos trabajos en el campo de la bioética, incluso algunos con el Programa Regional de Bioética de la Organización. La OPS colaboró también con varias actividades en Puerto Rico, y facilitó el diálogo entre funcionarios y profesionales puertorriqueños y autoridades de varios países de la Región.

REPÚBLICA DOMINICANA

- La OPS ha movilizado técnicos para apoyar el debate sobre la reforma del sector salud, ha participado en los diferentes foros y ha aportado recursos financieros y técnicos al proceso, uno de cuyos produc-

tos es la Ley General de Salud que actualmente se encuentra ante el Senado de la República. También hubo progresos en el proceso de acreditación de establecimientos de salud, para lo cual se recopiló información de 20% de los hospitales tanto públicos como privados. Con el fin de crear sistemas de áreas de salud, se conformaron cuatro grupos de trabajo multidisciplinarios, interinstitucionales y con amplia participación de la comunidad en tres regiones y ocho áreas de servicios de salud. Entre los participantes de estos grupos están la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, las universidades y los organismos no gubernamentales.

- Se estableció y desarrolló un programa de control de calidad de medicamentos de fabricación nacional con la definición de las normas dominicanas de buenas prácticas de manufactura, y su aplicación al total de los laboratorios farmacéuticos nacionales.

- Se apoyó el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización en aspectos administrativos y técnicos, y se suministraron insumos básicos, productos biológicos entre otros. Por primera vez no se confirmaron casos de sarampión en el país, no obstante haberse reforzado las actividades de vigilancia, la notificación de los resultados de las pruebas de laboratorio y la búsqueda activa de casos en establecimientos públicos y privados.

- En cuanto a epidemiología se puso en práctica un sistema de vigilancia de enfermedades febriles, con el fin de aumentar la sensibilidad de la red de establecimientos hospitalarios (puestos centinela), que notifica diariamente los pacientes sospechosos de malaria, dengue, sarampión, tres de las principales patologías agudas. Además, semanalmente se notifica el total de pacientes y el número de los que tenían fiebre. Si bien la red está aún en proceso de consolidación, ya ha demostrado lo útil que es para detectar y dar seguimiento a los brotes de dengue, enfermedad meningocócica, malaria y sarampión.

En cuanto a las actividades de control del dengue, se capacitó personal de laboratorio para el aislamiento y tipificación del virus. Se reforzó la capacidad técnica de un laboratorio para el diagnóstico serológico y se dio colaboración técnica para constituir una Comisión Nacional Institucional para la Prevención y

Control del Dengue y para revisar el plan nacional.

- El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición se elaboró con amplia participación de los distintos sectores nacionales y en estrecha coordinación con otros organismos internacionales. Este Plan ya fue aprobado por la más alta jerarquía política, y como parte de su implementación se realizó una encuesta nacional de micronutrientes, se avanzó en las actividades de yodación de la sal y se logró el compromiso del máximo rango político y de los empresarios para formular un plan para fortificar el azúcar con vitamina A.

- Ha habido grandes avances en las acciones nacionales para proteger la salud maternoinfantil y de la adolescencia, con miras a reducir la mortalidad materna. Se formuló un plan nacional de acción y se fortaleció el comité nacional establecido para este fin. Asimismo, se instauraron comités regionales y provinciales, y se conformó un grupo intersectorial con organizaciones internacionales.

- Se ha logrado incorporar el enfoque de género en las acciones de los programas de salud. Asimismo, se desarrolló el programa de atención de la salud integral del adolescente, con el establecimiento de servicios en los diferentes niveles de atención. También se iniciaron acciones de carácter intersectorial, mediante la creación de un comité con autoridad para establecer políticas en temas de adolescencia y juventud. Con estas iniciativas, diferentes instituciones y escuelas primarias, secundarias, universidades y grupos formales e informales del quehacer de la salud han incorporado la salud integral del adolescente al marco conceptual de su funcionamiento.

SAINT KITTS Y NEVIS

- Se otorgaron 87 meses-beca para capacitación en salud de la comunidad, enfermería de salud pública, radioterapia diagnóstica y tecnología médica de laboratorio.

- La OPS colaboró con el Ministerio de Salud para llevar a cabo un análisis de la factibilidad de establecer un hospital, y la decisión de proceder con la primera etapa de la construcción. Se está llevando a cabo un estudio de factibilidad detallado de la segunda fase del proyecto.

- En junio se realizaron dos talleres para capacitar a médicos y enfermeras en la atención de enfermedades respiratorias agudas y asma utilizando el protocolo que se desarrollara específicamente para el Caribe con ese efecto.

- Se adiestró a 13 funcionarios de diversos sectores, incluso el Ministerio de Salud, el Departamento de Turismo, organizaciones no gubernamentales y otros entes del sector privado en la metodología de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control. La capacitación promovió que se estableciera un Comité Nacional de Protección de Alimentos y un sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles por los alimentos.

- Se apoyó el desarrollo de los servicios de salud por medio de una estrecha colaboración con los miembros del nuevo Gobierno en aspectos de salud y desarrollo y la promoción de su participación en reuniones de los Cuerpos Directivos, reuniones especiales sobre temas de salud y ambiente y sobre reforma del sector salud.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

- La adjudicación de becas fue una prioridad en la cooperación técnica de la Organización. Se concedieron 57 meses-beca para estudios de ciencias radiológicas, técnicas quirúrgicas, enfermería psiquiátrica y exámenes de citología. Este adiestramiento ayudó a subsanar una escasez crítica de recursos humanos en servicios de nivel secundario de atención. El programa de becas apoyó el plan de desarrollo de recursos humanos dentro del plan general de salud del país.

- Tuvo mucho éxito un proyecto de sistemas de información de salud comunitaria financiado por el BID; ocho de los módulos de salud ya se pusieron en práctica.

- Con el apoyo de CAREC se ejecutó un programa de adiestramiento para mejorar la aptitud administrativa de personal clave del programa de control de sida y ETS y para adiestrar a los puntos focales en la forma de incorporar elementos de vigilancia y evaluación en la ejecución de proyectos, lo que mejoró la realización del programa.

- Se adiestró a médicos y enfermeras de hospitales y servicios comunitarios en el tratamiento del asma. El Ministerio de Salud ha asignado prioridad a esta actividad con el ánimo de contrarrestar el continuo aumento del número de infecciones respiratorias agudas y asma en los niños.

SANTA LUCÍA

- La cooperación técnica de la Organización se concentró en la formación de recursos humanos, puesto que esta es una de las mayores prioridades del país. En 1995 se concedieron 96 meses-beca para estudios de enfermería psiquiátrica posbásica, licenciatura en enfermería, farmacia, laboratorio, liderazgo y administración en enfermería e inspección de carne de res y de aves. A medida que han disminuido los fondos disponibles para el desarrollo de recursos humanos provenientes de fuentes externas, se han utilizado cada vez más las becas de la OPS. La introducción de un sistema por medio del cual el Gobierno, la OPS y el becario comparten los costos ha aumentado el número de becas que se pueden adjudicar a funcionarios nacionales.

- Se celebró una consulta de alto nivel presidida por el Ministro de Salud a modo de preparación para la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible. Se elaboró un documento de trabajo; también se preparó un plan que se presentó al Gabinete Ministerial para que este aprobara el plan como política.

- Con la colaboración de CAREC, se adiestró a 15 ciudadanos nacionales en epidemiología básica en el país. Este fructífero programa fue el primer intento por fortalecer la capacidad de varios funcionarios de salud locales en materia de vigilancia epidemiológica. La colaboración entre la OPS y CAREC demostró cómo emplear recursos de una forma eficiente y rentable.

- Se formularon estrategias para establecer un método integrado de atención perinatal que incluyera sesiones de adiestramiento para médicos del sector público, enfermeras de hospitales y la comunidad, médicos particulares y organizaciones no gubernamentales. Este nuevo método comprende la atención

prenatal, obstétrica y puerperal, así como el seguimiento de los niños, con lo que se integró la obstetricia con la pediatría en un sistema continuo de atención. Se dio prioridad a este método integrado.

SURINAME

- Varias delegaciones de Guyana viajaron a Suriname para tratar asuntos relacionados con inmunizaciones y salud de los trabajadores. Además, el Hospital Académico de Paramaribo y el Hospital Queen Elizabeth de Bridgetown realizaron conjuntamente actividades de cooperación técnica para adiestrar recursos humanos y fortalecer los sistemas de administración hospitalaria.

- Se han hecho planes y realizado actividades para mejorar los sistemas de información sobre servicios de salud en los distritos y centros de salud. Los servicios regionales de salud comenzaron a reorganizarse en 1995. Para apoyar este esfuerzo, se fortalecieron la administración, los sistemas financieros, la automatización de sistemas, el transporte y la comunicación, la rehabilitación de la infraestructura física, el adiestramiento de personal, la participación de la comunidad y los sistemas de control y administración de medicamentos.

- Se elaboró un amplio plan de acción sobre educación sanitaria, que incluye apoyo técnico a la unidad encargada del tema de la Oficina de Salud Pública que fuera recientemente estructurada. Otros aspectos del plan comprenden la incorporación por varias unidades del sector salud de conceptos y metodologías clave necesarios para prevenir y controlar enfermedades, fortalecer la unidad de elaboración de currículos del Ministerio de Educación y apoyar la formación en pedagogía, tecnología médica y análisis químicos.

- Se elaboró un conjunto de normas para la calidad del agua. Las actividades tuvieron el propósito de fortalecer la reorganización de la División Ambiental de la Oficina de Salud Pública, mejorar la gestión de desechos sólidos en Paramaribo y el aeropuerto internacional y mejorar la evacuación de excretas de los fosos sépticos y las letrinas de pozo en Paramaribo. La OPS también ayudó al Ministerio del Trabajo a

establecer su base de datos de salud y seguridad ocupacionales. Se realizaron encuestas sobre el grado de utilización de plomo y el uso de pesticidas en los campos arroceros del país.

- La Organización apuntaló el esfuerzo del Programa de Control de la Malaria en Suriname cuyo objeto era intensificar las actividades, particularmente, en la esfera local. Se hizo hincapié en la detección y el tratamiento de casos y la fumigación para el control de vectores en zonas de explotación maderera y aurífera de alto riesgo. También se orientó el apoyo hacia la preparación de manuales y el adiestramiento de clínicos en el empleo de protocolos de atención de casos de paludismo. Se preparó y presentó un plan nacional para el control del cólera que llevó a movilizar US\$ 54.700 para ese fin en el distrito de Marowijne. El Programa Nacional del Sida (PNS) ha hecho más accesible las pruebas de detección del VIH en diferentes localidades; a medida que se ha propagado la noticia de esta disponibilidad, un mayor número de personas se ha sometido al examen más pronto. Asimismo el PNS ha descentralizado los servicios de orientación sobre el VIH, el sida y las ETS con el fin de mejorar su accesibilidad y eficacia.

TERRITORIOS DEPENDIENTES DEL REINO UNIDO

Anguilla

- Después del huracán Luis, Anguila fue declarada zona de desastre. El Equipo de Respuesta a Desastres en el Caribe de la OPS obró sin demora y coordinó el trabajo con la División Británica para el Desarrollo, para ayudar en la fase de evaluación. Además, se proporcionaron suministros durante la fase de reconstrucción de la isla.

- En lo que respecta al desarrollo de servicios de salud, se concedieron 102 meses-beca para estudios de enfermería general, enfermería pediátrica posbásica, servicios de salud, inspección de salud pública, enfermería psiquiátrica y control de infecciones nosocomiales. El desarrollo de recursos humanos en estos campos reviste importancia fundamental si se desea que los servicios de salud mantengan normas acepta-

bles de prestación de asistencia sanitaria.

- Para mejorar el control de vectores, se adiestró a un inspector de salud pública en inspección de carne de res y de aves en un curso de un mes dictado en la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica. La OPS, con certificación de la Universidad de las Indias Occidentales, preparó la materia del curso para atender particularmente las necesidades de salud del Caribe. Este adiestramiento fortalecerá el programa integrado de protección de los alimentos y la aplicación del sistema de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control; su eficacia en relación al costo y pertinencia permitirán adiestrar a muchas más personas en este campo que antes.

- Se presentó un manual sobre infecciones respiratorias agudas y asma preparado por la OPS para el Caribe al personal de salud de Anguila, y se llevó a cabo el adiestramiento en su uso con la participación de médicos del sector privado. Este manual fue adoptado por el Ministerio de Salud como norma para el tratamiento del asma en el hospital y la comunidad, y ayudará a reducir una de las principales causas de morbilidad.

Bermuda

- Se concedieron becas de estudio en campos como VIH y sida, partería, enfermería, epidemiología, atención neonatal y registros médicos. También se ofreció adiestramiento al personal de salud en la metodología del sistema de evaluaciones por análisis de riesgos en puntos críticos de control, con apoyo de la Organización. Se realizó un taller de gestión de desastres para enfermeras y trabajadores de la comunidad.

Islas Caimán

- Un grupo de especialistas en salud dental de Jamaica y los Estados Unidos realizó una encuesta de la salud bucodental en las Islas Caimán.

- Se concedieron becas de estudio sobre VIH y sida, partería y enfermería, epidemiología, atención neonatal y registros médicos.

- La OPS prestó apoyo para establecer procedi-

mientos de inspección y pautas para los servicios farmacéuticos de la atención primaria en los distritos.

Islas Turcas y Caicos

- Las actividades de adiestramiento tuvieron por objeto desarrollar y fortalecer la capacidad técnica y administrativa del personal del Hospital Grand Turks. La capacitación cubrió, especialmente, el mejoramiento de la calidad como instrumento de gestión, actualización en partería, adiestramiento en una institución de geriatría, parasitología y radiografía.

- Se logró una mejor comprensión de las causas y graves consecuencias sociales y económicas de la infección por el VIH por medio del buen funcionamiento de los subcomités de la Secretaría de Sida de la Isla de la Familia; las actividades de educación permanentes dirigidas a jóvenes y a la comunidad creole, campañas de educación pública y de concienciación de funcionarios políticos y administrativos. La cooperación ha contribuido a mantener un grado alto de conocimiento de las consecuencias de la infección por VIH para la población de las Islas Turcas y Caicos.

Islas Vírgenes Británicas

- Se preparó un plan de acción sobre salud y ambiente después de una consulta de alto nivel con participantes de los sectores de salud y otros; el plan de acción se empleó como información básica en la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible celebrada en la Sede de la OPS en 1995. El plan de acción se presentó al Consejo Ejecutivo del Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas, órgano directivo político máximo, que lo aprobó como documento de política.

- La evaluación del plan de ajuste del sector salud, conjuntamente realizada por la OPS y la División Británica para el Desarrollo, mostró que las Islas Vírgenes Británicas encabezan el grupo de territorios dependientes del Reino Unido en la ejecución del plan de reforma.

- Un seminario sobre los efectos del sida y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la salud

y el desarrollo tuvo buena acogida entre las instancias decisorias de varios sectores públicos. Durante el seminario se dieron a conocer mejor las repercusiones del sida y las ETS en el desarrollo de cada uno de los sectores, y las autoridades pudieron señalar varios campos en los que cada uno podría participar.

- Se realizó un taller para normalizar y mejorar el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y del asma para 30 enfermeras y médicos de los hospitales y servicios comunitarios. El uso del manual de la OPS sobre el tratamiento de las IRA y del asma en el Caribe se ha aceptado como norma en las Islas Vírgenes Británicas para uso en los sectores público y privado.

Un inspector de salud pública recibió adiestramiento en el curso de inspección de carne de res y de aves en el Caribe, preparado conjuntamente por la OPS y la Universidad de las Islas Occidentales en Jamaica y apoyado por el Programa Regional, el INPPAZ y la oficina del Coordinador del Programa en el Caribe.

Montserrat

- Durante el año, Montserrat fue azotada por erupciones volcánicas y huracanes que afectaron a los habitantes y servicios de salud de la isla. El Equipo de Respuesta a Desastres en el Caribe de la OPS obró con rapidez y eficiencia durante la fase de evaluación, y siguió dando apoyo de julio a diciembre durante la fase de evacuación, estableciendo una unidad de atención de víctimas en el norte, evaluando la conveniencia de otro sitio de evacuación en Antigua y movilizándolo fondos de la Unión Europea por un importe de 100.000 ECU para apoyo de actividades de socorro. En una labor conjunta con CAREC, se introdujeron mecanismos para vigilar las condiciones de salud en las zonas de evacuación. Se facilitó personal de salud para colaborar con los funcionarios nacionales que trabajaban en operaciones de socorro y se organizaron cursos para ayudar a las víctimas a controlar el estrés traumático.

- Se concedieron 13 meses-beca de estudios en la Universidad de las Indias Occidentales a dos ciudadanos de Montserrat. Uno asistió a un programa de

licenciatura en enfermería de 12 meses; en Montserrat, donde son pocas las enfermeras jefe con título universitario, el programa de licenciatura es un elemento importante del desarrollo de recursos humanos. El otro becario participó en un curso de inspección de carne de res y de aves, de un mes, que trata las necesidades particulares del Caribe.

TRINIDAD Y TABAGO

- La OPS, en colaboración con CARICOM, el Banco de Desarrollo del Caribe, el BID, el PNUD y el Banco Mundial, organizó la conferencia subregional La Reducción de la Pobreza: Papel de la Salud y la Educación que se celebró en Puerto España, Trinidad, del 20 al 24 de marzo. Los participantes analizaron asuntos como la mejora del proceso de adopción de decisiones para asignar recursos, la definición del papel del Estado, la mejor forma de evaluar la pobreza y la formulación de un conjunto apropiado de políticas económicas y sociales.

- Más de 300 representantes de organizaciones de servicio, organismos gubernamentales y no gubernamentales y el sector privado participaron en una consulta nacional sobre la salud, el medio ambiente y el desarrollo celebrada en Puerto España, Trinidad, el 4 y 5 de julio. El informe final de la consulta se distribuyó a las autoridades nacionales y se presentó a la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, celebrada en la Sede de la OPS, en 1995.

- Se acabó de preparar el esperado formulario de medicamentos para el sector público en un proyecto conjunto de Trinidad y Tabago con Barbados. Se distribuyeron varios centenares de ejemplares del formulario al Ministerio de Salud para promover y facilitar el uso racional de medicamentos y fortalecer la administración de sus existencias de esos productos.

- Como parte de su programa de reforma del sector salud, el Ministerio de Salud ha creado una Dirección de Gestión de la Calidad en su sede central. En 1995, la OPS apoyó varios talleres de gestión de la calidad para el personal de diferentes dependencias administrativas del Ministerio de Salud y en las administraciones regionales de salud con el fin de dar a

conocer este asunto y discutir las políticas de garantía de la calidad. Concluyó un proyecto piloto de acreditación en cuatro hospitales y algunos ya han comenzado a realizar actividades de garantía de la calidad.

- Alrededor de 80 participantes de varios Ministerios asistieron a un taller patrocinado por la OPS para discutir asuntos relativos a la mujer, la salud y el desarrollo. Los participantes debatieron diversos temas, logros y dificultades relacionados con la mujer en la salud y el desarrollo y señalaron varias estrategias para hacer frente a dicha problemática. También subrayaron la necesidad de colaborar con las organizaciones no gubernamentales y determinaron las políticas y programas públicos que se necesitan para seguir adelante.

URUGUAY

- Los temas de control de calidad, garantía de calidad y calidad total pasaron a tener máxima importancia para los prestadores, usuarios y dirigentes del sector salud. Durante 1995, y por primera vez en el país, se logró llevar a cabo diferentes actividades con funcionarios del rubro asistencial. Estas actividades culminaron con la preparación de un manual de garantía de calidad y acreditación de hospitales públicos y privados, como paso inicial de un proceso de mejoría de la calidad de la atención médica en el Uruguay. Participaron en el grupo de trabajo representantes del Ministerio de Salud Pública, la Administración de Servicios de Salud del Estado, la Facultad de Medicina, la OPS, el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, la Unión de la Mutualidad del Uruguay, la Federación Médica del Interior, el Colegio de Enfermeras del Uruguay y el Instituto Nacional de Enfermería.

- Se estableció un sistema de vigilancia laboratorial para la meningitis, para lo cual se obtuvieron los reactivos necesarios para el montaje de las técnicas (anticuerpos monoclonales y enzimas multilocus) de identificación de cepas. Con los resultados de este trabajo, las autoridades sanitarias han podido tomar decisiones con bases sólidas sobre las políticas de vacunación contra la meningitis, y lograr la adhesión tanto de la población como de la comunidad científica.

- Con el Estudio Nacional Sectorial en Residuos Sólidos que coordinara la OPS se logró el primer diagnóstico y propuesta de desarrollo del sector. En este participaron el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente con el Ministerio de Salud Pública, las intendencias municipales, organismos del sector de la educación y organizaciones no gubernamentales, entre otros. Gracias a la intervención directa de la Organización, se consiguió establecer coordinación intersectorial e interinstitucional, que culminó con una definición de cómo reestructurar el sector, y la decisión de fortalecer el rol normativo de la Dirección Nacional de Medio Ambiente, y de tecnificar las actividades municipales.

- Se creó e inició el funcionamiento de una comisión en la cual participan el Ministerio de Salud Pública y el de Ganadería, Agricultura y Pesca con el fin de realizar la vigilancia y el control de las zoonosis e investigaciones sobre el tema. La OPS es la secretaria técnica de la comisión. La Representación de la OPS/OMS también ha participado en la planificación y coordinación de las actividades que han dado continuidad y han aumentado la cobertura de las acciones para interrumpir la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas.

- En el área académica, se incluyó oficialmente a nivel de pregrado la licenciatura de ciencias de la comunicación en la Universidad de la República del Uruguay en el Proyecto OPS/UNESCO de Enseñanza en Comunicación para la Promoción de la Salud.

VENEZUELA

- Consecuente con los estudios realizados en Venezuela sobre las condiciones de vida y salud, se han desarrollado 15 municipios hacia la salud que han elaborado 170 proyectos con plena participación comunitaria. Muchos de estos proyectos se encuentran en ejecución, otros en busca de financiamiento, y aún otros que tienen financiamiento ya están prontos a iniciarse. Se ha estimulado la participación intersectorial, de la sociedad civil organizada, del Fondo de Inversión Social y se ha invitado la cooperación bilateral. Con este propósito se han conformado dos redes estatales de municipios hacia la salud, además

de la Red Nacional Venezolana de Municipios hacia la Salud, que publica un boletín con las experiencias de estas entidades.

- Como parte del proceso de reforma del sector salud tanto en el nivel central como en el estatal, se ha contribuido a la formulación de planes de acción. Se dio inicio al diálogo para la formulación de un anteproyecto de ley general de salud y se ha colaborado con la reorganización y reestructuración del nivel central del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Al respecto, conjuntamente con miembros de los servicios y de las universidades, se ha dado prioridad al tema de recursos humanos para la reforma sectorial; se ha fortalecido la teoría y práctica de la salud pública en 14 departamentos de medicina preventiva de pregrado y posgrado; se ha apuntalado el proceso de fortalecimiento de la integración entre docencia, servicio y comunidad, y 20 escuelas han implantado los proyectos de gestión de calidad de la educación.

- La Organización colaboró con la gerencia del Proyecto de Control de Endemias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Banco Mundial, y se finalizó la propuesta de convenio de cooperación técnica entre el Gobierno y la OPS. Además, se constituyó el grupo temático del nuevo programa de sida que preside la OPS y está integrado por el Banco Mundial, la UNESCO, el PNUD, el UNICEF, la Unión Europea y las organizaciones no gubernamentales.

Es de destacar que durante la epidemia de encefalitis equina venezolana de 1995, se promovió la acción intersectorial y la cooperación activa internacional, con lo cual se pudo controlar rápidamente el brote, que no llegó a tener carácter nacional.

- Se han elaborado mapas de riesgo para la prevención y mitigación de desastres naturales en el eje centro-norte costero de Venezuela; asimismo, se ha desarrollado el proyecto de mitigación de desastres en hospitales, en los estados de Sucre y Carabobo.

- Se ha preparado un inventario nacional de ser-

vicios de operación y disposición final de desechos sólidos, y se ha conseguido la afiliación al proyecto GEMS-Aire sobre contaminación atmosférica; también se hizo un inventario de calidad de agua de consumo humano a nivel nacional, y se formularon los planes de emergencia para los sistemas de agua potable.

OFICINA DE CAMPO DE LA OPS EN LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS

- En 1995, se reunieron representantes federales de los Estados Unidos Mexicanos y de los Estados Unidos de América con funcionarios de la OPS para elaborar una nueva estrategia para la Oficina de Campo de la Organización ubicada en la ciudad de El Paso, Texas. La estrategia tiene como fin favorecer la labor promotora y coordinadora de la OPS en cuanto a las actividades binacionales en favor de la salud en la frontera.

- El Proyecto de Ciudades Hermanas propicia el desarrollo de actividades binacionales para reconocer y atender necesidades de salud de la población de las ciudades hermanas pareadas a lo largo de la frontera. La nueva estrategia asignó mayor prioridad a esta línea de cooperación y creó un puesto de coordinador del proyecto.

- Como en años anteriores, se llevó a cabo la Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. Esta reunión, ya tradicional, congrega en una ciudad de la frontera a varios centenares de asociados de ambos países para cumplir un programa de actividades políticas, técnicas y sociales que tienen por objeto analizar y reorientar las acciones conjuntas. Para fortalecer los comités binacionales de salud la Oficina auspició y apoyó la celebración de reuniones periódicas de sus miembros, y un taller binacional para discutir el documento "Perfiles de salud de las comunidades hermanas".

SIGLAS Y ORGANISMOS O PROGRAMAS CORRESPONDIENTES

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
AID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (EUA)
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)
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)
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
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
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)
LACRIP	Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (OPS)
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
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (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
RORIAN	Red Operativa Regional de Instituciones de Alimentación y Nutrición
SELA	Sistema Económico Latinoamericano
SIREVA	Sistema Regional de Vacunas (OPS)
SUMA	Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (OPS)
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

[Redacted text block]



**Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud**

[Redacted text block]